

UNIVERSIDADE DE LISBOA



---

**GESTÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM: DAS PRÁTICAS  
DOS ENFERMEIROS CHEFES À QUALIDADE DOS CUIDADOS  
DE ENFERMAGEM**

**Teresa Maria Ferreira dos Santos Potra**

Programa de Doutoramento em Enfermagem

2015



com a colaboração da



**GESTÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM: DAS PRÁTICAS  
DOS ENFERMEIROS CHEFES À QUALIDADE DOS CUIDADOS  
DE ENFERMAGEM**

**Teresa Maria Ferreira dos Santos Potra**

Tese orientada pela Professora Doutora Maria Filomena Mendes Gaspar,  
especialmente elaborada para a obtenção do grau de Doutor no ramo de  
Enfermagem



À memória da minha mãe



## **Agradecimentos**

À Professora Filomena Gaspar por ter acreditado que era possível terminar este relatório. O seu encorajamento, confiança e amizade foram fundamentais para que esta investigação se concretizasse.

A todos os participantes deste estudo e, em especial a EC, o meu reconhecimento pela disponibilidade, incentivo e partilha das suas experiências profissionais.

À Isabel Costa e Silva, ao Viriato Moreira, ao Pedro Lucas e à Zé Góis Paixão por todas as “ajudas” que permitiram finalmente concluir este trabalho.

À Escola Superior de Enfermagem de Lisboa pelas facilidades concedidas para a realização deste trabalho.

A todos os colegas e amigos que, de alguma forma, me foram apoiando e incentivando.

Ao Manel por compreender.



## RESUMO

As mudanças que se têm verificado na gestão das organizações de saúde impõem que os papéis desempenhados pelas chefias de enfermagem sejam clarificados de modo a compreender a sua contribuição para a gestão dos seus recursos, dos processos de cuidados e para a qualidade dos cuidados que se prestam.

A presente investigação centra-se nas práticas de gestão de cuidados dos enfermeiros chefes e pretende compreender quais as práticas destes profissionais neste âmbito e de que forma estas contribuem para a qualidade dos cuidados de enfermagem.

A investigação, de carácter qualitativo, decorreu em três fases. A primeira teve como objetivo identificar as imagens dos enfermeiros de cuidados gerais associadas ao papel dos enfermeiros chefes como gestores de cuidados. Recorreu-se à metodologia das representações sociais como suporte teórico e de análise de dados. Utilizou-se um instrumento de recolha que permitiu a aplicação da técnica de associação livre de palavras a enfermeiros de cuidado gerais. A segunda fase teve como objetivo identificar as dimensões auto percebidas pelos enfermeiros chefes do seu papel como gestores de cuidados. Foram entrevistados todos os enfermeiros chefes de serviços de internamento de um Hospital da região de Lisboa. Na terceira fase da investigação realizou-se um estudo de caso, num serviço de internamento do mesmo Hospital onde se pretendeu analisar a contribuição das práticas de gestão de cuidados dos enfermeiros chefes para a qualidade dos cuidados de enfermagem. Recorreu-se à observação participante, análise documental e entrevistas informais e semiestruturadas como técnicas de recolha de dados.

Da análise dos dados obtidos nas três fases constatou-se ser a gestão de cuidados um processo complexo e multidimensional. O sentido atribuído aos cuidados de enfermagem e os “saberes recursos” dos enfermeiros chefes surgiram como orientadores das práticas de gestão de cuidados. O ser líder e “ser presença” foram identificados como atributos fundamentais para a operacionalização deste processo. Os dados apontam que as intervenções no âmbito da gestão de cuidados contribuem para a qualidade do ambiente de cuidados, das práticas dos enfermeiros e do processo de cuidados.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Gestão; Gestão em Enfermagem; Enfermeiro Chefe; Qualidade em Enfermagem



## ABSTRACT

The changes that have occurred in health management organizations require that the roles played by nurse's managers should be clarified in order to understand their contribution to the management of organizational resources, the care processes and the quality of nursing care.

This research focuses on the head nurses care management practices and aims to understand the nature of such practices, as well as how these may contribute to the quality of nursing care.

This qualitative research took place in three phases. The first aimed at identifying the images of general care nurses associated with the role of head nurses as care managers. We have resorted to the methodology of social representations as a theoretical support and for the data analysis. We used a collection instrument that allowed the application of the technique of free word association as applied to general care nurses. The second phase aimed at identifying the self-perceived dimensions by head nurses as far as their role as care managers is concerned. We interviewed all head nurses in inpatient services in a hospital in the Lisbon region. In the third phase of the investigation, we proceeded to a case study in an inpatient service, in the same hospital, where we aimed at assessing the contribution of care management practices on the part of head nurses as they relate to the quality of nursing care. We used participant observation, document analysis, and informal and semi-structured interviews as data collection techniques.

Based on the triangulation of data from these three phases, we found that the management of nursing care is a complex and multidimensional process. The meaning attributed to the nursing care and the "knowledge resources" of head nurses have emerged as guiding the care management practices. Being a leader and being a presence were identified as key attributes for operationalize this process. The data indicate that care management interventions contribute to the quality of the care environment, the practices of nurses and of the care process.

**Key words:** Nursing; Management; Nursing Management; Head Nurse; Nursing Quality



# ÍNDICE GERAL

Índice de Quadros .....	xiv
Índice de Figuras .....	xv
Lista de Siglas e Abreviaturas .....	xvi
INTRODUÇÃO .....	1
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b> .....	<b>7</b>
1 – A ENFERMAGEM E A GESTÃO .....	7
1.1 – A enfermagem.....	7
1.1.1 – A natureza dos cuidados de enfermagem .....	8
1.2 – A gestão em saúde .....	16
1.2.1 - Do conceito, processos e papéis de gestão .....	16
1.2.2 – Tendências de gestão nas organizações de saúde – implicações na gestão em enfermagem .....	19
2 – A GESTÃO EM ENFERMAGEM – PERCURSOS, ESPECIFICIDADES E EVIDÊNCIAS .....	29
2.1 – Das origens e evolução da gestão em enfermagem .....	29
2.2 - Das Teorias de Enfermagem: Aplicações na Gestão em Enfermagem .....	35
2.3 - Os gestores operacionais em enfermagem: dos papéis e evidência do seu impacto .....	39
3 – DA QUALIDADE EM SAÚDE – UM PARADIGMA CENTRAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE.....	45
3.1 - Perspetivas da qualidade e da qualidade em saúde .....	45
3.2 - A qualidade em enfermagem: da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros à qualidade dos cuidados de enfermagem .....	56
3.3 - A qualidade do ambiente de cuidados .....	61
<b>PARTE II – A INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA</b> .....	<b>65</b>
1 – DOS PONTOS DE PARTIDA E HORIZONTES DA INVESTIGAÇÃO .....	65
1.1 – Da problemática, questões centrais de investigação e objetivos .....	65
1.2 – Do paradigma de investigação e pressupostos metodológicos .....	67
1.3 – Plano geral e faseamento da investigação.....	69
1.4 – Procedimentos e aspetos éticos.....	70
2 – FASE I DA INVESTIGAÇÃO – O GESTOR OPERACIONAL DE ENFERMAGEM COMO GESTOR DE CUIDADOS: IMAGENS DOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS GERAIS.....	73
2.1 – Questões de investigação, objetivos e tipo de estudo .....	73
2.2 – As representações sociais como fundamento teórico e metodológico do estudo .....	74
2.3 – A recolha de dados.....	76
2.3.1 – Participantes.....	76
2.3.2 – Método, procedimentos de recolha e tratamento dos dados .....	76
2.4 – Apresentação, análise e discussão dos dados.....	78
2.5 – Considerações finais sobre o estudo .....	82
3 – FASE II DA INVESTIGAÇÃO – AUTO PERCEÇÕES DO PAPEL DO GESTOR OPERACIONAL DE ENFERMAGEM COMO GESTOR DE CUIDADOS .....	85

3.1 – Opções Metodológicas .....	85
3.1.1 – Tipo de estudo, objetivos e questão de investigação.....	86
3.1.2 – O contexto e os participantes .....	86
3.1.3 – Método e procedimentos de recolha de dados .....	87
3.1.4 – Procedimentos de análise e tratamento dos dados .....	89
3.2 – Apresentação, análise e discussão dos dados .....	91
3.2.1 – Auto perceção do enfermeiro chefe como gestor de cuidados.....	91
3.2.1.1 – Caraterísticas do papel .....	91
3.2.1.2 – Dimensões do papel .....	95
3.2.1.3 – Atributos do papel .....	105
3.3 – Considerações finais sobre o estudo.....	111
4 – FASE III DA INVESTIGAÇÃO – PRÁTICAS DE GESTÃO DE CUIDADOS DAS CHEFIAS OPERACIONAIS DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO DE CASO EM CONTEXTO HOSPITALAR .....	113
4.1 – Da justificação do estudo, objetivos e questão de investigação .....	113
4.2 – Opções Metodológicas .....	114
4.2.1 – Tipo de estudo .....	114
4.2.2 – Seleção e acesso ao campo.....	117
4.2.3 – Procedimentos e instrumentos de colheita de dados .....	119
4.2.3.1 – A observação .....	119
4.2.3.2 – Entrevistas .....	123
4.2.3.3 – Consulta documental .....	124
4.2.4. – O registo dos dados .....	124
4.2.5 – Procedimentos de análise dos dados .....	125
4.3 – Apresentação, análise e discussão dos dados .....	129
4.3.1 – O contexto do serviço.....	129
4.3.1.1 – O espaço físico .....	129
4.3.1.2 – Âmbito de ação e atores .....	131
4.3.1.2 – Ambiente de trabalho .....	133
4.3.2 – Um agir sustentado em conceções e “saberes recursos” .....	135
4.3.2.1. - Sentido atribuído aos cuidados de enfermagem.....	135
4.3.2.1.1 – Centralidade na pessoa doente/ família.....	135
4.3.2.2 – “Saberes recursos”.....	139
4.3.2.2.1 – Saber gerir a complexidade .....	139
4.3.2.2.2 – Ser referente .....	140
4.3.3 – Um agir assente em modos de estar e fazer .....	141
4.3.3.1 - Ser líder.....	142
4.3.3.1.1 – A qualidade como missão .....	142
4.3.3.1.2 – Liderança cuidadora .....	145
4.3.3.2 – “Ser presença” .....	146
4.3.3.2.1 – “Momentos Chave” .....	147
4.3.3.2.2 – Responder a solicitações .....	148
4.3.3.2.3 – Estar na centralidade da ação .....	149
4.3.4 – Um agir no ambiente de cuidados .....	151
4.3.4.1 – A organização de cuidados.....	152
4.3.4.1.1 – O método de prestação de cuidados .....	152
4.3.4.1.2 – Funções de gestão de cuidados delegadas.....	154
4.3.4.1.3 – Monitorização de processos de gestão de cuidados .....	156
4.3.4.2 – A mobilização de recursos .....	157
4.3.4.2.1 - As condições físicas, ambientais e logísticas.....	158

4.3.4.2.2 – A dotação de enfermeiros .....	161
4.3.4.3 – Cultura de segurança.....	162
4.3.4.3.1 – O estímulo aos comportamentos de segurança .....	162
4.3.4.3.2 – Analisar e aprender com os erros.....	164
4.3.5 – Um agir nas práticas dos enfermeiros.....	165
4.3.5.1 – Supervisão das práticas dos enfermeiros .....	165
4.3.5.1.1 – Supervisão como controlo e desenvolvimento .....	166
4.3.5.2 - Avaliação dos cuidados de enfermagem .....	167
4.3.5.2.1 – Um modo informal de avaliar .....	168
4.3.5.3 – Orientação aos cuidados .....	170
4.3.5.3.1 – Orientação direta aos cuidados .....	170
4.3.5.3.2 – A animação da equipa.....	171
4.3.6 – Um agir no processo de cuidados .....	172
4.3.6.1 - Coordenação de cuidados e de processos.....	172
4.3.6.1.1 – Articulação intra e interdisciplinar .....	173
4.3.6.1.2 – Gestão do fluxo de doentes e de altas complexas.....	174
4.4 – Considerações finais sobre o estudo .....	176
5 – A DINÂMICA DAS PRÁTICAS DE GESTÃO DE CUIDADOS DAS CHEFIAS OPERACIONAIS DE ENFERMAGEM E A CONTRIBUIÇÃO PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: UMA SÍNTESE.....	181
6 – REFLEXÃO FINAL, IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES .....	193
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	201
ANEXOS .....	219

Anexo I – Cronograma de atividades

Anexo II – Revisão de estudos empíricos sobre o papel dos gestores operacionais de enfermagem

Anexo III – Revisão de estudos empíricos - Estudos discriminados de acordo com variáveis preditoras/associadas ao desempenho das chefias operacionais de enfermagem e seus resultados

Anexo IV – Termos de consentimento de participação no estudo

Anexo V – Instrumento de recolha de dados da I Fase

Anexo VI – Pedido de autorização e resposta II Fase

Anexo VII – Guião de entrevistas II Fase

Anexo VIII – Matriz análise entrevistas II Fase

Anexo IX – Pedido de autorização e resposta III Fase

Anexo X – Guião entrevista enfermeiros III Fase

Anexo XI – Exemplo notas de campo

Anexo XII – Matriz de análise III Fase

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - <i>Os Essenciais dum Contexto de Trabalho “Magnet”</i> .....	62
Quadro 2 - <i>Apresentação Geral da Investigação</i> .....	70
Quadro 3 - <i>Dimensões hegemónicas produzidas pelo Estímulo “O processo de gestão de cuidados de enfermagem faz-me pensar em .....”</i> .....	79
Quadro 4 - <i>AFCS das Palavras Associadas ao Estímulo “O processo de Gestão de Cuidados de Enfermagem Faz-me Pensar em.....”</i> .....	79
Quadro 5 - <i>Dimensões Hegemónicas Produzidas pelo Estímulo “ O Papel do Enfermeiro Chefe como Gestor de Cuidados de Enfermagem Faz-me Pensar em...”</i> .....	80
Quadro 6 - <i>AFCS das Palavras Associadas ao Estímulo “ O Papel do Enfermeiro Chefe como Gestor de Cuidados de Enfermagem Faz-me Pensar em...”</i> ....	81
Quadro 7 - <i>Categoria “Caraterísticas do Papel de Gestor de Cuidados das Chefias Operacionais de Enfermagem”, Subcategorias e Indicadores</i> .....	92
Quadro 8 - <i>Categoria “Dimensões do Papel de Gestor de Cuidados das Chefias Operacionais de Enfermagem”, Subcategorias e Indicadores</i> .....	95
Quadro 9 - <i>Categoria “Atributos do Papel de Gestor de Cuidados das Chefias Operacionais de Enfermagem”, Subcategorias e Indicadores</i> .....	105

## ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1</i> - Modelo da Dupla Dimensão do Gestor de Enfermagem.....	7
<i>Figura 2</i> - Modelo da Qualidade de Cuidados. ....	55
<i>Figura 3</i> - Dinâmica das práticas de gestão de cuidados dos enfermeiros chefes e a construção da qualidade dos cuidados de enfermagem .....	190

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ACHHR - Advisory Committee on Health Human Resources  
AFCS - Análise Fatorial de Correspondência Simples  
ANA - American Nurses Association  
ANCC - American Nurses Association Credentialing Center  
AO – Assistentes Operacionais  
AONE - American Organization of Nurse Executives  
CHKS - Caspe Healthcare Knowledge Systems  
CIPE – Classificação Internacional da Prática de Enfermagem  
COE – Chefias Operacionais de Enfermagem  
DH - Department of Health  
E – Enfermeiro  
EC – Enfermeiro Chefe  
EPE - Empresa Pública Empresarial  
ICN – International Council of Nurses  
IOM – Institute of Medicine  
JCAHO - Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations  
MRSA – Methicillin- Resistant Staphylococcus Aureus  
Nº - Número  
NGP – Nova Gestão Pública  
NHS - National Health Service  
NC – Notas de Campo  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
PPP – Parcerias Público Privadas  
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros  
RH – Recursos humanos  
RM – Recursos materiais  
SA – Sociedade Anónima  
SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem  
SIE – Sistema de Informação Eletrónico  
SNS – Serviço Nacional de Saúde  
SPA – Setor Público Administrativo  
SPAD-T - Système Portable pour l'Analyse des Données Textuelles  
TRS - Teoria das Representações Sociais  
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos  
UCINT - Unidade de Cuidados Intermédios  
UR – Unidade de registo

## INTRODUÇÃO

A enfermagem, enquanto disciplina, possui um domínio de conhecimento próprio que representa o ponto central da mesma, ou seja, a sua essência como disciplina. Este território específico de conhecimento integra como componentes centrais de estabilidade os conceitos major da disciplina e os problemas do seu campo de atuação, os processos de avaliação, diagnóstico e intervenção e os instrumentos para avaliação, diagnóstico e intervenção (Meleis, 2005). Contudo, ainda de acordo com a mesma autora (*ibidem*, 2005), a disciplina de enfermagem pode ser considerada de forma mais abrangente integrando, ainda, os conteúdos e processos de todos os papéis que o enfermeiro desenvolve, nomeadamente, na clínica, no ensino, na investigação, na administração, na política e na consultadoria.

Todas as vertentes que constituem a disciplina de enfermagem encontram-se em constante desenvolvimento, através da investigação e teoria produzida, do conhecimento oriundo da prática e, ainda, do conhecimento oriundo de outras disciplinas com que se relaciona (*ibidem*, 2005).

É, assim, pertinente reforçar o investimento na compreensão dos conteúdos e processos de todos os papéis em que os enfermeiros se envolvem e, em particular, pela complexidade de que se revestem, dos papéis que os enfermeiros desempenham na interface de várias disciplinas. Esta é a situação da área da gestão em enfermagem sendo, pois, nesta área de atuação dos enfermeiros que se enquadra a problemática da presente investigação.

A história de enfermagem evidencia que o envolvimento de enfermeiros em atividades e funções de gestão existe há longos anos e que a sua evolução se fez, sobretudo, por referência aos hospitais (Soares, 1997; Graça, 2000 c; Reis, 2007; Wildman & Hewison, 2009). Alguns autores defendem mesmo que na prática, em Portugal, e até à criação do Serviço Nacional de Saúde em 1976, eram os enfermeiros quem geria os hospitais e que, ao nível dos serviços clínicos, estes possuíam mais poder do que aquele que lhes era formalmente atribuído (Carapinheiro, 1993; Ferreira, 1958, citado por Reis, 2007). Também, na opinião de Carvalho (2006), a acentuada estruturação hierárquica da enfermagem com cargos de chefia e direção constituiu-se como um dos seus mais bem-sucedidos projetos de profissionalização.

A imagem das chefias de enfermagem, veiculada na literatura do século XIX e início do século XX, como figuras autoritárias, garante da ordem nas enfermarias e da disciplina dos que prestavam cuidados e dos próprios doentes tem-se transformado na imagem dum profissional com responsabilidades e competências cada vez mais alargadas e que têm um papel vital ao nível macro e micro das organizações e sistemas de saúde. A missão da moderna gestão em enfermagem será, assim, de acordo, com Oulton (2005/2006), a de assegurar que os contextos onde se prestam cuidados de saúde respondam às necessidades dos prestadores de cuidados e dos seus clientes.

Salienta-se que, enquanto estudos internacionais reforçam que as características organizacionais dos contextos de cuidados influenciam os resultados nos doentes (Aiken et al., 1998; Aiken et al, 2002 a), os relatórios do Institute of Medicine (IOM, 2000, 2004) assinalam problemas com a segurança dos doentes nestes contextos. Outros estudos evidenciam que os enfermeiros estão insatisfeitos com os ambientes de trabalho nos hospitais, nomeadamente, com a falta de apoio dado pelos enfermeiros gestores, o insuficiente fluxo de informação entre a gestão e os enfermeiros, a escassez de serviços de apoio e a falta de autonomia (Milissen et al., 2006; Siebens et al. 2006). A criação de ambientes favoráveis à prática de enfermagem, seguros para clientes e enfermeiros, passa então necessariamente pelos enfermeiros com funções de gestão aos vários níveis das organizações de saúde (IOM, 2004).

A missão da gestão em enfermagem atrás enunciada não se afigura fácil pela complexidade e extensão do desiderato agravando-se se forem tidas em consideração as atuais pressões exercidas sobre as organizações de saúde. De facto, tal como as expectativas e o recurso aos serviços prestados pelas organizações de saúde têm progressivamente aumentado, por parte da sociedade, também os custos com os mesmos têm crescido num ritmo muito superior ao do crescimento global da riqueza dos países. Em consequência, estas organizações têm enfrentado a necessidade de implementação de novas práticas de gestão que promovam uma maior eficiência do setor e que têm tido reflexos significativos no exercício dos profissionais de enfermagem com funções de gestão, nomeadamente, nos enfermeiros com funções de gestão a nível operacional<sup>1</sup>. A

---

<sup>1</sup> Os enfermeiros com funções de gestão a nível operacional correspondem aos enfermeiros responsáveis por um serviço ou unidade de cuidados e que, em Portugal, tem correspondido normativamente à categoria de enfermeiro chefe. A nível internacional as designações correspondentes a este cargo também são diversas e têm variado ao longo do tempo surgindo na literatura anglo saxónica designações como ward sister, head nurse, first line nurse manager. Neste estudo utilizar-se-ão indiferentemente as

estes enfermeiros, pela posição de gestão que ocupam na linha da frente da produção dos cuidados de enfermagem, cabe a pesada tarefa de responder às elevadas expectativas dos clientes, garantir a qualidade e a segurança dos cuidados e manter uma equipa de enfermagem motivada e competente (Duffy, 2009; McGillis Hall, 2005, Nyberg, 1998). Paradoxalmente, e em simultâneo com restrições de recursos exigem-se-lhes, ainda, aumentos da produtividade.

Assim, na literatura da especialidade o seu papel é reconhecido, desde há muito, como essencial para as organizações de saúde resultando que a eficácia com que este é desempenhado resulta em benefícios para toda a organização (Everson-Bates, 1992; Carrol, 1993; Pedersen, 1993; Mark, 1994).

Na tentativa de se aprofundar o conhecimento sobre o mesmo têm-se estudado as suas funções, competências, formas de liderar, dificuldades e a influência do seu papel em variáveis diversas. A revisão da literatura realizada para a conceção da presente investigação demonstra que, globalmente, o papel dos enfermeiros com funções de gestão a nível operacional surge com características e problemas similares em muitas partes do mundo (Surakka, 2008; Potra, 2006; Assistance Publique Hôpitaux de Paris, 2004).

O universo de trabalho destes enfermeiros é descrito como complexo, rico e diversificado, fragmentado, muito solicitado e tendo de gerir muitos imprevistos (Assistance Publique Hôpitaux de Paris, 2004), mas estes enfermeiros como refere Hubinon (1998) “detêm verdadeiramente o papel de gestor de uma unidade de cuidados que consiste em planear, em organizar, em dirigir e controlar os recursos humanos e materiais com vista a atingir, com a maior eficiência possível, .... a qualidade dos cuidados de enfermagem...” (p. 178).

Apesar destas semelhanças, nem tudo está esclarecido no âmbito do trabalho das chefias operacionais de enfermagem reclamando, alguns autores, que nem sempre são claras as dimensões do seu trabalho e os processos subjacentes às mesmas (Surakka, 2008). Por exemplo, é pouco claro em que consiste o seu papel no âmbito da “gestão de cuidados” e como este é operacionalizado. Esta expressão, utilizada de forma corrente no léxico dos enfermeiros foi igualmente identificada em diversos estudos que não esclarecem em que consiste.

---

expressões enfermeiro chefe, enfermeiro com funções de gestão a nível operacional ou chefia operacional de enfermagem.

Acresce que, embora se constate um aumento de estudos de investigação dedicados à avaliação da contribuição dos enfermeiros chefes, estes centram-se, maioritariamente, na sua influência nas equipas de enfermagem, nomeadamente, na sua satisfação profissional, autonomia, burnout, turnover e empenhamento (Boumans & Landeweerd, 1993; McNeese-Smith, 1995, 1997; Brewer & Lok, 1995; Morrison et al., 1997; Lageson, 2001; Kleinman, 2004; Anthony et al., 2005; Gaspar, 2005; Manojlovich, 2005). Mais recentemente, uma revisão sistemática da literatura vem comprovar a existência de estudos que evidenciam a influência da liderança das chefias de enfermagem em resultados nos utentes, nomeadamente, na sua satisfação, redução de eventos adversos e de complicações clínicas (Wong & Cummings, 2007). Estes estudos são, no entanto, ainda escassos e pouco se sabe sobre os mecanismos que promovem estas influências e se influenciam outros aspetos do processo de cuidados.

Apesar dos enfermeiros com funções de gestão serem, com frequência, objeto de estudo persiste a necessidade de se prosseguirem com estudos que melhor clarifiquem os seus processos de trabalho e as suas implicações. Considera-se, assim, pertinente aprofundar o conhecimento relativamente às atividades de gestão de cuidados de enfermagem protagonizadas pelos enfermeiros com funções de gestão a nível operacional e à sua contribuição para a qualidade dos cuidados de enfermagem. Em primeiro lugar é necessário compreender em que consiste esta dimensão, qual a sua centralidade nas práticas das chefias operacionais, que lógicas estruturam a sua ação e como é esta operacionalizada no trabalho quotidiano destas chefias. Somente, investigando em que consiste e como se desenrola este processo se poderá compreender as suas conexões a resultados no processo de cuidados e, mais especificamente, à sua qualidade.

Constituindo-se, atualmente, a gestão das organizações de saúde e dos processos no seu âmbito uma necessidade imprescindível à sobrevivência dos sistemas de saúde e sendo tão evidente a importância da figura das chefias operacionais de enfermagem, a finalidade desta investigação é, então, aprofundar conhecimentos sobre as práticas de gestão de cuidados das chefias operacionais de enfermagem. Um conhecimento mais aprofundado destas práticas, das lógicas que as estruturam e dos seus modos de ação permitirá questionar a natureza do que gere e compreender uma dimensão do papel das chefias operacionais de enfermagem e eventuais impactos na qualidade.

A investigação apresenta como questão central: Como contribuem as práticas de gestão de cuidados dos enfermeiros com funções de gestão a nível operacional para a qualidade dos cuidados de enfermagem?

Foram definidos os seguintes objetivos gerais:

- Compreender o processo de gestão de cuidados enquanto dimensão do papel dos enfermeiros chefes, em contexto hospitalar;
- Analisar a influência das práticas de gestão de cuidados dos enfermeiros chefes na qualidade dos cuidados de enfermagem.

Este relatório está estruturado em duas partes. Na primeira parte, constituída por três capítulos, procede-se ao enquadramento concetual em que se sustenta a investigação. No primeiro capítulo exploram-se dois conceitos major – a enfermagem e a gestão. Estes são fundamentais para a compreensão dos papéis dos enfermeiros com funções de gestão já que é na interface destas duas disciplinas que estes se desenrolam. No segundo capítulo apresenta-se um quadro teórico em que se explora a gestão em enfermagem e se defende a sua especificidade. Por último, o terceiro capítulo dirige-se à exploração teórica da qualidade em saúde e de outros constructos como a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, a qualidade dos cuidados de enfermagem e a qualidade dos contextos de cuidados.

Na segunda parte deste relatório, constituída por seis capítulos, apresenta-se a investigação empírica realizada. O primeiro capítulo diz respeito às opções metodológicas que, de acordo com a pergunta de investigação, orientaram a construção da investigação. Este primeiro capítulo da segunda fase integra, ainda, uma síntese do plano de investigação e as considerações éticas consideradas na investigação. Nos capítulos dois, três e quatro apresentam-se cada um dos estudos que integraram as diversas fases que constituíram a investigação.

O capítulo cinco pretende apresentar uma síntese integradora dos três estudos realizados que reflita a dinâmica das práticas de gestão de cuidados dos enfermeiros chefes e da sua contribuição para a qualidade dos cuidados de enfermagem. Por fim, apresenta-se uma reflexão final em que se dá ênfase às implicações da investigação e perspectivas de investigação futura a que se seguem as referências bibliográficas.

As citações e referências bibliográficas apresentadas neste relatório seguem as normas da American Psychological Association (APA).



# PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

## 1 – A ENFERMAGEM E A GESTÃO

Este primeiro capítulo do enquadramento conceptual assenta na premissa que os enfermeiros com funções de gestão se orientam por uma dupla perspectiva teórica, a da enfermagem e a da gestão.

Esta premissa inspira-se no Modelo da Dupla Dimensão do Gestor de Enfermagem representado na figura 1 e segundo o qual, o enfermeiro com funções de gestão tem um papel que surge na interface destas duas disciplinas. Nesta perspectiva as duas dimensões referidas ao serem consideradas elementos da esfera de atividade dos enfermeiros chefes podem influenciar o seu papel.

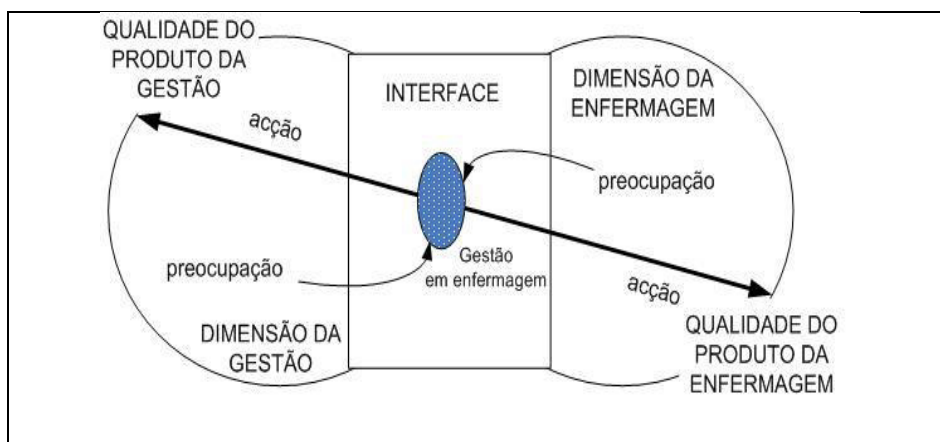


Figura 1 - Modelo da Dupla Dimensão do Gestor de Enfermagem.

Adaptado de: Scalzi & Anderson (1989). Conceptual model for theory development in nursing administration. In: B. HENRY et al. (1989). Dimensions of nursing research – theory, research, education, practice, p.138.

Será, pois, em torno dos conceitos de enfermagem e de gestão e de várias das suas perspetivas que se desenvolverá este primeiro momento de reflexão teórica.

### 1.1 – A enfermagem

A literatura é unânime ao reconhecer que, nas últimas décadas, a enfermagem, enquanto profissão e disciplina, sofreu profundas mudanças. Estas mudanças são derivadas das grandes alterações globais da sociedade, nomeadamente, do avanço das ciências biomédicas, da evolução tecnológica e das profundas alterações demográficas, económicas e culturais mas também do esforço dos seus profissionais no que se

relaciona com o reconhecimento social da sua profissão e o investimento no seu desenvolvimento como disciplina.

Atualmente a enfermagem é perspetivada como uma ciência humana, de ajuda, com uma orientação prática (Meleis, 2005). É, ainda, reconhecida como uma profissão. Mais concretamente em Portugal, a enfermagem é uma profissão com estatuto profissional oficialmente reconhecido. De acordo, com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) “a enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (OE, 2012, p. 12).

Apesar de orientadora esta definição não esclarece o que fazem os enfermeiros, ou seja, o que são os cuidados de enfermagem. Identificar os cuidados de enfermagem é tornar reconhecível a sua natureza, isto é, “o que caracteriza o ou os tipos de cuidados a prestar ou a executar de acordo com a ou as finalidades que propõem atingir” (Collière, 2003, p. 187).

As questões que se exploram neste subcapítulo ganham sentido na procura de uma compreensão que sustente o que é a gestão de cuidados de enfermagem.

### **1.1.1 – A natureza dos cuidados de enfermagem**

No léxico profissional são comuns as expressões prestar cuidados, fazer cuidados ou cuidar. Assim, no quotidiano, prestam-se cuidados, fazem-se cuidados, cuida-se, tem-se cuidado o que diz respeito tanto a uma ação, como a uma pessoa ou a um modo específico de fazer. Compreender o significado e especificidades destes vocábulos no âmbito da enfermagem é compreender o foco da disciplina e o fulcro da prática da mesma.

Inicialmente, neste ponto, recorre-se a Collière (1999; 2003) e Kérrouac et al., (1994) para, através da forma como pensam, analisam e descrevem o percurso da enfermagem, situar e compreender a natureza dos cuidados de enfermagem. Posteriormente acentua-se o cuidar em enfermagem como uma característica que marca a natureza dos cuidados de enfermagem recorrendo-se não só a Collière (1999), como a Leininger (1981, 1998), Watson (1988, 2002) e Hesbeen (2000, 2001).

A história da enfermagem surge, na literatura, associada à história das práticas de cuidados e aos diversos papéis que foram atribuídos às mulheres ao longo dos tempos.

Collière (1999) sintetiza a assimilação destas práticas, ao seu papel, em três diferentes modos de identificação:

- A identificação da prática de cuidados com a *mulher* – que terá decorrido desde os tempos mais remotos até, na sociedade ocidental, ao fim da Idade Média e em que os cuidados visavam essencialmente “manter a continuidade da vida e fazer recuar a morte” (p. 28-29). Cuidados que visavam, não só, o ato de nascer e tomar conta dos que crescem mas também cuidar dos doentes, dos feridos e dos moribundos. Eram assim cuidados ligados à resposta às necessidades de sobrevivência e com um cunho maternalista;

- A identificação da prática de cuidados com a *mulher consagrada* – que terá decorrido, em França, desde os finais da Idade Média até ao fim do século XIX e que vem acentuar a imagem de dever, neste caso, a de submissão a Deus. A prática de cuidados baseava-se, essencialmente, em valores morais e religiosos dirigidos a indigentes e pobres que despertavam sentimentos de compaixão e ações de caridade. Dedicavam-se ao tratamento dos seus corpos mas este não é prioritário relativamente à salvação da sua alma;

- A identificação da prática de cuidados com a [*mulher*] *enfermeira/ auxiliar do médico* – que terá decorrido entre o princípio do século XX e os anos sessenta. A autora defende que é com a separação do poder político do poder religioso e o desenvolvimento dos conhecimentos médicos que surge esta fase caracterizada por práticas de cuidados assentes numa conduta moral irrepreensível e de renúncia de si próprias, como pessoas e mulheres, e que valorizava a obediência à autoridade dos médicos e de subserviência às organizações de saúde. Os valores da prática de cuidados passam a estar associados aos valores médicos sendo prescrito a estas [*mulheres*] enfermeiras um papel de auxiliar dos mesmos.

Na história da enfermagem é amplamente reconhecida a contribuição de Florence Nightingale (1820-1910) no desenvolvimento da moderna enfermagem rompendo com o empirismo existente até à data, iniciando a sistematização dos cuidados de enfermagem e defendendo que a enfermagem tem ações e implica conhecimentos de natureza diferente dos da medicina. De acordo com Tomey & Alligood (2004) a filosofia de cuidados que apresenta no livro “Notes on Nursing” orientaram a prática dos enfermeiros por mais de um século. Neste pequeno livro Florence Nightingale dá realce ao conceito de pessoa como ser holístico e ao de ambiente. Os cuidados com a

luz, a ventilação, o calor, a limpeza, a alimentação mas também orientações à forma de comunicar com os doentes estão presentes e são apontados como fundamentais no trabalho das enfermeiras dando início ao desenvolvimento do que se pode considerar como o embrião de um domínio próprio do conhecimento de enfermagem.

Até aos anos cinquenta do século XX, o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem vai ser influenciado pelos avanços científicos e tecnológicos da medicina que vêm substituir o que começava a ser a especificidade da enfermagem iniciada por Nightingale (Meleis, 2005). No modelo biomédico os cuidados de enfermagem passam a organizar-se essencialmente em função das tarefas prescritas pelo médico e a ação do enfermeiro é conduzida pela doença que é preciso tratar e curar. Neste sentido, a valorização dos cuidados recaía essencialmente nos cuidados curativos (Collière, 1999).

Estas duas orientações da enfermagem, uma protagonizada por Florence Nightingale, “centrada na *saúde pública* e que se interessa mais pela pessoa e pelo seu ambiente do que pela doença e, mais tarde, a outra orientação virada para a *doença* e estreitamente ligada à prática médica” (Kérouac et al., 1994, p. 3) integram-se no paradigma<sup>2</sup> da categorização. Este paradigma, que as autoras (*ibidem*, 1994) situam entre os séculos XVIII e XX, encerra em si uma visão linear e unicausal dos fenómenos da saúde e da doença orientando o pensamento para a procura dos fatores responsáveis pela doença. Neste sentido, a orientação para a saúde pública caracterizava-se pela aplicação de princípios de higiene pública que permitiram melhorar as condições sociais e sanitárias e, deste modo, prevenir a doença. Por sua vez, a orientação para a doença está “presa” à prática médica. Os cuidados de enfermagem orientam-se para os défices e incapacidades das pessoas, estão centrados no tratar/curar o parcelar do seu corpo e a intervenção dos enfermeiros significa *fazer pela pessoa* (Kérouac et al., 1994).

Neste paradigma, a organização de cuidados é realizada em função da doença da pessoa e das tarefas do seu tratamento. Predomina o sistema de prestação de cuidados funcional (à tarefa) em que cada enfermeiro se responsabiliza por um determinado cuidado a todos os doentes do serviço.

---

<sup>2</sup> Um paradigma refere-se à forma de olhar o mundo, seguindo determinado tipo de pensamento (Basto, 1998). Kérouac et al. (1994), tendo em conta as diferentes orientações científicas e filosóficas da enfermagem e a sua implicação na evolução dos conceitos centrais da disciplina, consideraram que a disciplina de enfermagem pode ser agrupada em três paradigmas, a saber: da categorização, da integração e da transformação.

A partir dos anos sessenta do século XX, acentua-se a procura da identidade profissional e de um corpo de conhecimentos próprio na enfermagem. O desconforto sentido com a ênfase técnica dos cuidados e com a visão dualista que têm da pessoa leva os enfermeiros a aproximarem-se de outras áreas do saber como as ciências sociais e conduzem a esforços para se clarificar a natureza dos cuidados de enfermagem e reencontrar o sentido dos cuidados às pessoas (Collière, 1999).

Os diversos movimentos científicos protagonizados, sobretudo, por teóricas americanas e canadianas desempenharam um importante papel neste processo ao fazerem emergir modelos teóricos de enfermagem que pretendiam ser guias para a prática, o ensino, a investigação e a gestão (Kérouac et al., 1994). Estas mesmas autoras (*ibidem*, 1994), entre outros, estudaram as várias escolas de pensamento que influenciaram a enfermagem e categorizaram os modelos conceituais de enfermagem em seis Escolas: Escola das Necessidades, Escola da Interação, Escola dos Resultados Esperados, Escola da Promoção da Saúde, Escola do Ser unitário e a Escola do Cuidar.

As primeiras escolas do pensamento de enfermagem surgem entre os anos de 1950 e 1970 influenciadas pelo desenvolvimento dos conhecimentos oriundos das ciências sociais e humanas e, na análise de Meleis (2005), tentam responder a questões de explicitação e clarificação da enfermagem: “Que fazem os enfermeiros?”, “Como fazem os enfermeiros o que fazem?”, “Porque fazem os enfermeiros o que fazem?” e “A quem se dirigem os cuidados de enfermagem?”.

Integram, entre outras: a **Escola das Necessidades** em que se destacam as teóricas Virgínia Henderson e Dorothea Orem e, respetivamente, os modelos conceituais de Independência nas Necessidades Básicas Fundamentais e de Autocuidado. Segundo estes modelos os cuidados de enfermagem perspetivam a independência das pessoas na satisfação das suas necessidades básicas ou na sua capacidade para realizarem o auto cuidado. Os enfermeiros têm como principal função ajudar ou substituir a pessoa até esta readquirir a sua independência ou capacidade de autocuidado; a **Escola da Interação** que centra o seu interesse no processo de interação entre os enfermeiros e a pessoa a que presta cuidados e é protagonizada por teóricas como Hildegard Peplau, Josephine Paterson e Loretta Zderad e Imogéne King. Nesta Escola verifica-se uma atenção reforçada para as necessidades relacionais da pessoa sendo os cuidados de enfermagem descritos por Peplau (1988), citada por Kérouac et al. (1994), como um processo interpessoal terapêutico; a **Escola dos Resultados Esperados** em cujo grupo

de teóricas mais proeminentes se destacam Dorothy Johnson, Myra Levine, Callista Roy e Betty Neuman e que tentam concetualizar os resultados ou efeitos desejados dos cuidados de enfermagem. Inspiradas nas teorias da Adaptação e Teoria Geral dos Sistemas consideram, de forma global, que os cuidados de enfermagem visam um equilíbrio, uma estabilidade ou preservar a energia; a **Escola da Promoção da Saúde** essencialmente representada por Moyra Allen que defende que o foco dos cuidados de enfermagem deve centrar-se na promoção da saúde, nomeadamente, através de intervenções que reforcem e desenvolvam a saúde da família.

Na verdade, apesar de cada uma destas escolas do pensamento explorar diferentes questões e apresentar diferentes conceções da disciplina, todas elas têm uma orientação da enfermagem para a pessoa e valorizam os princípios da relação com a mesma integrando-se num paradigma que Kérouac et al. (1994) denominam de **paradigma da integração**. Este paradigma, apesar de ser considerado um prolongamento do paradigma da categorização, reconhece, não só os elementos e as manifestações de um fenómeno mas integra-o no contexto específico no qual ocorre. De acordo com esta orientação, que se afasta do modelo biomédico característico do paradigma anterior, os cuidados de enfermagem devem centrar-se na pessoa e visam a manutenção da sua saúde em todas as suas dimensões (física, mental e social). Os enfermeiros tornam-se responsáveis pela avaliação das necessidades das pessoas e a sua intervenção passa a significar um “agir com” a pessoa, reconhecendo-lhe, assim, potencial para poder influenciar os fatores preponderantes da sua saúde e colaborar no seu tratamento.

Sob o ponto de vista organizativo os sistemas de prestação de cuidados de enfermagem evoluem, sobretudo, para a adoção do modelo de equipas que integram enfermeiros e pessoal auxiliar sob a sua responsabilidade mas ainda mantendo-se, em muitos hospitais, uma divisão do trabalho centrada em tarefas. O reconhecimento da competência do enfermeiro e da sua capacidade de decisão é, no entanto, cada vez mais reconhecido e valorizado.

É com a emergência do **paradigma da transformação**, em meados dos anos setenta do século XX, que se dá, de acordo com as autores que se têm vindo a mobilizar (*ibidem*, 1994), a abertura da disciplina de enfermagem ao mundo. Este paradigma postula os fenómenos como únicos e irrepetíveis e a pessoa como um todo único, maior e diferente que a soma das suas partes sendo indissociável do meio que a rodeia, com o qual mantém uma relação mútua e em contínua mudança. Neste sentido, a pessoa procura

desenvolver a sua qualidade de vida de acordo com as suas potencialidades e prioridades.

Esta nova forma de considerar a pessoa, mais globalizante, personalista e atribuindo-lhe um papel mais ativo influencia necessariamente a natureza dos cuidados de enfermagem. Assim, estes visarão a manutenção do bem-estar e da saúde da pessoa tal como esta a define e cabe aos enfermeiros acompanharem-na nas suas experiências de saúde ajudando a dar sentido às mesmas. A intervenção dos enfermeiros passa a significar “estar com” a pessoa num sentido de parceria, baseada no respeito mútuo, respeitando o caminho e o ritmo da mesma (*ibidem*, 1994).

As conceções inerentes a este paradigma vão também influenciar o sistema de organização de cuidados de enfermagem emergindo os métodos de prestação de cuidados individual e de enfermeiro responsável ou de referência em que se prestam os cuidados globais e integrais requeridos por cada pessoa.

Neste paradigma, destacam-se duas escolas de pensamento, a **Escola do Ser Humano Unitário** e a **Escola do Cuidar**.

A primeira que centra a sua atenção na questão “A quem se dirigem os cuidados de enfermagem?” (Meleis, 2005) integra teóricas como Martha Rogers, Margareth Newman e Rosemarie Parse que inspiradas em teorias oriundas da física, a teoria sistémica e trabalhos de filósofos como Heidegger, Sartre e Merleau-Ponty desenvolvem modelos conceituais e teorias de enfermagem que, globalmente, perspetivam a pessoa como um todo com integridade própria, considerada um ser aberto e em contínua interação com o ambiente. A pessoa tem assim capacidade de agir em sinergia com o mundo e potencial para progredir e orientar o sentido da sua mudança. Os enfermeiros serão parceiros desta mudança em que é a própria pessoa que precisa a sua direção (Kérrouac et al., 1994).

Por último, a **Escola do Cuidar** vem de novo tentar responder à questão “ Como fazem os enfermeiros o que fazem?” (Meleis, 2005) e assume uma relevância especial dada a adesão que o seu principal conceito, o cuidar, tem despoletado nos enfermeiros. Neste domínio, destacam-se as teóricas Madeleine Leininger e Jean Watson que desenvolveram, respetivamente, a Teoria do Cuidado Transcultural e a Teoria do Cuidado Humano. Estas teóricas, ainda que enfatizando aspetos diferentes, creem que os enfermeiros podem melhorar a qualidade dos cuidados às pessoas se manifestarem

respeito pelos seus valores, crenças e modos de vida e abertura a dimensões como a espiritualidade e a cultura (Kérouac et al., 1994).

O conceito de cuidar não é exclusivo nem específico da profissão de enfermagem e, mesmo no seu seio, tem sido objeto de muito debate quanto à sua definição e significado. No entanto, parece ter sido a partir da reelaboração deste conceito que os enfermeiros, a partir dos anos oitenta do século XX, parecem ter encontrado uma via para argumentar alguma especificidade da enfermagem.

Para Leininger (1981), a quem se devem as primeiras sistematizações do conceito de cuidar no âmbito da enfermagem, este é a essência da disciplina, o domínio central do corpo de conhecimentos e das práticas de enfermagem. Esta teórica, inspirada pela antropologia, interessa-se, em especial, pelos fatores culturais que influenciam os modos de cuidar, a saúde e o bem-estar. Concebe, assim, a enfermagem como uma ciência e uma arte de cuidados transculturais, centrada no cuidado humano e que tem em conta e respeita os valores culturais das pessoas. Neste sentido, os cuidados de enfermagem deverão ser culturalmente congruentes.

Por sua vez, Watson (1988), de orientação fenomenológica, propõe que os enfermeiros criem um ideal de cuidar que seja, ao mesmo tempo, humanista e científico. Para esta teórica os cuidados de enfermagem consistem num processo intersubjetivo de humano a humano que necessitam de um envolvimento no cuidar como ideal moral e de sólidos conhecimentos científicos.

A complexidade do conceito de cuidar é evidenciada na análise realizada por Morse et al. (1991) com base nas definições e principais características obtidas a partir de 35 autores e que revelaram 5 diferentes perspetivas deste conceito: **cuidar como característica humana** – descreve o cuidar como uma característica universal e inata que constitui a fundação da sociedade humana, necessária para a sobrevivência sendo assim um componente essencial do ser humano. Roach (1984) defende que a enfermagem é a profissionalização do cuidado humano. Nesta perspetiva o cuidar relaciona-se com o potencial que cada pessoa tem para cuidar e para se cuidar; **cuidar como um imperativo moral ou ideal** - está relacionado com a manutenção da dignidade, integridade moral e respeito dos doentes, como pessoas. Neste contexto, Carper (1978) também descreve o cuidar como uma ética; **cuidar como afeto** – nesta perspetiva o cuidar é descrito como uma emoção, um sentimento de compaixão ou capacidade de empatia pelo doente; **cuidar como uma relação interpessoal** – nesta perspetiva o

cuidar expressa-se na interação enfermeiro- pessoa cuidada e integra manifestações como o respeito, a comunicação, a amizade, a informação, a autenticidade, a empatia, a confiança, elementos constituintes da relação de ajuda; **cuidar como intervenção terapêutica** – centra-se nas ações do cuidar que respondem às necessidades dos doentes e que resultam em resultados positivos. São exemplos destas intervenções a educação da pessoa ou o estar presente, a escuta ativa, o toque e que podem resultar em bem estar físico e mental. Esta perspetiva está ligada à componente técnica da enfermagem.

Todas estas perspetivas se interrelacionam no processo de cuidar e influenciam a natureza dos cuidados que se prestam.

Apesar da polissemia e complexidade do conceito o cuidar é assumido como o fundamento dos cuidados de enfermagem (Collière, 1999). Contudo, da pesquisa realizada evidencia-se alguma dificuldade em compreender um sentido único e definitivo para os cuidados de enfermagem e o cuidar em enfermagem. Recorre-se a Hesbeen (2001) para explicitar que a prestação de cuidados de enfermagem nem sempre se inscreve numa perspetiva de cuidar. Ou seja, a prestação de cuidados de enfermagem centra-se, por vezes, nas tarefas a executar limitando a expressar-se numa sequência de atos repetitivos. Quando estes atos cuidam, dá-se sentido e ultrapassa-se o ato: vai-se ao encontro duma pessoa para a acompanhar, com um objetivo preciso (Hesbeen, 2001). Para este mesmo autor (*idem*, 2000) “ os cuidados designam, assim, os atos através dos quais se cuida, através dos quais se conserva o corpo nas diferentes etapas da vida. Quando estes se enquadram numa perspetiva de cuidar, trata-se de *cuidados* que revelam o *cuidado* que se teve com a pessoa ” (p. 11).

Os cuidados de enfermagem podem, assim, ser assumidos como uma prática, uma intervenção de atenção especial que se pode facultar a outra pessoa numa situação particular da sua vida, com o intuito de contribuir para a sua saúde e bem-estar (Hesbeen, 2000). Compreendem, assim, tudo o que os enfermeiros fazem, dentro das suas competências, para prestar cuidados às pessoas e inscrevem-se numa ação interpessoal, de atenção e ajuda à pessoa a fim de contribuir para o seu bem-estar ou a nela produzir um resultado terapêutico (Watson, 1988; Hesbeen, 2000).

Em síntese, pode-se dizer que as conceções de enfermagem e de cuidados de enfermagem são diversas, têm variado ao longo dos tempos e expressam diferentes preocupações. Sabe-se que a forma como cada pessoa apreende ou compreende determinado conceito influencia as suas práticas. Assim, dada a importância de se

conhecer a natureza do que se gere, será importante compreender que perspectivas de cuidados de enfermagem/ cuidar em enfermagem sustentam as práticas de gestão de cuidados das chefias operacionais de enfermagem. E porque a gestão em enfermagem se inscreve na interface de duas disciplinas importa, também, compreender como se articulam estas concepções com as concepções de gestão que estes profissionais mobilizam nas suas práticas.

### **1.2 – A gestão em saúde**

A gestão é imprescindível à existência, sobrevivência e sucesso de qualquer organização. No que respeita às organizações de saúde durante, longos anos, as preocupações com a sua gestão e a dos seus processos não foram encarados como um aspeto prioritário. A máxima vigente era de que a saúde não tinha preço. Depois as coisas complicaram-se com a grande diversidade de novas tecnologias médicas, a grande oferta de cuidados, as novas necessidades de uma população cada vez mais idosa e com mais doenças crónicas e o, conseqüente, aumento das despesas. Atualmente, o peso crescente e incontrolável dos custos na saúde leva a que a função de gestão nestas organizações adquira um papel preponderante tanto ao nível da sua gestão de topo como da gestão dos processos de cuidados.

Assim, e considerando que os enfermeiros com funções de gestão têm necessariamente de mobilizar conhecimentos desta disciplina torna-se pertinente abordar alguns aspetos concetuais relacionados com a ciência de gestão nomeadamente quanto às teorias que têm emergido ao longo do seu desenvolvimento e aos processos e papéis que despoletam. Esta exploração será realizada tendo por referência a aplicação e impacto que esta tem tido na área da saúde e na gestão em enfermagem.

#### **1.2.1 - Do conceito, processos e papéis de gestão**

O conceito de gestão pode ser definido de diferentes formas consoante é entendido como uma arte, uma ciência, uma profissão ou um processo (Parreira, 2005). Reis (2007) parece englobar várias destas perspectivas, ao definir a gestão como “a utilização de modo eficiente e tendo em vista a realização dos objetivos de uma organização, dos recursos (humanos e materiais) disponíveis ou angariáveis e desenvolve-se através de um processo que abrange o exercício de determinadas funções, suportadas por um conjunto diversificado de comportamentos que integram o papel dos gestores” (p. 58).

A linguagem e princípios da gestão, medidas a ela ligadas e profissionais afetos a esta área nunca, como hoje, estiveram tão presentes na área da saúde e nas suas

organizações. Acresce que, atualmente, não se fala apenas em gerir as organizações de saúde e os seus recursos humanos e materiais e torná-los eficientes, fala-se também na gestão da saúde e na gestão da doença, na gestão do risco, na gestão de cuidados de enfermagem, na gestão de casos, na gestão medicamentosa e na gestão de altas, entre outros. Ou seja, paulatinamente, todos os processos que concretizam a missão dos sistemas de saúde passaram necessariamente a ser considerados “geríveis”, expandidos para além dos profissionais que tradicionalmente detêm funções de gestão e, deste modo, apelando à necessidade de maior clarificação daquilo em que consistem. Esta é a situação do processo de gestão de cuidados de enfermagem.

A análise da gestão enquanto processo tem sido entendida de forma bastante similar, por diferentes autores, que recorrem, em grande parte, às clássicas funções da gestão descritas por Fayol (1841- 1925). Deste modo, o processo de gestão é habitualmente compreendido como o processo de planear, organizar, liderar e controlar<sup>3</sup> (Stoner & Freeman, 1995; Chiavenato, 1999). O processo de gestão envolve então o desempenho de funções específicas mas interrelacionadas sendo um processo cíclico em que diferentes funções podem ocorrer simultaneamente. Neste sentido, embora o planeamento se constitua como a primeira função de gestão, esta e todas as outras interagem, dinâmica e recursivamente, entre si (Parreira, 2005).

Já a proposta de Yulk (1998) pormenoriza o processo de gestão ao descrevê-lo num conjunto mais alargado de funções e distribuindo-as em torno de dois eixos centrais: a gestão do trabalho propriamente dita e a gestão das relações que o acompanha. Relativamente à gestão do trabalho estas compreendem as funções de planear e organizar, resolver problemas, clarificar papéis e objetivos, informar, monitorizar, consultar e delegar. Já as funções de gestão relacionadas com a gestão das relações serão as de apoiar, desenvolver uma rede de contactos, desenvolver as capacidades e a carreira, gerir conflitos e construir espírito de equipa, motivar e inspirar, reconhecer e recompensar. Esta última descrição das funções de gestão chama a atenção para a amplitude e diversidade das mesmas quando, para além dos aspetos técnicos do

---

<sup>3</sup> Planear envolve a definição de objetivos e a identificação de estratégias para os atingir. Organizar é o processo que assegura que os recursos humanos e materiais necessários estão disponíveis para atingir os objetivos planeados. Organizar envolve ainda a distribuição de trabalho à pessoa ou grupo adequado e a especificação de responsabilidades na realização das tarefas. Liderar é influenciar outros a atingir os objetivos organizacionais e envolve motivar, dirigir e persuadi-los nesse sentido. Por último, controlar é comparar o desempenho atual com o previsto e promover a revisão do planeamento original, se necessário.

processo são considerados, e isto porque dificilmente podem ser separados, os relacionais.

Considerando o exposto o processo de gestão de cuidados de enfermagem passará também por atividades ligadas às funções instrumentais da gestão como o planeamento, a organização e o controlo e por funções expressivas ligadas às manifestações comportamentais que as acompanham. No entanto, a natureza daquilo que se gere poderá influenciar este processo (Hesbeen, 2001).

Também quando se analisam os diferentes papéis dos gestores que operacionalizam o processo de gestão surgem, na literatura, diferentes tipologias. Por exemplo, a conhecida taxonomia dos papéis de gestão proposta por Mintzberg (1973), que resultou da observação das práticas de vários gestores, integra vários distintos tipos de papéis agregados nas categorias de informacionais, interpessoais e decisoriais<sup>4</sup>.

Do trabalho realizado por Mintzberg (1973) conclui-se que os gestores atuam em todas estas dimensões. No entanto, a maior ou menor profundidade do exercício de tipos específicos de funções ou papéis de gestão é condicionada não só pela posição de gestão na estrutura da organização em que intervém o gestor mas ainda pelo tipo de processo e organização a gerir. Como refere Reis (2007) “entre a universalidade da ciência da gestão e a arte do indivíduo, há planos intermédios, diferentes artes homólogas, que requerem a aplicação da mesma ciência por forma específica a tipos de organizações,...” (p. 5).

Neste sentido, as organizações de saúde têm sido reclamadas como únicas ou pelo menos como um espaço de diferença devido a especificidades como a missão e valores que prosseguem, os recursos humanos, materiais e tecnológicos que utilizam, o seu tipo de produção e os resultados a atingir (Reis, 2007; Shortell & Kaluzny, 1993).

As organizações de saúde possuem ainda como característica colaborarem, na sua gestão, profissionais que emergem de áreas profissionais exteriores a esta área disciplinar. Como situação, mais frequente, citam-se os profissionais de medicina e de enfermagem que indubitavelmente estão envolvidos em atividades de gestão, papéis que acumulam com os seus tradicionais papéis profissionais. Clarke & Newman (1997) denominam

---

<sup>4</sup> A categoria de informacionais integra os papéis de monitor, disseminador e porta voz, a de interpessoais compreende os papéis de figura de proa, liderança e ligação e a de decisoriais engloba os papéis de empreendedor, controlador de turbulências, afetador de recursos e negociador (Mintzberg, 1973).

este desempenho de papéis de gestão como híbridos considerando-os processos complexos e instáveis.

Apesar destas especificidades a gestão das organizações de saúde, tal como qualquer outra organização, têm sido globalmente influenciadas pelas concepções e teorias que têm dado “corpo” à ciência de gestão.

De seguida, aborda-se essa influência focando-se nas principais correntes de gestão e nas mudanças ocorridos nas últimas décadas e analisando o seu impacto na área específica da enfermagem.

### **1.2.2 – Tendências de gestão nas organizações de saúde – implicações na gestão em enfermagem**

O pensamento administrativo subjacente à gestão das organizações foi influenciado por fatores sociais, políticos e económicos que presidiram à evolução da sociedade, pelos conhecimentos oriundos de diversas ciências, pelas ideias de muitos pensadores, pelo paradigma dominante do pensamento científico, em cada época. Nesta proliferação de influências na forma de se conceber o Homem nas organizações e a gestão das mesmas destacam-se ainda as atribuídas à Igreja Católica e à organização militar que moldaram hierarquias de autoridade, estruturas organizacionais lineares e de poder centralizado e a exigência de comportamentos disciplinados ainda presentes em muitas organizações.

No entanto, o “corpo” de conhecimentos que constitui as teorias de gestão só começa a ser sistematizado a partir dos finais do século XIX como resposta à necessidade de se gerirem as empresas, as novas organizações económicas, surgidas em consequência da revolução industrial.

Uma análise à evolução das teorias de gestão sugere que, apesar de muitas resultarem de concepções bastante distintas, tal facto não resulta numa rejeição total das anteriores. Ou seja, cada nova ideia construiu-se, frequentemente, sobre as anteriores coexistindo muitas delas, em maior ou menor grau, nas práticas de gestão das organizações. Neste sentido, a disciplina de gestão é assemelhada a uma selva “onde existe um entrançado de árvores que raramente são vistas como uma totalidade” (Cunha et al., 2003, p.18).

Na verdade, apesar da grande proliferação de teorias de gestão a evolução da forma de gerir as organizações, nomeadamente, as organizações de saúde, tem sido marcada por um conjunto de teorias relativamente reduzido das quais se destacam:

- **A Teoria da Gestão Científica do Trabalho** – Considerada a primeira abordagem sistemática da disciplina tem uma visão mecanicista da organização, um conceito de Homem como ser *economicus*<sup>5</sup> e a produtividade como seu foco central. As ideias de Frederick Taylor (1856-1915) preconizam que a organização do trabalho se inicie com a sua análise científica, de forma a encontrar a melhor metodologia para executar cada tarefa e a pessoa certa para a desempenhar. O seu modo de conceber o trabalho preconiza aspetos, ainda hoje, considerados fundamentais como a divisão do trabalho, a especialização dos empregados e a padronização das tarefas.

No âmbito da enfermagem, Kurcgant (1991) refere que na prática da gestão do pessoal de enfermagem se encontram, com frequência, propostas típicas desta fase da gestão: a preocupação com o “como fazer” tão evidente nos manuais de procedimentos técnicos e normas dos cuidados de enfermagem, a divisão do trabalho ligado à padronização das tarefas, os métodos de distribuição de trabalho funcionalistas que se centram nas tarefas a realizar e não nas necessidades dos clientes;

- **A Teoria Clássica da Administração** criada por Henry Fayol (1841-1925) estabelece as principais funções da empresa<sup>6</sup> que ainda hoje é utilizada. Preconizava uma estrutura hierárquica, que traduzia uma cadeia de comando clara, revelando uma orientação de natureza militar e estabelecia princípios para uma boa gestão<sup>7</sup>.

A forma de gerir os serviços de enfermagem revelou durante muitos anos a aplicação de muitos destes princípios: uma estruturação rigidamente hierárquica, relações interpessoais não devidamente consideradas, por vezes, uma maior preocupação com a quantidade de trabalho realizado do que com a sua qualidade.

- **A Teoria da Burocracia** - Da autoria do sociólogo e filósofo alemão Max Weber (1864-1920) fundamentalmente significa que o controlo da organização deve ser realizado com base no conhecimento e na autoridade legal<sup>8</sup>. Assenta, por isso, na competência técnica e na profissionalização do funcionário mas também na sua

---

<sup>5</sup> Esta perspetiva entende o Homem como ser passivo e motivado por fatores económicos.

<sup>6</sup> As funções das empresas foram categorizadas em técnicas, comerciais, financeiras, de segurança, de contabilidade e administrativas.

<sup>7</sup> Os princípios para uma boa gestão foram também enunciados, como por exemplo: divisão do trabalho, autoridade e responsabilidade, disciplina, unidade de comando, subordinação dos interesses individuais aos interesses da organização.

<sup>8</sup> Cunha et al. (2003) descrevem a autoridade legal como um tipo de autoridade racional “assente na legalidade de regras normativas e no direito daqueles que foram elevados a posições de autoridade para assumir o comando de acordo com essas regras”(p.26).

obediência estrita aos deveres da função, às regras e ao seu cumprimento perante um superior, na formalização, divisão do trabalho, hierarquia e impessoalidade. Esquece, no entanto, a dimensão humana e informal da organização, conduzindo a disfunções como o evitamento da responsabilidade, o conformismo, o formalismo excessivo e uma enorme resistência à mudança (Cunha et al., 2003).

Nas organizações de saúde encontram-se, frequentemente, formas organizacionais burocráticas e enfermeiros gestores que vestem a camisola de burocratas. De acordo com Kurcgant (1991) a valorização das normas e regras parece ser “(...) o enfoque da teoria da Burocracia que mais tem influenciado a prática da enfermagem(...) e (...) constitui um dos fatores que tem contribuído para uma prática administrativa estanque, baseada em regras e normas obsoletas com poucas perspectivas de mudanças” (p.9).

- **A Escola das Relações Humanas** – Este movimento defende a importância da organização informal e do empoderamento dos empregados como fonte do controlo, motivação e produtividade para o atingir dos objetivos da organização (Kelly, 2012). As abordagens humanistas da gestão desenvolveram-se com a participação de figuras como Herzberg (1923-2000), McGregor (1906-1964) e Maslow (1908-1970) que exploram as teorias da motivação e as confirmam como vitais para o sucesso das organizações. Por sua vez, a necessidade de promover as motivações e tornar compatíveis os interesses da organização e do indivíduo levou a um imenso investimento no desenvolvimento das teorias de liderança, que ainda hoje se mantêm.

Os conceitos que emergiram desta corrente tiveram forte impacto na formação de enfermeiros. Temas como a comunicação, a liderança, a motivação mantêm-se como aspetos fundamentais abordados nos cursos de gestão em enfermagem sendo saberes a que recorrem os enfermeiros com funções aos vários níveis de gestão. Contudo, estas abordagens teóricas nem sempre foram operacionalizadas no sentido desejado. A forte influência de estruturas hierárquicas e centralizadas de muitos contextos de cuidados pouco favorecem a adoção de práticas de gestão mais humanistas, por parte dos enfermeiros (Kurcgant, 1991).

- **A Teoria Sistémica** - Outra grande corrente das teorias da gestão tem origem na Teoria Geral dos Sistemas<sup>9</sup>, de Ludwig von Bertalanffy (1901-1972) e aporta como

---

<sup>9</sup> A Teoria Geral dos Sistemas assenta em alguns pressupostos básicos dos quais se considera de interesse salientar: Cada sistema é composto por sistemas e está integrado num macro-sistema; os sistemas são abertos; as funções de um sistema dependem da sua estrutura; o todo formado por um sistema é superior à mera soma das partes que o constituem; cada sistema transforma *inputs* em *outputs* numa relação

elemento inovador fundamental para se compreenderem as organizações o ambiente que as envolve, na qual se integram e da qual são dependentes.

A visão sistémica é de particular importância quando se aplica aos serviços de enfermagem. Estes passam a ser considerados um subsistema do sistema organizacional em que se enquadra e este, último, aceite como um subsistema do sistema maior que será o sistema de saúde. Neste sentido, o seu desempenho será influenciado, entre outros, pelos *inputs* (recursos, políticas, normas) que lhe são alocados, pelos objetivos definidos pela administração e pela qualidade do processamento da informação.

Anderson (1989) e Scalzi & Anderson (1989) consideram que a adoção de uma perspectiva sistémica por parte do enfermeiro gestor integrará as dimensões de enfermagem e de gestão num sistema único em que prevalece um conjunto unificado de objetivos o que poderá ajudá-lo a ultrapassar as dificuldades de trabalhar numa zona de interface. A assunção básica da perspectiva sistémica é que os resultados da gestão e da enfermagem são interdependentes e que esta interdependência é a base da vitalidade do sistema. Ao aceitar estas premissas o enfermeiro gestor tem possibilidades de atingir uma maior qualidade de resultados para o sistema dado a interface ser, na perspectiva sistémica, caracterizada pela sinergia.

**A Cultura Organizacional** – Esta abordagem teórica surge pelos anos 80 do século XX e vem valorizar os aspetos simbólicos da vida organizacional (Gomes, 1994). A abordagem da gestão pela cultura chama a atenção para a importância dos valores, crenças, sentimentos, artefactos, mitos, histórias e rituais criados e apreendidos pelos membros da organização e relaciona esta partilha à lealdade e ao empenho dos trabalhadores e, deste modo, com o desempenho da organização (Peters & Waterman, 1987; Cunha et al., 2003).

As culturas organizacionais influenciam as práticas de gestão em enfermagem, nomeadamente, a forma como se organizam e lideram os serviços e os cuidados de enfermagem nos hospitais. Em Portugal, um estudo recente revela que nos hospitais continua a ser percecionada uma cultura hierárquica marcada pelo controlo, estruturação, procedimentos e regras, conformidade e previsibilidade e que, de acordo com Cruz & Ferreira (2012), é considerada pouco adequada e consentânea com os

---

dinâmica com o ambiente, sendo a permeabilidade das fronteiras que determina a profundidade dessa relação; cada sistema está permanentemente a receber os resultados das suas ações (retroação ou *feedback*) e pode ser positivo ou negativo.

novos modelos de gestão implementados que “pressupõem flexibilidade organizativa e de gestão, desburocratização, trabalho em equipa, autonomia e responsabilização, e melhoria contínua da qualidade, aspetos que se distanciam do tradicional modelo burocrático” (p. 107).

Em resumo, pode-se dizer que, globalmente, as principais correntes da gestão apresentadas nesta síntese evoluíram no sentido da defesa de práticas de gestão orientadas para as pessoas e centradas numa maior flexibilidade.

Contudo, a partir dos anos 90 do século XX, as restrições económicas em vários países vieram impor amplos processos de reestruturação das organizações e de reengenharia dos processos produtivos das mesmas assistindo-se desde essa altura à valorização de práticas de gestão mais racionalistas e cada vez mais focadas nos resultados.

Nas instituições públicas estas mudanças podem ser enquadradas, em grande parte, no âmbito do movimento de reformas do setor público designado na literatura da especialidade por *Nova Gestão Pública* (NGP)<sup>10</sup> ou *Managerialismo*. Embora ainda se verifique alguma falta de consenso relativamente ao significado da NGP este movimento surge como configurador da emergência de um novo modelo de gestão pública que, de acordo com Rodrigues e Araújo (2005), “baseia-se na introdução de mecanismos de mercado e na adoção de ferramentas de gestão privada, na promoção de competição entre fornecedores de bens e serviços públicos, na expectativa da melhoria do serviço para o cidadão, no aumento da eficiência e na flexibilização da gestão” (p.1). Sumariamente e, pelo menos em termos retóricos, na NGP enquadra-se um conjunto de propostas que valoriza e põe em destaque a utilização de técnicas de gestão nas organizações públicas procurando torná-las mais eficientes e eficazes, mais próximas do cidadão e prestando-lhe melhores serviços.

Decorrente do que se tem vindo a expor estas novas propostas de gestão também se fizeram sentir nas organizações de saúde em alguns países da Europa, desde os anos 90 do século XX e, em Portugal, já no advento do século XXI.

É aceite que a aplicação dos princípios da NGP nas organizações de saúde surge, em grande parte, como resposta ao peso crescente da despesa pública com estas instituições

---

<sup>10</sup> De acordo com Carvalho (2006) os termos mais frequentes para designar o conjunto de mudanças que tem levado à reestruturação do modelo tradicional das organizações públicas são os de Nova Gestão Pública e Managerialismo. De acordo com esta autora (ibidem, 2006) outras expressões para designar este movimento são: “administração pública baseada no mercado”; “paradigma pós burocrático”; “Estado plural”; governo empreendedor” (p.27).

devido à grande expansão na procura de cuidados de saúde e ao elevado custo das novas tecnologias de saúde utilizadas. Associados a esta causa económica estão também problemas fiscais derivados das alterações demográficas verificadas nos países desenvolvidos que se traduzem numa população idosa e a necessitar de muitos cuidados de saúde quer numa quebra de impostos por parte da população ativa nestes Estados (Carvalho, 2006; Araújo, 2005). Mas para além destas razões pragmáticas outros autores argumentam, na interpretação desta tendência, razões ideológicas. Entre estas, salienta-se a necessidade de mudanças na ideologia dominante dos hospitais alterando o poder de regulação e controlo por parte dos seus profissionais de saúde mas também a rigidez organizacional e falta de responsabilização típicas das burocracias profissionais<sup>11</sup> (Clarke & Newman, 1997; Pollit, 2003a; Dent, Chandler & Barry, 2004; Kirkpatrick, Ackroyd, & Chandler, 2005). Em síntese, o que parece estar em causa é a necessidade de se alterar não só a organização e funcionamento das organizações de saúde, como o poder que nelas detêm os profissionais de saúde e o peso do próprio Estado nas mesmas.

Globalmente, nos sistemas de saúde dos países da União Europeia, as mudanças apresentam como tendências comuns a diminuição da participação do Estado como prestador, com a descentralização do sistema de saúde e a delegação de algumas das suas funções, a redução dos serviços públicos e a promoção da sua racionalização, a introdução de mecanismos de competição entre os prestadores públicos, a abertura do mercado da saúde à iniciativa privada (Parcerias Público Privadas) e a alteração das formas de financiamento do sistema de saúde, nomeadamente, através duma maior imputação de custos diretos ao cidadão que procura os serviços de saúde (Carvalho 2006). No entanto, estas profundas alterações têm como expectativa a melhoria do serviço para o cidadão, o aumento da eficiência e a flexibilização da gestão assentando em três pilares fundamentais: a equidade, a eficiência e o aumento da responsabilidade perante o consumidor (Frederico-Ferreira & Silva, 2012; Sousa, 2009).

---

<sup>11</sup> Deve-se a Mintzberg (1996) a categorização da estrutura dos hospitais como burocracias profissionais. Estas possuem como elemento central da organização, o centro operacional. Os profissionais do centro operacional são habitualmente especialistas em campos bem definidos, com um grande grau de autonomia e independência no trabalho operacional sendo a sua coordenação conseguida pela estandardização das qualificações mas também por normas que emergem, contrariamente ao que acontece nas burocracias mecanicistas, em grande parte, não da tecnoestrutura interna da organização mas das associações profissionais que as impõem aos diversos grupos profissionais.

Em Portugal e, considerando as organizações hospitalares, as reformas preconizadas operacionalizaram-se fundamentalmente<sup>12</sup> a partir da publicação da Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro que alterou a Lei de Bases da Saúde prevendo alterações no estatuto dos profissionais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), no financiamento aos hospitais e estabelecendo que estes podem assumir vários modelos jurídicos distintos<sup>13</sup>. De acordo com Araújo (2005), promove-se a “adoção de estilos de gestão mais flexíveis e empreendedores” (p.16).

Atualmente a grande maioria dos hospitais portugueses integra-se na figura de hospital EPE demonstrando-se, assim, claramente, a aproximação a princípios de gestão empresarial e, deste modo, à regulação por normas de direito privado, gestão realizada na base de contratos-programa, financiamento proporcional à produção e regras de contratualização interna. A par com estas características este novo modelo de gestão é, de acordo com Frederico-Ferreira & Silva (2012), “centrado em critérios de tomada de decisão orçamentais, racionais e quantitativos, que por vezes podem ser contrastantes com os valores dos profissionais de enfermagem, nomeadamente no que respeita a indicadores de trabalho qualitativos e relacionais assumidos no processo de cuidar” (p.86).

Como consequência das mudanças até agora operadas nos hospitais estes encontram-se a perder algumas das suas características como burocracias profissionais sendo notória uma mudança no controlo do poder da tomada de decisão de gestão dos profissionais de saúde para gestores profissionais. O controlo financeiro, a tomada de decisão de gestão

---

<sup>12</sup> Já com a alteração da Lei de Bases da Saúde em 1990 se tinham dado alguns passos no sentido de desconcentrar a gestão das unidades de saúde por parte do Ministério da Saúde delegando a responsabilidade da tutela em órgãos de nível regional, as Administrações Regionais de Saúde, e iniciando algumas experiências inovadoras na gestão dos hospitais como:

- Em 1995 – Abertura do Hospital Fernando da Fonseca com a cedência da sua gestão a uma entidade privada;

- Em 1998 – Estatuto do Hospital de S. Sebastião, de Santa Maria da Feira (Decreto-Lei nº 151/98 de Junho – cujo regime jurídico altera o estatuto jurídico aplicável onde para além de personalidade jurídica e autonomia administrativa, financeira e patrimonial se introduz o conceito de “natureza empresarial”. Esta situação passa a implicar a contratação do financiamento em função das atividades a prosseguir, o estabelecimento de incentivos aos profissionais e a agilização da contratação dos meios necessários ao funcionamento do hospital;

- Em 1999 – foi criada a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, englobando o Hospital Pedro Hispano mas também quatro centros de saúde. Este novo modelo foi posteriormente aplicado aos hospitais que foram abrindo nomeadamente no Hospital do Barlavento Algarvio em 2001.

<sup>13</sup> Refere-se aos hospitais SPA, hospitais EPE, hospitais SA, estabelecimentos privados, hospitais PPP, já anteriormente explicitados.

com base em resultados, a própria avaliação dos profissionais face à sua capacidade de atingir os objetivos definidos pela gestão assim como um aumento da responsabilidade pelo processo de tomada de decisão nos patamares mais baixos da hierarquia das organizações de saúde, como é o caso dos diretores de serviço, também poderão ser consideradas consequências das mudanças referidas (Carvalho, 2006). Alguns autores são mesmo de opinião que o controlo por parte da gestão pode diminuir a autonomia técnica das profissões da área da saúde (Foster & Hoggett, 1999; Carvalho, 2006).

As consequências e a forma como os enfermeiros têm lidado com as medidas introduzidas pela NGP nos hospitais são díspares e, ainda, pouco claras.

Alguns estudos internacionais que analisaram este impacte indiciam que os enfermeiros percecionam na emergência desta cultura *managerialista*, uma nova “ética de negócio” que, devido à necessidade de aumentar a produção e aos constrangimentos financeiros que impõem, conflituam com as reais necessidades dos doentes e, deste modo, com a cultura profissional dos enfermeiros tornando difícil a sua conciliação no quotidiano (Halford, Savage & Witz, 1997; Walby et al., 1994). Outros estudos evidenciam que os enfermeiros percecionam o contexto de cuidados como mais negativo sentindo-se colonizados pela linguagem de gestão, sujeitos a uma maior pressão para a eficiência e a produtividade e que o aumento de tarefas burocráticas os afasta do contato com os doentes (Wong, 2004; Clark, Clark, Day & Shea, 2001; Walby et al., 1994). Por sua vez, num estudo realizado em Portugal evidencia-se que para mais de 50% dos enfermeiros inquiridos em 3 hospitais EPE (n= 788) as reformas de gestão refletem-se num maior dispêndio de tempo nos cuidados de enfermagem e registo das suas atividades, num menor número de enfermeiros nos serviços, maior dificuldade no estabelecimento de uma relação com os utentes e em promover a qualidade dos cuidados. Quanto ao impacto das novas medidas de gestão na valorização da profissão também se constatou que cerca de 56% dos inquiridos considera que estas a diminuem (Caetano, 2010) o que consubstancia as crenças negativas relativamente a estas reformas.

Quanto à influência da NGP nos enfermeiros com funções de gestão também os resultados de estudos divergem. Ou seja, enquanto alguns autores opinam que a relevância dada aos gestores profissionais terá afastado os enfermeiros de posições de gestão que ocupavam anteriormente e diminuído a sua participação na tomada de decisão ao nível da gestão estratégica (Wiggins, 1997) outros demonstram que os

enfermeiros aumentaram as suas responsabilidades de gestão ao nível operacional, com maior dispêndio de tempo com tarefas de gestão, nomeadamente, processos de avaliação de desempenho, controlo de custos e de taxas de ocupação de camas (Halford et al., 1997).

Neste sentido, o estudo de Kirkpatrick et al. (2005) chama a atenção para a emergência de grupos de enfermeiros que aderindo às reformas se começam a evidenciar como líderes na área da gestão o que poderá configurar-se como uma forma de valorização profissional.

Também no início das reformas hospitalares, em Portugal, os enfermeiros chefes perspetivavam que estas iriam tornar o seu trabalho mais exigente ao nível da racionalização de recursos mas, paradoxalmente, também na exigência de uma maior qualidade de cuidados o que lhes exigiria o reforço de competências de gestão ao nível financeiro e de liderança (Potra, 2006). Contudo, o estudo que Carvalho (2006) realizou, também em Portugal, junto de oitenta e três enfermeiros com funções de gestão, confirma a ideia expressa em estudos realizados noutros países de que as alterações introduzidas pela NGP diminuíram o seu poder e autonomia institucional. Entre outros achados, este mesmo estudo (*ibidem*, 2006) apura ainda que, apesar do *ethos empresarial* que emerge nas práticas discursivas destes enfermeiros gestores, estes mantêm a sua ideologia profissional, centrada nos cuidados, como dominante.

Em suma, pode-se considerar que apesar das medidas introduzidas pela NGP apelarem a práticas gestionárias que privilegiam o racionalismo económico e resultados quantitativos os enfermeiros com funções de gestão aparentam não abdicar dos valores humanistas subjacentes à profissão de enfermagem.

Importa, por isso, compreender e analisar a área específica da gestão em enfermagem, nomeadamente, quanto à sua evolução, especificidades e importância dos seus gestores.



## **2 – A GESTÃO EM ENFERMAGEM – PERCURSOS, ESPECIFICIDADES E EVIDÊNCIAS**

O exercício de funções de gestão, por enfermeiros, verifica-se desde há longos anos. Para se compreenderem as dinâmicas do presente não se deve menosprezar os percursos já percorridos. Neste sentido, este capítulo inicia-se com uma breve abordagem às origens e evolução da gestão em enfermagem. Também porque a gestão em enfermagem dificilmente será compreendida sem uma visão da sua disciplina nuclear, a enfermagem, é objetivo realçar os esforços que têm sido desenvolvidos para a integração de perspetivas específicas desta disciplina nas práticas gestionárias dos enfermeiros. Por último, far-se-á uma exploração teórica centrada nos papéis e impacto dos enfermeiros que desempenham funções de gestão a nível operacional.

### **2.1 – Das origens e evolução da gestão em enfermagem**

Na literatura internacional a história da gestão em enfermagem não tem merecido uma atenção particular diluindo-se os escritos dedicados ao assunto nos da evolução da história geral da enfermagem (Wildman & Hewison, 2009).

É, no entanto, unânime o reconhecimento do papel que terá desempenhado Florence Nightingale neste domínio, quer a nível da reforma hospitalar que se deu na segunda metade do século XIX quer na reorganização dos seus serviços de enfermagem. Encontra-se amplamente descrita a atuação de Florence Nightingale na criação de infra estruturas nos hospitais militares de Scutari na Guerra da Crimeia que permitiram, entre outros, uma acentuada redução da taxa de mortalidade. A sua intervenção não se limitou à introdução de princípios básicos nos cuidados diretos aos feridos tendo-se ampliado para o meio ambiente organizacional, com medidas de higiene, ventilação e aquecimento, iluminação e criando uma estrutura de serviços de apoio como os serviços de lavandaria, rouparia, cozinha e limpeza. O livro “*Notas em enfermagem: o que é e o que não é*”, que publicou em 1859, chama a atenção para alguns aspetos que podem ser considerados os primórdios da organização das atividades básicas dos cuidados, do controlo da qualidade e das infeções, da gestão do risco e da administração das enfermarias. Evidencia, ainda, a sua visão face à necessidade de implementação de linhas de controlo através de uma supervisão rigorosa que deveria ser realizada pelos enfermeiros chefes. Na opinião da própria (*ibidem*, 2005), e referindo-se à situação dos hospitais militares, “a falha está em não haver um sistema de assistência organizada. Se

houvesse *homens* dignos de confiança, responsáveis cada um por uma das enfermarias, mas na qualidade de enfermeiros chefes (.....), esses factos provavelmente não teriam acontecido” (p.61).

Wildman & Hewison (2009) sustentam que “Nightingale sought to take nursing practice out of the hands of doctors and place it under female control” (p. 1652). Uma das estratégias terá residido na formação de enfermeiras, as *ladies nurses*, especialmente preparadas para o ensino e a supervisão do trabalho das *nurses* que, por sua vez, prestariam os cuidados diretos aos doentes.

Nightingale também providenciou que os cargos de *matron*<sup>14</sup> de muitos hospitais fossem ocupados por enfermeiras formadas na escola que fundara<sup>15</sup> acreditando que o sucesso da enfermagem dependeria “the authority and discipline over all the women of a trained lady-superintendent who is also matron of the hospital, and who is herself the best nurse in the hospital, the example and leader of her nurses in all that she wishes her nurses to be...” (Nightingale, 1883, p. 1030, citada por, Wildman & Hewison, 2009, p. 1653).

Assim, o modelo de gestão para a enfermagem preconizado por Nightingale estabeleceu o que pode ser considerado como uma cadeia feminina de autoridade e poder nos hospitais centralizado na figura de *ladies superintendents* que seriam responsáveis por todo o pessoal feminino e supervisionariam os cuidados aos doentes. Ou seja, era um modelo que reproduzia a divisão técnica do trabalho através de duas categorias – as *nurses* e as *ladies nurses*, baseado numa força de trabalho disciplinada e numa forte estratificação hierárquica regulada por uma figura autoritária (Wildman & Hewison, 2009; Formiga & Germano, 2005).

Crê-se poder situar a origem da gestão em enfermagem moderna no modelo defendido por Nightingale que tendo-se expandido por diversos países se propagou como modelo gestor dominante. Acredita-se, ainda que, apesar do seu carácter rígido, este modelo

---

<sup>14</sup> As *matron* terão surgido na Grã-Bretanha por volta de 1530 após a extinção das ordens religiosas. Seria uma espécie de encarregada geral sem qualquer preparação específica, uma figura semelhante à *hospitaleira* dos hospitais portugueses, que teria como funções a vigilância das mulheres da limpeza e das *nurses* (Graça, 2000b). As *matrons* da época anterior a Nightingale embora responsáveis pela ordem e disciplina das *nurses* não seriam responsáveis pelos cuidados de enfermagem (Helmstadter, 2008). Já Nightingale advogava que as mulheres que ocupavam estes cargos deveriam ser treinadas e deveriam ter experiência prévia como *ward sisters*. Na Grã-Bretanha a figura das *matrons*, embora com funções, poder e *status* que foram variando, manteve-se até aos anos 60 do século XX. O modelo de gestão em enfermagem foi substituído nesta data por um sistema de “top, middle and first-line management” (Wildman & Hewison, 2009, p. 1656).

<sup>15</sup> Refere-se à Nightingale Nursing School, fundada em 1860, no St. Thomas Hospital, Londres.

promoveu o acesso das enfermeiras a níveis de gestão que extravasaram em muito a gestão dos cuidados e serviços de enfermagem. Ou seja, de certa forma, Florence Nightingale terá sido responsável pela grande ligação dos enfermeiros à área da gestão. Alguns autores defendem mesmo que, com exceção dos médicos e, estes muito mais tardiamente, mais nenhuma profissão da área da saúde manteve um peso tão acentuado nos processos de gestão das organizações (Soares, 1997). Uma das razões para esta situação relaciona-se, sem dúvida, com a integração, desde muito cedo, de conteúdos da área de gestão nos cursos de formação inicial e pós graduada das escolas de enfermagem <sup>16</sup>(Frederico-Ferreira, 2003).

Na Grã-Bretanha a figura das *matrons* e a tradição do papel da enfermeira como gestora de áreas exteriores à enfermagem manteve-se até aos anos 60 do século XX. Por esta data, de acordo com Wildman & Hewison (2009), o modelo de gestão em enfermagem foi substituído por um sistema de “top, middle and first-line management” (p. 1656) mais consentâneo com a complexidade das estruturas e serviços prestados pelos hospitais e em resposta à evolução da ciência de gestão. Os enfermeiros com funções de gestão passaram assim a centrar-se apenas na gestão dos assuntos relativos à área da enfermagem ainda que integrando funções ao nível operacional, intermédio e estratégico do hospital. A investigação realizada neste domínio evidencia, no entanto, que estes enfermeiros adotaram, sobretudo, uma ênfase administrativa dos seus papéis em detrimento da gestão da área clínica (Carpenter, 1977).

O impacto positivo que alguns enfermeiros têm tido na gestão dos hospitais e dos serviços de enfermagem é reconhecido na literatura (Carpenter, 1977; Fox, Fox & Wells, 1999; Wildman & Hewison, 2009). Talvez por esta evidência ou por se terem glorificado alguns enfermeiros gestores do passado a verdade é que, no virar do século XX, o National Health Service (NHS) vem ressuscitar o cargo de *matron* nos hospitais ingleses e reforçar as competências dos enfermeiros gestores de nível intermédio e operacional. O papel<sup>17</sup> previsto para as *modern matrons*, desempenhado por enfermeiros, aponta para a liderança do pessoal de enfermagem com o objetivo de

---

<sup>16</sup> Curiosamente, em Portugal, a primeira previsão de um curso de Administração Hospitalar surge num Diploma que reorganiza o ensino de enfermagem (artigo 7º, do DL 36219/47 de 10 de Abril).

<sup>17</sup> De acordo com Wildman e Hewison (2009), o Health Department do NHS (2003) definiu dez responsabilidades chave da *modern matron*: “ Lead by example ; Make sure patient get quality care; Make sure wards are clean; Ensure patients’nutricional needs are met ; Prevent hospital acquired infections ; Improve the ward for patients; Empower nurses ; Make sure patients are treated with respect; Resolve problems for patients and their relatives; Ensure staffing is appropriate to patient need (p. 1657).

assegurar e promover elevados padrões de qualidade dos cuidados, assegurar a disponibilidade de serviços administrativos e de suporte adequados e ainda como a “visible, accessible and authoritative presence in ward settings to whom patients and their families can turn for assistance, advice and support” (DH, 2001, p.1).

A reação à reintrodução deste papel no seio dos hospitais ingleses tem consignado opiniões díspares: desde os que opinam que o cargo é evocativo dum papel já ultrapassado, sexista e negativo (Rowden, 2001, citado por Wildman & Hewison, 2009) aos que o apoiam, como o Royal College of Nursing. Um estudo realizado por Dealey et al. (2007) demonstra que a sua introdução teve impacto na redução da incidência de infeções hospitalares, na diminuição de queixas dos doentes e na diminuição de erros medicamentosos pelo que este novo papel deverá ser acompanhado com algum interesse enquanto episódio recente da história da gestão em enfermagem.

A literatura de enfermagem, em Portugal, também não tem dedicado grande atenção à história da gestão em enfermagem no país. Não sendo esse o objetivo que preside a este estudo refletir-se-á sobre alguns aspetos da presidiram à sua evolução.

Já o Regimento do Hospital Real de Todos os Santos previa para os seus quadros três vagas para enfermeiros que seriam responsáveis pelas enfermarias<sup>18</sup>. Também a evolução legislativa das carreiras de enfermagem ao reconhecer, desde os seus primórdios, categorias para enfermeiros com funções de gestão permite inferir que o reconhecimento oficial e a diferenciação profissional dos enfermeiros ao nível da gestão existe há longos anos.

Esta opinião vem na senda da de Soares (1997) que considera que historicamente os enfermeiros foram os primeiros a gerir os hospitais e de Ferreira (1958), citado por Reis (2007), segundo a qual, até à criação de Serviço Nacional de Saúde, boa parte dos hospitais eram, na prática, administrados por enfermeiras.

De facto, desde a carreira promulgada em 1949 que se evidencia a existência de enfermeiros com funções de gestão ao nível da cúpula da organização, o enfermeiro geral, a quem competia a orientação e fiscalização do serviço de enfermagem de um hospital e ao nível mais operacional, os enfermeiros chefes ou subchefes, que se responsabilizariam pela superintendência da enfermagem dum serviço, pavilhão ou enfermaria e, especialmente, pela manutenção da disciplina e pelas deficiências verificadas no serviço de enfermagem (Decreto-Lei nº 37 418/49 de 18 de Maio). A

---

<sup>18</sup> Neste Regimento são designados por *enfermeiros-mor*.

partir de 1967 a carreira de enfermagem hospitalar vai integrar mais categorias profissionais, oito<sup>19</sup> no total, sendo acrescentada ao nível da gestão a figura de enfermeiro superintendente.

De acordo com Carvalho (2006), esta situação demonstra a estruturação hierárquica e burocrática acentuada da profissão à época. Fazendo uma comparação com o sistema inglês, a mesma autora (*ibidem*, 2006), citando Bolton (2001), considera ainda “que a hierarquização administrativa da profissão se constituiu como um dos projetos de profissionalismo mais bem-sucedidos em enfermagem, ...” (p.217) o que, de alguma forma, remete para a utilização de cargos de gestão quer como fator de diferenciação no interior do próprio grupo profissional quer como fator para aumentar a visibilidade social da profissão de enfermagem.

A análise da evolução das carreiras de enfermagem posteriormente publicadas em 1981<sup>20</sup>, 1985<sup>21</sup> e 1991<sup>22</sup> permite verificar que estas foram realçando e clarificando as funções de direção e chefia dos enfermeiros através da exigência de maiores responsabilidades e de qualificações técnicas acrescidas.

Verifica-se, assim, que o modelo de gestão dos enfermeiros nos hospitais manteve até recentemente um modelo piramidal com os enfermeiros representados aos três níveis de gestão a que corresponderam as categorias de enfermeiro chefe<sup>23</sup> e enfermeiro supervisor<sup>24</sup> e o cargo de enfermeiro diretor<sup>25</sup>.

---

<sup>19</sup> O Decreto-Lei nº 48 166/ 67 de 27 de dezembro prevê as seguintes categorias: auxiliar de enfermagem de segunda classe, auxiliar de enfermagem de primeira classe, enfermeiro de segunda classe, enfermeiro de primeira classe, enfermeiro subchefe, enfermeiro chefe, enfermeiro geral e enfermeiro superintendente.

<sup>20</sup> Decreto-Lei nº 305/81 de 12 de novembro

<sup>21</sup> Decreto-Lei nº 178/85 de 23 de maio

<sup>22</sup> Decreto-Lei nº 437/91 de 8 novembro

<sup>23</sup> A análise da evolução legislativa das competências legalmente atribuídas aos enfermeiros chefes evidencia um acréscimo de atribuições. No DL 437/91 para além de atribuições no âmbito da gestão das necessidades de pessoal, de recursos, qualificações, desenvolvimento do pessoal e investigação já consagrados anteriormente salientam-se atribuições relativamente à qualidade de cuidados promovendo a definição de critérios e normas para a prestação de cuidados, planeando ações que melhorem os cuidados, definindo perfis de profissionais desejáveis para a respetiva unidade de prestação de cuidados ou ainda incrementando métodos de trabalho que favoreçam um melhor desempenho dos profissionais.

<sup>24</sup> Globalmente, os diversos articulados legislativos atribuíram aos enfermeiros supervisores competências no âmbito da gestão de conjuntos de unidades prestadoras de cuidados, de colaborador do enfermeiro diretor no âmbito da gestão de recursos humanos e da qualidade dos cuidados de enfermagem e na articulação entre os enfermeiros chefes e enfermeiro diretor.

<sup>25</sup> Sinteticamente, aos enfermeiros diretores compete integrar os órgãos de gestão do hospital, sendo responsáveis pela definição de políticas relativas à enfermagem e enfermeiros: avaliação de desempenho; formação, investigação, recrutamento, padrões de qualidade e avaliação dos mesmos.

O atual regime legal da carreira de enfermagem (Decreto Lei nº 248/ 2009, de 22 de setembro) vem introduzir um “achatamento” na carreira de enfermagem ao prever unicamente a existência de duas categorias: de enfermeiro e enfermeiro principal<sup>26</sup>. Esta situação tem sido referida como uma desvalorização do papel do enfermeiro gestor (Melo, 2011).

No entanto, esta carreira explicitamente integra o conteúdo funcional de enfermeiro principal na gestão do processo de prestação de cuidados, atribuindo-lhe responsabilidades ao nível da gestão dos cuidados, da gestão da equipa de enfermeiros, de assessoria de projetos da instituição e, eventualmente, ao nível da gestão do serviço ou unidade de cuidados. Ou seja, este articulado legislativo viabiliza e regula, de forma clara, o exercício de funções de chefia e direção nas organizações de saúde para os enfermeiros principais desde que cumulativamente estes possuam: competências demonstradas no exercício de funções de coordenação e gestão de equipas, mínimo de 10 anos de experiência efetiva no exercício da profissão e formação em gestão e administração de serviços de saúde (artigo 18º, do DL nº 248/2009 de 22 de setembro).

O modelo previsto para estas funções, em comissão de serviço e com a exigência de elaboração de um plano de ação para a organização a chefiar ou dirigir, impõe um novo perfil de competências na área da gestão e envolvimento em projetos que evidenciem resultados o que está em consonância com os modelos de gestão empresariais atualmente instituídos nas organizações hospitalares e com os princípios do movimento da NGP.

No fundo, torna-se evidente que a área da gestão se tem constituído como um dos mais importantes campos de atuação e diferenciação dos enfermeiros. Também, como analisado anteriormente, os enfermeiros com funções de gestão incorporam nas suas práticas e são influenciados pelos saberes da ciência de gestão.

Mas para além desta universalidade de saberes e práticas comum a qualquer gestor comportará a gestão em enfermagem um diferente modo de exercício?

---

<sup>26</sup> A categoria de enfermeiro principal está sujeita a rácios por organização, que pode variar entre um mínimo de 10% e um máximo de 25% do nº total de enfermeiros (ponto 1, do artigo 3º do DL 122/ 2010, de 11 de novembro). Para admissão à categoria de enfermeiro principal é requerido, cumulativamente, a detenção do título de enfermeiro especialista, e um mínimo de cinco anos de experiência efetiva no exercício da profissão (ponto 3, do artigo 12º do DL 248/2009, de 22 de setembro).

Compreender e analisar como tem a disciplina de enfermagem contribuído para sustentar a defesa dos valores da profissão e a sua especificidade nas práticas dos enfermeiros com funções de gestão é intenção do próximo subcapítulo.

## **2.2 - Das Teorias de Enfermagem: Aplicações na Gestão em Enfermagem**

Como referido, anteriormente, a gestão das organizações de saúde tem sido influenciada pelas tendências e teorias que têm emergido da disciplina de gestão. Não será, pois, de surpreender que estas também influenciem o pensamento e guiem a prática dos enfermeiros com funções de gestão.

Meleis & Jennings (1988) são mesmo de opinião que “o uso da gestão pelos enfermeiros gestores é análogo à forma como os enfermeiros usaram o modelo médico para orientarem a sua prática clínica» (p. 8). No entanto, como as mesmas autoras (*ibidem*, 1988) defendem, tal como o modelo médico não é aconselhado para a prática clínica de enfermagem, basear-se somente em teorias de gestão também não é indicado para a prática da gestão em enfermagem dado estas não responderem de forma adequada à necessidade de centrar os processos de gestão de cuidados, em seres humanos. Ou seja, e como também refletido anteriormente, a forma de ver-se determinado fenómeno varia de acordo com a perspetiva da disciplina que se utiliza, o que terá implicações no tipo de perguntas que se fazem, nas respostas obtidas, na forma como se analisam os problemas e se encaram as soluções. Confinar os enfermeiros gestores ao uso de teorias de gestão poderá limitar a sua capacidade de ver o cliente como central aos processos gestionários com que se confrontam.

Fundamentar e basear a prática dos enfermeiros gestores nas conceções da disciplina de enfermagem, nos princípios e valores da profissão tem, assim, sido defendido na literatura de enfermagem (Kérouac et al., 1994; Hesbeen, 2001; Sielloff & Raph, 2011).

A conceção de enfermagem que orienta a prática clínica deverá também apoiar a prática da gestão dado ser desejável que tantos os enfermeiros com funções de gestão como os enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem “utilizem a mesma linguagem, os mesmos conceitos e a mesma visão dos cuidados de enfermagem” (Kérouac et al., 1994, p.112) ou, pelo menos, que procurem “uma compreensão comum” na sua linguagem e missão (Hesbeen, 2001, p.81).

Neste sentido, a conceção de enfermagem que está na base do pensamento do enfermeiro gestor poderá ser utilizada e influenciar o modo como ele concebe e implementa o processo de gestão e, de forma particular, o processo de gestão de

cuidados. Em causa, e entre muitas outras, estão as perspetivas de qual a missão e valores da enfermagem, do que são cuidados de enfermagem de qualidade, das necessidades dos clientes e significativos, das condições do ambiente de cuidados que poderão ser promotoras de cuidados humanizados. É, pois, defendido que o enfermeiro gestor baseie a sua prática gestonária numa conceção da disciplina de enfermagem igual à que adota para a orientação da prática clínica. Esta conceção que servirá de guia às atividades clínicas e de gestão proporcionará uma compreensão comum e uma visão partilhada da missão a todos os enfermeiros e promoverá algumas especificidades aos enfermeiros com funções de gestão.

Kérouac et al. (1994) consideram que é possível estabelecer uma relação entre os diversos paradigmas, as orientações de enfermagem, os conceitos centrais e as áreas de atividade da disciplina de enfermagem. Tendo por referência os sistemas de prestações de cuidados, por exemplo, a opção por um determinado sistema estará relacionada com o paradigma em que o gestor se situa. Se a Pessoa for considerada como um todo formada pelo somatório de cada uma das suas partes não será de espantar que a organização dos cuidados de enfermagem seja planeada de forma a dar resposta a cada uma das suas partes “doentes”, adotando métodos funcionais. Se, pelo contrário, a experiência de doença que a Pessoa está a viver for considerada como um acontecimento único e irrepetível tenderá a adotar, por exemplo, o método de prestação de cuidados individual.

Em síntese, apesar das teorias e princípios inerentes à ciência da gestão serem necessárias à prática de gestão dos enfermeiros estes, ao ancorarem o seu pensamento na disciplina de enfermagem, podem manifestar valores, atitudes e comportamentos que se traduzam numa visão distinta e específica da gestão em enfermagem.

As tentativas teóricas para demonstrar que as teorias e modelos de enfermagem podem ser aplicadas e orientadoras da área da gestão em enfermagem têm sido diversas. Como exemplos, referem-se as extensões à área da gestão relativamente à aplicação da Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidar por Leininger (1989), do Modelo Sistémico de King's por Elberson (1989), do Modelo de Auto Cuidado de Orem por Nunn e Marriner-Tomey (1989), do Modelo Homem-Vida-Saúde (Parse, 1989), da Teoria Unitária dos Seres Humanos de Roger (Alligod, 1989), do Modelo de Neuman (Hinton-Walker & Raborn, 1989) e ainda do Modelo de Adaptação de Roy por Dilorio (1989). Todas estas exposições adaptam os conceitos e as proposições de cada modelo

tornando-os orientadores dos objetivos específicos da gestão em enfermagem, das atividades dos enfermeiros gestores, da sua liderança e das estratégias que implementam. Ainda, que algumas destas propostas tenham sido adotadas como orientadoras das práticas clínicas e de gestão de alguns serviços de saúde não se encontram, na literatura, referências às implicações das mesmas.

Também as perspectivas associadas ao conceito de *cuidar* têm sido reclamadas como orientadoras das práticas de gestão<sup>27</sup> e liderança dos enfermeiros (Miller, 1987; Leininger, 1989; Nyberg, 1998; Hesbeen, 2001; Gaspar, 2005; Watson, 2006) existindo um crescente número de organizações de saúde que adotaram modelos profissionais centrados no *cuidar* como orientadores da prática dos enfermeiros (Dingman, Williams, Fosbinder & Warnnick, 1999; Watson, 2006; Duffy, Baldwin & Mastorowich, 2007).

Mais especificamente, Leininger (1989) defende que a adoção da concepção de cuidar transcultural é da máxima importância num mundo do trabalho que se está a tornar, cada vez mais, multicultural. Tal como os cuidados de enfermagem devem respeitar a cultura do cliente também os enfermeiros gestores deverão respeitar os valores culturais e o estilo de vida dos colaboradores promovendo a adaptação das estruturas organizacionais, práticas de gestão e de liderança à cultura dos clientes e dos colaboradores (Leininger, 1989). O atingir desta coerência cultural emergirá da utilização de valores e atitudes humanistas congruentes com o *cuidar* que o enfermeiro gestor adota na sua prática.

Para Nyberg (1998) o *cuidar* é uma ética que afeta todas as relações, uma maneira de pensar e de agir. A autora define-o como “um envolvimento interativo em que aquele que cuida é capaz, através de um forte auto conceito, de uma abertura às necessidades dos outros e da capacidade de os motivar, de ter comportamentos de cuidar dirigidos ao crescimento daqueles de quem cuida, seja ele um indivíduo ou um grupo” (p. 36). Este envolvimento só será possível se existir um ambiente de trabalho que o estimule. O enfermeiro gestor deverá comportar-se de uma forma que traduza os valores do *cuidar* implementando estratégias que o propaguem, tornando-o uma “norma” institucional” (Miller, 1987; Nyberg, 1998). Mais especificamente, Nyberg (1998) defende que os enfermeiros gestores devem tornar-se modelos, demonstrando nas suas práticas alguns atributos que evidenciem valores de *cuidar* como: empenhamento, um elevado auto

---

<sup>27</sup> Curiosamente, em francês, o termo management provém, etimologicamente, de ménagement (traiter avec égards, avec respect, prendre soin).

conceito, capacidade de definir prioridades, espírito de abertura e capacidade para desenvolver o potencial dos outros.

Estes atributos vêm na linha dos referidos por autores que defendem que os enfermeiros com funções de gestão devem adotar uma liderança cuidadora o que implica que tenham em atenção o reconhecimento das necessidades e potencialidades do colaborador, a qualidade da interação e do feedback, o desenvolvimento do colaborador, a sua autonomia, integridade, responsabilidade, confiança, formação, empoderamento, avaliação e desenvolvimento profissional (Autry, 1994; Brant, 1994, citada por Gaspar, 2005). Ou seja, tratar-se-á também de uma transferência do papel de cuidar na intervenção clínica para o exercício da liderança numa lógica de cuidado individualizado dirigido não ao cliente mas sim ao enfermeiro colaborador (Potra, 2006).

Outros autores como Hesbeen (2000; 2011) e Duffy (2009) acentuam esta linha de pensamento. Mais especificamente, o primeiro defende que a missão essencial do chefe é cuidar da equipa, para que ela possa cuidar dos doentes (Hesbeen, 2001). Por sua vez, Duffy (2009), tendo por base o Caring-Quality-Model © vem reforçar a necessidade dos enfermeiros com funções de gestão estimularem nos contextos uma cultura de *cuidar* mantendo como foco da sua liderança relações cuidadoras o que permitirá, na sua opinião, “...cultivate a caring – healing – protective environment that sustains passion for the work and expert care to the vulnerable persons who deserve safe and quality of care.” (p.127).

Em suma, ao adotar uma conceção de *cuidar* o enfermeiro gestor adere a uma filosofia e modo de pensamento assente em valores humanistas, que reconhece o potencial de autonomia, crescimento, desenvolvimento e de atualização de si e dos outros (Kérouac et al., 1994). Trata-se, pois, de assumir o desafio de compreender o *cuidar* como uma filosofia e uma ética que pode ser aplicada às estruturas e processos organizacionais e ser utilizada nas relações com os indivíduos e os grupos.

Que conceção de enfermagem estará subjacente ao papel do enfermeiro com funções de gestão a nível operacional? Como se traduz no quotidiano e é sentida pelos enfermeiros? Será que influencia o seu papel de gestor de cuidados de enfermagem?

Focam-se, de seguida, os papéis de gestão em que se envolvem os enfermeiros e o impacto dos mesmos o que será feito tendo por referência os enfermeiros que desempenham funções a nível operacional.

### **2.3 - Os gestores operacionais em enfermagem: dos papéis e evidência do seu impacto**

O percurso, até agora, realizado neste capítulo procurou discutir os caminhos evolutivos e algumas especificidades da gestão em enfermagem. Centra-se agora no papel dos enfermeiros com funções de gestão a nível operacional nas organizações de saúde, mais especificamente, nos hospitais.

Os gestores operacionais em enfermagem ocupam uma posição de gestão numa das áreas mais cruciais destas organizações, as unidades prestadoras de cuidados. Constituindo-se como a linha da frente dos serviços de saúde é nas unidades prestadoras de cuidados que se operacionalizam a maioria das decisões sobre os processos de saúde/doença dos clientes, que estas têm mais impacto e onde devem ser tomadas com maior rapidez.

Neste sentido, a prestação de cuidados de enfermagem depende, em muito, das capacidades das chefias operacionais em desenvolverem estruturas, formas de organização e ambientes de cuidados que proporcionem práticas profissionais de qualidade (Hesbeen, 2001; Manojivich, 2005). Também no dizer de Sullivan et al. (1994) esta posição de gestão proporciona “as melhores oportunidades para dinamizar e harmonizar os diferentes contributos para a prestação de cuidados de saúde, assim como para implementar e fomentar uma utilização eficiente e racional dos recursos disponíveis” (p.37). Os gestores operacionais de enfermagem são assim considerados figuras chave das unidades de cuidados ou serviços de saúde, assumindo uma posição estratégica nas mesmas podendo mesmo ser considerados “a ponta de lança da mudança destas organizações” (Hesbeen, 2001, p. 79).

O seu papel tem sido considerado como complexo e exigente. Complexo devido à multiplicidade de tarefas e à diversidade das lógicas de atores que tem de considerar. Exigente pois sob o ponto de vista pessoal não está protegido pela distância: as chefias operacionais de enfermagem são próximos das pessoas que dirigem tanto pela sua origem profissional e social como pela realidade física do quotidiano. Às dificuldades inerentes à posição hierárquica operacional que ocupam na organização hospitalar é necessário acrescentar a carga de trabalho mental ligada ao sofrimento dos doentes e famílias, a instabilidade das equipas, as pressões para o aumento da produtividade e a contenção dos custos e, em simultâneo, para o aumento da qualidade da prestação de cuidados. Estes constrangimentos e a necessidade de os ultrapassar tornam

particularmente relevante a eficácia com que os enfermeiros com funções a nível operacional desempenham este cargo. (Anthony et al., 2005).

Em consequência da relevância deste cargo a investigação no âmbito dos gestores operacionais de enfermagem surge, desde os anos 90 do século XX, com alguma frequência na literatura em enfermagem. Entre outros, questiona-se o que fazem os gestores operacionais em enfermagem, com que dificuldades e fontes de stress se defrontam, qual o seu poder, que comportamentos e competências são fundamentais para o seu desempenho e presidem à sua eficácia e qual o impacto do mesmo (Chase, 1994; Duffield & Franks, 2001; Atsalos & Greenwood, 2001; Surakka, 2008).

Considerando as questões centrais deste estudo realizou-se uma revisão de estudos de investigação dirigida, num primeiro momento, às dimensões deste papel e, num segundo momento, ao impacto do seu desempenho.

Relativamente à revisão da literatura que visou identificar as dimensões do papel do enfermeiro com funções de gestão a nível operacional os 9 estudos (anexo II) analisados permitiram identificar a utilização de uma grande diversidade de designações para classificar as dimensões identificadas que certamente resultam de diferentes quadros de análise.

Apesar, das diferentes designações uma leitura macro das dimensões identificadas evidencia que este papel é constituído por uma grande diversidade de responsabilidades e tarefas que aparentam apresentar grandes similiaridades, apesar de analisados em momentos e lugares diversos, o que confirma a sua grande complexidade e abrangência. Contudo, para além de diferentes designações evidenciam-se outras diferenças relacionadas com o tempo que dedicam às diferentes dimensões, aquele que consideram que deveriam dedicar e o grau de importância atribuído às mesmas pelas próprias chefias operacionais, enfermeiros das equipas ou superiores hierárquicos. Este facto é especialmente visível quando se considera a área da prestação de cuidados diretos pela chefia operacional que embora seja evidenciada como uma dimensão do seu trabalho, em praticamente todos os estudos, revela grandes discrepâncias no tempo a ela dedicada. O estudo que decorreu em sete países no âmbito do projeto europeu “Développer les compétences et la mobilité des cadres infirmiers pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients à l’hôpital” encontrou percentagens de tempo consagradas aos cuidados diretos de enfermagem que variavam entre os 4% e os 42% (Assistance Publique Hôpitaux de Paris, 2004).

Em síntese, da análise destes estudos salientam-se as seguintes constatações:

- O papel dos enfermeiros com funções de gestão a nível operacional materializa-se de forma diferente de acordo com os contextos, com o tipo de necessidades das unidades de cuidados e os contextos culturais em que se desenrolam;
- O seu trabalho é disperso, o tempo que dedicam a cada área de atuação é muito variável o que leva a questionar qual efetivamente a centralidade do seu trabalho e que missões prosseguem;
- As áreas de atuação destes enfermeiros são descritas e categorizadas de forma muito diversa, não sendo, por vezes, perceptível em que consiste o seu conteúdo. Salienta-se neste âmbito, a dificuldade em clarificar e delimitar a dimensão designada de gestão de cuidados;
- Os estudos analisados centram-se no “que fazem” estes profissionais. Nenhum estudo se refere ao “como” se desempenha este papel.

O segundo momento de revisão da literatura consistiu numa revisão sistemática da literatura, com base no método PI(C)OD<sup>28</sup>, realizada em 2007 e atualizada em 2012, que se norteou pelas seguintes questões de investigação:

- Em que variáveis tem impacto o desempenho dos gestores operacionais em enfermagem?
- Que comportamentos e estratégias de intervenção destes enfermeiros são identificados como preditores do seu desempenho?

Da análise dos resultados relativamente aos 16 estudos integrados na revisão (Anexo III) foi possível identificar que a grande maioria utiliza como variável de análise do desempenho dos gestores operacionais indicadores relacionados com a sua liderança.

Mais especificamente, o estudo de Boumans & Landeweerd (1993) aponta uma relação significativa positiva entre o estilo de liderança social e a satisfação no trabalho, o significado do trabalho e uma relação significativa negativa com as queixas de saúde dos enfermeiros. A satisfação no trabalho dos enfermeiros está também relacionada positiva e significativamente com a liderança dos enfermeiros nos estudos de McNeese-Smith (1995, 1997), Morrisson et al. (1999) e Lageson (2004). A liderança dos gestores operacionais está ainda correlacionada de forma significativa e positiva com o empenhamento organizacional (McNeese-Smith, 1995, 1997; Brewer & Lok, 1995), a

---

<sup>28</sup>Participantes, intervenção, comparações, *outcomes*.

produtividade (McNeese-Smith, 1995, 1997; Fox et al., 1999), o empoderamento (Laschinger et al., 1999; Manojlovich, 2005), a motivação dos enfermeiros (Melo, 2001; Germain & Cummings, 2010) e a identificação com a profissão, sentido de missão e intenção de abandono da profissão (Gaspar, 2005). Esta última investigadora encontra, ainda, uma relação negativa entre a qualidade de liderança relacional da chefia operacional e o *burnout*.

Uma análise mais pormenorizada dos vários comportamentos de liderança associados a estes resultados permite evidenciar a importância destes gestores promoverem uma atmosfera aberta, de comunicação e de atenção (Bouman & Landeweerd, 1993) e a inspiração de uma visão partilhada (McNeese-Smith, 1995), estratégia que se pode integrar na liderança transformacional. Este tipo de liderança parece ser, então, um poderoso preditor de efeitos positivos do desempenho do enfermeiro gestor (Morrison et al., 1997).

Por sua vez os estudos em análise identificam que a liderança instrumental está associada a mais queixas de saúde dos enfermeiros (Bouman & Landeweerd, 1993) e que a estratégia liderança por exceção ativa (o líder monitoriza o desempenho dos seguidores e adota ações corretivas se eles não alcançam os padrões estabelecidos) da liderança transacional está relacionada positivamente com o *turnover* dos enfermeiros. Estes resultados sugerem que os comportamentos de liderança são heterogêneos e que determinados tipos de comportamentos de liderança se relacionam com resultados específicos.

Para além da liderança outras estratégias do desempenho destes gestores foram identificadas como tendo impacto positivo em variáveis organizacionais. O estudo de Brewer & Lok (1995) evidencia uma correlação positiva da utilização de estratégias de consenso das chefias operacionais com as várias componentes do empenhamento, o estudo de Lageson (2001) correlaciona o foco da qualidade do enfermeiro chefe com a satisfação dos enfermeiros, o estudo de Morrison et al. (1997) correlaciona as estratégias de empoderamento também de forma significativa e positiva com esta variável e, ainda, um maior tempo despendido por estas chefias em atividades de liderança, na prática clínica, gestão de pessoal e sistemas de coordenação parece estar associado a uma maior produtividade na unidade de prestação de cuidados (Fox et al., 1999).

Por último, só o estudo de revisão sistemática da literatura de Wong & Cummings (2007) encontra alguma evidência que a liderança das chefias operacionais de enfermagem pode ter impacto em variáveis de resultado organizacionais e nos doentes, nomeadamente, ao nível da sua satisfação, diminuição de eventos adversos e complicações.

Ao invés encontrou-se uma associação negativa entre o tempo despendido na implementação de processos da qualidade e o tempo despendido em funções de educação, investigação, operações e a produtividade dos enfermeiros (Fox et al., 1999). O foco da qualidade dos enfermeiros gestores também não surge, no estudo de Lageson (2004), como preditor ou correlacionado com a satisfação dos doentes, a perceção da qualidade pelos enfermeiros, a eficiência da unidade e o *turnover* dos enfermeiros.

Da leitura destes resultados pode-se aceitar que os comportamentos de liderança e de empoderamento dos gestores operacionais de enfermagem se constituem como fatores críticos do seu desempenho, influenciando os enfermeiros prestadores de diversas formas. Estes resultados são corroborados pelos achados dos estudos que utilizaram metodologias qualitativas (McNeese-Smith, 1997; Anthony et al., 2005) e em que são salientadas estratégias como o reconhecimento, as respostas às necessidades pessoais, um clima positivo, as estratégias de mentoring/coaching, a formação e a criação de um clima positivo como essenciais para a satisfação, produtividade, empenhamento e retenção dos enfermeiros.

A análise destes estudos permitiu concluir que:

- Há evidência científica que o desempenho dos gestores operacionais em enfermagem tem impacto num conjunto alargado de variáveis, em especial, nos enfermeiros colaboradores, nomeadamente nas suas reações ao trabalho, à profissão, à organização, nas suas práticas profissionais e na sua produtividade o que confirma a relevância deste cargo;
- A liderança constituiu-se como a variável de medição do desempenho destes gestores mais utilizada e como o principal preditor de impactos positivos. No entanto, as diferenças conceituais do conceito de liderança e a heterogeneidade de instrumentos utilizados para medir esta variável dificulta a identificação de quais os comportamentos e competências de liderança considerados mais eficazes. Acresce, que o facto de alguns estudos demonstrarem a existência de moderadores e mediadores do impacto da

liderança, sugere que a cadeia que estabelece o nexo entre as ações dos líderes e os resultados de eficácia é complexa e, muitas vezes, não linear.

- Apesar de algumas variáveis do desempenho das chefias operacionais em enfermagem terem sido identificadas como preditores de efeitos positivos em alguns resultados organizacionais e nos doentes não se sabe bem como se desenrola a sua influência na qualidade dos cuidados de enfermagem.

Sintetizando, a relevância das chefias operacionais de enfermagem é retratada na elevada produção investigativa relacionada com o papel e o impacto do mesmo. Contudo, algumas questões continuam a merecer serem questionadas: O que consideram, as chefias operacionais de enfermagem e os seus colaboradores constituir-se como a dimensão “gestão de cuidados” várias vezes referida nos estudos? Será esta uma dimensão periférica ou central às atividades destas chefias? Será que a sua função principal é ser gestor de cuidados? Como a operacionalizam e que lógicas estruturam a sua ação? Como contribuem as práticas de gestão de cuidados das chefias operacionais em enfermagem para a qualidade dos cuidados, e mais globalmente, para a qualidade em saúde?

Procurando retratar a evolução do pensamento teórico que presidiu à construção deste trabalho no próximo capítulo far-se-á uma abordagem aos conceitos relacionados com a qualidade.

### **3 – DA QUALIDADE EM SAÚDE – UM PARADIGMA CENTRAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE**

A qualidade dos serviços prestados pelas organizações de saúde assim como a dos seus resultados são cada vez mais uma exigência na sociedade atual (Ramani, 2007). Nesta investigação os constructos de qualidade em saúde, qualidade dos cuidados de enfermagem, qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e qualidade do ambiente de cuidados são centrais à sua problemática. A sua exploração teórica será realizada no presente capítulo.

#### **3.1 - Perspetivas da qualidade e da qualidade em saúde**

O conceito de qualidade tem evoluído ao longo dos tempos verificando-se, ainda hoje, dificuldades numa definição precisa e única do que é efetivamente, de quais as suas dimensões e da forma como pode ser avaliada. Tal dificuldade radica, entre outros, no facto de ser um conceito subjetivo, carregado de valores e sujeito a uma multiplicidade de interpretações que variam segundo o foco de interesse e as expectativas de quem a percebe (Muller, 1996). É um conceito multidimensional, com múltiplos determinantes e que apresenta um forte dinamismo pelo que deve ser analisado no contexto evolutivo de uma dada sociedade.

Apesar de alguns autores considerarem que a ideia da qualidade é uma preocupação antiga remontando mesmo ao tempo dos romanos (Sale, 1998) o interesse por esta temática, na era atual, é apontado como consequência da Revolução Industrial e da produção em massa de produtos manufacturados. Mas é, fundamentalmente, a partir dos anos 40 do século XX que se inicia o grande impulsionar do movimento da qualidade em empresas industriais. Nomes como Deming (1900-1993)<sup>29</sup>, Juran (1904-2008)<sup>30</sup>,

---

<sup>29</sup> William Edwards Deming inicia o seu interesse pela qualidade durante a II Guerra Mundial dedicando-se à aplicação de técnicas de controlo estatístico na produção de material de guerra. A sua filosofia da qualidade expressa através de 14 princípios valorizava, entre outros, o empenho continuado da gestão de topo no domínio da qualidade, a necessidade de motivar os trabalhadores para o esforço de melhoria da qualidade, a importância da formação contínua, a responsabilidade da gestão em assegurar as condições que permitam que os esforços dos trabalhadores resultem em melhorias efetivas ao nível do sistema e a importância da existência de lideranças efetivas. Apesar dos princípios definidos por Deming permanecerem ainda hoje válidos e evidenciarem a importância da vertente humana para a qualidade a sua definição do conceito – conformidade de um produto com as especificações técnicas que lhe foram atribuídas – centrava-se, essencialmente, nos aspetos técnicos do produto.

<sup>30</sup> A Joseph Moses Juran é atribuída a primeira base conceitual para a implementação de processos de gestão da qualidade nas empresas que considerou serem constituídos por três fases: planeamento da qualidade, controlo da qualidade e melhoria da qualidade. Em 1951, Juran publicou o livro *Quality Control Handbook*, onde apresentou o “modelo de custos da qualidade” no qual explicitava que os custos

Crosby (1926-2001)<sup>31</sup> e Ishikawa (1915-1989)<sup>32</sup> são apontados como pilares deste movimento e a eles se deve um vasto conjunto de reflexões, princípios, modelos e ferramentas que viriam a ter forte impacto na integração da qualidade como vetor imprescindível à gestão estratégica e operacional das organizações e na forma como ainda se concebe a qualidade nos nossos dias: envolvimento da gestão de topo, envolvimento e autonomia dos colaboradores, gestão baseada em factos e métricas, utilização de ferramentas estatísticas e ênfase no cliente (Gomes, 2004).

As definições de qualidade encontradas na literatura integram uma multiplicidade de noções como conformidade, adequação de um produto, ausência de erros ou defeitos, adequação ao custo económico mas outros como satisfação, aceitabilidade ou mesmo excelência refletindo, deste modo, a diversidade de definições da qualidade existentes. Alguns autores defendem, por isso, que não é possível sintetizar definições do conceito de qualidade em frases simples e curtas que serão sempre redutoras.

A evolução da qualidade na área industrial influenciou de forma significativa a qualidade na área da saúde. Assim, pode-se considerar que embora o interesse neste domínio tenha surgido mais tardiamente, nos anos sessenta do século XX, genericamente, esta também passou pelas mesmas fases de evolução. Mezomo (2001) sintetiza as etapas da evolução da qualidade em saúde de acordo com as seguintes características: nos anos sessenta deu-se ênfase ao “Controlo”, nos anos setenta a ênfase passou para a “Avaliação”, nos anos oitenta a qualidade é vista como “Garantia”, nos anos noventa esta é encarada como “Melhoria” sendo que, nos últimos anos, a qualidade é valorizada pelo seu potencial de “Desenvolvimento” (Mezomo, 2001, p.106). Porém,

---

provenientes de falhas internas e externas do produto ou serviço poderiam ser reduzidos através de investimentos em inspeção mas essencialmente em prevenção. Para além de constituir-se como uma ferramenta de gestão este modelo tem implicação no conceito de qualidade que, de acordo com Juran, pode ser definido pela perspetiva dos custos, devendo, deste modo, os programas de melhoria da qualidade incentivar a ausência de erros ou defeitos de fabrico.

<sup>31</sup> Phillip Crosby tem um contributo fundamental para o desenvolvimento do movimento da qualidade ao defender o conceito de “zero defeitos ou produção sem defeito” introduzindo a ideia apelativa de que a qualidade é grátis e compensa sempre o investimento que nela se faça. No seu livro “*Quality is free*” defende que produzir bem à primeira depende, essencialmente, da gestão de topo, da sua capacidade em criar uma consciência coletiva para a qualidade, motivando os colaboradores para a produção com qualidade e reconhecendo o seu esforço para a sua melhoria.

<sup>32</sup> A Kaoru Ishikawa é atribuída a ideia de “círculos da qualidade” que podem-se considerar como os precursores das equipas de projetos da qualidade. Teve também um papel fundamental no desenvolvimento de um conjunto de ferramentas da qualidade (análise de pareto, diagramas de causa-efeito, histogramas, folhas de controlo, diagramas de escada) utilizada, ainda hoje, como métodos de apoio à resolução de problemas de qualidade.

o mesmo autor considera que, embora, estas fases reflitam mudanças no enfoque da qualidade mantêm os mesmos objetivos fundamentais em que se salientam o “respeito à pessoa, a equidade, a paz e o resgate da dimensão ética da organização e do trabalho profissional” (Mezomo, 2001, p.107).

A qualidade em saúde, tal como a qualidade noutros setores, pode assim ser considerada não só como um conjunto de processos a implementar e monitorizar mas como uma filosofia de trabalho que cada profissional deve integrar na sua prática quotidiana centrando os serviços que presta numa lógica de procura contínua da qualidade e pelos quais sinta orgulho. Na opinião de Leprohon (2002) tal significa que a qualidade em saúde deve ser vista como uma construção coletiva e resultado da competência individual de cada um.

Neste sentido, na base da qualidade em saúde está a qualidade dos seus profissionais que deve ser encarada como um valor para o qual é imprescindível competência, comportamento ético e compromisso com a missão última da organização (Mezomo, 2001). Para o alcance deste desígnio não é suficiente o esforço de cada profissional por si só, nem a simples criação de equipas com vista à melhoria dos processos de trabalho. A qualidade em saúde deve ser integrada de forma objetiva na gestão estratégica das organizações de saúde, apoiada pelos seus responsáveis e sentida e vivida como integrante da cultura profissional e organizacional. Em consonância com estas perspetivas Mezomo (2001) acrescenta que a qualidade em saúde “... é e deve ser entendida como uma extensão da própria missão da organização que é a de atender e exceder as expectativas dos seus clientes” (p. 73).

Por razões sociais, políticas e económicas a qualidade é hoje um imperativo cada vez mais exigido aos serviços de saúde e aos seus profissionais. Na base destas razões podem-se enquadrar um vasto conjunto de justificações das quais salientam-se: uma maior consciencialização dos direitos por parte dos clientes que, a par com maiores conhecimentos na área da saúde, se configuram em maiores exigências e expectativas relativamente aos serviços prestados; a imperiosa necessidade de sustentabilidade dos serviços de saúde a braços com um peso crescente nas suas despesas; a competitividade e comparação entre organizações de saúde que, sendo algo relativamente recente em Portugal, obriga a definir-se a qualidade como um objetivo a manter e aumentar; a necessidade de valorização e satisfação dos profissionais de saúde mas também dos utilizadores dos serviços.

No entanto, a qualidade em saúde apresenta algumas especificidades que a distinguem de outros setores e que se evidenciam, por exemplo, na forma como o Ministério da Saúde Português em 1998, no âmbito da definição do Sistema Português da Qualidade na Saúde, a ela se refere: “...é satisfazer e diminuir as necessidades e não responder à procura, oferecendo mais; é ser pró ativa para prevenir e dar resposta e não para a procura de novas oportunidades de mercado; é reunir integradamente, como atributos, a efetividade, eficiência, aceitabilidade e a equidade, e não a exigência única da aceitabilidade.” (Barros, 1998, p. 1-2). A estas especificidades que a distinguem da qualidade no setor industrial acresce a amplitude da sua importância pois, frequentemente, quer o bem-estar quer a vida do utente dela dependem. Como Sale (1998) refere “ Erros, enganos e má prática podem ser sérios problemas em qualquer organização industrial, mas na saúde são muitas vezes devastadores.” (p.44).

Acresce, ainda, a diversidade de ângulos em que a qualidade pode ser encarada e valorizada pelos diversos atores, nomeadamente, pelos utilizadores que apreciam, frequentemente, aspetos como a acessibilidade, a afabilidade e a melhoria do estado clínico, pelo ponto de vista dos gestores que consideram a eficiência e custos reduzidos ou na ótica dos profissionais que centram a sua atenção, sobretudo, na efetividade dos cuidados e nas capacidades técnicas. No fundo, a expressão qualidade em saúde é difusa pelo que alguns autores tentam encontrar um equilíbrio entre todas as perspetivas referidas de que é exemplo a definição de qualidade de Ferreira (1991): “...a melhoria contínua dos serviços, de modo a satisfazer as necessidades, as preferências e as expectativas dos doentes, médicos, enfermeiros, pagadores, empregados e comunidade servida pelo Hospital.” (p.5).

Assim, embora seja consensual a importância da qualidade em saúde e da qualidade dos cuidados de saúde a forma de entender estes constructos não tem sido unânime surgindo na literatura da especialidade múltiplas definições das mesmas.

Sale (1998), por exemplo, refere que a qualidade implica que seja assegurado aos doentes um nível aceitável de cuidados<sup>33</sup>. Esta definição reflete a ideia que a perceção da qualidade em saúde está relacionada com o nível de desenvolvimento da prestação de cuidados de saúde de cada população que poderá constituir-se como um alto mediador das expectativas dos seus utilizadores mas, também, com as suas necessidades e com um necessário equilíbrio entre o desejável e o possível em cada contexto.

---

<sup>33</sup> Pedro Pita Barros considera que tal se resume em “fazer o melhor possível” (Barros, 1998, p. 2).

Por sua vez, o Instituto de Medicina dos EUA (IOM, 2004) introduz uma visão diferente no conceito, definindo qualidade em saúde como “...o grau em que os cuidados de saúde prestados aos indivíduos e populações promovem os resultados de saúde esperados e são consistentes com o conhecimento profissional mais atual” (p. 10). Esta definição enfatiza a necessidade de se considerar a perspectiva do utilizador da prestação de cuidados, a importância da promoção da melhoria contínua dos resultados de saúde conotando o conceito a algo sempre em evolução e que deverá ir ajustando-se ao desenvolvimento do conhecimento científico que, em síntese, deverá constituir-se como um dos seus mais importantes *standarts*.

Face ao carácter subjetivo que as definições de qualidade em saúde apresentam assume particular importância a forma como tem sido abordada a operacionalização deste constructo que, apesar de alguns defenderem ser quase impossível de medir, outros, pelo contrário, defendem “... ser possível medir o suficiente para ser usado para o esforço da sua monitorização e garantia” ( Donabedian, 2003, xxxii). As tipologias das dimensões da qualidade existentes são numerosas. Entre os vários contributos teóricos encontrados na literatura, salientam-se como exemplos:

- As dimensões integradas na definição da qualidade de Maxwell (1984): efetividade; aceitabilidade social; eficiência; acessibilidade; equidade; relevância.
- As dimensões da qualidade do Institut of Medicine (IOM, 2001): segurança do doente; efetividade; centralidade no doente; prontidão; eficiência; equidade.
- As dimensões da qualidade definidas por Donabedian (2003): eficácia; efetividade; eficiência; otimização; adequação; legitimidade e equidade.

Constituindo-se como formulações diferentes é, no entanto, visível que existem dimensões fundamentais comuns que, na opinião de Donabedian (2003), estão diretamente ligadas à ciência e à tecnologia dos cuidados de saúde e à sua aplicação nas ações concretas da prestação de cuidados. De forma isolada ou combinadas estas dimensões, “..., constitute a definition of quality and, when measured in a way or another will signify its magnitude” (Donabedian, 2003).

Dada a importância desta operacionalização retoma-se a forma como Donabedian (2003, p. 4-27) concebe cada uma das dimensões. Assim, a **eficácia** diz respeito à obtenção da melhoria da saúde através da utilização da ciência e tecnologia nas condições mais favoráveis. Neste sentido, a eficácia é o produto da investigação, experiência e do consenso dos profissionais correspondendo a *standards* relativamente

aos quais se devem comparar as práticas e os resultados obtidos em saúde. A **efetividade** parte igualmente da comparação entre o nível atual de desempenho e o nível de resultados que os conhecimentos da ciência e tecnologia já permitem alcançar. Indica, assim, a relação entre a melhoria possível e a efetivamente obtida. Esta dimensão pode estar limitada pela escassez de conhecimentos numa dada área e implica uma melhoria contínua de forma a acompanhar os avanços constantes da ciência e tecnologia. Por sua vez, a **eficiência**, será a capacidade de ter os melhores resultados possíveis em saúde com os menores custos. A sua incrementação é possível pela eficiência clínica (prescrição de medicamentos ou tratamentos menos dispendiosos mas com o mesmo efeito terapêutico, implementação de protocolos clínicos), pela eficiência da produção e gestão (partilha de recursos, aumento das taxas de ocupação, utilização dos profissionais de acordo com as competências específicas) ou por uma eficiência distributiva (por exemplo, pela alocação e organização dos recursos da saúde a subgrupos com doenças específicas e de maior impacto económico e social).

A **otimização** relaciona-se com o equilíbrio entre a melhoria da saúde e o seu custo e implica a aceitação que existe um ponto a partir do qual potenciais benefícios individuais ou na saúde das populações exigem custos demasiado elevados relativamente aos benefícios que se conseguem atingir. Fazer o balanço entre os benefícios alcançados por determinada intervenção na área da saúde e os custos dessas mesmas melhorias reveste-se de grande complexidade e pode ter implicações éticas. Em causa está não só a questão de se ter de optar entre os interesses da sociedade ou individuais na alocação de recursos da saúde – a legitimação social como atributo – mas essencialmente a compreensão que a oferta de cuidados para além do ponto ótimo de eficiência poderá ser inútil, potencialmente prejudicial e, neste sentido, de baixa qualidade. No sentido contrário, para além do ponto máximo de eficiência poder-se-á estar a entrar numa escalada de restrições de custos originando potencialmente um decréscimo significativo na qualidade dos cuidados. Globalmente, as dimensões atrás explicitadas sintetizam e integram a componente técnica da qualidade em saúde.

Por sua vez, a quinta componente da qualidade que Donabedian (2003) designa de **aceitabilidade** traduz-se na adequação dos cuidados de saúde às necessidades, desejos, valores e expectativas dos utentes e familiares integrando um vasto conjunto de fatores que facilitam e tornam a experiência de ser utente de serviços de saúde menos penosa. Caracterizada por outros autores como qualidade funcional é composta pelos atributos

da qualidade mais facilmente identificáveis e avaliados pelo utente integrando aspetos como a acessibilidade, a relação utente – profissional<sup>34</sup>, as amenidades ou condições do ambiente em que são prestados os cuidados e as preferências dos utentes considerando os efeitos, riscos e custos dos cuidados. Em termos gerais, esta dimensão diz respeito aos aspetos que rodeiam a prestação de cuidados resultando da combinação de fatores de ordem distinta como geográficos, organizacionais, socioculturais, económicos e relacionais. Na prática são valorizados aspetos da qualidade como a acessibilidade e custos associados à localização dos serviços de saúde, a resposta às possibilidades e necessidades de frequência do utente em termos de horários praticados, o tempo útil na resposta às necessidades de prestação de cuidados, o respeito, empatia e preocupações manifestadas pelos profissionais, a privacidade, o conforto e higiene das instalações e a alimentação, entre outros. No entanto, apesar destes atributos serem fundamentais na avaliação da qualidade em saúde na perspetiva do utente o autor (*ibidem*, p.20) chama a atenção para dois aspetos a considerar nesta dimensão. O primeiro diz respeito à possibilidade destes atributos poderem encobrir deficiências na qualidade técnica que os utentes, duma forma geral, têm maiores dificuldades em compreender e avaliar. O segundo é a multiplicidade de desejos e expectativas dos utentes que se, por um lado, levam à necessidade de atuação em congruência com estes, por outro, podem confrontar os profissionais com desejos e expectativas pouco adequadas sob o ponto de vista clínico, moral ou até económico.

Já a **legitimidade**, de forma geral, expressa-se pela responsabilidade pelo bem-estar das populações e operacionaliza-se nas políticas de saúde, princípios éticos, valores e regulamentos definidos e aplicados nos sistemas de saúde de cada país.

A última dimensão, a **equidade**, traduz-se na justa distribuição dos recursos de cuidados de saúde pela população. Os *standarts* para estas dimensões relacionam-se, entre outros, com as tomadas de decisão política relativas ao modelo de sistema saúde a adotar, aos seus princípios, prioridades e níveis de saúde a alcançar considerando as necessidades da população mas também os recursos existentes.

---

<sup>34</sup> Também designada como componente interpessoal dos cuidados (Ferreira, 1991) diz respeito ao aspeto sócio psicológico da interação entre o profissional e o doente em termos de cortesia, paciência, amizade e sinceridade. De acordo com Donabedian (2003) a componente interpessoal dos cuidados é o veículo através do qual o cuidado técnico é prestado e do qual depende o seu sucesso sendo, deste modo, dos aspetos mais valorizados pelos utentes.

Em síntese, pode-se considerar que o modelo de sistema de saúde vigente deve considerar as dimensões acima citadas assegurando as perspetivas dos profissionais e o seu desempenho, as perspetivas dos utentes mas também perspetivas socio-políticas que visem de forma inequívoca e transparente a gestão dos recursos alocados ao sistema e o atingir de objetivos sociais. Ou como diz Biscaia (2000) um sistema de saúde deve, “*assegurar em tempo útil, aos utilizadores, os melhores serviços a custos adequados, devendo para tal, os cuidados de saúde ser efetivos, eficientes, aceitáveis, equitativos e igualmente acessíveis a todos os cidadãos*” (p.10).

Todas as dimensões da qualidade em saúde enunciadas vieram, como referido, facilitar a explicitação e operacionalização do seu conceito mas igualmente tornar mais viável a sua avaliação. A literatura consultada propõe vários modelos e perspetivas relativamente à avaliação da qualidade dos cuidados de saúde.<sup>35</sup> A pesquisa realizada evidenciou a relevância, ainda hoje, atribuída à tríade estrutura-processo-resultado proposta por Donabedian (1988; 2003). Inspirada na Teoria Geral dos Sistemas esta tríade é de extrema importância para a estruturação do tipo de informação que se deve obter para concretizar esta avaliação. São assim consideradas zonas de medição da qualidade. Mais especificamente, a estrutura diz respeito às condições nas quais os cuidados são prestados integrando aspetos como a arquitetura da organização, os recursos materiais e equipamentos disponíveis, os recursos humanos não só em quantidade, mas também em termos de variedade e qualificações<sup>36</sup>, assim como todo um conjunto de características organizacionais das quais se salientam a forma de organização de cuidados, a estrutura organizacional, o seu clima e cultura e a liderança e supervisão das chefias, entre outros. O processo, por sua vez, enquadra todas as atividades realizadas pelos profissionais de saúde no âmbito da prestação de cuidados, nomeadamente, atividades de diagnóstico, tratamento, educação em saúde mas, ainda, as atividades de autocuidado e eventuais cuidados prestados pelos familiares. Por parte dos profissionais o processo representa os seus cuidados técnicos que dependem dos

---

<sup>35</sup> Alguns dos primeiros modelos teóricos de avaliação da qualidade em saúde tinham como foco principal a avaliação da perceção dos utilizadores face aos serviços oferecidos pelas organizações de saúde constituindo-se assim como modelos mais restritos ao terem em conta só uma perspetiva da qualidade. Em Portugal as principais metodologias adotadas são modelos de acreditação e certificação internacionais como o modelo da Joint Commission International (JCI), o modelo do King's Fund Health Quality Service (KFHQS), o modelo do International Organization for Standardization (ISO 9001) e o modelo da European Foundation for Quality Management (EFQM). Em 2009, no âmbito do Programa Nacional de Acreditação em Saúde foi adotado como Modelo Nacional de Acreditação em Saúde o Modelo da Agencia de Calidad Sanitaria da Andalucia (ACSA).

<sup>36</sup> Integra a competência profissional, formação e experiência.

seus conhecimentos, tomada de decisão e competências. Neste domínio é imprescindível não esquecer a relação interpessoal, veículo do cuidado técnico e dele indissociável. Aspectos como a empatia, privacidade, respeito, a demonstração de preocupação e sensibilidade são princípios básicos que devem ser parte integrante de qualquer ato técnico em saúde. Quanto aos resultados estes correspondem aos efeitos, nos indivíduos e populações, que podem ser atribuídos à prestação de cuidados de saúde e envolvem, necessariamente, a comparação entre o que foi planeado e o que foi, realmente, conseguido. Neste sentido, os resultados podem integrar aspectos como as mudanças no estado de saúde, mudanças nos conhecimentos e comportamentos de saúde dos doentes e famílias assim como a sua satisfação com os cuidados prestados e os seus resultados.

Esta tríade tem sido amplamente aceite e utilizada, nomeadamente, em estudos da área da qualidade em enfermagem<sup>37</sup>, podendo cada um dos seus componentes ser avaliado separada ou conjuntamente e assumindo-se, com alguma frequência, uma relação de linearidade entre estes. Ou seja, postula-se que quando os elementos da estrutura e dos processos são de qualidade os resultados também serão positivos.

Mas a complexidade inerente à qualidade em saúde, os seus múltiplos determinantes e intervenientes impõem cautelas à adesão a esta visão dado que um mau resultado em saúde nem sempre pode ser atribuído à prestação de cuidados de saúde nem às condições em que estes foram prestados. Donabedian (2003) alerta para os riscos da simplicidade de tal visão dado esta relação linear ser apenas uma versão simplificada de uma realidade complexa em que os efeitos de determinadas causas se podem tornar, por sua vez, de forma linear ou indireta, causas de efeitos subsequentes pelo que considera que “... the relations postulated to exist between adjacent pairs in the structure-process-outcome model are not certainties” (p.49). No seu entender estas relações constituem-se como probabilidades de qualidade, maiores ou menores, que quanto mais confirmadas pela evidência científica melhor permitirão sustentar a sua credibilidade.

Considerando a globalidade de um sistema de saúde os atributos relativos à estrutura podem constituir-se como dos maiores determinantes da qualidade dos cuidados. No entanto, apesar destes atributos serem relativamente fáceis de observar e de medir os estudos relativos ao seu impacto direto nos resultados em saúde apresentam resultados

---

<sup>37</sup> Esta tríade, conhecida como Modelo de Saúde de Qualidade tem inspirado a criação de Modelos na área da Enfermagem como são exemplo o Nursing Role Effectiveness Model criado por Irvine, Sidani & McGillis Hall (1998) e o Quality- Caring Model desenvolvido por Duffy e Hoskins (2003).

controversos. Estudos realizados por Birkmeyer, Dimick & Birkmeyer (2004) evidenciam que melhorias estruturais a nível físico aumentam a acessibilidade aos cuidados, o volume de procedimentos clínicos e os resultados a nível cirúrgico. Mas Donabedian (2003) defende que relativamente a alguns elementos estruturais como a existência de alta tecnologia ou um contexto de prestação de cuidados mais agradável, que supostamente podem levar à melhoria da qualidade dos cuidados, a evidência demonstra apenas associações fracas, entre estes.

No fundo, as condições estruturais, por si só, poderão não melhorar a qualidade mas são “...a blunt approximation of process or outcomes” (Peabody et al., 2006, p. 1294), o que não lhes retira a importância pois é inquestionável que alguns elementos estruturais como, por exemplo, a quantidade e competência dos recursos humanos são imprescindíveis para a qualidade dos processos de cuidados.

As características dos processos de cuidados, pelo contrário, estão mais diretamente relacionados com os resultados do que as características das estruturas (Donabedian, 2003) mas apresentam algumas dificuldades de avaliação o que é justificado, por Peabody et al. (2006), pelo carácter da natureza privada da interação profissional-doente, pela falta de critérios de medição e pela falta de fiabilidade de muitos instrumentos de medida utilizados. Contudo, vários estudos clínicos sustentam, de forma consistente, que pequenos detalhes no processo de prestação de cuidados podem ser responsáveis por uma melhoria significativa nos seus resultados, como por exemplo, aspetos relacionados com a habilidade dos profissionais ou determinadas intervenções estabelecidas com base na evidência científica como o uso de anticoagulantes e betabloqueadores nos infartos agudos do miocárdio<sup>38</sup> (Mant, 2001).

Por último, e considerando a última componente da tríade – os resultados, a sua avaliação como indicador da qualidade, ainda que legitimado pela importância dos efeitos dos cuidados na saúde e bem-estar dos doentes, tem levantado alguma discussão quanto ao mérito para avaliar, por si só, a qualidade em saúde ou mesmo o desempenho dos profissionais de saúde (Mant, 2001; Donabedian, 2003; Peabody et al., 2006). Uma das razões para a controvérsia diz respeito à variação nas características médicas, sociais,

---

<sup>38</sup> Na atualidade postula-se que a prestação de cuidados de saúde se deve basear na melhor evidência científica possível representando um papel fundamental as Normas de Orientação Clínica (NOCs). As NOCs, designadas em inglês por *guidelines*, são elaboradas e disseminadas como um método de apoio à decisão clínica constituindo um importante instrumento de qualidade da prestação de serviços pelos profissionais de saúde. (Roque, Bugalho & Vaz Carneiro, 2007).

psicológicas e genéticas dos doentes que podem influenciar os resultados independentemente do processo de cuidados ou interagindo com este. Acresce, de acordo com Donabedian (2003) que, frequentemente, os resultados da prestação de cuidados não são imediatos e, deste modo, dificilmente avaliados pelos doentes. A dificuldade em avaliar os resultados como consequências atribuíveis aos cuidados antecedentes (processos) é assim configurada por Donabedian (2003) como um problema de atribuição que só será ultrapassado pela demonstração de evidência científica nesta relação. No entanto, a avaliação dos resultados em saúde assume-se cada vez com maior pertinência pois, globalmente, estes poderão refletir quer o estado geral de saúde e bem-estar de uma sociedade quer resultados mais sensíveis a medidas de prestação de cuidados de saúde mais específicas.

A reflexão até aqui realizada tem concebido a qualidade em saúde como algo complexo, multidimensional, com múltiplos determinantes e intervenientes. Uma síntese desta reflexão pode ser realizada a partir da figura nº 2. Esta representa um modelo da qualidade (Peabody et al., 2006) que permite compreender esta complexidade alertando para que as intervenções de saúde se operacionalizam num contexto influenciado por fatores políticos, culturais, sociais e organizacionais mas também por fatores mais contextuais como as políticas de saúde locais e setoriais, as condições de acessibilidade relacionadas com as necessidades de cuidados de saúde dos utentes que, por sua vez, são afetadas por variáveis demográficas e económicas nas quais não se podem esquecer os atributos individuais dos utentes.

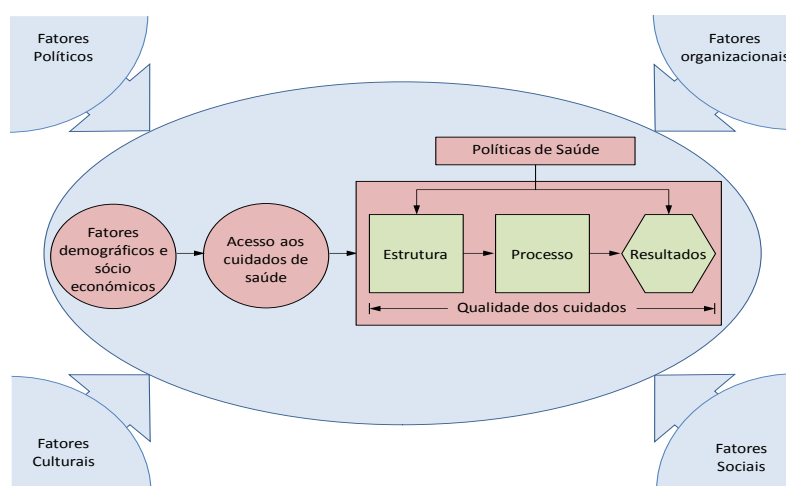


Figura 2 - Modelo da Qualidade de Cuidados.

Adaptado de: Peabody, J, Taguiwalo, M., Robalino, A., & Frenk, J. (2006). Improving the quality of care in developing countries. In D. Jamison, J. Breman, A. Measham, (eds). *Diseases Priorities Control in Developing Countries* (2<sup>nd</sup> ed.), p. 1296.

É nesta ampla moldura de fatores que poderá interferir de forma facilitadora ou inibidora no processo de prestação de cuidados e, potencialmente influenciar os resultados em saúde, que deverá enquadrar-se o contributo relativo às prestações dos profissionais de enfermagem.

### **3.2 - A qualidade em enfermagem: da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros à qualidade dos cuidados de enfermagem**

A qualidade dos cuidados de saúde é caracterizada, entre outros, por ter na sua origem múltiplos determinantes, como já anteriormente referido. Entre estes destacam-se as prestações técnicas e interpessoais dos profissionais de saúde. Neste sentido, muitos dos indicadores que operacionalizam e avaliam a qualidade dos cuidados de saúde são influenciados por uma cadeia de atividades multiprofissionais em que se integram os cuidados prestados pelos enfermeiros. O exercício profissional dos enfermeiros não pode, assim, ser negligenciado constituindo-se a sua melhoria contínua como uma das suas responsabilidades profissionais.

A preocupação com a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros não é recente. Pode mesmo dizer-se que Florence Nightingale teve um papel pioneiro neste âmbito sabendo-se que realizava registos escritos das suas observações relativas aos cuidados prestados e os utilizava para identificar e promover melhorias em áreas deficitárias (Sale, 1998)<sup>39</sup>. Uma série de outras iniciativas, apontadas por Sale (1998), sugerem que esta preocupação com a qualidade dos cuidados de enfermagem e a sua avaliação esteve presente e intensificou-se ao longo de todo o século XX. A implementação de *guidelines* de boas práticas, nomeadamente as promovidas pelas associações profissionais, a criação de gabinetes de utentes que promovem a análise de práticas de má qualidade e de outros organismos oficiais que emanam políticas de segurança dos utilizadores e normas relativas à qualidade profissional, a elaboração de instrumentos e ferramentas de medida da qualidade, a investigação sobre a sua aplicação, os projetos de melhoria contínua da qualidade, os processos de acreditação e as auditorias realizadas no seu âmbito têm sido algumas das iniciativas e estratégias, por vezes dispersas, outras vezes, mais estruturadas e sistematizadas da promoção e avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem.

---

<sup>39</sup> Juran (1996) salienta ainda a redução drástica da mortalidade nos hospitais de campanha na Guerra da Crimeia com as melhorias das condições higiénicas impostas por Florence Nightingale.

Também a enfermagem, em Portugal, não ficou alheia a esta caminhada na procura de um exercício de maior qualidade. Neste campo, destaca-se o papel da OE a quem foi legalmente estatuída a definição de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem<sup>40</sup>. Os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros definidos pela OE<sup>41</sup>, em 2001, constituem-se como uma matriz concetual que estrutura e orienta o seu exercício profissional promovendo e proporcionando, entre outros, a reflexão sobre os cuidados prestados, a orientação da tomada de decisão em enfermagem, a visibilidade da dimensão autónoma da prestação de cuidados de enfermagem e a definição de indicadores de enfermagem. No fundo, estes enunciados traduzem que a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros pode existir em vários graus e que a procura da excelência deste exercício pode ser atingida de forma progressiva e contínua.

A qualidade do exercício profissional dos enfermeiros está intrinsecamente relacionada com as suas competências profissionais, as suas habilidades, conhecimentos, a sua experiência profissional mas também com o seu empenhamento e as suas atitudes e comportamentos. Embora não desvalorizando a importância dos conhecimentos técnicos e científicos dos cuidados Hesbeen (2001) defende que a sua qualidade é fortemente marcada pelo empenhamento, atitudes e comportamentos de quem cuida. “Da qualidade que desejam, ou seja, do seu profundo desejo de cuidar dos outros para além dos atos que executam. Da riqueza do seu olhar e da sua motivação para a qualidade” (p.68). Assim, a par com os conhecimentos científicos que devem possuir e atualizar continuamente integrando a melhor evidência científica este mesmo autor (*ibidem*, 2001) postula que um exercício profissional de qualidade não pode esquecer a simplicidade, o respeito, a escuta, a compaixão, o humor, a coerência, a capacidade de indignação e de assumir riscos e responsabilidades. Na sua opinião, todos os prestadores de cuidados “ são seres com qualidades especiais que põem ao serviço das pessoas,

---

<sup>40</sup> O DL n° 104/98 de 21 de abril, que cria a Ordem dos Enfermeiros, estipula de acordo com a alínea d) do n° 1 do artigo 30 dos seus Estatutos, que compete ao Conselho de Enfermagem definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e, de acordo com a alínea c) do n° 2 do mesmo artigo e da alínea b) do n° 2 do artigo 37, que compete, respetivamente, às Comissões de Especialidade e aos Conselhos de Enfermagem Regionais, zelar pela observância dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e da qualidade do exercício profissional.

<sup>41</sup> Foram definidas pela OE 6 categorias de enunciados descritivos relativas à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao auto cuidado dos clientes, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem.

dispensando-lhes a atenção e os cuidados de que elas necessitam” (Hesbeen, 2001, p. 64).

No fundo, apela-se a uma prática centrada em princípios humanistas de respeito por valores, costumes, religiões, as singularidades de cada pessoa cuidada. Este desiderato será facilitado pelo desejo e possibilidade de reflexão sobre a vida humana, as riquezas e os perigos da humanidade mas também sobre as experiências vividas no contexto profissional promovendo um exercício profissional portador de sentido e respeitador das pessoas. Como também refere a OE (2001): “a qualidade exige reflexão sobre a prática – para definir objetivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir – o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados” (p.5). Neste sentido a formação, quer seja formal, em contexto escolarizado ou em contexto de trabalho, quer informal, pode representar uma mais-valia e constituir-se como mais um dos elementos determinantes da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. De acordo com Levett-Jones (2005) a formação surge assim como um veículo para os profissionais de enfermagem manterem a adequação de conhecimentos e competências para responder às exigências dos contextos das práticas em saúde. Neste sentido, o estudo de Dellasega & Zerbe (2000) que compara os resultados dos cuidados prestados por enfermeiros especialistas e os prestados por enfermeiros generalistas a doentes idosos após alta clínica, conclui pela maior eficácia dos primeiros o que releva da sua maior preparação e competência, segundo os autores. Também o estudo de Aiken et al. (2003) realizado em 168 hospitais americanos evidencia que um aumento de 10% de enfermeiros com formação de nível superior está associado a uma diminuição de 5% na mortalidade de doentes cirúrgicos.

Não se opondo a esta formulação Hesbeen (2001) chama, no entanto, a atenção para a necessidade da formação dos enfermeiros não negligenciar a contribuição para uma abertura constante dos estudantes e enfermeiros “às coisas da vida, à singularidade dos outros” (p.67) requisito fundamental para humanizar a relação enfermeiro-doente. Ou seja, como já atrás evidenciado, pese embora a grande relevância da componente técnica e científica dos cuidados de enfermagem a componente humana que acompanha a prestação de cuidados de enfermagem não pode ser deixada invisível. Esta opinião é corroborada por diversos teóricos de enfermagem que defendem que os enfermeiros podem melhorar a qualidade dos cuidados que prestam às pessoas se estiverem atentos, entre outros, a dimensões como a cultura e a espiritualidade ou a esperança integrando-

as nos cuidados (Watson, 1988; 2002; Leininger, 1981; 1998; Hesbeen, 2001). A prestação de cuidados holísticos, centrados nas pessoas, empáticos, que demonstrem compaixão foram também alguns dos atributos referidos pela comunidade de enfermagem em resposta à questão “What is good quality nursing?” no âmbito de um estudo do King’s College de Londres (Dawoud & Maben, 2008; Maben & Griffiths, 2008).

Também estudos de investigação que analisam a opinião dos clientes relativos à qualidade do exercício profissional dos enfermeiros demonstram que estes valorizam aspetos como a disponibilidade dos enfermeiros, a preocupação demonstrada, o envolvimento da família, a atitude de escuta, a consideração, a compreensão, a presença, a privacidade, o empenhamento (Melo, 2005). Já um estudo qualitativo realizado na Islândia descreve que os clientes consideravam como más práticas de cuidados de enfermagem a indiferença, a falta de iniciativa e as atitudes negativas (Thorsteinsson, 2002).

A qualidade do exercício profissional dos enfermeiros revela-se nas múltiplas intervenções que estes executam quotidianamente para e com os utentes, seus familiares, populações e comunidades em prol dos seus projetos de saúde estando assim interligada com a qualidade de cuidados prestados.

Tal como o conceito de qualidade em saúde também o de qualidade dos cuidados de enfermagem é de difícil definição e operacionalização estando dependente do entendimento, por parte de quem a percebe e define, do que é qualidade, do que são cuidados de enfermagem e do que estes pretendem alcançar. Enquanto para uns autores, como já constatado anteriormente, a sua definição parte de enunciados descritivos que permitem a construção de indicadores de qualidade e, desta forma, interpretá-la e medi-la de forma mais objetiva (OE, 2001) outros entendem que estas descrições pormenorizadas arriscam-se a esconder a essência do cuidar pelo que optam por propostas mais concetuais. Hesbeen (2001) apresenta uma definição de qualidade dos cuidados, que defende poder igualmente ser aplicada à qualidade dos cuidados de enfermagem, como:

*Uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem, como perspetiva, que ela, bem como os que a rodeiam alcancem a saúde. Ela requer uma atenção particular para com as pessoas, criada pela preocupação com elas com o respeito por elas. Ela procede da utilização coerente e complementar dos diversos recursos de que a equipa de profissionais dispõe e constitui a prova dos talentos destes*

*profissionais. Ela inscreve-se num contexto político, económico e organizacional com orientações, meios e limites pertinentes e claramente identificados. (p. 52).*

Sem dúvida que esta definição é subjetiva e apresenta pouca operacionalidade o que não é impeditivo que sirva de referência a uma equipa interdisciplinar e, mais especificamente, a enfermeiros que entendam a prática de cuidados como um encontro, uma ajuda e acompanhamento da pessoa de quem cuidam no sentido da promoção da sua saúde (Hesbeen, 2001).

No fundo, aderindo a uma visão mais operacional ou a outra mais concetual, o que pode estar em causa é a existência de uma prática profissional centrada na relação interpessoal e em intervenções que não ignorem a dimensão humana dos cuidados de enfermagem. Ou seja, como muitos teóricos defendem (Leininger, 1998; Swanson, 1991; Watson, 1985, 1988, 2002) o *cuidar* é a essência da enfermagem existindo mesmo evidência científica que demonstra que a utilização de “comportamentos cuidativos”<sup>42</sup> pelos enfermeiros se relaciona positivamente com resultados específicos nos doentes, nomeadamente, a satisfação, a auto estima, a diminuição do stress, a adesão a estratégias de *coping* e a melhoria do estado funcional pós cirurgia (Duffy, 1992; Latham, 1996; Swan, 1998; Wolf, Colahan & Costello, 1998; Yeakel, Maljanian, Bohannon & Coulombe, 2003).

A avaliação dos cuidados de enfermagem é, frequentemente, realizada através de auditorias centradas naquilo que os enfermeiros fazem, ou seja, na componente de processo. Neste contexto, pretende-se principalmente comparar os atos dos enfermeiros com *standarts* previamente definidos com base na melhor evidência científica. No entanto, nos últimos anos e, deste aspeto são exemplo os estudos citados anteriormente, o interesse pela avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem expandiu-se à componente de resultados visando compreender e avaliar os seus efeitos, nomeadamente, no que se refere aos ganhos em saúde dos utentes. Neste âmbito, a literatura em enfermagem sugere, com base na opinião de peritos ou suportada em evidência científica, áreas com grande sensibilidade aos cuidados de enfermagem das quais se salientam, a título exemplificativo, a adesão à terapêutica, o auto cuidado, o controlo da dor, as quedas, as úlceras de pressão, o envolvimento da família, as infeções nosocomiais (Pereira, 2007; Duffy, 2009; Aleixo et al., 2011). Estas áreas podem, assim, ser encaradas como indicadores de qualidade de resultados dos cuidados de

---

<sup>42</sup> No original “Caring behaviors”

enfermagem e a sua monitorização é, cada vez mais, imprescindível para demonstrar junto dos utentes, administrações das organizações de saúde e decisores políticos do contributo específico dos cuidados de enfermagem.

Sintetizando, a reflexão sobre a qualidade em enfermagem desenvolvida até ao momento deteve-se, sobretudo, em aspetos da qualidade do exercício profissional na dimensão de processo e em alguns dos seus potenciais resultados. Considerando a tríade de avaliação da qualidade desenvolvida por Donabedian (1988, 2003) esta reflexão não poderá estar completa sem a referência à abordagem da estrutura, ou seja, considerando as condições sob as quais são prestados os cuidados de enfermagem.

### **3.3 - A qualidade do ambiente de cuidados**

A qualidade das condições de trabalho dos enfermeiros tem sido considerada um aspeto chave para o seu exercício profissional constituindo-se como uma problemática que tem suscitado grande interesse, nomeadamente, junto das associações profissionais de enfermeiros. O ICN dedicou o Dia Internacional dos Enfermeiros, de 2007, ao tema. Na introdução de uma brochura publicada à data esta Associação Internacional chama a atenção para a grande escassez de enfermeiros a nível mundial, especificando, que “os motivos para esta carência são variados e complexos, mas entre os principais contam-se os ambientes de trabalho pouco saudáveis, que enfraquecem o desempenho ou contribuem para o alheamento dos enfermeiros e, com demasiada frequência, os afastam de ambientes de trabalho específicos ou da própria profissão.” (Baumann, 2007, p.5).

Pelo contrário, outros contextos de trabalho parecem possuir características que atraem e retêm os enfermeiros. Neste sentido, já um estudo realizado em 1995 identificava os ambientes favoráveis à prática como aqueles que colocam ênfase num ambiente seguro, na satisfação e suporte do pessoal, no trabalho em equipa, numa sobrecarga de trabalho razoável e num ambiente físico adequado (Villeneuve et al., 1995). Posteriormente, também no Canadá, um relatório do Advisory Committee on Health Human Resources (ACHHR) refere que a qualidade das condições de trabalho dos enfermeiros é determinada por um conjunto de aspetos interrelacionados que integram, entre outros, uma carga de trabalho adequada, liderança profissional, suporte clínico, formação contínua adequada, respeito profissional, flexibilidade de horários, proteção contra agressões e doenças profissionais (ACHHR, 2000). Também, um estudo levado a cabo pela American Organization of Nurse Executives (AONE) chama a atenção para um conjunto de fatores que se consideram críticos para o alcance da excelência nos

ambientes de trabalho dos enfermeiros: desenvolvimento de liderança, empoderamento para a tomada de decisão participativa, a organização do trabalho e a inovação na prestação de cuidados, os valores organizacionais e os sistemas de avaliação do desempenho por mérito (AONE, 2003).

Mas, provavelmente, as características de ambientes favoráveis à prática, mais estudadas e reconhecidas são as referentes aos hospitais a quem é atribuído o reconhecimento de *Magnet Hospital*<sup>43</sup>. Estes hospitais são reconhecidos por possuírem contextos de trabalho que privilegiam a autonomia profissional, estruturas organizacionais descentralizadas, gestão participativa e auto governança. As características chave destas organizações foram identificadas num trabalho de McClure et al. (1983) e resultaram no que são designadas como as catorze Forças de Magnetismo que abrangem aspetos tão diversos como: a qualidade da liderança em enfermagem, o tipo de estrutura organizacional, o estilo de gestão, as políticas e programas de pessoal, o modelo de cuidados profissional, a ênfase na qualidade dos cuidados, a existência de programas de melhoria da qualidade, recursos adequados e apoio de peritos, o estímulo à autonomia, as parcerias com a comunidade, enfermeiros com funções de educação, imagem da enfermagem, as relações interdisciplinares e o desenvolvimento profissional. Outros estudos desenvolvidos, posteriormente, em hospitais com a designação de *Magnet* foram ainda mais específicos tendo conseguido identificar os fatores que os enfermeiros consideravam cruciais para uma prestação de cuidados de alta qualidade (Kramer e Schmalenberg, 2004). Estes fatores são designados na literatura como os “*Essentials of Magnetism*” (EOM) estando enumerados Quadro 1.

Quadro 1 - *Os Essenciais dum Contexto de Trabalho “Magnet”*

Trabalhar com enfermeiros clinicamente competentes
Boa relação e comunicação entre enfermeiros e médicos
Autonomia e responsabilidade dos enfermeiros
Apoio do enfermeiro gestor
Controlo sobre a prática de cuidados e o ambiente
Apoio para formação
Ratio enfermeiro doente adequado
Preocupação com o doente como valor supremo

---

<sup>43</sup> Este conceito foi introduzido em 1983 e originariamente a sua expressão relacionava-se com a capacidade da organização de saúde em atrair e reter enfermeiros. Por sua vez, o Magnet Recognition Program existe desde 1994 e é liderado pela American Nurses Association Credentialing Center (ANCC). Representa, ainda hoje, uma importante distinção relativa à excelência da prática de enfermagem e do seu contexto de trabalho.

Quer as “forças” quer os “essenciais” do magnetismo podem ser consideradas como *guidelines* das condições a desenvolver em contextos de cuidados de saúde pelo que a sua promoção, por parte das administrações das organizações e enfermeiros com funções de gestão, será da máxima pertinência (Kramer & Schmalenberg, 2004). Na verdade, a partir de estudos de investigação elaborados na última década é possível estabelecer alguma evidência científica relativamente ao impacto de determinadas características dos contextos de cuidados dos enfermeiros em variáveis profissionais, organizacionais e, ainda, em resultados dos utentes. Entre os diversos estudos consultados salientam-se, por exemplo, um conhecido estudo de Aiken et al. (2002b) que recebeu muita atenção ao defender que o acréscimo de um doente a um enfermeiro estava associado a um aumento de 7% de mortalidade em doentes cirúrgicos. Outros estudos têm confirmado a relação do rácio enfermeiro doente com a mortalidade dos doentes (Kazanjian et al., 2005; Needleman et al., 2011), infeções diversas (Needleman, 2003; Blegen et al., 1998), a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem (Vahey et al., 2004), os erros de medicamentos (Sochalski, 2004; Rogers et al., 2004) e as quedas (Dunton, 2004). O impacto das dotações de enfermeiros é também reconhecido na satisfação dos enfermeiros, no seu nível de *burnout* e *turnover* (Aiken et al., 2002b) assim como na demora média dos doentes (ANA, 2000).

Por sua vez, o nível de habilitações dos enfermeiros e a sua combinação (*skill mix*) também parece ter impacto em variáveis de resultado dos doentes incluindo pneumonia bacteriana, infeções pós operatórias, úlceras de pressão, infeções urinárias (ANA, 2000).

Outros aspetos do ambiente de cuidados como os relacionados com a equipa multidisciplinar e o clima e a cultura organizacional têm sido estudados tendo sido demonstrado, por exemplo, que a qualidade das interações na equipa de enfermagem e com os médicos, a comunicação e a coordenação de cuidados são importantes determinantes da qualidade da prestação de cuidados dos seus membros (Doran et al., 2002; Bogaert et al., 2009) mas também de resultados positivos nos doentes, nomeadamente, na melhoria do seu estado funcional e no controlo dos seus sintomas (Irvine et al., 1998). A JCAHO (2003) relata que as falhas de comunicação na equipa multidisciplinar estavam na origem de cerca de 60% dos acontecimentos sentinela reportados. Também um estudo com 298 enfermeiros evidenciou que uma boa relação enfermeiro médico influenciava positivamente a tomada de decisão clínica dos

enfermeiros (Krairiksh & Anthony, 2001). O estudo realizado por Gittell et al. (2000), que integrou 878 doentes e 338 prestadores de cuidados, demonstrou que uma boa coordenação interdisciplinar influenciava o tempo de internamento e a dor pós operatória

O clima e a cultura organizacional também são sugeridos como importantes determinantes a considerar quando se pensa na qualidade do ambiente de trabalho dos enfermeiros. Um estudo, pelo menos, demonstra que uma cultura de suporte e centrada nas relações humanas influencia a satisfação profissional dos enfermeiros, o seu empenhamento organizacional e empoderamento (Gifford et al., 2002). Também o estudo de Baumann (2007) chama a atenção para que ambientes de cuidados caracterizados por climas organizacionais competitivos ou abusivos levam ao medo de notificar erros, falhas ou eventos adversos o que poderá levar a que “as más atitudes, comportamentos e cuidados poderão assim ser perpetuados, influenciando não apenas os resultados dos doentes como o recrutamento e retenção de profissionais” (p. 35). Contrariamente, contextos que evidenciam um clima de aprendizagem e oportunidades de desenvolvimento profissional têm um impacto positivo na prática de cuidados (Baumann, 2007) ainda que a relação direta com resultados nos utentes seja pouco consistente (McGillis Hall, 2005).

Por último, nesta síntese de evidências relativas aos preditores da qualidade do ambiente de cuidados dos enfermeiros não devem ser esquecidas as relativas aos aspetos da gestão já referidas, em capítulo anterior, e que evidenciaram que, em particular, a liderança das chefias operacionais poderá constituir-se como um forte preditor de resultados positivos nos enfermeiros das equipas.

Apesar destas evidências pouco se sabe sobre as intervenções no âmbito da gestão de cuidados destes enfermeiros gestores e dos mecanismos pelos quais estas influenciam a qualidade dos cuidados de enfermagem o que evidencia maior necessidade de investigação neste domínio.

## **PARTE II – A INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

### **1 – DOS PONTOS DE PARTIDA E HORIZONTES DA INVESTIGAÇÃO**

Tendo em conta o desenvolvimento teórico apresentado, a segunda parte do trabalho tem como propósitos globais explicitar a ancoragem epistemológica, assim como as opções metodológicas mais concretas dos estudos realizados, os seus achados e a sua discussão e teorização.

Considerando que a realização de investigação científica tem subjacente uma metodologia específica selecionada de acordo com a problemática, perguntas de partida e objetivos da investigação parte-se, neste primeiro capítulo, da explicitação destes aspetos para, de seguida, se explorar e fundamentar o paradigma de investigação que orientou a investigação e apresentar o plano geral da investigação realizada. Conclui-se o 1º capítulo com a apresentação dos procedimentos éticos tidos em consideração.

#### **1.1 – Da problemática, questões centrais de investigação e objetivos**

A construção da problemática desta investigação explicitada ao longo da abordagem teórica foi produzida em torno de três eixos fundamentais – a enfermagem, a gestão e a qualidade em saúde – e permitiu, para além da exploração de cada um destes conceitos e constructos, evidenciar a especial importância, na atualidade, dos papéis de gestão desempenhados pelos enfermeiros nas organizações de saúde. Entre os vários atores destes papéis salientaram-se os enfermeiros com funções de gestão e, mais especificamente, aqueles com funções de gestão a nível operacional. Atores de um papel complexo e exigente, a forma como o mesmo é adotado e desempenhado poderá ter consequências na qualidade em enfermagem.

A análise de um conjunto alargado de estudos de investigação sobre as chefias operacionais de enfermagem evidenciou a necessidade de se continuar a investigar as práticas destes profissionais, nomeadamente quanto ao seu papel como gestores de cuidados bem como a compreensão das suas implicações.

A problemática em estudo integra-se, assim, no território da gestão em enfermagem o que se constitui da máxima pertinência considerando a necessidade de melhor se compreenderem os processos, especificidades e mais-valias inerentes a este domínio de atuação dos enfermeiros.

No sentido de dar resposta à problemática em estudo definiram-se duas questões de investigação centrais que foram norteadoras da investigação, a saber:

(1) - O que constitui e como se processa a dimensão gestão de cuidados de enfermagem no âmbito do papel dos gestores operacionais de enfermagem, em contexto hospitalar?

(2) - Como contribuem as práticas de gestão de cuidados dos enfermeiros com funções de gestão a nível operacional para a qualidade dos cuidados de enfermagem?

Com base nestas questões definiram-se os seguintes objetivos:

- Compreender o processo de gestão de cuidados enquanto dimensão do papel dos enfermeiros chefes, em contexto hospitalar;
- Analisar a influência das práticas de gestão de cuidados dos enfermeiros chefes na qualidade dos cuidados de enfermagem.

Como ponto de partida para dar resposta às questões centrais da investigação e objetivos definidos teve-se ainda como premissa a compreensão das práticas profissionais como uma tarefa complexa, uma vez que estas poderem ser perspectivadas de forma diversa consoante se analise a perceção que os próprios têm destas práticas, a perceção que terão outras pessoas dessas mesmas práticas, ou ainda, se a análise se focar nas condutas manifestas das mesmas. Embora considerando que a opção por uma ou outra destas perspectivas é válida, esta será incompleta se for intenção compreender-se em profundidade a dinâmica destas práticas.

Tendo por base os pressupostos subjacentes às questões nucleares da investigação já enunciadas outras questões foram emergindo, nomeadamente:

- Que imagens e perceções têm os enfermeiros colaboradores do papel das chefias operacionais de enfermagem enquanto gestores de cuidados?
- O que consideram, os enfermeiros com funções de gestão a nível operacional, ser a gestão de cuidados? Como caracterizam esta dimensão do seu papel?
- Como se processa este papel nas práticas quotidianas das chefias operacionais em enfermagem? Que lógicas estruturam a sua acção?
- Como consideram, estas chefias e os seus colaboradores, que esta dimensão do seu papel influencia a qualidade dos cuidados de enfermagem? Quais os fatores que facilitam esta influência?

Acredita-se que a análise das práticas destes enfermeiros através do recurso a estratégias de investigação e fontes diversificadas poderá revelar-se útil para uma melhor

compreensão das mesmas, aspeto enquadrado nos pressupostos epistemológicos e metodológicos adotados e também pontos de partida norteadores do caminho escolhido na concretização da investigação.

## **1.2 – Do paradigma de investigação e pressupostos metodológicos**

Definindo-se um paradigma como um conjunto básico de crenças, princípios e postulados que guiam a acção (Guba & Lincoln, 2005; Basto, 1998) a forma como o conhecimento é produzido será, naturalmente, influenciada pelo paradigma que ilumina uma investigação. Cada paradigma encerra uma determinada forma de olhar e sentir o mundo, de como este deve ser compreendido e estudado. A importância da elucidação do paradigma de investigação que orienta uma investigação radica no fato deste conter e combinar as premissas ontológicas, epistemológicas e metodológicas do investigador (Denzin & Lincoln, 2005).

Considerando a finalidade em que assenta este projeto de investigação – Aprofundar conhecimentos sobre as práticas de gestão de cuidados das chefias operacionais de enfermagem e equacionar o seu contributo para a qualidade dos cuidados de enfermagem – percebe-se que se pretende aceder a uma visão compreensiva e holística dum fenómeno complexo. Não se procuram as relações de causalidade direta, que alguns estudos de natureza positivista e quantitativa já demonstraram existir, entre algumas variáveis inerentes ao papel dos gestores operacionais de enfermagem e variáveis organizacionais, mas sim aceder à compreensão e descoberta do fenómeno através dos significados atribuídos aos mesmos, pelos participantes.

Pretende-se sobretudo compreender, no âmbito da gestão de cuidados de enfermagem, o que fazem e como o fazem as chefias operacionais de enfermagem. Pretende-se também compreender como veem os enfermeiros colaboradores este papel. E, por último, dirige-se, ainda, a investigação deste fenómeno para a análise da sua contribuição para a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Assim, e tendo por referência os paradigmas ou quadros interpretativos propostos por Denzin & Lincoln (2005)<sup>44</sup> o paradigma construtivista ou interpretativo foi orientador da investigação. De acordo com estes autores (*ibidem*, 2005) as crenças básicas

---

<sup>44</sup> Denzin & Lincoln (2005) consideram cinco paradigmas de investigação (positivismo, pós positivismo, teoria crítica, construtivismo, paradigma participatório). Mais simplificadaamente outros autores como Valles (1997) adotam a versão de dois paradigmas: o paradigma quantitativo positivista também designado como prevalente, clássico, racionalista e o paradigma qualitativo também designado como emergente, alternativo, naturalista, construtivista ou interpretativo.

subjacentes a este paradigma baseiam-se numa ontologia relativista (que assume que existem múltiplas realidades e que a natureza do conhecimento é local), uma epistemologia transacional ou subjetiva (investigador e sujeito criam compreensão, entendimento da realidade interpretando-a) e metodologias de aproximação à realidade, hermenêuticas (que procuram o significado) e naturalistas (no mundo natural).

Adere-se a este tipo de paradigma assumindo que o conhecimento acerca da realidade das práticas de gestão de cuidados das chefias operacionais de enfermagem será produzido de forma indutiva e a partir da interpretação da construção que os participantes do estudo fazem dessa realidade. Neste sentido, sob o ponto de vista epistemológico entende-se a realidade circundante de forma subjetiva, como uma realidade que precisa de ser percebida e descoberta.

Partindo então de um quadro de referência paradigmático construtivista adere-se à investigação com métodos qualitativos para aceder à realidade estudada dado ser esta que possibilita interpretar em vez de medir. Ou seja, pretende-se compreender a realidade tal como ela é experienciada pelos sujeitos, a partir do que pensam e de como agem (as suas representações, opiniões, atitudes, hábitos, práticas), dos dados que fornecem e dos significados que lhe atribuem.

Neste sentido, Polit & Hunger (1995) referem que a pesquisa qualitativa “baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores” (p. 270).

Atualmente a investigação qualitativa ocupa um lugar de pleno direito no campo da investigação científica e, embora possa ser entendida de forma diferente para diferentes estudiosos, genericamente, é caracterizada como “uma perspectiva multimetódica que envolve uma abordagem interpretativa e naturalista do sujeito de análise” (Denzin & Lincoln, 2005, p. 125).

Assim, teve-se em consideração a importância de diferentes abordagens de investigação e métodos para se aceder a um conhecimento mais aprofundado e mais diversificado das práticas de gestão de cuidados dos enfermeiros com funções de gestão a nível operacional. Mais concretamente, utilizaram-se não só diferentes métodos de recolha de

dados como estratégias de investigação diversificadas, numa tentativa de melhor compreender, aprofundar e diversificar o conhecimento sobre o fenómeno em estudo.

A importância da investigação qualitativa nomeadamente na sua capacidade ampliar a teorização relativa a problemas e situações específicas tem-se afirmado progressivamente no seio da comunidade científica. Contudo, algumas críticas relativas à validação e qualidade dos resultados obtidos levaram a ter em especial atenção os aspetos metodológicos dos estudos realizados pelo que se recorreu a algumas estratégias que visaram a credibilidade, confirmabilidade e consistência dos achados e que serão explicitadas em cada um dos estudos.

Em suma, reconhecendo a complexidade do fenómeno em estudo não se procuram generalizações com base nos dados encontrados. Trata-se de uma investigação que pretende descobrir e descrever as práticas de gestão de cuidados de enfermagem dos enfermeiros com funções de gestão, compreender os seus significados, a intencionalidade com que são realizadas e formar explicações sobre as suas influências.

De seguida, explicita-se, de forma mais concreta, a investigação realizada para dar resposta às questões enunciadas.

### **1.3 – Plano geral e faseamento da investigação**

Como referido anteriormente pretende-se dar resposta a duas questões de investigação centradas nas práticas de gestão de cuidados dos enfermeiros com funções de gestão a nível operacional e na sua mais-valia para a qualidade dos cuidados de enfermagem.

A complexidade e abrangência das questões enunciadas e o desejo anteriormente expresso de se compreender este fenómeno de forma aprofundada levaram a que a investigação fosse realizada em três fases. Neste sentido, a investigação foi constituída por três estudos sintetizados no Quadro 2 cuja justificação será dada no momento de apresentação de cada um.

Cada um dos estudos será apresentado separadamente explorando-se os seus contornos metodológicos, achados e principais conclusões. Posteriormente será apresentada uma síntese que integrará os achados das 3 fases da investigação, dando corpo a uma visão global do fenómeno em estudo.

Quadro 2 - Apresentação Geral da Investigação

	FASE I	FASE II	FASE III
CRONOLOGIA	2007	2008	2009/2010
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar as imagens e percepções dos enfermeiros de cuidados gerais associadas ao processo de gestão de cuidados de enfermagem;</li> <li>- Identificar as imagens e percepções dos enfermeiros de cuidados gerais associadas ao papel das chefias operacionais de enfermagem como gestores de cuidados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar as dimensões auto-percecionadas pelas chefias operacionais de enfermagem do seu papel como gestores de cuidados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreender como se processam as práticas quotidianas de gestão de cuidados das COE;</li> <li>- Analisar a influência das práticas de gestão de cuidados das COE na qualidade dos cuidados de enfermagem;</li> <li>- Identificar práticas de gestão de cuidados que contribuam para a qualidade em enfermagem</li> </ul>
PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quais as imagens e percepções dos enfermeiros de cuidados gerais associadas ao processo de gestão de cuidados de enfermagem?</li> <li>- Quais as dimensões partilhadas pelos enfermeiros de cuidados gerais relativamente ao papel das chefias operacionais de enfermagem como gestores de cuidados?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quais as dimensões partilhadas pelas chefias operacionais de enfermagem do seu papel como gestores de cuidados?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como contribuem as práticas de gestão de cuidados das chefias operacionais de enfermagem, em contexto hospitalar, para a qualidade dos cuidados em enfermagem?</li> </ul>
TIPO DE ESTUDO	Estudo exploratório, baseado na Teoria das Representações Sociais	Estudo descritivo	Estudo de caso

#### 1.4 – Procedimentos e aspetos éticos

As diversas fases por que a investigação passou implicaram a mobilização de diversos participantes e contextos que, de acordo com as boas práticas da investigação científica, impuseram a observação de princípios éticos que salvaguardassem a sua dignidade.

Fase I - Na primeira fase da investigação foi pedida autorização para realização do estudo e aplicação dos questionários aos Conselhos Diretivos das quatro Escolas Superiores de Enfermagem públicas de Lisboa em que o mesmo foi aplicado. A

aplicação do questionário foi realizada, pela investigadora, no início de sessões letivas tendo-se explicado o objetivo do estudo, solicitada a participação, garantido o anonimato e que os dados seriam somente utilizados pela investigadora e para os fins solicitados. Após período de tempo para preenchimento do formulário estes foram recolhidos em recipiente adequado tendo-se solicitado aos respondentes que assinassem o respetivo consentimentos informado (Anexo IV).

Fase II - Na segunda fase do estudo solicitou-se formalmente o pedido de autorização ao Conselho de Administração do Hospital em que se garantia o anonimato e a confidencialidade dos dados razão pela qual, no presente relatório, se omite o nome da instituição e o dos participantes envolvidos. Posteriormente contactou-se a Enfermeira Diretora do Hospital onde o estudo decorreu para apresentação da investigação. Na posse da respetiva autorização contactaram-se, pessoalmente, os enfermeiros chefes dos serviços de internamento do hospital tendo-se agendado uma reunião para apresentação do estudo, pedido de colaboração e em que se marcaram as entrevistas. Aquando da realização das mesmas foram de novo apresentados os objetivos do estudo, garantido o anonimato e assegurado que os dados obtidos seriam somente utilizados pela investigadora para fins académicos. No início da entrevista era solicitada autorização para a sua gravação e reforçado que esta poderia ser interrompida ou terminada se o participante assim o desejasse. Foi, ainda, apresentado formalmente o consentimento informado que todos os entrevistados assinaram livremente (Anexo IV).

Fase III - O estudo realizado na terceira fase da investigação decorreu no mesmo Hospital. Contactou-se o novo Enfermeiro Diretor do Hospital tendo-se voltado a apresentar o desenho do estudo. Combinou-se contatar previamente os enfermeiros chefes que acessem a colaborar nesta fase do estudo e só, posteriormente, se solicitou o pedido formal ao Conselho de Administração. A entrada no campo, nesta fase do estudo, foi combinada numa reunião com a enfermeira chefe na qual se voltou a validar o seu consentimento e a possibilidade de recusar a sua participação em qualquer momento. De forma a garantir o anonimato da própria chefia e a confidencialidade dos dados o serviço em que o estudo decorreu foi omissa no relatório final.

A apresentação do projecto de investigação foi realizada junto dos enfermeiros do serviço em diversas passagens de turno, explicando-se que o foco principal do mesmo era o trabalho da enfermeira chefe mas que poderiam integrar-se outros aspetos relacionados com a influência do seu papel. Foi esclarecido que a investigadora

circulária livremente pelo serviço e estaria presente em muitas das atividades da enfermeira chefe, e que poderia integrar algumas das suas interações. Foi ainda explicitado que poderiam recusar a presença da investigadora. Durante o decorrer do trabalho de campo foram muitas as situações em que se esteve presente junto de enfermeiros, assistentes operacionais, médicos, técnicos da farmácia, estudantes, clientes e familiares. Nesses momentos validou-se se a presença da investigadora era autorizada.

Na fase final do estudo realizaram-se entrevistas a diversos enfermeiros que foram previamente acordadas e autorizadas pelos mesmos (Anexo IV). Houve o cuidado de referir o tempo previsto para as mesmas e agendá-las de acordo com a sua disponibilidade.

## **2 – FASE I DA INVESTIGAÇÃO – O GESTOR OPERACIONAL DE ENFERMAGEM COMO GESTOR DE CUIDADOS: IMAGENS DOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS GERAIS**

A revisão de estudos empíricos que tiveram como objetivo caracterizar o trabalho dos enfermeiros com funções de gestão a nível operacional e conhecer as suas áreas de intervenção permitiu evidenciar, para além da importância e complexidade do seu papel, similitudes mas também algumas diferenças nas suas funções.

Entre as diversas designações atribuídas às dimensões do trabalho destas chefias surge, com alguma frequência, a dimensão “gestão de cuidados”. Considerada, por alguns autores, como uma das suas mais importantes funções é, no entanto, pouco claro em que consiste esta dimensão, quais as atividades que lhe são inerentes e quais as práticas dos enfermeiros gestores a nível operacional neste âmbito. Importa, por isso, conhecer e compreender mais aprofundadamente esta dimensão.

É sabido que um papel desempenhado por um profissional, ao representar o padrão de ações esperadas desse profissional numa determinada posição do sistema social (Munné, 1995), poderá ser perspectivado em diferentes aceções, a saber: o papel subjetivo – que consagra a perceção do papel por parte da própria pessoa, o papel atuante – que consagra as suas condutas manifestas e o papel prescrito – que consagra as expectativas relativas a um papel de acordo com os que ocupam outra posição. Considerando que os enfermeiros de cuidados gerais se constituem como os colaboradores mais próximos das chefias operacionais de enfermagem sendo, deste modo, interlocutores privilegiados do trabalho quotidiano das mesmas considerou-se que seria da máxima pertinência conhecer a sua perceção sobre o fenómeno em estudo.

### **2.1 – Questões de investigação, objetivos e tipo de estudo**

Face ao exposto optou-se por realizar um estudo que fosse um primeiro passo para a compreensão do processo de gestão de cuidados das chefias operacionais de enfermagem e que se orientou pelas seguintes perguntas de investigação:

- Quais as imagens e perceções dos enfermeiros de cuidados gerais associadas ao processo de gestão de cuidados de enfermagem?
- Quais as dimensões partilhadas pelos enfermeiros de cuidados gerais relativamente ao papel das chefias operacionais de enfermagem como gestores de cuidados?

Os objetivos definidos para este primeiro estudo articulam-se e pretendem contribuir para as questões de investigação anteriormente enunciadas tendo sido definidos da seguinte forma:

- Identificar as imagens e perceções dos enfermeiros de cuidados gerais associadas ao processo de gestão de cuidados de enfermagem;
- Identificar as imagens e perceções dos enfermeiros de cuidados gerais associadas ao papel das chefias operacionais de enfermagem como gestores de cuidados.

Trata-se de um estudo do tipo exploratório e qualitativo, baseado na Teoria das Representações Sociais.

## **2.2 – As representações sociais como fundamento teórico e metodológico do estudo**

Para a concretização dos objetivos do estudo para além do enquadramento teórico anteriormente exposto recorreu-se à Teoria das Representações Sociais (TRS) como suporte teórico e de análise.

De acordo com Moscovici (1961) as pessoas e os grupos elaboram interpretações acerca de si próprios, dos outros e de tudo o que os rodeia, o que lhes permite adequar os seus comportamentos nas diferentes situações. Serão estes modelos avaliativos que integram por um lado, as ideias, perceções, crenças, opiniões, imagens, valores que as pessoas têm relativamente a um dado objeto social e, por outro, as suas atitudes face ao mesmo que se designa de representação social. Mais concretamente o mesmo autor considera que uma “representação social compreende um sistema de valores, de noções e de práticas relativas a objetos sociais, permitindo a estabilização do quadro de vida dos indivíduos e dos grupos, constituindo um instrumento de orientação da perceção e da elaboração das respostas e contribuindo para a comunicação dos membros de um grupo ou de uma comunidade” (Moscovici, 2003, p. 33).

A Teoria das Representações Sociais coloca em causa a noção da realidade como objetiva defendendo que toda a realidade é apropriada pelo indivíduo ou grupo, reconstruída no seu sistema cognitivo e integrada no seu sistema de valores de acordo com a sua história e o contexto social e ideológico que o rodeia (Abric, 1994). Para o mesmo autor (*ibidem*, 1994) as representações sociais podem assim ser vistas como um produto e como um processo de uma atividade mental pela qual um indivíduo ou grupo

reconstitui o real com que se confronta e lhe atribui um significado específico<sup>45</sup>. A sua especificidade reside no facto dos processos cognitivos serem diretamente determinados pelas condições sociais nas quais se elabora, ou se transmite uma representação pelo que alguns teóricos as designam como construções sociocognitivas cujo significado é determinado pelo contexto (Abric, 1994; Jodelet, 2001).

As representações sociais constituem-se então como uma forma particular de conhecimento, dito de “senso comum”, cuja especificidade reside no carácter social dos processos que as produzem. Ou seja, as representações sociais são elaboradas e partilhadas coletivamente, resultando da interação e da comunicação quotidiana no interior do grupo social e contribuem para a construção de uma realidade comum a esse grupo social, marcando a sua especificidade como grupo e contribuindo para o diferenciar dos outros. Para além das funções ligadas à compreensão e explicação da realidade e à definição das identidades às representações sociais são ainda atribuídas funções de orientação (guiando os comportamentos e as práticas) e de justificação (permitem justificar à *posteriori* as tomadas de decisão e os comportamentos).

Considerando o exposto a importância de analisar as representações sociais relativamente ao papel de gestor de cuidados das chefias operacionais de enfermagem, por parte dos enfermeiros colaboradores, reside no facto destas poderem determinar antecipações e expectativas relativamente a este papel, ou seja, configurarem o papel esperado nesse âmbito o que poderá ser da máxima pertinência conhecer.

A análise de uma representação social passa ainda por compreender que os seus elementos constitutivos se apresentam organizados e são hierarquizados tendo entre estes relações que determinam a sua significância (Doise, Clemence & Lorenzi-Cioldi, 1992; Moscovici, 2001; Abric, 1994, 2001). Estas características das representações têm implicado que na investigação neste domínio se recorra, por vezes, a metodologias específicas, como é o caso da presente investigação.

---

<sup>45</sup> Na elaboração das representações sociais Moscovici (1961) descreve dois processos cognitivos. O primeiro, a objetivação, é um processo que permite a formação de um todo coerente e em que ocorre a triagem de informação útil sobre o objeto, a sua organização e esquematização para a formação de um núcleo figurativo onde constam os principais elementos do objeto da representação e, posteriormente, a transformação destes elementos abstratos em imagens concretas da realidade. O segundo processo denominado de ancoragem diz respeito à assimilação das imagens concretas formadas em quadros de referência pré-existentes de forma a serem interpretadas.

### **2.3 – A recolha de dados**

Explicitados alguns pressupostos da investigação passa-se à descrição da fase de recolha de dados.

#### **2.3.1 – Participantes**

O estudo foi realizado no mês de Outubro de 2007 e teve como participantes enfermeiros com funções de cuidados gerais. Com o objetivo de facilitar o acesso a este tipo de população recorreu-se a enfermeiros que se encontravam a frequentar cursos de formação nas quatro ex- Escolas Públicas de Lisboa (Escola Superior de Enfermagem de Artur Ravara, Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem Francisco Gentil e Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende) que se encontravam, na altura, em processo de fusão e que deram origem à Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Assim, a população deste estudo foi constituída por 364 enfermeiros com funções de enfermeiros de cuidados gerais. Estes correspondiam à população de estudantes que frequentavam, no ano lectivo de 2007/ 2008 o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, os Cursos de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e de Enfermagem de Reabilitação e, ainda, o curso de Pós Graduação em Enfermagem Oncológica.

#### **2.3.2 – Método, procedimentos de recolha e tratamento dos dados**

A recolha de dados foi precedida dos respetivos pedidos de autorização dirigidos aos Presidentes dos Conselhos Diretivos das Escolas onde se realizou a recolha de dados.

No momento da colheita de dados foi também solicitado consentimento informado aos participantes do estudo. Com vista à recolha de dados quanto ao conteúdo das representações e imagens optou-se por recorrer ao Método de Associação Livre de Palavras. Esta é uma técnica amplamente utilizada para identificar a estrutura, os conteúdos e os estereótipos do campo semântico de uma representação e que apresenta como vantagens, relativamente a outros métodos utilizados, um carácter de maior espontaneidade. Consiste na solicitação ao participante, a partir de uma ou uma série de palavras ou frases indutoras, a que este produza todas as palavras, expressões ou objetivos que lhe venham ao pensamento relativamente ao termo ou objeto em estudo o que poderá permitir o aparecimento das dimensões latentes da representação e aceder aos núcleos figurativos das mesmas (Abric, 1994). Pensa-se assim aceder ao que os

enfermeiros de cuidados gerais pensam e simbolizam relativamente ao papel de gestor de cuidados de enfermagem das chefias operacionais de enfermagem.

Foi construído um instrumento de recolha de dados (Anexo V) constituído por uma pequena parte introdutória em que se fazia uma breve apresentação da investigadora e a explicitação do estudo, por uma parte onde constavam variáveis sócio demográficas para caracterização dos participantes e outra em que se apresentavam duas frases indutoras:

Estímulo 1 - “O processo de gestão de cuidados de enfermagem faz-me pensar em....”;

Estímulo 2 - “ O papel do enfermeiro chefe<sup>46</sup> como gestor de cuidados de enfermagem faz-me pensar em...”.

O instrumento de dados foi aplicado em sala de aula. Esta aplicação era realizada no início de uma sessão letiva previamente combinada com os respetivos coordenadores dos Cursos conforme indicação das direcções das instituições para a operacionalização da recolha de dados.

O tratamento de dados foi realizado recorrendo-se ao programa informático SPAD-T (Système Portable pour l'Analyse des Données Textuelles). Trata-se de um programa informático que se aplica aos dados textuais obtidos pelo conjunto de associações expressas pelos participantes com o objetivo de estudar a estrutura e os conteúdos do campo representacional associado às frases que serviram de estímulo. O programa permite realizar, para além do tratamento descritivo dos dados obtidos, a Análise Fatorial de Correspondência Simples (AFCS) o que permitiu reduzir o conjunto inicial dos dados obtidos sem perda significativa da informação nela contida (Oliveira & Amaral, 2007).

As palavras e as frases resultantes dos estímulos foram lançadas num ficheiro de *Windows*, posteriormente sujeitas a uma redução com base no critério da raiz etimológica de cada palavra, colocando todos os adjetivos e substantivos no masculino e no singular, e os verbos no modo infinitivo. Pontualmente procedeu-se a alguma redução em termos de significados tendo-se nestas situações recorrido ao acordo de dois interjúzies, a investigadora e uma docente perita na utilização do SPAD-T.

---

<sup>46</sup> Como referido anteriormente à posição de gestão operacional em enfermagem corresponde a categoria de enfermeiro chefe. Optou-se por manter, no estímulo, esta designação por ser a utilizada mais correntemente.

## **2.4 – Apresentação, análise e discussão dos dados**

Neste subcapítulo apresentam-se os principais achados do estudo e procede-se à sua discussão.

### **Caraterização dos participantes**

Participaram no estudo 282 enfermeiros que representavam 77,3% dos enfermeiros a frequentar os cursos referidos. A média de idades destes situava-se nos 36,5 anos com um desvio padrão de 0,8. Destes, 171 enfermeiros (60,6%) eram detentores do grau académico de bacharel, 107 enfermeiros (37,9%) do grau de licenciado e ainda, 4 enfermeiros (1,4%) possuíam o grau de mestre.

A grande maioria dos enfermeiros, mais concretamente, 229 enfermeiros (81,2%), trabalhava em contexto hospitalar e os restantes 53 enfermeiros (18,7%) em contexto comunitário.

Quanto à categoria profissional todos os enfermeiros eram enfermeiros graduados. Por último, a média de tempo de exercício profissional destes era de 16,4 anos (desvio padrão de 1,21) podendo-se assim considerar um grupo de participantes que já contactou de forma sistemática e permanente, durante vários anos, com o papel desempenhado pelos enfermeiros chefes.

### **Algumas percepções e imagens associadas ao processo de gestão de cuidados de enfermagem**

Das respostas ao primeiro estímulo “O processo de gestão de cuidados de enfermagem faz-me pensar em.....” resultaram 1187 palavras das quais 355 (29,9%) eram palavras distintas. Retiveram-se todas as palavras com uma frequência superior a 10 tendo-se obtido um total de 464 palavras das quais 22 eram distintas.

Considerando o Quadro seguinte (Quadro 3) onde constam as dimensões hegemónicas (que correspondem às palavras que apresentam frequências superiores a 25% do total da amostra sendo consideradas como o núcleo central da representação), pode-se deduzir que o processo de gestão de cuidados ancora, em muito, na ideia da qualidade, palavra referida por mais de 30% dos enfermeiros e que parece surgir como a grande finalidade deste processo.

Num sentido semelhante também para Roy & Anway (1989), citadas por Kérouacc et al. (1994), a gestão de cuidados de enfermagem consiste em assegurar uma prestação de serviços de qualidade aos clientes.

Quadro 3 - *Dimensões hegemónicas produzidas pelo Estímulo “O processo de gestão de cuidados de enfermagem faz-me pensar em .....*”

Palavras	Frequência
- Qualidade de Cuidados	89
- Organização de cuidados	63
- Prioridades	51
- Gestão de Tempo	47
- Planeamento	46

Ainda no universo semântico mais frequente encontram-se palavras que parecem remeter para fases (organização, planeamento) do processo de gestão ou estratégias que se devem dominar para a operacionalização do mesmo (prioridades, gestão do tempo).

Realizou-se uma AFCS com as palavras retidas e seleccionaram-se os três primeiros fatores (Quadro nº 4) que no conjunto explicam 25.9 % da variância total.

O primeiro é marcado pela expressão *Necessidades dos doentes* (26,4%) que é a que mais contribui para a sua explicação, associado a *Distribuição de Pessoal* e, em menor grau a *Planeamento* o que sugere que este processo se desenrola em função das necessidades dos doentes, face às quais se distribui o trabalho a realizar pelos enfermeiros e se faz o seu planeamento.

Quadro 4 - *AFCS das Palavras Associadas ao Estímulo “O processo de Gestão de Cuidados de Enfermagem Faz-me Pensar em.....”*

FATORES (Variância – 25,9%)	COORDENADAS (+) Contribuições absolutas	COORDENADAS (-) Contribuições absolutas
F1 Necessidades Doentes	Necessidades Doentes (26.4) Distribuição pessoal (20.3) Planeamento (13.3)	Responsabilidade (4.9)
F2 Gestão de Recursos	Gestão de RH (25.2) Gestão de RM (22.0)	Cuidar (11.0)
F3 Organização de Cuidados	Cuidar (18.6) Enfermeiro Chefe (10.4) Necessidades Doentes (9.4)	Organização cuidados (24.8) Qualidade cuidados (19.4)

O segundo fator é praticamente determinado pelas expressões *Gestão de Recursos Humanos* (RH) e *Gestão de Recursos Materiais* (RM), ou seja, o processo de gestão de cuidados é ainda percebido como um processo de mobilização de recursos. Esta imagem apresenta-se no sentido do expresso por Kérouac et al. (1994) que definem a gestão de cuidados de enfermagem como “um processo heurístico que visa mobilizar os

recursos humanos e os recursos do ambiente com vista a apoiar e favorecer o cuidado da pessoa que, em interação contínua com o seu ambiente, vive experiências de saúde” (p.117), sendo por isso um processo que faz apelo à criatividade, à descoberta e à transformação.

Por último, o terceiro fator traduz não só a associação à necessidade de *Organização de Cuidados* e importância que este processo tem para a *Qualidade* dos cuidados. No pólo oposto estão presentes imagens que associam este processo ao processo de *Cuidar* e ao *Enfermeiro Chefe*. Destas imagens infere-se que os enfermeiros de cuidados gerais associam a gestão de cuidados ao cuidar dos clientes o que tem sentido já que como refere Hesbeen (2000) “ os cuidados designam, assim, os atos através dos quais se cuida, através dos quais se conserva o corpo nas diferentes etapas da via” (p. 11). Associada à imagem de *organização de cuidados* surge ainda, embora com menos expressão, a do *enfermeiro chefe* realçando a importância que esta figura terá neste processo.

### **Algumas perceções e imagens do papel dos enfermeiros chefes como gestores de cuidados**

Em resposta ao estímulo 2 - “ O papel do enfermeiro chefe como gestor de cuidados de enfermagem faz-me pensar em...” produziram-se um número total de 1074 palavras das quais 395 (36.8%) eram palavras distintas.

Realizou-se, de seguida, a retenção de todas as palavras também com uma frequência superior a dez tendo-se obtido um total de 456 palavras entre as quais encontraram-se vinte (20) palavras distintas.

No Quadro 5 apresentam-se as palavras que correspondem a frequências superiores a 25% do total da amostra.

Quadro 5 - *Dimensões Hegemónicas Produzidas pelo Estímulo “ O Papel do Enfermeiro Chefe como Gestor de Cuidados de Enfermagem Faz-me Pensar em...”*

<b>Palavras</b>	<b>Frequência</b>
- Líder	86
- Gestão Recursos Humanos	40
- Gestão de Recursos Materiais	37
- Motivar Equipa	35

Surge, assim, em primeiro lugar a imagem de *Líder* de forma destacada o que evidencia de forma inequívoca a importância atribuída ao enfermeiro chefe neste âmbito.

Como segundas e terceiras dimensões hegemónicas surgem imagens relacionadas com o seu papel de *Gestão de Recursos Humanos* e de *Gestão de Recursos Materiais*. Por último, surge uma dimensão mais relacional, *Motivar a Equipa*. Ou seja, no núcleo central das representações emergem imagens e perceções associados a papéis instrumentais de gestão mas também a papéis mais comportamentais, de alguém que guia a equipa e privilegia o seu acompanhamento centrando-se na sua motivação.

No entanto, as expressões *Gestão de Recursos Humanos* e *Gestão de Recursos Materiais* transmitem que não é esquecida a imagem mais racional, procedimental e de exigência de eficiência inscrita no seu papel. Também Hubinon (1998), ao referir-se aos enfermeiros chefes sintetiza o seu papel da seguinte forma “o enfermeiro chefe detém verdadeiramente o papel de gestor de uma unidade de cuidados que consiste em planear, em organizar, em dirigir e controlar os recursos humanos e materiais com vista a atingir, com a maior eficiência possível, .... a qualidade dos cuidados de enfermagem...” ( p. 178).

Dos dados submetidos a AFCS isolaram-se três (3) fatores que explicam 23.14 % da variância que se podem visualizar no Quadro nº 6.

Quadro 6 - AFCS das Palavras Associadas ao Estímulo “ O Papel do Enfermeiro Chefe como Gestor de Cuidados de Enfermagem Faz-me Pensar em...”

FATORES (Variância – 23.14%)	COORDENADAS (+) Contribuições absolutas	COORDENADAS (-) Contribuições absolutas
F1 Gestor	Gestão RH (17.6) Horários (11.1) Gestão RM (11.0)	Organização (7.9)
F2 Coordenador	Coordenador (28.1) Orientador (15.5) Referência (10.4)	Responsabilidade (9.6)
F3 Cuidar da equipa	Cuidar da equipa (24.5) Horários (11.3) Responsabilidade (9.2)	Gestão de RH (14.4)

Relativamente ao primeiro fator pode-se considerar que o enfermeiro chefe como gestor de cuidados é percecionado como alguém que gere recursos materiais e humanos, que

se responsabiliza pelos horários e fá-lo com organização ou com vista à organização dos cuidados.

No segundo fator emergem essencialmente imagens e percepções de proximidade e interação com a equipa mas também de elemento que promove o seu desenvolvimento. Este fator é maioritariamente explicado pela palavra *Coordenador*, ou seja, de alguém capaz de unir, harmonizar todas as acções e todos os esforços para um mesmo objetivo. A esta imagem acrescentam as de *Orientador* e de *Referência* o que sugere que é esperado pelos enfermeiros de cuidados gerais, que a chefia operacional de enfermagem no âmbito das suas práticas de gestão de cuidados seja alguém que orienta os cuidados prestados e a quem podem recorrer, sendo assim um referente.

Em oposição, no pólo negativo, surge a *Responsabilidade* sugerindo, mais uma vez, o peso e a importância deste profissional no processo de gestão de cuidados.

O terceiro, e último, fator acentua a imagem relacionada com a gestão das pessoas e da equipa e com a forma de o fazer. Este fator é essencialmente explicado pela expressão *Cuidar da equipa* o que vem corroborar a opinião de Hesbeen (2001), que considera que principal função dos enfermeiros chefes deve ser “cuidar dos que cuidam” (p.87). Neste sentido, outros autores têm defendido que as chefias de enfermagem deveriam adotar uma gestão cuidadora indo assim ao encontro dos colaboradores para os acompanhar no seu percurso profissional, promovendo um ambiente humanizado e estando presente nos contextos de cuidados (Nyberg, 1998; Gaspar, 2005). Também em Portugal, em investigação recentemente realizada por Melo (2011), em que é aplicada a escala de Quinn (1988) adaptada à saúde por Parreira et al. (2006) com o objectivo de avaliar a percepção dos enfermeiros sobre o desempenho dos papéis de liderança dos enfermeiros gestores, se evidenciou que estes enfatizam o seu papel de coordenador e o modelo das relações humanas centrado nos papéis de facilitador e mentor.

Ainda no fator 3 acentua-se uma imagem de alguém responsável pelos *Horários* e de novo para a *Responsabilidade*. O pólo negativo é dominado pela *Gestão de Recursos Humanos* dando assim coerência a um eixo fatorial centrado em imagens de líder de uma equipa.

## **2.5 – Considerações finais sobre o estudo**

Retomando os objetivos definidos para o presente estudo considera-se que quanto à identificação das dimensões partilhadas pelos enfermeiros de cuidados gerais relativamente ao processo de gestão de cuidados de enfermagem emergem múltiplas

dimensões, umas mais associadas a fases do processo de gestão e outras a estratégias essenciais à sua operacionalização.

Parece claro que, para os participantes, este processo está associado à resposta às necessidades dos doentes, implicando uma mobilização de recursos humanos e materiais e uma organização dos cuidados tendo como finalidade a qualidade dos mesmos. Trata-se, no fundo, de um processo que envolve funções e competências de gestão e mobilização de recursos diversos com vista a responder às necessidades dos clientes. Este processo visará a qualidade dos cuidados.

Considerando que os enfermeiros de cuidados gerais também têm atribuídas competências no âmbito da gestão de cuidados (OE, 2001) é curioso não terem emergido perceções ou imagens associadas à manutenção de um ambiente seguro, aos cuidados interprofissionais ou de delegação e supervisão.

Pelo contrário, ainda que não surja entre as perceções e imagens mais evocadas, a figura do enfermeiro chefe está presente realçando assim a importância atribuída pelos enfermeiros de cuidados gerais ao seu papel, neste âmbito. Mais concretamente, esta figura parece ser central à gestão de cuidados de enfermagem dado à mesma surgir associada a imagem de líder, de gestor de recursos (humanos e materiais) e gestor de proximidade (coordenador, orientador e referência).

Como ideia ainda associada ao papel dos enfermeiros chefes como gestores de cuidados surge ainda o *cuidar da equipa* retratando uma imagem que pode estar associada à forma de ser exercida esta dimensão ou à que é desejada pelos enfermeiros prestadores de cuidados sugerindo que as práticas deste papel devem assentar numa consideração especial pelas pessoas que constituem a equipa de enfermagem.

Curiosamente, também, no segundo estímulo não emergiram dimensões associadas a funções como o planeamento, supervisão e avaliação dos cuidados o que sugere que não estão presentes ou não são esperadas.

Uma análise global dos dados obtidos não pode ignorar que, tanto no primeiro, como no segundo estímulo, emergiram múltiplas dimensões. Tal facto sugere que este é um processo complexo. Sugere, ainda, alguma dificuldade na delimitação do seu conteúdo enquanto processo de trabalho das chefias operacionais de enfermagem. Perante estas constatações considerou-se que o acesso às perceções das chefias operacionais de enfermagem poderia ajudar a melhor compreender este papel.



### **3 – FASE II DA INVESTIGAÇÃO – AUTO PERCEÇÕES DO PAPEL DO GESTOR OPERACIONAL DE ENFERMAGEM COMO GESTOR DE CUIDADOS**

Como referido anteriormente a primeira fase desta investigação pretendeu ser um primeiro passo para a compreensão do papel das chefias operacionais em enfermagem, enquanto gestores de cuidados de enfermagem. Entre as perceções e imagens obtidas e já analisadas salientam-se as associadas à qualidade dos cuidados de enfermagem e à figura do enfermeiro chefe. Este, como líder, gestor de recursos humanos e materiais e cuidador da equipa aparenta representar um papel chave neste processo.

Mas o acesso ao que os próprios pensam, fazem, como o fazem e porque o fazem neste âmbito é uma perspetiva central à compreensão deste domínio. No desenho inicial da investigação previa-se realizar estudos de caso em unidades de cuidados de enfermagem diversificadas de forma a aceder de forma mais aprofundada aos discursos e práticas destes profissionais de enfermagem.

Contudo, a necessidade de melhor clarificar e aprofundar os conteúdos do trabalho das chefias operacionais de enfermagem no âmbito da gestão de cuidados que emergiu dos achados do primeiro estudo levou a equacionar uma opção metodológica que permitisse o acesso a um maior número de participantes. Esta opção foi ainda reforçada por alguma dificuldade em selecionar os casos que seriam objeto de estudo. Ou seja, pretendia-se que os casos a estudar fossem considerados como casos de “bons enfermeiros chefes” colocando-se a questão dos critérios de inclusão a utilizar, da forma de aceder a estes participantes e da sua adesão a serem participantes do estudo.

Face ao exposto iniciou-se a segunda fase da investigação que teve como finalidade compreender as auto perceções dos gestores operacionais de enfermagem face ao seu papel como gestores de cuidados.

De seguida apresentam-se as opções metodológicas que se privilegiaram, seguindo-se a apresentação e análise dos dados encontrados. O capítulo termina com algumas considerações finais relativas ao estudo realizado na segunda fase da investigação.

#### **3.1 – Opções Metodológicas**

Este primeiro subcapítulo dedica-se à apresentação dos contornos metodológicos que presidiram à segunda fase da investigação.

### **3.1.1 – Tipo de estudo, objetivos e questão de investigação**

Consentâneo com o paradigma de partida e a finalidade expressa anteriormente esta segunda fase da investigação inscreve-se também numa linha de investigação qualitativa e, deste modo, centra-se na experiência das chefias operacionais de enfermagem, em cenário naturalista.

O conhecimento disponível sobre o papel das chefias operacionais de enfermagem como gestores de cuidados é relativamente limitado existindo, na literatura, pouca informação relativa a este domínio mais particular do papel destes profissionais. Contudo, o facto de se ter obtido algum conhecimento sobre este papel na primeira fase da investigação foi considerado como ponto de partida razão pela qual o estudo realizado na segunda fase foi classificado como descritivo.

Trata-se, assim, de um estudo que pretende aceder, através dos discursos de um grupo de enfermeiros com funções de gestão a nível operacional, às suas percepções sobre o seu trabalho no âmbito da gestão de cuidados e aos significados que lhe atribuem.

Assim, definiu-se como principal objetivo:

- Identificar as dimensões auto-percepcionadas pelas chefias operacionais de enfermagem do seu papel como gestores de cuidados;

Para dar resposta a este objetivo definiu-se como pergunta orientadora do estudo:

- Quais as dimensões partilhadas pelas chefias operacionais de enfermagem do seu papel como gestores de cuidados?

### **3.1.2 – O contexto e os participantes**

Considerando que as instituições hospitalares são os locais de trabalho onde trabalham a grande maioria das chefias operacionais de enfermagem e onde o processo de trabalho é mais familiar à investigadora assumiu-se que este seria o contexto onde o estudo decorreria. Considerou-se, ainda, que a literatura consultada evidencia que o papel das chefias operacionais de enfermagem se materializa de forma diferente de acordo com o tipo de instituição, as necessidades das unidades de cuidados e os contextos culturais em que se desenrolam. Assim, considerou-se pertinente que os participantes trabalhassem na mesma instituição e que desempenhassem funções em serviços com finalidades semelhantes.

A escolha recaiu num Hospital, com estatuto EPE e com serviço de urgência, situado na área metropolitana de Lisboa. É uma unidade hospitalar que integra a rede de prestação

de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde, com cerca de 500 leitos e cerca de 2500 colaboradores. A sua localização e o ter um protocolo com a instituição onde a investigadora trabalha constituíram-se como fatores que facilitaram o acesso ao mesmo podendo ser considerados como os critérios que presidiram à sua seleção.

A solicitação para a realização do estudo, neste hospital, foi feita através de carta dirigida ao respetivo Conselho de Administração (Anexo VI). Após resposta favorável contactou-se pessoalmente a Enfermeira Diretora do hospital no sentido de melhor se explicitarem os objetivos do estudo tendo-se acordado que os participantes seriam os enfermeiros chefes em funções em serviços de internamento dado serem estes os serviços mais frequentes na instituição, que apresentam finalidades similares e em que o trabalho das chefias operacionais também se caracteriza por bastantes semelhanças. Os informantes foram assim selecionados intencionalmente com base em dois critérios de inclusão: serem enfermeiros com funções de gestão a nível operacional e desempenharem funções num serviço de internamento do hospital selecionado.

O contacto com estas chefias, em número de 15, foi também feito pessoalmente. Este primeiro encontro teve como objetivos a explicitação do estudo, o pedido de colaboração no mesmo ao qual todas acederam e o agendamento da data para a recolha de dados. O número final de participantes foi de catorze dado no período definido para a recolha de dados um dos enfermeiros se encontrar ausente não tendo sido possível agendar uma data posterior.

Dada a garantia de confidencialidade fornecida a todos os participantes do estudo apresenta-se de uma forma global a sua caracterização. Em termos etários estas chefias operacionais de enfermagem distribuíam-se entre os 40 anos e os 54 anos, sendo a média de idades de 47,6 anos. Relativamente ao tempo de exercício profissional verificou-se uma variação entre os 20 anos e 30 anos, sendo a média de 24, 3 anos de experiência profissional. Dez dos participantes são do sexo feminino e os restantes do sexo masculino.

Todos os participantes detinham a categoria de enfermeiro chefe exercendo este cargo entre um mínimo um ano e um máximo de vinte anos.

### **3.1.3 – Método e procedimentos de recolha de dados**

Considerando os objetivos do presente estudo e tendo por base a opção por uma metodologia qualitativa considerou-se o uso da entrevista como a técnica mais apropriada para recolher os dados com vista a identificar as auto percepções dos

participantes quanto ao seu papel enquanto gestores de cuidados. De acordo Bogdan & Biklen (1994) trata-se de uma técnica particularmente útil quando se pretende obter dados sobre as crenças, as opiniões e as ideias dos participantes, permitindo “ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia como os sujeitos interpretam aspetos do mundo” (p. 134).

Esperava-se, através das entrevistas, aceder ao quadro de referência destas chefias relativamente à sua função de gestor de cuidados, caraterizar este papel e, eventualmente, explorar outros aspetos que conferissem maior visibilidade a este papel profissional. Considerou-se como recurso adequado a entrevista semi estruturada dado ser aconselhada em situações em que se pretende aprofundar um determinado domínio, ou verificar a evolução de um domínio já conhecido (Ghiglione & Matalon, 1992).

O guião das entrevistas foi organizado num único tema – centrado no papel de gestor de cuidados dos enfermeiros com funções de gestão a nível operacional. Continha ainda os objetivos para o tema e questões orientadoras (Anexo VII). Embora na fase de elaboração do guião das entrevistas já se estivesse na posse dos dados obtidos no primeiro estudo considerou-se que esta deveria ter uma estruturação relativamente aberta e abrangente que, embora não abandonasse a temática em estudo, deixasse o entrevistado falar livremente sobre o assunto.

Assim, apesar de se ter partido das perguntas orientadoras constantes no guião da entrevista estas nem sempre foram realizadas pela ordem em que se encontravam. A entrevista seguiu um pouco o fluxo de ideias dos entrevistados possibilitando a construção de um discurso livre a todos os participantes podendo os mesmos introduzir novos aspetos no tema aprofundado ou aprofundar aqueles que considerassem mais pertinentes. Ou seja, orientaram-se as entrevistas de forma a ter em consideração as experiências do ponto de vista do informador pois, de acordo, com Bogdan & Bilken (1994) “o processo de condução de investigação qualitativa reflete uma espécie de diálogo entre os entrevistadores e os respetivos sujeitos...” (p.51). Assim, ao longo das entrevistas e visando o aprofundamento da compreensão do discurso dos entrevistados outras questões foram emergindo.

As entrevistas decorreram entre os meses de Setembro e Novembro de 2008 e foram realizadas em espaço adequado e privado.

A duração das entrevistas variou entre 30 minutos e 70 minutos. Todas as entrevistas foram gravadas com conhecimento e autorização dos entrevistados. Inicialmente

procedeu-se à sua legitimação e à motivação do entrevistado, através do pedido de colaboração assegurando-se também o carácter confidencial das informações prestadas. A caracterização e finalidade do estudo foi, de novo, referida antes do início de cada entrevista.

#### **3.1.4 - Procedimentos de análise e tratamento dos dados**

Na etapa seguinte procedeu-se à transcrição integral de todas as entrevistas. Cada entrevista foi identificada com o código EC seguida de um número tendo à primeira sido atribuído o número 1, à segunda o número 2, etc.

Após todas as transcrições estarem concluídas iniciaram-se procedimentos com vista à organização e sistematização dos dados. Considerando a opinião de Berelson (1954), citado por Amado (2000), que a análise de conteúdo “permite a descrição objetiva e sistemática do conteúdo manifesto da comunicação” (p.53) esta metodologia de análise de dados foi tida como a mais adequada para aceder e aumentar o potencial da descoberta da realidade subjacente aos dados recolhidos (Bardin, 2009).

Concordando, também, com Vala (1996) que a finalidade da análise de conteúdo é de efetuar inferências com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas adotou-se um quadro de análise de cariz interpretativo. Assim, para além de pretender-se uma rigorosa e objetiva representação dos conteúdos das mensagens, considerou-se a possibilidade de aprofundar a compreensão dos fenómenos em estudo, à custa de inferências interpretativas, derivadas quer do quadro teórico quer do contexto de produção dos discursos dos atores.

A totalidade das catorze entrevistas constituiu o *corpus de análise*, pois, como refere Vala (1986), “se o material a analisar foi produzido com vista à pesquisa que o analista se propõe realizar, então, geralmente, o *corpus da análise* é constituído por todo esse material (p.107).

A análise das entrevistas foi submetida a procedimentos idênticos, tendo seguido, as três fases ou etapas cronológicas propostas por Bardin (2009) para a análise de conteúdo: pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, incluindo a inferência e a interpretação. Assim, as entrevistas foram numa primeira fase, e após a realização de leituras flutuantes no plano vertical, submetidas a uma primeira análise que permitiu a inventariação dos temas relevantes do conjunto. Estas primeiras leituras das entrevistas permitiram a elaboração de um esboço preliminar do sistema de

categorias possível, partindo do tema incluído no guião mas também das que emergiram do discurso dos participantes. Foi este esboço preliminar, que deu rumo à análise e por onde se iniciou a sistematização da informação, sem deturpar o seu sentido.

Seguidamente o material foi codificado tendo sido determinadas as unidades de registo<sup>47</sup> (UR) e que, na maioria das vezes, corresponderam, neste estudo, à frase ou a um elemento de frase e as respetivas unidades de contexto<sup>48</sup>, aqui consideradas como a resposta mais global. Assim teve-se sempre presente o conjunto global da entrevista, no sentido de respeitar o contexto em que foram proferidas as afirmações.

Após esta exploração do material, em que se codificaram as unidades de registo e de contexto, fez-se a sua organização segundo reagrupamentos analógicos, de acordo com as categorias construídas indutivamente, ou seja, resultantes da análise do corpo documental. Estas categorias definidas *a posteriori* resultaram de um trabalho interpretativo, de reformulação constante mas, onde teve influência o quadro teórico de referência, as questões das entrevistas e ainda o objetivo que presidiu à investigação. De forma a melhor explicitar todo o sentido das categorias foram elaborados conjuntos de subcategorias constituídas por indicadores que explicitam as características da comunicação a abranger nessa mesma subcategoria e onde se integram os segmentos de texto que foram interpretados como unidades de significação ou de registo.

Na prática, o esboço preliminar de temas e categorias elaboradas na fase de pré análise passaram, após várias leituras atentas e cada vez mais minuciosas do corpo documental na vertical e horizontalmente por várias reformulações. Tratou-se de um processo cíclico e interativo que visou atingir resultados cada vez mais refinados e definitivos e obrigaram ao regresso permanente às entrevistas, tendo em vista o respeito pelo sentido do discurso.

A análise qualitativa, para alguns autores, está frequentemente associada à subjetividade. Para que tal não aconteça, todo o processo deve revestir-se do máximo rigor (Bardin, 2009; Vala, 1986). Assim, a fim de garantir a validade interna da análise efetuada, a grelha de análise com o tema, categorias e subcategorias identificadas e

---

<sup>47</sup> As unidades de registo são, segundo Bardin (2009), “a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial” (p.130).

<sup>48</sup> Bardin (2009) considera que a unidade de contexto “serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidades de registo) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registo” (p.133).

todas as unidades de registo isoladas foram remetidas a um juiz, perito em enfermagem. O resultado final, após discussão de alguns desacordos, foi obtido por consenso. Procurou-se, deste modo assegurar da exaustividade e exclusividade das categorias e subcategorias.

Em anexo (Anexo VIII) consta quadro que dá conta do sistema final de categorias e subcategorias que se constituíram como matriz de análise final das entrevistas.

### **3.2 – Apresentação, análise e discussão dos dados**

Neste subcapítulo realiza-se a apresentação, análise e discussão dos dados resultantes das entrevistas realizadas. Estes são apresentados a partir da grande área temática do estudo de onde emergem áreas de análise cada vez mais finas. Assim, das respostas dadas pelos sujeitos em torno do tema – auto percepções da chefia operacional como gestor de cuidados, emergem as categorias e subcategorias e respetivos indicadores. Apesar de ter sido ponderado optou-se por não considerar a tradução das UR em termos quantitativos tendo-se privilegiado a vertente qualitativa e interpretativa da análise explorando as características dos “*indicadores manifestos, explicitamente contidos na comunicação para fazer inferências a respeito da fonte da emissão*” (Bardin, 2009, p.155).

O carácter descritivo e interpretativo deste estudo é feito recorrendo a citações do discurso dos participantes e analisando as mesmas em função das características das suas afirmações e do quadro teórico, sempre que possível.

#### **3.2.1 – Auto percepção do enfermeiro chefe como gestor de cuidados**

Do conjunto das respostas às questões referentes ao tema **Auto percepção do enfermeiro chefe como gestor de cuidados** emergiram várias categorias: características do papel, dimensões do papel e atributos. Passa-se a apresentar, relativamente a cada categoria, os dados obtidos assim como a sua análise e discussão.

##### **3.2.1.1 – Características do papel**

Sintetizar as percepções expressas pelos entrevistados sobre as características do papel como gestores de cuidados constitui o objetivo deste espaço. Esta categoria constituiu-se em três subcategorias: *considerações gerais, relação com outras dimensões e finalidades* tal como expresso no quadro seguinte (Quadro 7), em que se integram os respetivos indicadores.

Quadro 7 - Categoria “Caraterísticas do Papel de Gestor de Cuidados das Chefias Operacionais de Enfermagem”, Subcategorias e Indicadores

Categoria	Subcategoria	Indicadores
Caraterísticas do papel	Considerações gerais	Importante
		Difícil
	Relação com outras dimensões	Centralidade
		Interdependência
	Finalidades	Qualidade cuidados
		Gerir e desenvolver a equipa de enfermagem

Da subcategoria *considerações gerais* emerge um conjunto de opiniões que, embora dispersas, são um ponto de partida para se compreender como, de uma forma global, são percecionadas as caraterísticas deste papel.

Assim, ser gestor de cuidados aparenta ser um papel que, para a totalidade das chefias entrevistadas, emerge de uma forma natural sendo considerado *importante* como se vê pelas seguintes asserções exemplificativas: “ *Ser gestor de cuidados, sim, é uma vertente importantíssima dos serviços que presto...*” (EC1); “ *É assim, na minha perspetiva, os enfermeiros chefes, pronto, é indiscutível que é gestor de cuidados, que até está consagrado na legislação*” (EC 3); “*Considero que fiz e faço um grande investimento na gestão de cuidados.*” (EC6).

Não levantando dúvidas a este grupo de chefias operacionais que a gestão de cuidados é parte fundamental das suas atribuições esta é também caraterizada, por alguns, como difícil: “*A gestão de cuidados...pois faz parte do nosso trabalho, sem dúvida, mas que é difícil, é.*” (EC2); “ *A gestão de cuidados? Claro que faço mas faço bem? Supervisionamos? Controlamos? Este é o grande problema neste momento, do enfermeiro chefe, é a sua incapacidade de controlo. Organizamos, arranjamos recursos mas chega à fase do controlo pára. É difícil a gestão de cuidados...*” (EC4). Como razões para as dificuldades de levar a cabo este papel fatores como a falta de tempo devido a múltiplas tarefas, sobretudo no âmbito da gestão de recursos humanos, a instabilidade dos serviços e a imprevisibilidade constante no que se refere às necessidades de cuidados dos utentes e a gestão da disponibilidade de leitos são apontadas como prioritárias.

No entanto, alguma dificuldade em delimitar esta função surge também no discurso dos entrevistados ao caracterizá-la na sua *relação com outras dimensões* do seu papel, tal como é expresso nesta subcategoria onde se verifica a existência de indicadores de sentido oposto. Ou seja, apesar de este papel ser considerado *central* ao seu trabalho ele é visto como *interdependente e interligado* às dimensões da gestão das pessoas e dos materiais e ambientes dos serviços. A característica *centralidade* valida e justifica a importância do papel atrás expressa ao associar ao mesmo e, de forma objetiva, aspetos diretamente relacionados com os cuidados aos clientes: “ *A gestão de cuidados visa dar resposta às necessidades dos doentes, não é? Ponho sempre o doente no centro do sistema. A minha exigência deve ser essa, não é?*” (EC9); “ *Gestor de cuidados? É onde eu acho que é preciso pôr mais peso...o trabalho do enfermeiro chefe deveria partir daí, do cuidado ao doente, organizar em função dele, do que é melhor para ele. O utente é o primado do enfermeiro chefe...*” (EC11); “ *Portanto, na gestão de cuidados, eu acho que o enfermeiro chefe tem de ser um gestor de cuidados por excelência e, mal feito fora, e é mal feito que as pessoas pensem ao contrário pois é o fulcro do seu trabalho*” (EC12).

Apesar da clareza destas afirmações ao exprimirem as suas opiniões sobre esta dimensão do seu trabalho algumas chefias operacionais alertam e insistem que esta não é uma dimensão estanque. É sim um processo dinâmico que está intrinsecamente relacionado com outras dimensões do seu papel mais especificamente com a gestão de recursos humanos e de recursos materiais: “ *Uhhmm...de facto a gestão dos cuidados e a gestão dos recursos humano, eu acho que são duas áreas que misturam muito,..., que estão muito dependentes uma da outra.*” (EC2); “ *Intrinsecamente ligada à gestão de cuidados está a gestão de recursos humanos.*” (EC 3); “ *A gestão de materiais. Acho que esta dimensão também concorre para a gestão de cuidados. Não é possível gerirmos cuidados sem recursos materiais. Não, a gestão de cuidados não é algo separado. É tudo muito dinâmico e muito interativo*” (EC2).

Os cuidados de enfermagem são um serviço profissional de grande utilidade e socialmente reconhecido razão pela qual não seja de surpreender que a sua gestão emergja, nos discursos da grande maioria dos entrevistados, como um processo central às suas funções. Destes discursos infere-se, ainda, que este é um processo que despoleta e impele a uma mobilização constante de recursos o que vem no sentido da definição de gestão de cuidados proposta por Kérouac et al. (1994).

Considerado como o núcleo central do seu trabalho as *finalidades* que presidem ao desempenho deste papel também aparentam estar centradas, de uma forma geral, na qualidade dos cuidados de enfermagem: “..., a finalidade que tenho ao gerir os cuidados de enfermagem está sempre relacionada com a prestação de qualidade dos cuidados”. (EC1); “A minha principal preocupação quando penso os cuidados são as melhores respostas ao cliente” (EC3); “Olhe, para mim, a principal finalidade é que, é a situação do doente. Essa é, é aquilo que, no fundo, me tem movido ao longo destes anos todos. Portanto, que o doente seja bem atendido, seja da forma em termos não só técnicos, mas principalmente relacionais.” (EC 9). Ou seja, e tal como refere Roy & Away (1988), citadas por Kérouac *et al.* (1994) também para estes entrevistados a gestão de cuidados consiste em assegurar uma prestação de serviços de qualidade aos clientes, tal como apurado no estudo anterior.

No entanto, e consentâneo com a interligação da gestão de cuidados com a gestão de recursos humanos, anteriormente referida, também algumas das chefias entrevistadas integram de forma clara a *gestão e desenvolvimento da equipa de enfermagem* como uma das finalidades da gestão de cuidados: “Depois, eh  h, tenho um grupo de pessoas, não   ? Enfermeiros. Tenho que gerir, tenho que os gerir dentro das necessidades dos doentes, que é para isso que nós estamos c  , ....” (EC, 9); “...temos que definir algumas prioridades e a minha área que para mim    prioritária na gestão de cuidados, portanto, é conhecer aquela equipa, como é que aquela equipa trabalha, qual o nível de cuidados que presta. E a partir daí desenvolvê-la, geri-la, dar-lhe uma visão.” (EC 10); “O enfermeiro chefe cuida. Pode parecer um paradoxo mas digo que nunca posso esquecer de cuidar dos enfermeiros como gestor de cuidados. Para quê? Para garantir a qualidade dos mesmos [dos cuidados]...” (EC11).

Pode-se, pois, inferir que o papel das chefias operacionais de enfermagem enquanto gestores de cuidados se caracteriza, de forma clara, por uma preocupação com a qualidade dos cuidados. Para que esta seja conseguida a gestão e desenvolvimento daqueles que cuidam (os enfermeiros)    algo implícito e parte integrante deste processo.

Em síntese, a importância da gestão de cuidados enquanto papel das chefias operacionais é afirmada neste estudo e aparenta decorrer da sua eventual implicação na qualidade dos cuidados.    um papel percecionado como central no trabalho destas chefias mas difícil talvez por exigir uma constante mobilização de recursos num ambiente de grande complexidade, incertezas e tensões.

### 3.2.1.2 – Dimensões do papel

Conhecer a percepção que as chefias operacionais de enfermagem têm sobre as dimensões que constituem o seu papel como gestores de cuidados levou a que se solicitasse que os mesmos o descrevessem. Da análise realizada emergiu a categoria *dimensões do papel de gestor de cuidados das chefias operacionais de enfermagem* plasmada no Quadro 8 e que integra, ainda, as respetivas subcategorias e indicadores. De uma forma geral, os discursos dos entrevistados relativamente à descrição do seu papel como gestores de cuidados centram-se sobretudo em atividades que se podem enquadrar nas diversas fases do processo de gestão.

Quadro 8 - Categoria “*Dimensões do Papel de Gestor de Cuidados das Chefias Operacionais de Enfermagem*”, Subcategorias e Indicadores

Categoria	Subcategoria	Indicadores
Dimensões do papel	Conceção e planeamento	Linhas orientadoras para os cuidados
		Modo de trabalho dos enfermeiros
		Expressão de necessidades de recursos humanos e materiais
	Organização dos cuidados	Distribuição do trabalho de acordo com necessidades
		Alocação e mobilização recursos materiais e equipamentos
	Coordenação dos cuidados	Continuidade cuidados
		Articulação interdisciplinar
	Supervisão e avaliação dos cuidados	Observação da prestação de cuidados
		Questionamento dos clientes
		Escuta nas passagens de turno
		Análise dos registos
	Orientação e desenvolvimento das equipas	Orientação como modelo
		Orientação para a autonomia
		Momentos de reflexão
	Delegação	Os chefes de equipa

A primeira subcategoria exposta denominada de **conceção e planeamento** diz respeito a aspetos que aparentam constituírem-se como os alicerces organizativos e orientadores do processo de cuidados nas unidades de cuidados de enfermagem. Foram evocados, por alguns dos entrevistados, ao referirem-se às *linhas orientadoras para os cuidados* e ao *modo de trabalho dos enfermeiros* e a atividades de planeamento que visam a *expressão de necessidades de recursos humanos e materiais* para o serviço. Considerando o contexto em que as asserções foram produzidas infere-se que esta dimensão se expressa fundamentalmente na fase inicial do serviço ou quando a chefia operacional assume funções no mesmo “*claro que quando vim montar o serviço tive de começar por definir uma série de aspetos relativos à gestão de cuidados...*” (EC3), “*Pois, o planeamento deu-se sobretudo quando vim para o serviço,..claro que se vai planeando mas o grande planeamento dá-se no início.*” (EC 4), o que é justificável dado ser no início de uma atividade ou de uma organização/serviço que se definem os princípios pelos quais a mesma se vai reger, se planeiam os objetivos a atingir, delineiam-se as ações para os atingir e prevêm-se os meios necessários (Pinto et al., 2010). A ideia geral de que a conceção de cuidados e o planeamento são intrínsecos a este papel é traduzida através dos diversos indicadores desta subcategoria. Entre estes evidencia-se a valorização, pelas chefias operacionais, de aspetos relacionados com *linhas orientadoras para os cuidados* apesar de, neste âmbito, os discursos serem algo difusos e pouco concretizadas as orientações a que se referem: “*Intervenho nas grandes linhas orientadoras dos cuidados...*” (EC2), “*Portanto, as pessoas têm linhas, têm linhas que vão ter que seguir e o tipo de cuidados que se devem prestar...*”(EC14).

Apesar de nenhuma teoria ou modelo concetual concreto relativamente aos cuidados de enfermagem ter sido expresso por qualquer dos entrevistados a sua forma de conceber os cuidados e a enfermagem aparenta estar presente: “*Eu tenho uma intervenção nesta fase inicial do planeamento, na definição daquilo que pretendo para os cuidados.*” (EC2), “*Mas aquilo que me preocupava que é a forma como esta equipa vê o doente, eu acho que aí conseguimos lá chegar.*” (EC3), “*Tenho também uma preocupação com os familiares que eu tenho colocado sempre nos meus serviços, ...que é a sua presença aqui e a sua colaboração nos cuidados...*” (EC9). Ou seja, destes discursos, ainda que vagos, subentendem-se expetativas de determinados padrões de qualidade, de conceções de ser humano, de humanização de cuidados ou de parceria.

Mas em substituição surgem como referentes concretos as normas da qualidade e de procedimentos de cuidados emanadas pela Direção de Enfermagem ou elaboradas no seio das equipas: *”mas há normas, verdadeiramente, que eu acho que são importantes e que têm de ser cumpridas por parte dos enfermeiros.* “ (EC10).

A adoção de uma perspetiva de enfermagem por parte das chefias de enfermagem é defendida, com alguma frequência, na literatura de enfermagem (Kérouac et al., 1994). A forma como estes concebem a enfermagem, quais os seus desígnios, o que são cuidados de enfermagem e como estes podem ser considerados de qualidade poderá constituir-se como um quadro de referência que orientará a forma como a unidade de cuidados de enfermagem será organizada e moldará os níveis de desempenho esperados. Este aspeto é visível na valorização ao *modo de trabalho dos enfermeiros* expresso através da conceção do modelo de organização de cuidados selecionado *“apesar do método individual ser o método de eleição dos serviços de internamento no Hospital aqui no serviço comecei a introduzir o método por referência que penso dar uma resposta mais eficaz às necessidades das crianças e dos pais,..”* (EC5) e da exigência de competência aos enfermeiros *“As pessoas têm que estar efetivamente bem preparadas. Isso, técnica e cientificamente...sem isso não há bons desempenhos ...lamento muito quando acham que sabem tudo, quando se rotinizam, pautam pela mediocridade, não investem na formação...a qualidade não nasce por geração espontânea...”* (EC1) o que sugere que a visão que estes enfermeiros têm para o seu serviço e os enfermeiros que aí trabalham pode imprimir uma dinâmica própria e diferenciada ao mesmo.

Integradas nesta subcategoria são ainda expressas algumas atividades relacionadas com a função de planeamento, em especial no que se relaciona com a *expressão de necessidades de recursos humanos e materiais* para o serviço: *“Claro que a expressão de necessidades de materiais ou equipamentos ou novas coisas, etc., com certeza que faz parte da gestão de cuidados...”* (EC1), *“ Definir o número de enfermeiros necessários para a prestação de cuidados também é fundamental na fase inicial do serviço.”* (EC 2). Sendo uma das funções mais importantes da gestão o planeamento realiza-se a todos os níveis da organização e implica que se conheça a situação atual e se façam previsões para o futuro, estabelecendo objetivos a atingir. Conforme referem Pinto et al. (2010, p. 56) é uma função que pressupõe voluntarismo e proatividade no sentido em que se assumem riscos ao procurar atingir um futuro mais desejável.

No presente estudo foi claro que os enfermeiros gestores com funções a nível operacional se envolviam em atividades de planeamento que visavam dotar o serviço de condições logísticas e de recursos humanos que respondessem à sua missão<sup>49</sup>. No entanto, tal como em estudos anteriores realizados em Portugal (Rocha, 2004; Potra, 2007), a função de planeamento é pouco referida e considerada como algo que, como refere uma das entrevistadas “ *não vale a pena, porque aquilo que hoje nos parece um problema, como é que eu vou gerir isto, não vale a pena. Eu vou pensar nele mais em cima do acontecimento, porque, se calhar, o contexto nessa altura já não é o de hoje. Não vale a pena estar a antecipar problemas.*” (EC12). Nesta linha de pensamento na maioria das entrevistas não foi referido o estabelecimento de objetivos de médio ou longo prazo relativamente aos cuidados de enfermagem, à sua melhoria ou a projetos relativos aos mesmos o que pode levar a equacionar que a forma de encarar a gestão de cuidados de algumas chefias operacionais é mais reativa aos acontecimentos do que proativa.

A segunda subcategoria identificada **organização de cuidados** corresponde também a uma das funções instrumentais do processo de gestão e emergiu no discurso dos entrevistados, principalmente, a partir de atividades realizadas no quotidiano. Esta subcategoria é caracterizada por dois indicadores plasmados no Quadro 8: *Distribuição do trabalho de acordo com necessidades e Alocação e mobilização recursos materiais e equipamentos*. Relativamente ao primeiro constatou-se que esta é uma atividade do quotidiano da gestão de cuidados e que, mesmo que esteja delegada no tradicionalmente designado chefe de equipa, mantém-se como uma das preocupações das chefias: “*na gestão de cuidados, pronto, tento-me sempre inteirar de como está o serviço...quer dizer distribuir de manhã os doentes...*” (EC4), “*...mas opino sobre a distribuição e quando preciso de mudar alguma coisa ou quando preciso de corrigir alguma coisa sou eu que a faço...*” (EC1). No fundo, a distribuição do trabalho é uma forma organizativa que significa dizer quem vai ser responsável e quem vai fazer o quê o que sendo uma função relativamente estável em muitas organizações nem sempre é fácil de se concretizar quando se aplica ao processo de trabalho dos enfermeiros. Na base destas dificuldades está a imprevisibilidade do estado de saúde do doente, as grandes variações de necessidades em cuidados dos mesmos, a competência e experiência dos enfermeiros

---

<sup>49</sup> De acordo com Pinho et al. (2010, p.56) é difícil estabelecer uma fronteira rigorosa entre as fases de planeamento e organização. Assim, estas atividades foram consideradas de planeamento por terem sido consideradas como tal pelos participantes e terem sido interpretadas como previsões.

(Parreira, 2005) mas também outros elementos como a continuidade dos cuidados, a relação entre os doentes e enfermeiros e a própria estrutura física do serviço, conforme expresso por alguns dos entrevistados: *“Na gestão de cuidados, ..., quer dizer distribuir de manhã os doentes, muitas vezes de acordo que seja sempre o mesmo enfermeiro, o que esteve ontem que seja o que está hoje, para dar continuidade”* (EC4), *“...mas se aquele enfermeiro tiver uma incompatibilidade com aquele doente ou se o doente me diz que não quer ser tratado por aquele enfermeiro eu tenho de ter isso em consideração...”* (EC4), *“...não se trata só de aplicar o grau de dependência do doentes, tenho de equilibrar as várias áreas do serviço pois tenho de ter enfermeiros nos quartos dos infetados, na unidade intensiva, isto às vezes é um puzzle...”* (EC4).

Ou seja, a tomada de decisão sobre a distribuição do trabalho quotidiano dos enfermeiros embora sendo um atividade rotineira é condicionada por fatores diversos e implica o conhecimento – informação relevante relativa a cada um dos doentes, a cada um dos enfermeiros presentes no serviço e às características e circunstâncias do contexto em que os cuidados decorrem.

Também característico da dimensão organizativa quotidiana destas chefias operacionais surge, referida por todos os entrevistados, a alocação e mobilização de recursos materiais e equipamentos: *“Depois temos ainda a gestão de materiais e equipamentos que por muito que esteja facilitada ainda não nos conseguimos libertar.”* (EC12), *“São as revisões dos stocks da farmácia e a reposição do stock mínimo que temos que fazer com frequência, é atender ao material que não é repostado pelo aprovisionamento e que tem de ser acautelado para os turnos da noite e fim-de-semana, são os pedidos de reparações constantes, ..., e ainda temos de pensar em novos pedidos, pedir novos equipamentos, ...”* (EC14).

Partindo de uma fase inicial em que fazem a previsão das necessidades em termos logísticos, já analisada na subcategoria anterior, verifica-se que o quotidiano de trabalho destas chefias, no âmbito do seu papel como gestor de cuidados, continua interligado com a necessidade de disponibilizar os recursos necessários para a prestação de cuidados. Fá-lo, muitas vezes a contragosto, *“...porque eu não gosto nada de fazer isso. Eu não gosto nada, agora o que mais me faltava era estar aí a contar material e não sei quê...”* (EC12), considerando que os serviços de aprovisionamento centrais deveriam funcionar melhor *“se repusessem os níveis como estipulados tudo seria agilizado no dia-a-dia.”* (EC9) mas ainda assim procurando estratégias para ter no serviço os

melhores equipamentos possíveis “ *Eu depois cheguei ao diretor de serviço e disse-lhe: nós precisávamos de mais isto e mais aquilo. Vão-nos dizer que não há recursos para comprar. Mas está aqui ...isto para este ano, aquilo para o fim do ano, insistimos, se assinar eu vou lá insistir muitas vezes,..*” (EC13). No entanto, apesar de muito autores considerarem que as chefias com funções a nível operacional podem desempenhar um importante papel ao nível de outras condições do ambiente físico do serviço como a privacidade, o bem estar dos doentes, zonas de circulação diferenciadas (Hesbeen, 2000; Nightingale, 2005) nenhum dos entrevistados o mencionou. Constata-se, assim, que a dimensão **organização de cuidados**, no âmbito do papel do enfermeiro chefe como gestor de cuidados surge, neste estudo, centrada em atividades quotidianas de alocar os profissionais de enfermagem às necessidades dos doentes presentes no serviço, ou seja, centradas na divisão do trabalho diário relacionado com a carga de trabalho de cada um dos enfermeiros. Paralelamente captar e mobilizar os materiais e equipamentos necessários para a prestação de cuidados corresponderá a outro conjunto de atividades que visa disponibilizar os meios para que os cuidados possam ser prestados.

A terceira dimensão deste papel foi designada de **coordenação de cuidados**. Na área da saúde a coordenação de cuidados é encarada como uma função de importância vital e até solucionadora de alguns dos problemas dos sistemas de saúde pelo seu potencial efeito na redução dos custos, melhoria da qualidade e em resultados nos doentes (ANA, 2012). Os enfermeiros, pelo papel e posição que ocupam na equipa multidisciplinar e nas organizações de saúde, são considerados como uma componente essencial do processo de coordenação de cuidados. A definição adotada pela American Nurses Association (ANA) para este constructo salienta duas importantes vertentes desta dimensão: i) uma função que ajuda a assegurar que as necessidades e preferências dos doentes são asseguradas ao longo do tempo e que há partilha de informação entre prestadores e os diversos contextos de prestação de cuidados e ii) uma função que promove a organização das atividades de cuidados a prestar aos doentes entre dois ou mais participantes (*ibidem*, 2012).

Ainda que num sentido um pouco diferente do apresentado na definição anterior evidencia-se, no presente estudo, atividades das chefias operacionais de enfermagem que podem ser consideradas de coordenação e que contribuem para uma maior

otimização de cuidados. Assim, esta dimensão é caracterizada pelos indicadores *continuidade de cuidados e articulação interdisciplinar*.

O primeiro indicador identificado foi referido pela maioria dos entrevistados como um dos aspetos mais importantes desta dimensão: *“um dos aspetos principais do meu papel como gestor de cuidados é estar na passagem de turno todos os dias. Permite-me fazer a continuidade dos cuidados entre as equipas. (EC4), “...também acabo por interferir na continuidade de cuidados. Quando há situações mais complicadas....olhe situações de doentes que precisam de cuidados continuados aciono os contactos com as equipas de alta e, por vezes, providencio os contactos com outras instituições...isto é preciso muita coordenação quando é para o exterior”*. (EC 6). Ou seja, com vista a assegurar que não existem quebras no processo de cuidados aos clientes é, não só essencial que o controlo e a responsabilidade sob os doentes passe de um profissional de saúde para outro e que as informações relevantes sobre a sua situação sejam partilhadas entre os mesmos mas, ainda, que se tenham em consideração as transições dos clientes através dos vários níveis de prestação de cuidados e se mobilizem todos os recursos existentes nos múltiplos contextos. Também algumas destas chefias operacionais entendem que ocupam uma posição central no processo de articulação de cuidados interdisciplinar: *“...tem de haver uma pessoa, um garante, que esteja cá todos os dias e que tome um bocadinho as rédeas, ..., de coordenar um bocadinho.”* (EC 15). A este nível são referidas intervenções de articulação com vários membros da equipa interdisciplinar nomeadamente na gestão de entradas e altas de clientes: *“Tenho uma preocupação muito grande com as taxas, as demoras médias, portanto, ligo muito a isso. E eu sei que há listas de espera, há imensas neoplasias, imensas. Às vezes é preciso espicaçar para a resolução de situações que parecem paradas pois os doentes não lucram em ficar internados sem precisar. ”* (EC9). De modo similar a atenção e o conhecimento que muitos têm da situação dos clientes permite-lhes intervir identificando situações particulares e apelando a outros profissionais: *“ impossível, ó doutor veja lá isso, veja lá aquilo. Olhe que o doente já fez nove dias de antibiótico...às vezes sabe como é, esquecem-se, estão ali doze dias. E, portanto, essa parte ando muito em cima.”* (EC9.).

Como referido anteriormente a importância dos enfermeiros na coordenação de cuidados tem sido defendida em literatura recente (ANA, 2012). No entanto, a literatura consultada é pouco explícita quanto ao papel das chefias operacionais nesse âmbito. Talvez porque se traduzem em intervenções pontuais e pouco visíveis esta dimensão da

gestão de cuidados seja pouco valorizada e até compreendida. No presente estudo, contudo, os exemplos enunciados evidenciam o potencial valor desta função, nomeadamente, quanto ao seu impacto no uso eficaz e eficiente dos recursos disponíveis no sistema de saúde quer na otimização dos cuidados de saúde prestados.

Consideradas como dimensões do papel de gestor destas chefias são também referidas a **supervisão e avaliação dos cuidados de enfermagem**, atividades que se poderão enquadrar na função instrumental de gestão, de controlo. Considerando, o expresso pelos entrevistados pode-se considerar que a este nível as suas atividades se enquadram fundamentalmente num tipo de controlo operacional sendo que os vários indicadores identificados evidenciam as estratégias utilizadas.

Assim, o controlo de acompanhamento das atividades de prestação de cuidados pelos enfermeiros é realizado, sobretudo, através da *observação da prestação de cuidados*: “...eu observo muito, observo muito...” (EC 4); “Claro que sempre que posso, lá estou eu com o nariz metido [a ver como é feita a prestação de cuidados].” (EC 3). Outras estratégias desta supervisão e avaliação referidas poderão ser integradas nos chamados métodos de controlo retroativo, que incidem essencialmente nos resultados esperados, nomeadamente, através do indicador *questionamento dos clientes*: “Depois é o feedback dos doentes e das famílias que recebemos com muita frequência” (EC3); “Às vezes não é só se a pessoa está satisfeita...isso também importa...mas não chega...e avalio imensa coisa do que a mulher sabe, de como está preparada, ...” (EC1), do indicador *escuta nas passagens de turno*: “Como lhe disse o momento das passagens de turno é muito importante [para a supervisão].” (EC3); “Evidentemente que nas passagens de turno também é possível ver...se resolveram a situação de uma forma eficiente. Isso são tudo aspetos que dá para a avaliar a qualidade.” (EC4) e, ainda, da *análise de registos de enfermagem*: “Também os registos de enfermagem evidentemente que vejo com muita atenção...” (EC1).

No entanto, apesar desta função das chefias operacionais em enfermagem ser considerada uma das dimensões do seu papel como gestor de cuidados ela nem sempre é planeada nem sistematizada, conforme é referido por duas das entrevistadas: “Depois é aquela coisa, a pessoa passa e é a maneira como está a atender o doente, é a maneira como está a fazer a técnica, a postura, é tudo um bocadinho.” (EC3), “Não ando ali em cima das pessoas a ver o que é que as pessoas andam a fazer, mas entro no quarto, faço uma pergunta qualquer, quer ao doente, quer ao enfermeiro que está no quarto” (EC6).

Neste sentido, e mais especificamente no que relaciona com a dimensão de avaliação dos cuidados alguns dos entrevistados consideram mesmo que esta reside essencialmente em perceções: “*Eu avalio, eu avalio se é que se pode dizer isto. Tenho a perceção vá lá, da qualidade em relação a determinados aspetos*” (EC4), “*É uma perceção muito do dia-a-dia. Se o doente está agradado*” (EC11). Em falta nesta dimensão parece estar algum planeamento do controlo a realizar, nomeadamente, a existência de indicadores que auxiliem a avaliação dos cuidados de enfermagem e reflitam a sua efetividade.

A penúltima subcategoria considerada como dimensão do papel das chefias operacionais de enfermagem como gestor de cuidados diz respeito a uma função comportamental designada no presente estudo como **orientação dos enfermeiros** e que foi expressa pelos indicadores: *orientação como modelo/ direta, orientação para a autonomia e os momentos de reflexão*. Relativamente ao primeiro indicador expresso foi claro nas falas de alguns dos entrevistados que uma das características desta subcategoria passa pela sua intervenção na orientação direta de aspetos relacionados com a gestão e prestação de cuidados: “*...discuto o planeamento com as colegas, o que vai fazer, como fez...*” (EC 1), “*Há alguns momentos em que me chamam, para eu ver as feridas...*” (EC4), “*E dizem assim: Ó Chefe, o que acha disto?*” (EC11). Neste âmbito algumas chefias retratam-se como figuras de referência ou modelos no que se relaciona com a gestão e prestação de cuidados de enfermagem considerando que devem demonstrar segurança e domínio perante os enfermeiros das equipas aspeto já evidenciado em resultados de estudos anteriores (Duffield e Lumby, 1994; Potra, 1996). Outros, pelo contrário, aparentam recusar esta vertente do papel investindo sobretudo em estratégias *de orientação para a autonomia*: “*os problemas, as alterações, as mudanças que se querem fazer, portanto, ficam a ser trabalhados dentro da equipa. Isto é de alguma forma a comprometê-los na solução....Pode ser nas nossas rotinas, na nossa forma de fazer determinada prática,...*” (EC 2), “*Eles [os enfermeiros] têm as coisas deles e eu não tenho nada que saber tudo o que se passa com os doentes, não é? Não é essa a minha função...*” (EC 9, ...), “*Tem de se ter atenção em ter gente de muita confiança no terreno, gente em quem se possa ter confiança que são cumpridores das diretrizes e que as pessoas tenham empenhamento....por isso a orientação dos enfermeiros é para serem responsáveis e autónomos.*” (EC14).

Embora se constate, como se viu anteriormente, posturas diferentes relativamente à dimensão **orientação dos enfermeiros**, as opiniões expressas, consolidam-na como uma dimensão fundamental pois como opina uma das entrevistadas: *“Portanto, eu acho que a gestão de cuidados se faz por intermédio das pessoas que se tem no terreno e das orientações que se dão...”* (EC13). Neste sentido, não é de estranhar que tenham sido encontradas múltiplas asserções passíveis de serem integradas no indicador *a reflexão* que aparenta constituir-se como uma das principais estratégias utilizadas na orientação das equipas.

A este nível salientam-se os momentos de discussão dos cuidados: *“Mas estou noutra fase da gestão de cuidados. E com a implementação da CIPE eu consegui introduzir..., pôr a discutir os cuidados de enfermagem”* (EC3), os momentos de questionamento: *“...mas o que é ter uma pessoa ao nosso cuidado? Estão à nossa responsabilidade? O que é que isso envolve?”* (EC 4), a análise de incidentes: *“Ou avaliar um incidente...então houve isto, o que é que cada um diz?”* (EC 9) ou ainda nas passagens de turno: *“...aliás, as passagens de turno são os momentos privilegiados para se orientar, passar pequenas coisas, rebobinar o que se fez bem ou mal, ...”* (EC 13). Os discursos dos entrevistados evidenciam, assim, que estas chefias operacionais integram no seu papel de gestores de cuidados a orientação dos enfermeiros e que, muitos consideram adotar, uma perspetiva desenvolvimentista face à mesma o que vem corroborar o expresso anteriormente nas finalidades desta função.

Apesar da valorização da função de gestor de cuidados como parte integrante do trabalho das chefias operacionais em enfermagem defendida pela grande maioria dos entrevistados evidenciou-se, contudo, que para alguns destes profissionais algumas das dimensões desta função poderão e/ou deverão ser desempenhadas por outros enfermeiros. Constituindo-se como a última subcategoria identificada nas dimensões deste papel foi designada por **delegação**, apresentando como único indicador *os chefes de equipa*. De facto, os discursos dos enfermeiros que afirmam que algumas atividades da gestão de cuidados são delegadas convergem no sentido do papel desempenhado pelos chefes das equipas de enfermagem neste âmbito: *“..normalmente não sou eu que faço a distribuição diária, é o chefe de equipa que faz...”*(EC1); *“A gestão de cuidados tem a ver muito com os chefes de equipa. É um processo, sei lá, de delegação, não é? Eles é que fazem esta gestão mais operacional dos cuidados.”* (EC2). Considerados como elos fundamentais neste processo porque a chefia operacional nem sempre tem

disponibilidade nem está permanentemente presente são-lhes atribuídas atividades como a distribuição de trabalho diário pelos enfermeiros da equipa e assistentes operacionais, a gestão de materiais e ainda a supervisão de cuidados constituindo-se como elementos de confiança do enfermeiro chefe e reconhecidos pelos pares como competentes. As condições em que estes enfermeiros desempenham este papel e como são preparados para tal não foram refletidas.

Em síntese, verifica-se que a descrição que as chefias operacionais de enfermagem realizam das suas atividades no âmbito da gestão de cuidados dá corpo a um conjunto de dimensões comparáveis às conhecidas funções do processo de gestão. Estas dimensões aparentam desenvolver-se a partir de um núcleo que integra as suas conceções orientadoras para os cuidados. A operacionalização do processo de gestão de cuidados parece concretizar-se através de diversas funções instrumentais e comportamentais que além da orientação dos enfermeiros implica a afetação de recursos humanos e materiais, o controlo, a coordenação ou, por vezes, a delegação de algumas destas.

### 3.2.1.3 – *Atributos do papel*

A categoria **Atributos do papel** retrata o que foi identificado como pré requisito e modos de fazer que sobressaíram nas narrativas dos enfermeiros chefes como essenciais e caracterizadores da forma como se gerem os cuidados de enfermagem. No quadro seguinte (Quadro 9) apresentam-se as subcategorias identificadas assim como os respetivos indicadores.

Quadro 9 - *Categoria “Atributos do Papel de Gestor de Cuidados das Chefias Operacionais de Enfermagem”, Subcategorias e Indicadores*

Categoria	Subcategoria	Indicadores
Atributos do papel	Conhecer	Conhecimento do processo de cuidados
		Conhecimento do contexto
	Estar presente	Presença no centro do processo de cuidados
		As passagens de turno
	Liderança cuidadora	A atenção e proteção

A subcategoria **conhecer** apresenta-se, no discurso da grande maioria dos entrevistados, como um pré requisito do ser gestor de cuidado. Esta subcategoria relaciona-se com o conhecimento das pessoas que a chefia operacional gere, o domínio do processo de cuidados, do sujeito dos mesmos e do contexto organizacional. A análise de dados aponta, assim, para uma multiplicidade de saberes considerados essenciais para a operacionalização deste papel e retratados nos dois indicadores da subcategoria. O primeiro indicador *conhecimento do processo de cuidados* remete para o domínio do processo de cuidados que ocorre no serviço o que é evidenciado em diversas asserções de que são exemplo: “*Um gestor de cuidados tem de saber os cuidados, tem de saber o que está a gerir, não é?*” (EC3). A este nível parece existir convergência na opinião de grande parte dos entrevistados que consideram uma mais valia serem peritos na área de cuidados de enfermagem que chefiam: “*Portanto, eu tenho de conhecer aquilo que estou a fazer. E isso para mim foi uma mais-valia porque eu fiz o meu percurso todo nesta área e só aceitei o desafio da chefia porque foi para esta área...*” (EC3). De acordo com o expresso nas asserções este conhecimento possibilita uma orientação e supervisão mais adequada dos enfermeiros e até mesmo uma melhor gestão de equipamentos e materiais devido ao domínio da tecnologia específica de cuidados. Ou seja, tal como já sugeriram Duffield & Lumby (1994) e Drach-Zahavy & Dagan (2002) este conhecer técnico, científico e o domínio do fazer possibilita à chefia operacional ser a figura de referência na unidade de cuidados.

O segundo indicador da subcategoria *conhecimento do contexto* aponta, por sua vez, para um domínio de saberes que Boterf (1999) designa de saberes do ambiente. Neste, integram-se asserções relacionadas com o conhecimento da equipa verbalizadas por grande parte dos participantes que consideram que dificilmente poderão gerir os cuidados sem conhecerem quem os presta: “*para prestar esses cuidados conhecer muito bem as pessoas que temos diariamente, porque isso é obrigatório...*” (EC1). Este conhecimento torna-se particularmente importante quando há necessidade de conciliar as competências dos enfermeiros com as necessidades em cuidados dos clientes: “*E, e saber o que cada enfermeiro no seu desenvolvimento é capaz de fazer...se é capaz de cuidar daquele doente mais difícil.*” (EC, 11).

A posição de chefia operacional em enfermagem é, pela natureza do cargo, de proximidade com os profissionais prestadores de cuidados frequentemente acompanhando o seu percurso e desenvolvimento profissional. É esta proximidade que

lhes permite conhecer as suas características, capacidades e dificuldades e mobilizá-las face às necessidades quotidianas de trabalho, à sua complexidade e imprevisibilidade. No mesmo sentido, algumas das chefias operacionais entrevistadas referem que para o desempenho do seu papel de gestor de cuidados é fundamental o conhecimento dos doentes: “...se eu não souber minimamente dos doentes, das necessidades dos que aqui estão internados, dificilmente posso gerir os cuidados.” (EC2) e ainda o conhecimento da própria organização: “...pois é muito facilitador conhecer os meandros do hospital para gerir os cuidados. Chamar o médico certo, pedir à dietista para cá vir ou aos técnicos do RX. Para que os cuidados fluam é necessário conhecer bem a quem pedir, saber pedir...” (EC7).

O conhecer enquanto atributo do papel de gestão de cuidados da chefia operacional de enfermagem surge associado a saberes técnicos e científicos específicos da área em que são prestados os cuidados de enfermagem mas ainda a muitos saberes essencialmente práticos que possibilitam, de forma eficaz e eficiente, a mobilização dos recursos humanos e logísticos em função das necessidades específicas de cada doente. Das especificidades deste atributo aparenta emergir um papel que exige uma chefia operacional próxima de tudo e de todos, sábia da prática de enfermagem e de outros saberes que mobiliza em prol da gestão de cuidados de enfermagem.

Num mesmo sentido surge a segunda subcategoria dos atributos deste papel, designada de **estar presente**. Nesta continua a emergir a importância da proximidade da chefia operacional com o processo de cuidados e com os prestadores dos mesmos, o que é evidenciado nos dois indicadores apurados. O primeiro, *presente no centro das atividades*, caracteriza a forma como a maioria dos entrevistados descreve alguns dos seus modos de fazer face à gestão de cuidados, conforme evidenciado nas seguintes asserções exemplificativas: “Em termos de gestão de cuidados, eu tento estar presente, não é...e estar junto dos locais onde são prestados os cuidados” (EC2), “É um papel muito presente. Dos enfermeiros, no quotidiano e do contexto de trabalho.” (EC11).

Estar presente no centro das atividades é apontado por Hesbeen (2001) como uma das sugestões para que o exercício das chefias de enfermagem seja reconhecido pelos enfermeiros defendendo o autor que esta presença é fundamental para o reforço da credibilidade e laços de confiança com a equipa. No presente estudo esta presença é justificada pelo seu valor instrumental, a necessidade de se estar “a par” dos cuidados que se prestam, de supervisionar e controlar: “Eu acho que nós só nos apercebemos e só

*conseguimos avaliar se estivermos presentes nas enfermarias, porque senão há coisas de que não nos conseguimos aperceber*”. (EC10) mas também como uma forma mais específica, pessoal e afetiva de gerir: “*Eu sou muito do lado a lado. Vou tentando estar presente nas enfermarias no sentido de ver as dificuldades, o que posso melhorar no contexto, dizer uma palavra de apoio aos enfermeiros e doentes...há uma grande parceria da minha parte com os enfermeiros e os utentes*”. (EC13), “*Tento pelo menos numa parte do meu dia estar, como eu costumo dizer, do lado de lá do serviço, que é onde estão os doentes e onde a prestação de cuidados efetiva é realizada.*” (EC2). Apesar de alguma convergência de discursos sobre a relevância de estar presente nem todos os participantes exprimem como fundamental que esta presença se efetue regularmente nas enfermarias e junto dos clientes o que é justificado com a necessidade de outras atividades a desempenhar no gabinete ou fora do serviço e com a competência das equipas de enfermagem: “*...é claro que não estou ali junto da enfermaria, porque não posso.*” (EC4), “*...depois os enfermeiros também sabem o que fazem...*” (EC10). A imensa plêiade de atividades e responsabilidades atribuídas às chefias operacionais de enfermagem impõe que as mesmas estabeleçam prioridades levando-os a fazer opções relativamente à forma de realizar o seu papel de gestor de cuidados. Mas, conforme questiona Hesbeen (2001), será que uma priorização acentuada por atividades fora do serviço não afetará a sua imagem perante os prestadores de cuidados?

Contudo, mesmo para as chefias que adotam este modo de agir o estar presente continua a emergir como um atributo do seu papel de gestor de cuidados o que é retratado no indicador *presença na passagem de turno*. Os discursos que lhe dão corpo sugerem ser este o momento de que não abdicam de estar presentes e ao qual reconhecem grande utilidade: “*...mas não deixo de estar presente nas passagens de turno da manhã e da tarde.*” (EC 6), “*E, depois, aproveito as passagens de turno. Estou sempre presente para acompanhar, estou atenta a tudo o que se passa e é o melhor momento para interferir*” (EC11). As chefias operacionais de enfermagem são, por vezes, caracterizadas como chefias de proximidade o que implica não o fazer o que a equipa faz mas o estar presente na mesma (Potra, 2006, Coudray, 2004; Hesbeen, 2001). Estar presente é por si só uma atividade da chefia operacional mas que só terá significado se for real em tempo e conteúdo. Neste estudo os achados evidenciam a consonância relativamente à relevância deste atributo mas algumas divergências quanto ao tempo e conteúdo desta presença. Mais explicitamente, enquanto algumas chefias vivem o estar presente quase

como uma função charneira do seu papel de gestores de cuidados, tornando-se parceiros, acompanhando e partilhando outras optam por um estar presente mais afastado do centro das atividades clínicas sugerindo alguma ausência à proximidade com os clientes e mesmo com os prestadores de cuidados. Em suma, evidencia-se que os participantes têm modos diferentes de fazer a gestão de cuidados. Por compreender fica, no entanto, o que preside à sua opção e à eficácia da sua utilização.

A última subcategoria considerada na categoria em análise continua a remeter para modos estáveis e específicos de fazer o papel de gestor de cuidados, conforme descritos pelos entrevistados. Fundamentalmente, trata-se de uma subcategoria que emergiu dos discursos dos participantes ao referirem-se à forma como se relacionam e gerem a equipa de enfermagem, razão pela qual foi denominada de **liderança cuidadora**.

A liderança das chefias operacionais de enfermagem é considerada um dos fatores críticos do seu desempenho e que tem um grande potencial para influenciar, positiva ou negativamente, um amplo conjunto de variáveis, como amplamente evidenciado anteriormente. Em especial, no que diz respeito aos enfermeiros colaboradores, a evidência científica demonstra que os seus comportamentos de liderança podem influenciar variáveis tão importantes como as suas reações ao trabalho, à profissão, à organização, as suas práticas profissionais e a sua produtividade (Boumans & Landeweerd, 1993; McNeese-Smith, 1995, 1997; Brewer & Lok, 1995; Morrisson et al., 1999; Lageson, 2001; Laschinger et al., 1999; Manojlovich, 2005). Assumindo estas chefias operacionais um papel ativo como gestores dos cuidados de enfermagem nas unidades de cuidados e considerando que, como constatado anteriormente, este processo implica a mobilização dos recursos humanos para a prestação de cuidados o modo como “fazem” esta liderança poderá, assim, ser um atributo da maior importância para a operacionalização deste processo.

Nesta fase da investigação a análise dos dados perspetiva a existência de um indicador, *a atenção e proteção*, cujas asserções evidenciam uma preocupação especial com a pessoa do enfermeiro, as suas necessidades pessoais e assumindo um papel protetor: “...por isso é que dou muita atenção à articulação da vida privada das pessoas. As pessoas não percebem: se a pessoa andar bem e se conseguir conciliar a sua vida privada com a profissional vem para o serviço satisfeita.” (EC9), “Sinto que preciso de cuidar dos enfermeiros...algumas pessoas aproveitam o estar de manhã e tenho isto para lhe dizer...e deixam recados que precisam de falar comigo.” (EC 14), “Tenho essa

*noção de os proteger. Ninguém ponha o pé em cima dos meus enfermeiros”* (EC 15). Em causa parece estar uma consideração individualizada pelos enfermeiros das equipas proporcionando apoio aos mesmos, promovendo a sua orientação e funcionando, se necessário, como seu advogado. Esta forma de descrever a liderança, por parte das chefias operacionais em enfermagem aproxima-se da designada *caring leadership* (Gaspar, 2005; Mintzberg, 1994; Autry, 1994). De acordo com os autores referidos trata-se de um tipo de liderança que se baseia na qualidade da relação do líder com os enfermeiros centrando-se no reconhecimento das suas necessidades, no seu desenvolvimento e “*estabelecendo com cada um dos seus colaboradores uma interação dinâmica e única baseada numa comunicação aberta, indo ao encontro das necessidades individuais de cada um dos enfermeiros*” (Brant, 1994, citada por Gaspar, 2005, p.37).

Neste sentido, também Mintzberg (1994) considera que a gestão das chefias operacionais de enfermagem pode surgir como uma forma de *cuidado integrado* se estas adotarem uma posição de proximidade e envolvimento com o processo de cuidados e a sua gestão em oposição a uma gestão mais tradicional, intermitente e intervencionista. No dizer de Mintzberg (1994) este tipo de gestão, que apelida de gestão cuidativa, emerge de forma natural em algumas chefias operacionais de enfermagem como se o seu processo de gestão fosse uma extensão natural do processo de cuidar. Ou seja, tratar-se-á essencialmente de uma transferência do papel de cuidar na intervenção clínica para o exercício da liderança numa lógica de cuidado individualizado dirigido não ao cliente mas sim ao enfermeiro colaborador. Esta imagem de líder cuidador é também defendida por Hesbeen (2001) ao considerar que a chefia de enfermagem que age na perspetiva do cuidar privilegia o “... *cuidar do pessoal, de o ajudar para que este possa, por seu lado, cuidar das pessoas que lhe são confiadas*” (p.112).

Considerando, globalmente, os atributos do papel de gestor de cuidados descritos pelas chefias operacionais perspetivam-se, neste estudo, modos de fazer específicos e que globalmente são assumidos pela grande maioria dos entrevistados.

A sua descrição remete para modos de fazer dinâmicos, interativos e de proximidade e centrados numa perspetiva desenvolvimentista dos próprios e dos colaboradores.

### **3.3 – Considerações finais sobre o estudo**

A segunda fase desta investigação traduziu-se num estudo descritivo que pretendeu conhecer as dimensões partilhadas pelas chefias operacionais de enfermagem relativamente ao seu papel como gestores de cuidados.

Os achados obtidos remetem para um papel que dizem ser importante, central às suas funções mas difícil. Trata-se dum papel que se infere dinâmico e interligado com as funções de gestão de recursos humanos e materiais. Dinâmico porque os sujeitos de cuidados, as suas necessidades e os que prestam cuidados estão em constante mudança exigindo respostas adequadas a cada situação, frequentemente, respostas céleres. Interligado, pois, embora tenha como pano de fundo a gestão dos cuidados de enfermagem implica uma constante mobilização de pessoas, de materiais e de equipamentos para se concretizar. A gestão de cuidados enquanto papel da chefia operacional de enfermagem em serviços de internamento de um hospital surge, no presente estudo, constituído por um conjunto de dimensões – conceção e planeamento, organização, coordenação de cuidados, supervisão e avaliação, orientação e delegação – que remetem para fases do processo de gestão.

Embora algumas destas fases possam ser classificadas como fases instrumentais do processo de gestão os achados sugerem que estas são atravessadas por modos de fazer relativamente estáveis e específicos a este grupo de enfermeiros com funções de gestão. Os modos de fazer, caracterizados no estudo, como atributos do papel de gestor de cuidados, valorizam a presença da chefia operacional nos contextos de cuidados. Ou seja, as percepções apuradas sugerem que gerir cuidados ultrapassa em muito processos de planeamento que se podem realizar no recato do gabinete. É face à complexidade de situações clínicas graves, necessidades e expectativas de clientes muito diversas, imprevistos, equipas com diferentes competências e, muitas vezes, desmotivadas que se desenrola o processo de gestão de cuidados.

Um processo com tal complexidade exigirá, certamente, grande profissionalismo e um conjunto alargado de competências. Dos atributos apurados nesta segunda fase da investigação evidenciaram-se o conhecer e a liderança cuidadora. O primeiro remete para saberes relacionados com o processo de cuidados, os clientes e as equipas de enfermagem podendo considerar-se que estes são saberes de enfermagem mas também conhecimentos relacionados com o funcionamento e organização do hospital e do serviço, os seus recursos e meios disponíveis. Por sua vez, a liderança cuidadora remete

para uma competência chave capaz de influenciar o desempenho das equipas de enfermagem através da expressão de afeição, interesse e zelo por estas. Tal forma de liderar poderá suscitar climas de confiança e levar a um maior empenhamento.

Por último, os achados evidenciam que a principal finalidade do papel da chefia operacional de enfermagem enquanto gestor de cuidados de enfermagem será promover e garantir que estes sejam de qualidade o que não deixa de ser pertinente dado a qualidade dos cuidados se constituir como uma responsabilidade e uma função prioritária da chefia operacional (Hubinon, 1998). O estudo evidencia que a qualidade dos cuidados de enfermagem será o cerne deste papel. Contudo, questiona-se como é concebida e construída esta qualidade? Será que as práticas de gestão de cuidados das chefias operacionais de enfermagem contribuem para a qualidade dos cuidados? O que a determina? E como se processa esta construção?

## **4 – FASE III DA INVESTIGAÇÃO – PRÁTICAS DE GESTÃO DE CUIDADOS DAS CHEFIAS OPERACIONAIS DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO DE CASO EM CONTEXTO HOSPITALAR**

### **4.1 – Da justificação do estudo, objetivos e questão de investigação**

Os estudos realizados nas fases anteriores desta investigação permitiram identificar as dimensões auto e hetero percebidas do papel das chefias operacionais de enfermagem enquanto gestores de cuidados assim como algumas características e atributos inerentes ao mesmo. Permitiram, ainda, compreender que à qualidade dos cuidados é atribuída uma relevância significativa apresentando-se, para os enfermeiros de cuidados gerais como o núcleo central das suas representações e, para as próprias chefias, como a grande finalidade da gestão de cuidados. A qualidade dos cuidados de enfermagem ocupa, assim, uma posição central no processo de gestão de cuidados. Mas que influência tem este papel na construção da qualidade? Que elementos deste papel se constituem como seus determinantes? Como, no quotidiano, as práticas de gestão de cuidados das chefias operacionais de enfermagem contribuem para a qualidade de cuidados de enfermagem?

A terceira fase desta investigação construiu-se em torno destas interrogações. Ou seja, desejava-se conhecer, não só, alguns elementos constitutivos e caracterizadores do papel de gestor de cuidados das chefias operacionais de enfermagem mas também compreender a sua influência na qualidade dos cuidados. A qualidade dos cuidados de enfermagem pode ser analisada como um resultado mas também como um processo cuja construção assenta em múltiplos determinantes sendo da máxima pertinência investigar o que influencia e como se processa esta construção. No que diz respeito às práticas de gestão de cuidados de enfermagem das chefias operacionais de enfermagem a compreensão das relações das mesmas com a qualidade permitirá consciencializar para a importância dos enfermeiros gestores com funções a nível operacional, para a relevância do seu papel de gestor de cuidados e, ainda, para a identificação de práticas e modos de ação que contribuam para a qualidade dos cuidados.

A terceira fase desta investigação teve assim como pergunta de partida a seguinte: Como contribuem as práticas de gestão de cuidados das chefias operacionais em enfermagem, em contexto hospitalar, para a qualidade dos cuidados de enfermagem?

Para melhor dar resposta à pergunta de partida foram definidas como perguntas orientadoras do estudo:

- Que práticas de gestão de cuidados de enfermagem desenvolvem as chefias operacionais de enfermagem no quotidiano de um serviço de internamente hospitalar?
- Que conceções e modos de fazer são preponderantes no desempenho deste papel?
- Como percecionam os enfermeiros o contributo do papel de gestor de cuidados das chefias operacionais de enfermagem para a qualidade dos cuidados?
- Como contribuem essas práticas para a construção da qualidade dos cuidados de enfermagem?

Tendo por base estas perguntas pretendem-se atingir os seguintes objetivos:

- Compreender como se processam as práticas quotidianas de gestão de cuidados das chefias operacionais de enfermagem, no quotidiano de um serviço de internamento hospitalar;
- Analisar a influência das práticas de gestão de cuidados das chefias operacionais de enfermagem na qualidade dos cuidados de enfermagem;
- Identificar práticas de gestão de cuidados que contribuam para a qualidade em enfermagem.

## **4. 2 – Opções Metodológicas**

Neste subcapítulo apresentam-se os fundamentos metodológicos que presidiram à terceira fase da investigação. Relembrando: a perspetiva epistemológica em que se ancorou esta investigação opôs-se a uma visão positivista, determinista e objetiva do fenómeno em estudo pelo que se aderiu a um paradigma mais interpretativo ou construtivista da realidade e, conseqüentemente, considerando os seus pressupostos, adotaram-se procedimentos que se integram na investigação qualitativa. Consentâneo com esta decisão considerou-se que o método que melhor poderia responder a esta fase da investigação seria o estudo de caso que se concretizou numa unidade prestadora de cuidados de saúde.

### **4.2.1 – Tipo de estudo**

Existem múltiplas definições e compreensões do que é um estudo de caso consoante este é considerado como uma técnica de ensino, um método de avaliação ou uma estratégia de investigação (Mariano, 2000; Yin, 2006). Como estratégia de pesquisa este método tem sido utilizado nas mais diversas situações contribuindo para o

aprofundamento do conhecimento em fenómenos individuais, de grupos, comunidades, sociais ou organizacionais, entre outros.

O estudo de caso tem associado a ideia do estudo de algo de forma detalhada e aprofundada o que está de acordo com a noção expressa por Bromley (1990), citado por Zucker (2001), ao referir que o estudo de caso é o “inquérito sistemático de um acontecimento ou de um conjunto de acontecimentos cujo objetivo é descrever e explicar o fenómeno de interesse” (p.1).

Também segundo Yin (2006), o estudo de caso contribui de forma singular, para a compreensão de uma multiplicidade de fenómenos sociais complexos permitindo ao investigador “reter as características holísticas e significativas de acontecimentos da vida real” (p.15). O mesmo autor define este tipo de metodologia como uma abordagem empírica que investiga um fenómeno atual no seu próprio contexto, quando os limites entre o fenómeno e o contexto não são claramente evidentes e no qual se utilizam muitas fontes de dados. Neste sentido, este método permite que se utilize a triangulação na recolha de dados, recorrendo-se a uma grande variedade de técnicas para a sua recolha quer a fontes diversas.

A opção, nesta fase da investigação, pelo método de investigação estudo de caso justifica-se por permitir focalizar o fenómeno em estudo – as práticas de gestão de cuidados das chefias operacionais de enfermagem – no contexto da vida real, mais concretamente, no quotidiano de um serviço de internamento de um hospital central o que permite a descrição de uma situação limitada contextual e temporalmente, com vista a descobrir o que existe nela de essencial e característico. Contudo, visa-se compreender o fenómeno na globalidade e não em particularidade ou diferenciação de outros casos. Tal como refere Stake (2005), procura-se tornar compreensível o caso, através da particularização.

De acordo com esta maior concentração no todo pretende-se essencialmente captar a complexidade do papel de gestor de cuidados das chefias operacionais de enfermagem, as dinâmicas que este envolve no quotidiano, as interações e intervenções que despoleta, os pontos de vista dos que com ele partilham o processo de gestão de cuidados e, ainda, as suas relações com a qualidade dos cuidados.

De acordo com Yin (2006) os estudos de caso são sobretudo adequados para a explicação de fenómenos respondendo a questões de carácter explanatório, de tipo “como” e “porquê” o que se aplica à pergunta de investigação do presente estudo.

O enquadramento do estudo de caso deverá ter em conta as tipologias que têm sido apresentadas por diversos autores. Quanto ao número de casos em estudo estes poderão ser considerados estudos de caso único por incidirem sobre um só caso ou estudo de caso múltiplos ou complexos se incidirem sobre vários casos (Bogdan & Biklen, 1994; Mariano, 2000; Stake, 2005; Yin, 2006). Os fundamentos para a seleção de um caso de estudo único são diversos podendo o caso ser decisivo para determinar se as proposições de uma teoria estão corretas, ser um caso raro ou extremo ou ser um caso típico ou revelador (Yin, 2006). Stake (2005) defende, no entanto, que este tipo de estudo de caso está sobretudo indicado para estudar um fenómeno em profundidade podendo o caso ser típico ou não. Por sua vez, os estudos de caso múltiplos incidem sobre o estudo de vários casos individuais que podem ser semelhantes ou não e aos quais se aplica uma lógica de replicação para que se chegue a conclusões de casos cruzados possibilitando uma maior compreensão do fenómeno (Yin, 2006).

No estudo de caso um aspeto importante a definir é a unidade de análise que, no fundo, define o que o estudo é. Ou seja, o foco da investigação é uma unidade de análise, o caso, que pode variar de um indivíduo, a um acontecimento, processos ou instituições. Yin (2006), considerando as unidades de análise, tipifica os estudos de caso numa perspetiva em que se analisa o fenómeno como uma totalidade, ou seja, como holístico (com uma unidade única de análise) ou incorporados (com várias unidades ou subunidades de análise).

Outra classificação existente relativa aos estudos de caso é apresentada por Stake (2005). Assim, tendo por base os objetivos que levam o investigador a realizar o estudo de caso este pode ser considerado intrínseco ou instrumental. No primeiro tipo, o investigador está interessado sobretudo num caso particular. Já nos estudos de caso instrumentais o caso em si tem um interesse mais secundário. O caso é sobretudo um instrumento para compreender uma problemática mais alargada, facilitando o conhecimento e compreensão de algo que vai para além do caso nomeadamente as condições que o afetam.

Como explicado, anteriormente, nesta fase da investigação pretendia-se aceder às práticas de gestão de cuidados das chefias operacionais de enfermagem no seu quotidiano e equacionar a sua relação com a qualidade dos cuidados pelo que inicialmente o desenho da investigação contemplava a realização de estudos de caso múltiplos. Alguma dificuldade no acesso às chefias operacionais e, fundamentalmente, a

pouca disponibilidade verbalizada para participação no estudo, que previa observação em contexto de trabalho, levou a equacionar a necessidade de realizar esta fase da investigação numa única unidade prestadora de cuidados de saúde.

Assim, considerando todas estas tipologias de estudo de caso o presente estudo pode ser considerado um estudo de caso único, holístico e instrumental.

Considerou-se como caso o papel da chefia operacional de enfermagem no âmbito da gestão de cuidados de enfermagem.

De acordo com a questão de investigação de partida do estudo as práticas de gestão de cuidados da chefia operacional de enfermagem foram a unidade primária de análise, ou seja, como referem Miles & Huberman (1994, p. 25) o “coração” do estudo. Considerando que se pretendia equacionar as relações destas práticas com a qualidade dos cuidados de enfermagem deu-se, contudo, atenção a outros aspetos com os quais o papel de gestor de cuidados da chefia se relaciona: o serviço como um todo, os enfermeiros e assistentes operacionais do serviço, o ambiente de cuidados, as interações com outros profissionais de saúde e com utentes e familiares. Estes elementos foram considerados parte integrante do contexto da vida real que circunscreve o caso podendo influenciar e ser por ele influenciado.

#### **4.2.2 – Seleção e acesso ao campo**

Na segunda fase da investigação foi possível aceder às perceções de um grupo de chefias operacionais a desempenharem funções em serviços de internamento de um hospital central da região de Lisboa pelo que se considerou que os fatores subjacentes à escolha desta organização e dos seus serviços de internamento continuavam válidos para a realização do estudo de caso.

A seleção das unidades de cuidados e, conseqüentemente, das chefias de enfermagem, começou a ser preparada durante a segunda fase da investigação. Considerou-se, como requisitos para inclusão no estudo, que estas deveriam estar em funções de gestão na unidade prestadora de cuidados há mais de um ano, tempo considerado mínimo para que estivessem aculturados ao serviço e ao respetivo papel de gestão e que a sua participação deveria ser voluntária.

Assim, no final de cada uma das entrevistas realizadas colocou-se uma questão, não gravada:

- O desenho desta investigação prevê uma terceira fase em que se realizarão estudos de caso que pretendem aprofundar as práticas de gestão de cuidados dos enfermeiros chefes, nomeadamente, através de observação. Gostaria de participar voluntariamente neste estudo?

Dos catorze (14) enfermeiros chefes que participaram na segunda fase do estudo somente quatro (4) manifestaram, de imediato, interesse em participar no estudo. Destes, dois (2) dos enfermeiros estavam a exercer funções de gestão no serviço há menos de um ano e, outro, posteriormente esteve ausente por doença. Estas dificuldades assim como o interesse pelo estudo de uma situação em profundidade levaram à opção por um estudo de caso único o que veio a constituir uma mais valia pelo aprofundamento que permitiu.

Decidido o prosseguimento do estudo no mesmo hospital contactou-se o novo Enfermeiro Diretor para apresentação do projeto e, posteriormente, procedeu-se a novo pedido formal ao Conselho de Administração para prosseguimento da investigação<sup>50</sup> (Anexo IX). A disponibilidade da enfermeira chefe foi, de novo, revalidada e com ela negociados alguns aspetos relativos ao trabalho de campo a realizar.

A pergunta de investigação e os objetivos desta fase do trabalho implicava proximidade com as práticas de gestão de cuidados da chefia operacional no contexto onde esta age, com a dinâmica do quotidiano das suas atividades de gestão de cuidados e, com aqueles com quem interage de forma a compreender-se e apreender-se a globalidade e complexidade das relações e inter-relações que este papel despoleta. Implicava, assim, uma imersão no meio prolongada e com alguma continuidade o que levou a investigadora a equacionar a observação participante<sup>51</sup> como a melhor forma de abordagem ao trabalho no terreno.

Neste sentido e, de acordo com as características do método, privilegiou-se um posicionamento no aqui e agora das situações do dia-a-dia e um interesse especial pelos seus significados, na perspetiva dos envolvidos (Jorgensen, 1989, citado por Flick, 2004). Como anteriormente referido teve-se também especial atenção na criação e

---

<sup>50</sup> O pedido de autorização para realização do estudo de caso previa que o mesmo decorresse em 2 serviços. Contudo, uma das enfermeiras chefes que inicialmente se tinha disponibilizado para participante esteve, durante largos meses, de atestado médico.

<sup>51</sup> Aderiu-se ao conceito de observação participante de Flick (2005) segundo o qual esta é uma estratégia de campo que combina vários elementos: a análise documental, a entrevista de sujeitos e informantes, a participação e observação diretas e a introspeção.

manutenção de relações com os profissionais do serviço optando-se pela informalidade nos contactos.

O trabalho de campo no contexto seleccionado decorreu em dois períodos. O primeiro de Março de 2009 a Julho de 2009. O segundo período que decorreu nos meses de Outubro e Novembro de 2009 manteve alguns períodos de observação mas visou fundamentalmente a realização de entrevistas que se prolongaram para 2010.

#### **4.2.3 – Procedimentos e instrumentos de colheita de dados**

A forma de recolher e o tipo de informação necessária para concretizar o estudo de caso teve em conta o caso em si, o tipo de estudo e as respetivas perguntas orientadoras.

Tratando-se de um estudo de natureza qualitativa existe abertura à utilização de diversas técnicas de recolha de dados permitindo obter informação sobre o mesmo fenómeno através de proveniência diversas. Neste tipo de estudos, a mobilização de diferentes técnicas de recolha de dados, para além de possibilitar o enriquecimento do estudo com a diversidade de perspetivas é uma estratégia recomendada no sentido de assegurar a confiabilidade da informação e a validade de constructo do estudo (Yin, 2006).

Também para os estudos de caso o mesmo autor (*ibidem*, 2006) defende, como um dos princípios da colheita de dados, a utilização de diferentes fontes e técnicas o que permite desenvolver linhas convergentes de investigação através da triangulação de dados sobre o mesmo facto ou fenómeno. Na presente fase da investigação foram utilizadas diferentes técnicas que se passam a explicitar.

##### **4.2.3.1 – A observação**

Retomando os objetivos desta terceira fase da investigação importava ter com o contexto onde se desenrolam as práticas de gestão de cuidados das chefias operacionais um contacto mais próximo e mais intenso o que fez equacionar, desde logo, a utilização da observação como técnica privilegiada de colheita de dados. Se metodologicamente a observação é considerada uma das técnicas mais indicadas quando se pretende compreender um fenómeno permitindo uma análise indutiva e compreensiva do mesmo é também aceite que ela coloca exigências que se acentuaram, na presente situação, pelo facto da unidade de análise principal se centrar nas práticas de uma chefia de enfermagem.

Tendo consciência que na investigação qualitativa o investigador é o seu principal instrumento (Flick, 2005) era fundamental refletir e negociar o papel mais adequado.

Quais as melhores estratégias para observar as práticas de um elemento mas também as relações do seu papel com outras pessoas e situações? Em que momento estar presente sem ser demasiado intrusiva? Como tornar a presença no contexto na de uma figura familiar, aceite e que não levantasse receios? Como conseguir não inibir a espontaneidade dos comportamentos com a presença da investigadora?

A entrada no serviço foi negociada com a enfermeira chefe que, desde logo, manifestou total abertura à observação das suas atividades. Mas na realidade este foi um processo lento e gradual e em que esteve presente a necessidade de gerir questões de proximidade e de distância e de passar duma situação de estranheza para uma de familiaridade (Flick, 2005).

Na prática, a entrada no campo foi construída de forma gradual tendo-se adotado um modo de estar flexível face às situações vividas, aos participantes envolvidos e aos momentos que se entenderam ser de preservar como de não observação. Ou seja, a postura foi de não intrusão em situações que se consideraram “mais íntimas”, avaliativas ou de chamadas de atenção demonstrando respeito pelos participantes, dando espaço e construindo uma relação de confiança e de aceitação da presença no terreno.

A presença da investigadora no serviço foi sendo explicada em várias passagens de turno apresentando-se o projeto oralmente. Foi explicitado que o principal foco de análise seriam as atividades da enfermeira chefe mas que se desejava compreender o impacto das mesmas razão pela qual se estaria atenta às relações deste papel com outros aspetos do serviço. Explicou-se ainda que o desenvolvimento do trabalho poderia levar a outro tipo de observações ou entrevistas mas que seria sempre solicitada autorização.

Tratava-se dum serviço e de profissionais que não se conhecia e duma especialidade médica que não se dominava o que implicou um certo período de tempo para se adquirir alguma familiaridade com uma linguagem mais específica, o tipo de situações clínicas existentes e o conhecimento do contexto e das pessoas. No entanto, globalmente, o contexto hospitalar em que se integrava o serviço não era desconhecido dado fazer parte da vida profissional da investigadora como docente desde há longos anos o que foi sentido como uma vantagem. Neste sentido, a compreensão da subcultura específica do serviço e das dinâmicas de trabalho e mesmo o desenvolvimento do sentimento de “fazer parte” (Iturra, 2005) foi facilitado.

Como referido o trabalho campo decorreu em dois períodos. O primeiro de Março de 2009 a Julho de 2009 realizou-se em média em três dias da semana de forma a não

impor uma presença demasiado intrusiva e cansativa, em especial, à chefia de enfermagem. No total, neste período, foram realizados 44 momentos de observação contabilizados em 220 horas.

A observação enquanto técnica de recolha de dados pode assumir diversas formas de acordo com o grau de participação do investigador nos eventos que estão a ser estudados (Yin, 2006; Spradley, 1980). Partindo da tipologia proposta por Spradley (1980) considera-se que a observação variou entre passiva e moderada. Mais especificamente, em muitos momentos de observação esteve-se presente mas sem interagir com qualquer profissional. Contudo em fases posteriores da investigação embora em muitas situações se tivesse mantido esta postura, noutras foi possível estar de modo mais ativo no serviço, colaborando com a chefia e os enfermeiros em algumas atividades o que poderá ser enquadrado como uma experiência simultânea de “*insider/outsider*” (Spradley, 1980, p. 56-57).

Apesar de se ter partido para esta fase da investigação com alguns achados das fases anteriores da investigação, nos primeiros dias de presença no campo, a observação centrou-se em aspetos mais abrangentes: a dinâmica geral do serviço, os espaços físicos do mesmo, os profissionais que aí circulam, as suas atividades. Este olhar alargado sobre o contexto dirigiu-se também para a enfermeira chefe e também, de forma abrangente, para o seu quotidiano: o que fazia, com quem interagia, por onde circulava no serviço, as sequências de trabalho, o que expressava nas suas comunicações e como o fazia.

Esta fase inicial da observação foi descritiva e corresponde ao que Spradley (1980) designa como observação de “grande volta” tendo proporcionado uma visão global do contexto e dos seus elementos assim como das principais atividades da enfermeira chefe.

Foi em torno desta última figura e, considerando que as suas práticas de gestão de cuidados eram a unidade de análise principal do estudo de caso, que o foco de observação se foi progressivamente estreitando: primeiro observações centradas em questões sobre o que faz e como o faz no âmbito da gestão de cuidados e, posteriormente, focalizadas em momentos e processos mais específicos deste papel. Estas observações mais focalizadas foram identificadas depois duma primeira análise dos registos das observações de “grande e mini volta” (Spradley, 1980) e constituíram-

se como momentos chave em que se evidenciava de forma muito concreta o que fazia e como fazia a gestão de cuidados.

A observação das práticas de gestão de cuidados da chefia operacional de enfermagem implicava estar presente na sua proximidade e em muitas das suas atividades que, frequentemente, decorriam na interação com outros profissionais, utentes ou familiares. As estratégias para a operacionalização da observação foram diversas variando com o objetivo da mesma. Mais especificamente, nos primeiros tempos acompanhou-se de forma próxima todas as atividades da chefia durante períodos de cerca de 4/5h tendo as observações sido realizadas a partir das 8h ou a partir das 12h o que possibilitou, sem demasiada sensação de intrusão, abarcar conjuntos alargados de situações do papel da chefia. Estas situações poderiam ocorrer em espaços diversos do serviço como a sala de trabalho dos enfermeiros, o gabinete da chefia, os corredores ou as enfermarias tendo sido combinado que a investigadora seria apresentada aos interlocutores com quem se interagia. Esta observação quase “ombro a ombro” foi conseguida apelando a uma interação gradual, nomeadamente, a uma atenção muito particular a situações sentidas como mais “privadas” e em que a investigadora se afastava da cena ou retirava-se do espaço. Outra das estratégias utilizadas foram as pausas na observação da chefia operacional momentos que aproveitava para interagir com os profissionais e os utentes colaborando, por vezes, em algumas tarefas como a mobilização dos utentes ou a sua alimentação ou observando as suas práticas.

Em fases mais avançadas do trabalho as observações foram dirigidas, como referido, a situações específicas como os momentos de passagem de turno, as reuniões com os chefes de equipa, a visita médica, ações de formação em que, enquanto observadora, estava-se presente entre os diversos participantes. Contou-se, com frequência, com a colaboração da própria chefia que avisava quando ia ocorrer um acontecimento mais específico.

O segundo período do trabalho de campo que decorreu nos meses de Outubro e Novembro de 2009 e Fevereiro de 2010 manteve alguns períodos de observação (16 períodos de observação que contabilizaram cerca de 50h), com vista ao esclarecimento de achados que emergiram do tratamento das observações. Foi também durante este período que se realizaram as entrevistas formais aos enfermeiros.

#### 4.2.3.2 – *Entrevistas*

Outra das técnicas que se utilizou para acesso às fontes de dados foi a entrevista que, como referido na segunda fase da investigação, é uma técnica privilegiada das abordagens qualitativas recomendada “ para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 134).

Nesta fase da investigação as entrevistas foram fundamentais para a obtenção de dados mais seletivos, sobretudo exemplos da contribuição das práticas de gestão de cuidados da chefia operacional para a qualidade.

Realizaram-se entrevistas informais e entrevistas semi-estruturadas. As primeiras, conduzidas de *forma espontânea* e com poucos minutos de duração, realizaram-se em múltiplos momentos à enfermeira chefe e aos enfermeiros questionando-se sobre aspetos relativos ao serviço e à sua gestão ou às situações que decorriam. Este tipo de conversas informais, que duraram entre 2/3 a 30 minutos, permitiram indagar e clarificar muitos tópicos do serviço e da gestão de cuidados do mesmo e, por vezes, corroborar interpretações já realizadas.

Mais perto do final do trabalho de campo realizaram-se entrevistas semiestruturadas aos enfermeiros prestadores de cuidados. Embora inicialmente estivesse prevista a realização de entrevista semiestruturada à enfermeira chefe considerou-se que as múltiplas entrevistas informais realizadas tinham possibilitado os dados necessários. Genericamente, as entrevistas semiestruturadas cumpriram os procedimentos já explicitados na fase anterior da investigação: agendadas de acordo com as disponibilidades dos participantes, realizadas em locais que permitiam sossego e privacidade, áudio gravadas com consentimento, explicitações dos objetivos da entrevista e garantia de anonimato.

As entrevistas semiestruturadas decorreram nos meses de Outubro e Novembro de 2009 e Fevereiro de 2010. Apesar de orientadas por guião (Anexo X) estas decorreram num estilo informal, sem grande preocupação com a sequência das perguntas e introduzindo outras se o discurso produzido as tornava oportunas.

Relativamente aos enfermeiros estipulou-se como único critério de inclusão que os entrevistados teriam de exercer funções no serviço há, pelo menos, 1 ano, o que perfazia um total 33 enfermeiros. Tentou assegurar-se alguma diversidade entre os participantes

integrando enfermeiros com menos experiência na profissão e só com funções de prestação de cuidados e outros mais experientes e considerados peritos pelos pares. Todos foram selecionados por conveniência considerando a sua disponibilidade.

Assim, foram realizadas 15 entrevistas, ou seja, a cerca de 40 % dos enfermeiros do serviço, nomeadamente, a duas enfermeiras especialistas, três enfermeiros com funções de chefia de equipa e a outros dez enfermeiros. As entrevistas, que duraram entre 30 e 60 minutos, cessaram quando se considerou que os discursos dos participantes não acrescentavam novos dados, verificando-se a saturação do discurso.

#### **4.2.3.3 – Consulta documental**

A consulta de documentação existente no serviço foi utilizada como uma técnica complementar de acesso e obtenção de informação que facilitou, sobretudo, a caracterização do serviço e do seu funcionamento. Foram consultados os seguintes documentos: manual do serviço; manual de políticas e normas de procedimentos; manual de integração de enfermeiros; livros de ocorrências do serviço e dos assistentes operacionais, instruções de trabalho diversas.

#### **4.2.4. – O registo dos dados**

A observação confronta o observador com diversas limitações, nomeadamente, a impossibilidade de captar e registar em simultâneo todos os aspetos de uma situação observada e a possibilidade de facilmente se esquecer o que se passou (Flick, 2005).

Assim, sempre que considerado necessário e possível, realizavam-se algumas anotações num pequeno caderno em que se escreviam algumas palavras-chave, a sequência dos acontecimentos, frases ditas, interações de forma a facilitar, posteriormente, um registo mais completo. Estes registos eram realizados numa zona que servia para as pausas do pessoal mas que, em muitos momentos, era uma zona calma e deserta.

Foi a partir destes registos condensados que, posteriormente e, sempre que possível no mesmo dia, se reconstruía o mais pormenorizadamente possível o/os acontecimentos produzindo-se notas de campo mais alargadas. Procurou-se nestas notas expandidas focar, sempre que possível, os itens recomendados por Spradley (1980), nomeadamente, o espaço onde ocorria o acontecimento, as atividades que aí decorriam, em que períodos ocorriam, os atores envolvidos. Globalmente, as notas de campo identificavam quem falava e usavam a linguagem utilizada pelos atores sendo registado o mais fielmente possível as palavras utilizadas. A linguagem era concreta e procurava descrever com o

maior detalhe possível o que se observou ou as falas relativas às entrevistas informais. Estas notas foram designadas de Notas de Campo (NC).

Estas notas de campo eram, por vezes, completadas por notas práticas e notas teóricas. Nas primeiras eram anotados comentários, interrogações sobre os dados colhidos, ideias e até receios e sentimentos. No fundo, estas notas orientavam quanto à necessidade de maior esclarecimento e confirmação de dados. Nas notas teóricas eram anotadas sínteses das atividades da chefia, aspetos teóricos a explorar ou pequenos textos que se relacionavam com a observação realizada e que funcionaram ainda como embrião “das análises e interpretações que começam imediatamente depois dos contactos com o terreno e se prolongam até acabar o estudo” (Flick, 2005, p. 173). Apresenta-se em Anexo (Anexo XI) um exemplo de umas notas de campo.

#### **4.2.5 – Procedimentos de análise dos dados**

A fase de análise dos dados foi um processo complexo e longo face à enorme quantidade de dados produzidos pelas notas de campo e pelas transcrições das entrevistas. Mas foi também um processo de descoberta e reflexão que se foi construindo ao longo de todo o período do trabalho de campo à medida que as repetidas leituras dos dados faziam emergir outras questões na procura de sentidos para as práticas de gestão de cuidados da chefia de enfermagem.

O *corpus* de análise foi constituído pelas notas de campo (NC) que foram numeradas de 1 a 60 conforme a ordem temporal em que ocorreram e pela transcrição das entrevistas realizadas num total de 15 *verbatimins*, codificados com a letra E e um algarismo numérico também atribuído pela ordem por que ocorreram.

No intuito de melhor compreender e caracterizar o contexto em que o estudo decorreu considerou-se ainda a análise de diversa documentação existente no serviço como: manual do serviço, nomeadamente, no que diz respeito às funções dos diversos profissionais, manual de integração, livros de ocorrências, instruções de trabalho, regulamentos de trocas de horário, normas de procedimentos e protocolos de cuidados.

Globalmente, a análise dos dados teve em consideração as fases propostas por Miles & Huberman (1994): redução dos dados, a apresentação dos dados e desenho da conclusão e verificações. A redução dos dados é uma parte da análise dos dados que consiste no processo de seleção, simplificação, abstração e transformação dos dados contidos no *corpus* de análise; a segunda etapa, a apresentação dos dados, diz respeito à sua apresentação numa forma organizada, comprimida e esquemática e que permite um

acesso imediato à sua compreensão; por último, a fase de conclusão e de verificações dos dados realiza-se na procura de regularidades, padrões, explicações e possíveis configurações que se vão comparando entre si (Miles & Huberman, 1994, p. 10-12).

Todo este processo foi recursivo mas sistemático tendo implicado análises e reanálises dos dados no sentido de os clarificar, procurando compreender o que estes queriam dizer, segmentando-os para proceder à sua interpretação para posteriormente os voltar a agregar tornando-os cada vez mais inteligíveis face aos objetivos do estudo e à sua questão de investigação central.

Na primeira fase da análise dos dados, a redução ou condensação dos dados, começou-se por realizar leituras “flutuantes” que visavam obter uma primeira ideia geral sobre os mesmos. Estas primeiras leituras possibilitaram a emergência de ideias e imagens que iam sendo anotadas na parte direita das notas de campo e das entrevistas e permitiu a emergência dos primeiros esboços de esquemas temáticos e categoriais.

Muitos dos primeiros dados inscritos nas notas de campo diziam respeito a descrições do contexto do serviço, nomeadamente, do seu espaço físico, atores, atos, atividades, interações, sentimentos expressos tendo-se decidido que os mesmos seriam integrados num tema que visaria a caracterização do contexto do estudo, não tendo existido grande preocupação na sua codificação e categorização.

Quanto aos dados que emergiram das práticas de gestão de cuidados da chefia de enfermagem ou com elas relacionados as repetidas leituras foram-se tornando progressivamente mais minuciosas e atentas procurando apreender o que estava expresso nos dados. Nesta fase, estes foram separados em unidades de registo a partir de frases, parágrafos ou, frequentemente, de situações descritas nas notas de campo e folhas atribuído um nome em função do significado que lhes foi atribuído. Esta atribuição foi realizada de modo indutivo, no entanto, a categorização realizada na anterior fase do estudo acabou por também ter influência na mesma<sup>52</sup>.

Nesta fase, e após as primeiras nomeações, constatou-se estar perante um primeiro sistema categorial que essencialmente dava conta das atividades inerentes à gestão de cuidados por parte da chefia de enfermagem replicando, em grande parte, as dimensões

---

<sup>52</sup> Embora na sua forma mais purista a análise de dados qualitativa deva ser realizada de forma indutiva (Guba & Lincoln, 2005) outros autores chamam a atenção para que esta análise é influenciada pelo que o investigador quer conhecer e pela forma como interpreta o que os dados dizem o que tem por base modelos teóricos de referência, perspetivas subjetivas e interpretações intuitivas do campo (Srivastava & Hopwood, 2009). Também no que se refere à codificação e atribuição de códigos Miles & Huberman (1994) consideram que estes são influenciados pelo enquadramento concetual que orienta o investigador.

do papel de gestor de cuidados apuradas na fase anterior da investigação. Foi necessário, e porque os objetivos do estudo iam para lá desta caracterização, mas não desvirtuando o significado anteriormente atribuído, fazer novos questionamentos aos dados.

Neste sentido, e considerando o modelo iterativo de análise de dados proposto por Srivastava & Hopwood, (2009), foram-se aplicando questões aos dados em análise – “o que é que os dados me dizem?”; “o que é que eu quero saber”; “que relação existe entre o que os dados me dizem e o que eu quero saber?” – que possibilitaram uma maior reflexão e refinamentos à análise dos dados.

Assim, tendo sempre presente a questão central desta fase da investigação, partiu-se do primeiro conjunto de códigos descritivos que globalmente retratavam as intervenções protagonizadas pela enfermeira chefe lançando-lhe novos olhares, interpretando-o para além do texto e extrapolando o seu significado e as suas relações com a qualidade.

Esta fase que Tesch (1995) designa de des- e re-contextualização foi sendo apurada com a recolha de novos dados provenientes das observações mais focalizadas e de dados mais seletivos das entrevistas o que levou a novas interpretações, comparações e alterações e implicou diversas reconstruções do sistema de categorias e subcategorias, que foram agregadas em dimensões e identificados os temas emergentes, em função da questão de investigação.

Procurou-se ao longo de todo o processo que este fosse feito com rigor e exaustividade analisando-se e reanalisando-se todo o extenso *corpus* de análise e respeitando princípios de exclusão mútua, fidelidade, homogeneidade e pertinência na construção das categorias (Bardin, 2009). De forma a imprimir maior validade aos achados do estudo parte significativa das notas de campo foram interpretadas por dois juízes especialistas em enfermagem e investigadores.

Também o facto de se terem utilizado diversas fontes de colheitas dados pode ser considerada uma estratégia que possibilita tornar mais credíveis os achados encontrados (Yin, 2006). Mais concretamente, o facto de se terem realizado as entrevistas na fase final do trabalho de campo possibilitou validar alguns dos achados com os enfermeiros.

Todo o processo de tratamento de dados foi realizado manualmente através do programa de tratamento de texto do Office Word 2007. Na primeira fase da análise em que se realizaram leituras “flutuantes” as ideias e imagens que surgiam iam sendo

registadas no fim do texto tendo-se constituído como uma importante apoio na construção das categorias.

Na fase seguinte em que se iniciou a separação das unidades de registo, no próprio registo de observação anotava-se, na margem direita e junto de cada frase, parágrafo ou situação o significado que se atribuía à mesma o que após várias análises e reformulações se constituíram como as categorias ou subcategorias de análise. Desta categorização inicial das unidades de registo nos registos de observação e transcrições das entrevistas foram, posteriormente, construídos diversos quadros que integravam as asserções pertencentes às mesmas categorias e subcategorias o que permitiu realizar mais facilmente a comparações e validar significados semelhantes entre as mesmas. Por último, após todas as análises e reanálises já referidas construiu-se a matriz final de análise que se apresenta no quadro do Anexo XII.

O primeiro tema – O contexto do serviço - diz respeito, como referido anteriormente, ao contexto do estudo de caso que na situação estudada foi considerado o contexto da unidade prestadora de cuidados e os seus principais elementos constitutivos: o espaço físico, o âmbito de ação, os atores e o ambiente que o envolve. Estes são elementos primários que caracterizam uma situação social (Spradley, 1980). Também o facto de se estar perante um estudo de caso imprime especial importância à caracterização deste contexto já que como refere Yacuzzi (2005), citado por Meirinhos e Osório (2010), em relação aos estudos de caso, “ (...) o seu valor reside em que não apenas se estuda um fenómeno, mas também o seu contexto.” (p. 9).

O segundo tema – Um agir sustentado em conceções e “saberes recursos”<sup>53</sup> – pretende explorar e descrever alguns atributos da chefia operacional de enfermagem que surgem como sustentadores das suas práticas de cuidados. Este tema congrega duas dimensões. A primeira, o sentido atribuído aos cuidados é objetivada no estudo pela centralidade das intervenções da chefia na pessoa doente/ família. A segunda dimensão “saberes recursos” evidencia a importância da competência profissional da chefia para gerir a complexidade dos processos de gestão de cuidados e para ser o referente do serviço.

O tema – Um agir sustentado em modos de fazer e estar - reflete os modos de estar e fazer da chefia que acompanham as suas intervenções de gestão de cuidados e que

---

<sup>53</sup> O termo “saberes recursos” é utilizado por Boterf (1999) para se referir ao conjunto de conhecimentos, saberes, aptidões e atitudes.

funcionam como mecanismos para a operacionalização das intervenções de gestão de cuidados. Foram consideradas duas dimensões: ser líder e “ser presença”.

Os restantes três temas estão centrados nas práticas de gestão de cuidados da chefia de enfermagem e na sua contribuição para a construção da qualidade dos cuidados respondendo assim à questão de investigação central da investigação. O tema – Um agir no ambiente de cuidados – reúne as dimensões organização de cuidados, mobilização de recursos e cultura de segurança que refletem as intervenções da chefia que de forma mais focalizada intervêm no contexto de cuidados.

O tema – Um agir nas práticas dos enfermeiros- pretende igualmente refletir as práticas de gestão de cuidados da enfermeira chefe identificadas com impacto privilegiado nas práticas dos enfermeiros. Congrega as dimensões supervisão das práticas dos enfermeiros, avaliação dos cuidados e orientação aos cuidados.

O último tema – Um agir no processo de cuidados – considera como única dimensão a coordenação de cuidados e processos referindo-se, em especial, à dimensão do papel de gestor de cuidados da chefia que mais aparenta contribuir de forma direta para o processo de cuidados.

#### **4.3 – Apresentação, análise e discussão dos dados**

De acordo com Spradey (1980) uma situação social deve ser caracterizada por três elementos principais: o espaço físico onde a situação social é analisada, os atores que aí estão presentes e as atividades que aí ocorrem. Estes elementos caracterizadores que devem estar presentes quer se trate de uma situação social única ou de um grupo de situações, de forma alguma esgotam o significado da situação social mas são um bom ponto de partida para a sua compreensão.

Assim, inicia-se este subcapítulo pela explicitação do contexto onde esta fase da investigação decorreu e que implicitamente circunscreve o caso.

##### **4.3.1 – O contexto do serviço**

O subcapítulo dedicado à descrição do contexto do serviço onde se realizou o estudo de caso integra a caracterização do seu espaço físico, o seu âmbito de ação e os atores que o integram e o ambiente de trabalho.

##### **4.3.1.1 – O espaço físico**

O serviço presta cuidados médicos especializados e específicos de enfermagem, a doentes do foro neurocirúrgico e neuro traumatológico. Situa-se no edifício principal do

hospital ocupando uma ala de um andar alto. As instalações embora adaptadas são modernas e funcionais.

O acesso ao serviço faz-se a partir de um grande átrio que, do lado oposto, dá acesso a outro serviço de internamento. Este espaço, particularmente durante a manhã e início da tarde, serve de sala de espera a doentes, famílias e visitas. O piso é servido por dois elevadores e uma escada que dão acesso aos outros pisos do hospital.

Entra-se no serviço por duas portas de batente que se encontram sempre fechadas mas facilmente abertas por quem necessita de entrar. O serviço estende-se ao longo de um extenso corredor cortado, sensivelmente a meio por outra porta de batente. Tem um aspeto moderno e funcional e uma estrutura que separa os espaços ocupados pelas pessoas internadas das áreas de apoio ao seu tratamento e ao trabalho dos profissionais. O lado esquerdo do corredor é ocupado pelas salas de internamento dos doentes que se dividem em três áreas que refletem a gravidade da situação clínica dos doentes e necessidades de cuidados de maior complexidade: zona de enfermaria com 5 quartos, cada um com três camas; unidade de cuidados intermédios (UCINT) com 3 camas e unidade de cuidados intensivos (UCI) com 4 camas. Estas duas unidades encontram-se para lá da porta que divide o serviço tornando a zona em que se concentram doentes com situações clínicas mais graves mais protegida, reservada, sossegada e em que predomina maior silêncio.

Ao longo do lado direito do serviço distribuem-se um conjunto de salas com fins diversos, nomeadamente: uma pequena sala de espera logo no início do corredor e onde frequentemente aguardam doentes para internamento programado, sala de tratamentos, sala de banho assistido, casa de banho de doentes, zona de sujios, gabinete da enfermeira chefe. Ainda, do lado direito do corredor mas já depois da porta de batentes que divide o serviço encontra-se uma sala de reuniões, a casa de banho do pessoal, a sala dos médicos, uma sala de arrumação de equipamentos, uma sala de aprovisionamento de materiais, uma sala de técnicas. O fundo do corredor é ocupado por uma pequena zona de lazer com alguns sofás, armários, um pequeno frigorífico, um micro ondas. Este espaço é utilizado pelos profissionais para pequenas pausas e refeições. Ainda, nesta zona encontra-se a saída de emergência.

Todo o espaço físico do serviço tem um aspeto arrumado e muito limpo. Raramente se detetam os cheiros tão desagradáveis e presentes em muitos contextos hospitalares. Os quartos da zona de enfermaria embora não muito grandes são bem iluminados.

Possuem, para além da cama<sup>54</sup>, cadeirões individuais, mesa de refeição, mesa-de-cabeceira e armários individuais. As unidades de cada doente possuem cortinas para separação. A sala, designada de UCINT é semelhante a uma enfermaria embora com doentes com situações clínicas mais graves e com maiores necessidades de cuidados e vigilância.

Já a UCI, com quatro camas, ocupa uma ampla sala retangular dominada, ao centro, por uma bancada/ posto de trabalho com computadores e monitores que permitem a vigilância dos parâmetros vitais e eletrocardiográficos dos doentes. Cada unidade dos doentes integra, para além da cama e ventilador uma grande e moderna panóplia de equipamento de monitorização e material diverso.

É, assim, um serviço com tecnologia específica e avançada, doentes com situações clínicas de gravidade distinta, grande quantidade de equipamentos e material o que tem implicações, como se verá posteriormente, na gestão e organização dos seus recursos materiais e humanos. A reposição de materiais é realizada por níveis, diariamente. Já a medicação é distribuída em sistema de dose unitária.

A sala com mais movimento de todo o serviço é a sala de trabalho dos enfermeiros na zona da enfermaria. É nesta sala que se fazem as passagens de turno dos doentes das enfermarias, elaboram-se os registos de enfermagem no SIE CIPE/SAPE, consultam-se processos, os médicos e outros profissionais solicitam informações ou dão orientações e familiares e visitas procuram, frequentemente, os enfermeiros.

#### ***4.3.1.2 – Âmbito de ação e atores***

O serviço, como referido, presta cuidados de saúde diferenciados no âmbito da neurocirurgia constituindo-se como serviço de referência, neste domínio, para uma determinada área do país. As admissões fazem-se através da consulta do hospital, do seu serviço de urgência ou ainda por transferência de outros serviços internos. Sendo um serviço de referência na sua área de especialidade recebe, com frequência, doentes provenientes de outras unidades de saúde. É uma unidade progressiva havendo por isso alguma mobilidade dos doentes dentro do serviço: no período pós-operatório imediato os doentes poderão ser assistidos na UCINT ou na UCI e, posteriormente voltar à zona das enfermarias.

---

<sup>54</sup> No decorrer do trabalho de campo as camas do serviço foram substituídas por camas articuladas elétricas. Estas oferecem mais conforto e segurança aos doentes e possuem funcionalidades que facilitam a mobilização dos mesmos.

As patologias presentes são diversificadas e algumas de grande complexidade: doenças da área neuro oncológica, problemas cerebrovasculares, traumatismos crânio encefálicos, distúrbios e traumatismos vertebro medulares, distúrbios vasculares. A idade dos doentes que aqui recebem assistência tem um leque também variado e apesar de estar, maioritariamente, acima dos 65 anos encontram-se também muitos doentes mais jovens. A complexidade das situações de doença presentes, as múltiplas incapacidades e as sequelas com perdas de autonomia levam a que o grau de dependência dos doentes seja elevado.

A equipa médica, chefiada pelo diretor de serviço é composta por vários especialistas em neurocirurgia, 1 especialista em anesthesiologia e vários internos da especialidade. Cada médico acompanha um determinado nº de doentes internados nas enfermarias realizando ainda as respetivas intervenções cirúrgicas e serviço nas urgências do hospital, no âmbito da especialidade.

O trabalho administrativo é secretariado por duas secretárias de unidade e o serviço de apoio assistencial assegurado por 19 assistentes operacionais (AO).

A equipa de enfermagem é constituída por 38 elementos sendo 9 do género masculino e os restantes do feminino. Trata-se de um grupo bastante jovem variando as idades entre os 22 e os 47 anos, situando-se a média nos 28,8 anos. Estes valores refletem-se na média de anos de experiência profissional que se situa nos 8,8 anos.

Todos os enfermeiros são licenciados e três possuem cursos de especialização em enfermagem de reabilitação sendo um deles a enfermeira chefe.

Todas as funções a desempenhar pelos enfermeiros estão descritas em regulamentos internos do serviço, nomeadamente, dos enfermeiros prestadores de cuidados, chefes de equipa, enfermeiros especialistas e coordenadora da UCI<sup>55</sup>. A integração no serviço faz-se de acordo com o respetivo programa iniciando-se pelo setor das enfermarias e alargando-se progressivamente aos restantes setores. A par dos profissionais já referidos constatou-se ainda a presença diária de fisioterapeutas que em colaboração com os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação desempenham um papel chave na promoção da autonomia e prevenção de complicações nos doentes internados, a

---

<sup>55</sup> O cargo de enfermeiro coordenador aplica-se ao enfermeiro responsável pela UCI que prevê a colaboração direta com a enfermeira chefe na gestão da unidade no que diz respeito a cuidados de enfermagem, recursos humanos e materiais. Durante a realização do trabalho de campo a enfermeira com este cargo esteve frequentemente ausente por se encontrar a realizar um curso de pós licenciatura de especialização em enfermagem.

presença frequente da assistente social e da enfermeira da Equipa de Gestão de Altas para apoio à resolução e encaminhamento de situações mais complexas de doentes e famílias e, ainda, a de um técnico de farmácia<sup>56</sup>.

O Hospital encontrava-se à data do trabalho de campo a preparar-se para se submeter ao processo de acreditação do Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS).

#### ***4.3.1.2 – Ambiente de trabalho***

A dinâmica de trabalho no serviço é intensa existindo alguns momentos do dia com grande número de profissionais presentes no serviço e múltiplas atividades a decorrerem em simultâneo. Nas enfermarias os enfermeiros cuidam em média de seis a oito doentes cada: identificam necessidades, planeiam cuidados, prestam cuidados de higiene, mobilizam doentes, administram terapêutica, realizam outros procedimentos de enfermagem, dão palavras de incentivo e ensinam os doentes, consultam e realizam registos de enfermagem, procuram médicos, preparam e acompanham doentes a exames, ouvem e respondem às famílias, preparam, acompanham e recebem doentes do bloco operatório, contatam outros técnicos e serviços. Na UCINT com doentes que necessitam de maior vigilância está habitualmente afeto um enfermeiro e na UCI dois enfermeiros para quatro doentes. O trabalho, em especial neste último setor, ocorre de forma independente do restante serviço, com material e equipamento específico para dar resposta a cuidados altamente diferenciados.

A grande complexidade de cuidados a prestar implica que os enfermeiros de todos os setores do serviço estejam grande parte do turno junto das pessoas doentes. A prestação de alguns cuidados decorre com o apoio das AO, em ambiente calmo, por detrás de cortinas sempre corridas o que proporciona a privacidade possível.

As pausas no trabalho são escassas, as refeições quase sempre feitas de forma rápida na sala improvisada ao fundo do serviço e como dizia uma das entrevistadas: “*Sabemos sempre a que horas entramos mas nunca a que horas saímos*” (E2).

O ritmo do trabalho dos enfermeiros “*balança*” ao ritmo da complexidade e gravidade das situações das pessoas doentes internadas mas também da imprevisibilidade, seja do agravamento de situações clínicas, da entrada não prevista de doentes, da chamada súbita para exames e o bloco operatório, das altas urgentes para abrir vagas a outros

---

<sup>56</sup> O apoio do técnico de farmácia foi solicitado pela enfermeira chefe. Para além da sua presença nas visitas médicas vem com frequência ao serviço revendo datas de validade e excessos de medicamentos e dando outras sugestões relacionadas com a medicação.

doentes também com situações graves. Esta turbulência leva a alterações no planeamento dos cuidados e atrasos diversos: *“São 14h e ainda só uma das enfermeiras da enfermaria foi almoçar. Hoje foram dadas várias altas na mesma enfermaria e a enfermeira questionada pelos colegas da UCI diz que não pode ir almoçar sem terminar as cartas de transferência e concretizar a entrada da nova doente.”* (NC, 8). Entre os imprevistos e a necessidade de responder-se em tempo útil aos mesmos, por vezes, instala-se o cansaço e o lamento: *”Fico surpreendida pois não entendera que a alta desta doente fosse já para hoje mas pelos vistos chegou-se a acordo com o companheiro da doente. O serviço fica um pouco agitado com algumas enfermeiras a empurrarem uma cama com o referido doente. A enfermeira P. também apanhada de surpresa pela alta da D. T. diz que já não sabe para onde se virar: ficou com a medicação toda por administrar e ainda tem de ir preparar a alta. Diz que está cansada.”* (NC, 11). Apesar dos desabafos, nestes momentos de maior azáfama os enfermeiros sabem como agir, reorganizando-se, adequando o seu trabalho às novas situações e repondo o seu controlo rapidamente.

Todos os enfermeiros entrevistados descreveram o serviço como “pesado”. Mas também todos eles referiram o ambiente na equipa como caloroso e de entreaajuda o que foi observado em diversas situações de apoio profissional ou de manifestação de comportamentos de cidadania: *“As enfermeiras combinam algumas trocas de horário parecendo haver bom ambiente entre elas. Uma diz: -“ Nesse dia é dia da Mãe mas não há problema. A miúda fica com o pai já que não tens ninguém que fique com o teu”.* (NC, 11). Este clima foi descrito como um dos pontos fortes do serviço pelo apoio que gera no quotidiano e em momentos de maior tensão.

Vive-se quase um paradoxo entre a grande carga de trabalho e o orgulho em exercer funções no serviço *“já saí daqui e tornei a voltar... voltei porque a dinâmica deste serviço é diferente.... é um serviço em que as pessoas têm vontade, têm muito orgulho, muito orgulho em fazer as coisas bem”.* (E8).

A representação que os enfermeiros têm do seu trabalho é que este *“... é muito exigente”* (E2), *“...muito rico quanto à diversidade de situações que atendemos...”* (E, 4) e em que *“...todos os dias aprendo alguma coisa. Aprendo com a chefe, com os chefes de equipa, aprendo com o sofrimento dos doentes. É muito humano.”* (E8) o que sugere que apesar da exigência expressa este é um ambiente de trabalho propício ao desenvolvimento de uma cultura de qualidade e excelência.

### **4.3.2 – Um agir sustentado em conceções e “saberes recursos”**

Após a descrição do contexto do serviço importava considerar aprofundadamente a atividade em análise – as práticas de gestão de cuidados da chefia operacional de enfermagem. Considerou-se, ainda, que as ações humanas são influenciadas por determinados elementos estruturantes dos quais se salientam os valores, crenças, quadros de referência, a experiência e os saberes de quem as executa pelo que se procurou, igualmente, compreendê-los tendo em conta o observado e o expresso pelos entrevistados.

O presente tema desenvolve-se em torno de dois desses elementos estruturantes - sentido atribuído aos cuidados e saberes recursos - que se constituíram como as dimensões que lhe deram origem.

#### **4.3.2.1. - Sentido atribuído aos cuidados de enfermagem**

Sendo o enfermeiro chefe um gestor de cuidados de enfermagem o sentido que atribui aos mesmos influencia necessariamente este papel. Tal sentido derivará de uma ideologia profissional que foi sendo desenvolvida ao longo da sua trajetória profissional e que, enquanto referente da sua conduta, poderá interferir no modo de agir do enfermeiro. Esta dimensão contempla uma categoria – **centralidade na pessoa doente/família**.

##### **4.3.2.1.1 – Centralidade na pessoa doente/ família**

No quotidiano o complexo processo de trabalho da chefia operacional de enfermagem gira, quase sempre, em torno dos clientes do serviço. Este trabalho nem sempre é diretamente visível mas uma leitura atenta das intervenções que realiza junto da equipa de enfermagem, no ambiente de cuidados ou junto de outros profissionais faz entender que o foco central do seu trabalho visa garantir a qualidade do serviço prestado ao cliente.

Para esta chefia a sua missão como enfermeira chefe é muito clara: *“A minha principal missão são as melhores respostas possíveis ao cliente. Começa essencialmente por aí: o cliente. É importante que não nos afastemos deste foco que é: o hospital é para o doente. Este serviço é para o doente. Tem de lhe dar resposta quando ele quer, quando ele precisa e com qualidade, ponto.”* (EC).

Esta conceção, que coloca o cliente no centro do sistema é reconhecida pelos enfermeiros – *“Sabe, a EC preocupa-se muito com a situação dos doentes. Anda sempre em cima de tudo para ver se damos o melhor aos doentes”* (NC, 17) e foi

facilmente identificada nas suas práticas, nomeadamente, no âmbito da gestão de cuidados: a procura constante de novas estruturas e materiais de apoio, as orientações de cuidados encaminhadas para a singularidade das situações de cada pessoa doente, a articulação com outros profissionais com vista a um cuidar global e integrado.

Mas para EC apesar da gestão de cuidados se concretizar em variados processos de organização, coordenação, orientação e supervisão e avaliação a sua maior preocupação reside no “passar” de uma determinada forma de se ver e pensar os cuidados de enfermagem e as pessoas que deles necessitam: *“Hoje acho que tenho um serviço com uma filosofia de cuidados montada. Não digo que não há falhas. Não tem a ver com isso, ok? Mas aquilo que me preocupava que é a forma como esta equipa vê o doente, eu acho que aí conseguimos lá chegar.”* (EC).

Em causa parece estar um interesse especial pela forma com os enfermeiros vêm e consideram o sujeito dos cuidados de enfermagem a qual poderá ser orientadora do seu modo de ser e fazer.

O conceito de “Pessoa” é complexo e o seu significado e entendimento pode ter diferentes perspetivas consoante as bases filosóficas que as sustentam (McCormack & McCance, 2010). Em enfermagem, este conceito é considerado um dos paradigmas da disciplina estando presente em todas as suas perspetivas teóricas quer estas se integrem no paradigma da categorização, integração ou transformação (Kérouac et al., 1994) o que evidencia as diferentes conceções que pode despoletar. É da forma como se vê a Pessoa, a par das conceções subjacentes aos restantes meta paradigmas da enfermagem - saúde, ambiente e cuidados de enfermagem e “da forma particular como os enfermeiros abordam a relação entre os mesmos” (Kérouac et al., 1994, p.2) que a enfermagem resulta.

Neste sentido, também Hesbeen (2011) considera que se os cuidados de enfermagem se dirigem a seres humanos é fundamental refletir-se sobre o significado da sua humanidade e estar-se consciente da sua singularidade enquanto ser humano. Fundamentar a prática de cuidados nesta tomada de consciência é centrá-la num trabalho de consideração pela Pessoa, na sua dignidade e no respeito que merece dos profissionais o que para o mesmo autor (*ibidem*, 2011) apela a uma “ética no quotidiano dos cuidados” que o mesmo define como: “L’étique du quotidien des soins consiste à déployer, au sein des structures et des équipes, une vigilance qui conduit à interroger les

manières d'être et de faire en regard de la singularité des situations de soins". (Hesbeen, 2011, p.45).

Não basta, assim, a nomeação de intenções sobre a centralidade no cliente e na consideração pela Pessoa. É necessário que a chefia de enfermagem alimente e acompanhe uma dinâmica de reflexão e de atenção pela situação das pessoas internadas que torne o processo de trabalho dos enfermeiros em algo mais que a simples execução de tarefas.

Neste estudo evidenciou-se que o que se designou como centralidade nos doentes era promovido pela chefia de enfermagem através da atenção à situação particular do doente: *“Discutem de seguida a situação do Sr. J. B. doente internado para fazer uma cranioplastia e que convulsivou ontem. EC pergunta pelo estado clínico do doente. De acordo com o chefe de equipa a situação estabilizou. EC diz que esta é um dos doentes que estão em casa a necessitar de realizar intervenção cirúrgica com urgência: -“Por vezes retilamos com as muitas entradas dos doentes e com as muitas intervenções cirúrgicas mas temos tantos doentes em situação dramática à espera. Este rapaz não saia da cama há mais de um ano à espera para ser operado. Que qualidade de vida era esta?”*. (NC, 12) e de valores como o respeito, *“ [na visita médica] Também relativamente à doente da cama 6, D. F. os médicos discutem durante um largo período de tempo a situação da doente. Reparo que a doente olha com ar um pouco receoso para os médicos acompanhando atentamente o que eles dizem. Depois de relatarem a situação da doente e dizerem o que preveem fazer preparam-se para se afastar mas EC diz: -“ Então ninguém dá uma palavrinha à Senhora?”* (NC, 18). Certamente, sem intenção, o frenesim e a lógica tecnicista que se vive no quotidiano nos hospitais leva ao risco de banalização da pessoa doente esquecendo-se os seus direitos e a sua dignidade.

Também a valorização da família e da parceria com a mesma *“ [durante a passagem de turno e relativamente ao marido de uma doente] -“Parece-me que o Sr. está muito ansioso com toda a situação da mulher. Sinto-o instável e ainda não percebi muito bem como é que ele está a gerir isto tudo. Parece-me perdido o que também não é de estranhar. Quem ficar com esta senhora veja se ele vem cá e de que apoio precisa.”* (NC, 5) ” e a chamada constante à promoção do bem-estar dos doentes, *“EC intervém na doente da cama 6, D. F.C., perguntando como está a doente em termos de dor. A enfermeira responde que a doente refere cefaleias permanentes mas de grau moderado. EC comenta: -“ Permanecer permanentemente com uma dor mesmo não muito forte é*

*extremamente angustiante. É preciso ir-se monitorizando o perfil de dor e adequar a terapêutica. Senão ceder à terapêutica prescrita temos de avisar o médico pois poder-se-á alterar a terapêutica. Deixar a doente sempre com dor é que não. Vejam lá o que se pode fazer para melhorar isto. Estas dores residuais são muito incómodas.* (NC, 21) ” foram outros elementos que indiciaram a centralidade dos cuidados de enfermagem nas pessoas doentes.

Esta centralidade é ainda refletida em alguns aspetos de funcionamento do serviço implementados pela chefia, nomeadamente, na possibilidade de acompanhamento dos doentes por parte da família em horário alargado. Em situações de internamentos prolongados é mesmo possível que o acompanhante tenha acesso a senhas de refeições o que poderá estimular a sua presença mais assídua.

Neste serviço o sentido atribuído aos cuidados, veiculado pela chefia, procura colocar a pessoa doente no centro do trabalho dos enfermeiros. Com as melhores respostas possíveis a nível técnico e científico mas também com dignidade, respeito e atos humanísticos. É um sentido transmitido no quotidiano pelo discurso orientador mas também pela criação de condições para que a centralidade no doente seja mais que uma intenção.

A literatura de enfermagem releva a importância das conceções e dos princípios e valores de enfermagem que sustentam as práticas das chefias de enfermagem (McCormack & McCance, 2010; Hesbeen, 2001, 2011; Nyberg, 1998; Kérouac et al, 1994). Os dados apurados sugerem que estes influenciam a cultura de cuidados do serviço, transferindo-se aos enfermeiros e outros profissionais e estimulando intervenções mais *cuidadoras* como pode inferir-se do seguinte exemplo: “*Voltamos à zona da enfermaria onde a AO A. está a dar uma torrada à D. L. G. EC comenta estar admirada por estarem a fornecer torradas e a enfermeira A.A. diz que foi a doente que pediu e que a AO A. foi comprar a torrada. EC agradece-lhe e diz que lhe vai dar o dinheiro mas a AO diz que já está paga e que a paga é ver a Sr.ª a comer*”. (NC, 23).

As unidades de prestação de cuidados funcionam como micro culturas que as chefias podem influenciar. Os dados evidenciam que a forma de conceber a disciplina de enfermagem da enfermeira chefe, tal como defendido por Kérouac et al. (1994) e Manley (2004), valoriza os valores humanísticos do cuidar e promove processos de cuidados mais centrados nas necessidades das pessoas doentes.

#### **4.3.2. 2 – “Saberes recursos”**

Não era objetivo central da investigação identificar os saberes necessários ao desempenho de funções de gestão de cuidados das chefias operacionais de enfermagem. Contudo, a análise dos dados e, em especial, as notas práticas que acompanharam o trabalho de campo refletiram, por diversas vezes, a importância dos conhecimentos e capacidades que estavam na base das intervenções de gestão de cuidados da enfermeira chefe. Assim, tal como na fase anterior do estudo as chefias referiram a necessidade de vários saberes no âmbito do seu papel de gestor de cuidados também nesta fase os “saberes recursos” da enfermeira chefe surgiram como pré requisitos que sustentam este papel.

O agir profissional implica um processo dinâmico e interativo de mobilização de saberes, saberes fazer e qualidades. É a combinação destes diversos “saberes recursos” associados, integrados e combinados que permite construir a competência (Boterf, 1999). Os estudos que têm abordado a problemática das competências e saberes dos enfermeiros chefes apontam para uma grande diversidade dos mesmos (Chase, 1994; Potra, 2006). A presente dimensão que integra duas categorias – **saber gerir a complexidade** e **ser referente** - lança um olhar sobre os saberes da enfermeira chefe no sentido da sua relação com a gestão de cuidados.

##### **4.3.2.2.1 – Saber gerir a complexidade**

Os processos de trabalho em ambiente hospitalar são complexos e altamente variáveis tendo de dar resposta a uma multiplicidade de atividades, muitas delas, urgentes e inadiáveis e que, com frequência, decorrem em interdependência profissional (Shortell & Kaluzny, 1993). Estas características específicas das organizações de saúde exigem profissionais capazes de lidar com a incerteza e a complexidade das situações profissionais.

A observação das atividades de gestão de cuidados desempenhados pela chefia de enfermagem evidenciou que estas implicavam a mobilização de saberes e saberes fazer muito diversos. Estes foram possíveis de identificar nas orientações aos cuidados que revelavam os saberes teóricos na área da enfermagem e na área clínica da especialidade, na supervisão às práticas dos enfermeiros que revelavam as suas capacidades de análise rápida das situações, de apreciação dos riscos, nas atividades mais formais de gestão em que eram manifestados saberes teóricos de gestão e administração, saberes processuais no âmbito da logística, por exemplo. Tal como na fase anterior desta investigação

também os saberes relativos ao contexto no qual intervêm surgiram como fundamentais: o conhecimento relativo ao material e equipamento específico, ao funcionamento dos serviços do hospital, às pessoas chave a contactar para resolver problemas de forma rápida. Neste tipo de saberes do ambiente enquadram-se também o conhecimento da situação dos doentes, famílias ou o conhecimento relativo aos enfermeiros e AO. Conforme refere Boterf (1999) este tipo de saberes “permet au professionnel de s’y adapter à la contingence des situations, de “prendre la mesure” du terrain”, de saisir les lignes de force et les potencialités, d’ajuster les décisions à prendre ou les activités à réaliser, d’anticiper les réactions des dispositifs et des personnes” (p. 114) ajudando-o, no fundo, a adotar condutas pertinentes considerando o contexto que o rodeia. Em concomitância, nas suas intervenções, manifestavam-se capacidades de comunicação, negociação, mediação entre profissionais ou de trabalho em equipa, ou seja, de acordo com a tipologia de saberes de Boterf (1999), saberes fazer relacionais que permitem a cooperação eficaz com o outro.

A diversidade de “saberes recursos” mobilizados pela chefia de enfermagem no seu contexto profissional não se afastava dos descritos na literatura (Assistance Publique Hôpitaux de Paris, 2004; Chase, 1994). Contudo, salienta-se do observado o seu saber agir em situações imprevistas e urgentes e o sentido e a pertinência dos seus atos para gerir a complexidade de algumas situações.

#### **4.3.2.2.2 – Ser referente**

Os “saberes recursos” que a chefia operacional demonstra no seu agir tornam-na numa figura de referência para os enfermeiros. Esta referência foi constatada no quotidiano relativamente a uma grande diversidade de situações de que são exemplos os relativos a procedimentos de enfermagem “*EC entre na sala de trabalho e a Enfermeira C. de imediato pede-lhe ajuda para o manuseamento do Implantofix do Sr. P. De imediato dirigem-se à enfermaria onde EC demonstra como utilizar o cateter, ...*” (NC, 9), procedimentos administrativos e dos SIE “*A enfermeira S. interrompe pedindo a EC apoio para o processo a enviar aos Cuidados Continuados. EC diz: - “ Não compliquem. Para isso é que serve o processo eletrónico. É só verificar se está tudo atualizado e depois imprimir.”* (NC, 9), saberes teóricos “*a Enf.ª S. vem perguntar se pode levantar a doente pois esta não fez enoxaparina. EC questiona: - Mas a Sr.ª não tem meias calçadas? Então para quê fazer a enoxaparina? Ou prescrevem os anticoagulantes mais cedo ou então não vale a pena administrarem de manhã para*

*levantar a doente à tarde. As meias servem para isso mesmo para evitar as tomas da terapêutica. Administrarem agora é contraproducente.”* (NC, 18), recursos do contexto “*Toca o telefone. É a médica da UCI a dizer que a doente, Sr.ª C., extubou-se e que agora vão precisar com urgência de um ventilador. EC diz que vai de imediato pedir um a outro serviço”* (NC, 10).

Evidencia-se uma capacidade de agir como perito conseguindo, como refere Benner (2001), compreender as situações no seu todo, de forma global e intuitiva, agindo rapidamente e em conformidade com a situação.

Este ser referente não diz unicamente respeito a alguém que possui saberes que mobiliza na sua prática. Ele é sentido e valorizado pelos enfermeiros do que resulta ser encarada como modelo de atuação como se infere do seguinte excerto de uma entrevista “*Ela sabe, ela sabe e tem muitos conhecimentos nesta área e portanto consegue ajudar-nos a conseguir atingir o melhor. Acho que é isso que ela tem feito. E muito do que eu sei hoje tem o seu carimbo, pelo que ensinou nas passagens de turno, pela forma como se preocupa com os doentes, por pôr os doentes à frente de tudo.”* (E3).

Ser referente coloca a chefia numa posição privilegiada para influenciar e moldar as práticas de cuidados e os comportamentos dos profissionais. Ter um referente no serviço também dá segurança aos profissionais. Assim, os “saberes recursos” da chefia operacional de enfermagem são como que pré requisitos para o desempenho do papel de gestor de cuidados que permitem gerir situações de grande complexidade. Mas o seu valor reside também no reconhecimento que os enfermeiros deles fazem.

Em conjunto com as conceções de cuidados, analisadas anteriormente, os “saberes recursos” da chefia de enfermagem poderão ser considerados elementos que sustentam e influenciam as práticas de gestão de cuidados.

#### **4.3.3 – Um agir assente em modos de estar e fazer**

O tema – Um agir assente em modos de estar e fazer – congrega duas dimensões que, embora de âmbito diferente se entrecruzam e aparentam ser fulcrais no papel de gestor de cuidados da chefia operacional: ser líder e “ser presença”. Estas duas características também foram anteriormente identificadas pelas chefias entrevistadas tendo sido designadas como atributos do papel de gestor de cuidados.

Ser líder é um atributo desejável naqueles que exercem funções de chefia e gestão e “ser presença” um atributo que se deseja intrínseco ao próprio papel o que decorre do facto da chefia operacional de enfermagem ser uma chefia de proximidade. Estes atributos,

pelos modos de estar e fazer que imprimem ao agir da chefia operacional e pelos seus potenciais efeitos em outros atores, no contexto ou no processo de cuidados podem, isoladamente ou em conjunto, ser determinantes da qualidade dos cuidados de enfermagem.

#### **4.3.3.1 - Ser líder**

A liderança tem suscitado e continua a suscitar enorme interesse existindo na literatura diferentes abordagens teóricas e perspetivas deste conceito. Apesar da sua definição não ser fácil é consensual, entre as inúmeras existentes, que a liderança encerra um processo de influência. É também consensual que a liderança é uma condição para o sucesso das organizações o que resulta dessa capacidade do líder em influenciar “a interpretação dos eventos pelos restantes membros, a escolha dos objetivos e estratégias, a organização das atividades de trabalho, a motivação das pessoas para alcançar os objetivos, a manutenção das relações de cooperação, o desenvolvimento das competências pelos membros, e a obtenção de apoio e cooperação das pessoas exteriores ao grupo ou organização” (Cunha et al., 2003, p.268). A definição anterior revela a elevada ponderação que a liderança pode ter no modo como o líder conduz os processos de trabalho dos atores organizacionais.

Na enfermagem, a liderança é também reconhecida como fundamental para a condução das equipas, podendo levar ao seu desenvolvimento e influenciando os enfermeiros para a consecução dos objetivos organizacionais. A investigação realizada no âmbito da liderança dos enfermeiros com funções de gestão demonstra que determinados comportamentos e tipos de liderança têm impacto no desempenho dos enfermeiros e são um potencial catalisador de resultados organizacionais.

Mais do que caracterizar as competências de liderança da chefia operacional a dimensão ser líder e as categorias que a integram – **A qualidade como missão e liderança cuidadora** - pretende salientar o que se compreendeu e interpretou face a esta dimensão.

##### **4.3.3.1.1 – A qualidade como missão**

O discurso de todos os enfermeiros entrevistados vai no sentido do reconhecimento da enfermeira chefe como líder da equipa de enfermagem: “*EC é uma líder nata*” (E, 8); “*É assim, acho que ela é uma pessoa que tem muita força para estar aqui. .... ela está ali e parece que nada a abate. .... Eu acho que ela é o pilar deste serviço, sinceramente. Ela é que mexe os cordelinhos*” (E4). Curiosamente este reconhecimento é extensível

ao Diretor de Serviço como comprova o seguinte excerto de umas notas de campo: *“Voltamos ao gabinete de EC onde dentro em pouco volta o Diretor de Serviço que diz: - “ Então, Chefe podemos começar?”. E virando-se para mim diz: - É que a EC é que manda no serviço”*. (NC, 11).

Do observado e do expresso pelos enfermeiros podem-se elencar algumas das características de liderança identificadas: a energia, persistência, responsabilidade, auto estima, auto confiança, assertividade, capacidade de comunicação, de negociação, escuta...

Mas foi a palavra exigência a mais utilizada para caracterizar a forma como a chefia liderava o serviço e que se traduzia num “puxar” constante por melhores práticas de enfermagem sentido e vivido pelos enfermeiros como elevadas expectativas de desempenho: *“...é uma pessoa exigente, é uma pessoa exigente em termos de cuidados. Portanto, está sempre à espera que as pessoas vão um bocado mais além do que foram e, às vezes, já se exige muito”* (E6). Em causa aparenta estar um acreditar que o padrão de cuidados a alcançar pode ser sempre melhorado e que se deve caminhar no sentido da excelência, *“ Mas ela está constantemente a dizer-nos que nós temos que estar atentos à qualidade dos cuidados que prestamos. E eu acho que ela está bastante atenta e que a sua exigência é a qualidade”* (E5). Esta visão da qualidade como desenvolvimento contínuo pode ser integrada nas suas abordagens mais contemporâneas.

Os enfermeiros, questionados sobre o que valoriza a enfermeira chefe relativamente à qualidade das suas práticas de cuidados são consensuais em afirmar que esta necessidade de se “fazer o melhor” engloba os cuidados prestados ao doente na sua vertente técnica e humana, o apoio à família, a preparação da alta, o rigor na linguagem utilizada ou a qualidade dos registos de enfermagem mas também o cumprimento de procedimentos de segurança, de controlo de infeções ou a utilização racional de materiais e equipamentos. Todos estes parâmetros foram sendo evidenciados em múltiplas intervenções de liderança da chefia em que alerta, remedeia, motiva ou elogia: *“ [Na passagem de turno] A enfermeira I. refere que o Sr. M. não evacuava há vários dias e que tinham administrado microlax e gentalax na tarde, que não tinha sido eficaz e que o doente tinha passado a noite muito desconfortável pelo que de manhã tinha feito mais um “esguicho” de gentalax tendo o doente evacuado imenso. EC interrompe a enfermeira questionando porque não fez a terapêutica mais cedo: -“ Se o doente está*

*desconfortável não é preciso estar à espera da manhã para fazer a terapêutica. É preciso descentrarem-se das rotinas e adequarem as intervenções às necessidades dos doentes em tempo útil. Depois o que é isso do “esguicho”? O frasco tem conta-gotas para se poderem contar as gotas e não para dar esguichos. Não aceito isso aqui no serviço.”* (NC, 25).

Cabe ao enfermeiro chefe, entre outras funções, responsabilizar-se pela garantia da qualidade dos cuidados prestados e promover a sua melhoria contínua sendo, neste sentido, fundamental que assuma o seu papel de líder formal. Os padrões de qualidade dos cuidados que estabelece servem de guia e estímulo às práticas dos enfermeiros influenciando o comportamento da equipa que sabe os níveis de desempenho valorizados e a atingir: *“Após o almoço vou até à sala de trabalho onde estão dois enfermeiros a realizar registos de enfermagem nos computadores. A Enfª A. levanta-se dizendo que vai começar a deitar os doentes e comentando que com tanto trabalho não se deveria levantar todos os doentes. A Enf. I. responde-lhe de imediato: - “ A Chefe não vai nessa. O que se pode fazer é levantar uns de manhã e outros mais à tarde”.* (NC, 9).

As estratégias de liderança identificadas são difíceis de classificar aparentando, por vezes, serem diretivas e com o objetivo de clarificar o que deve ser feito e, outras vezes, mais inspiradoras e estimulantes em que parece comunicar-se uma visão apelativa daquilo que deve ser a enfermagem e a sua qualidade. Ou seja, evidenciam-se estratégias de liderança que se podem integrar na liderança de tipo transacional e outras na de tipo transformacional e que aparentam surgir como diferentes tonalidades de uma liderança persistente, num esforço constante e continuado em direção à qualidade.

Apesar dos desabafos verbalizados pelos enfermeiros quanto aos padrões de cuidados estabelecidos e exigidos pela chefia operacional há, por parte dos mesmos, um reconhecimento tácito que a liderança da chefia seja ela mais diretiva ou mais inspiradora influencia a qualidade do serviço e dos cuidados de enfermagem: *“ Tanto diz coisas boas como diz más mas com razão. Portanto, eu acho que ela é muito diretiva em algumas coisas mas às vezes também é preciso. Hum... para termos um desempenho melhor “* (E1); *“Agora é um facto a maior parte das coisas que a Chefe diz têm razão de ser e podem ser feitas”.* (E3); *“ Sente-se o que é a qualidade dos cuidados. Não é de uma forma, se calhar, às vezes, objetiva mas, portanto, a Chefe faz sentir isto e as pessoas correspondem. Ela está por trás, sim. Está por trás sim da qualidade dos*

*cuidados e porque há cuidados que também as pessoas vão fazendo, não digo por imitação, mas é isso que fazem. Digamos que há uma exigência e as pessoas querem também e percebem a importância do nível a manter.” (E7).*

O sentido de missão transmitido pela chefia dando ênfase à qualidade e os padrões de cuidados exigidos são como metas a atingir, desafiantes, estimulantes e, neste sentido, moldando o comportamento de trabalho e dando-lhe direção.

Mas a importância da liderança na influência do comportamento de trabalho pode decorrer de outros comportamentos de liderança que, ainda que de forma indireta, podem contribuir para a qualidade dos cuidados.

#### **4.3.3.1.2 – Liderança cuidadora**

Já nas fases anteriores desta investigação os dados apurados sugeriram que a liderança das chefias operacionais era desejada e descrita através de comportamentos de apoio, atenção e proteção com os enfermeiros e que se considerou ser similar à forma como autores como Mintzberg (1994), Nyberg (1998), Gaspar (2005) e, mais recentemente, Duffy (2009) descrevem alguns traços de liderança dos enfermeiros.

Estes autores defendem que a adoção de comportamentos cuidadores com os enfermeiros das equipas poderá ser natural à chefia de enfermagem pois trata-se de transferir para as suas práticas de gestão os valores que regem o cuidar dos doentes ou, como refere Hesbeen (2001), o enfermeiro chefe deve cuidar da equipa para que a mesma possa cuidar do doente.

Este cuidar da equipa foi visível neste serviço pela constante procura de melhores condições de trabalho, nomeadamente, na afetação de recursos materiais e de equipamento que facilitam as práticas dos enfermeiros. Neste sentido, também a sobrecarga de trabalho visível em alguns momentos levavam à procura de soluções junto da Direção de Enfermagem com vista ao aumento da dotação de enfermeiros no serviço. Nestas situações EC não esconde da equipa a sua preocupação, reconhece o seu esforço e empenhamento e agradece a colaboração: *“EC agradece e diz-lhes que sabe que elas andam cansadas com tantos turnos extraordinários e que estão a ser feitos todos os esforços para transferir os doentes do quarto dos doentes infetados mas que não está a ser fácil arranjar solução”*. (NC, 24). Este reconhecimento testemunha a estima e compreensão pelo esforço e dedicação dos enfermeiros evidenciando a sua consideração por estes enquanto pessoas e profissionais.

O significado de liderança cuidadora não está completamente esclarecido mas pode assemelhar-se a um liderar com humanidade o que significa respeitar as pessoas, e reconhecer-lhes o direito à dignidade, à autoestima e à felicidade (Rego & Cunha, 2012). Representa a capacidade de apoiar e confortar os colaboradores, neste caso, os enfermeiros, o que também foi evidenciado nesta fase da investigação em diversas situações quer profissionais quer no apoio a problema pessoais e familiares. Este apoio é reconhecido e valorizado por alguns dos enfermeiros entrevistados: “ *Agora comigo eu acho que é o lado humano tanto para o nosso lado como para o lado do doente. Mas para mim o que me tocou mais até agora foi o lado humano. Tanto nos doentes como eu sempre que tive problemas o primeiro recurso que tive foi ela e nunca deixei de ter resposta*”. (E5); “*Mesmo a nível pessoal tudo o que eu precisei, mesmo a nível familiar, com problemas que tive, sempre tive uma chefe presente que me ajudou em tudo*”. (E3). “ *Se nós quisermos falar com a chefe é uma pessoa sempre acessível. É uma pessoa não é só uma enfermeira chefe. Eu tenho, eu já tive essa oportunidade também de constatar se nós precisarmos a EC como pessoa ela também está cá, isso também é importante, não ser só uma chefe que se isola atrás da secretária e chefiar só*”. (E2).

A atenção, afeição e o zelo pelos outros são fundamentais para o sucesso da liderança. De acordo com Rego & Cunha (2012) a investigação demonstra que uma liderança humanizada “suscita climas de confiança e estimula a adoção recíproca de comportamentos de empenhamento e dedicação por parte dos colaboradores” (p. 43) que podem dar lugar a um incremento do nível de esforço no trabalho, maior produtividade e qualidade. Também a nível das chefias operacionais de enfermagem um estudo recente demonstra que a qualidade dos cuidados oferecidos à população é influenciada pela interação e relacionamento entre enfermeiro e enfermeiro chefe que, por sua vez, influencia o empenhamento dos enfermeiros (Nunes, 2013) o que valida a importância dos comportamentos de apoio da chefia e a criação de um ambiente propício ao cuidar de enfermagem como foi identificado no presente estudo de caso.

#### **4.3.3.2 – “Ser presença”**

Na literatura da especialidade as chefias operacionais de enfermagem são, frequentemente, designadas como chefias de proximidade (Hesbeen, 2011; Coudray, 2004). Esta proximidade não deverá ser entendida como um “ser como a equipa” mas como um “estar com”, um estar presente à e com a equipa no seu quotidiano de bons e maus momentos (Coudray, 2004, p. 159). Esta proximidade, no entanto, não se limita à

equipa de enfermagem estendendo-se à equipa multidisciplinar, aos clientes e família, aos contextos onde os cuidados se prestam e se vivem. Ser um próximo implica presença no serviço, em tempo e conteúdo.

Pôde-se, durante a observação realizada no presente estudo, acompanhar durante largas horas a presença da chefia operacional no serviço, as suas intervenções, interações mas também as reações e influências que as mesmas pareciam despoletar. Embora a presença da chefia no serviço não fosse permanente havendo períodos de ausência para reuniões diversas, contatos com outros serviços ou sessões de formação ela fez-se sempre sentir, diariamente, no seio das atividades de prestação de cuidados quer em outros momentos chave do quotidiano, nomeadamente, nas passagens de turno com os enfermeiros, chefes de equipa e AO.

Dos dados analisados incluíram-se nesta dimensão três categorias que permitem clarificar a importância e o impacto desta presença: **Momentos chave; Responder a solicitações e Estar no centro das atividades.**

#### 4.3.3.2.1 – “*Momentos Chave*”

As passagens de turno são dos “momentos chave” do quotidiano em que a presença da chefia operacional de enfermagem se faz sentir de forma mais intensa e tem grandes implicações na gestão de cuidados. A sua presença nestes momentos permite diagnosticar a situação dos doentes, supervisionar cuidados e registos dos enfermeiros, detetar lacunas, promover a reflexão que ajuda a dar sentido aos cuidados prestados. Das inúmeras intervenções observadas salientam-se as orientações aos cuidados que, entre outros, previnem complicações e otimizam os cuidados de enfermagem: “*Quanto à situação da senhora L., da cama seguinte, a enfermeira descreve que a doente tem uma pequena lesão no pavilhão auricular e EC diz para se ter muita atenção com a máscara de O2. Também relativamente à D. E., EC interfere questionando se a doente ainda tem o cateter central e os soros. Pede à enfermeira para falar com o médico pois eventualmente esta doente já não precisa destes. Na doente da cama 11, D. A. sobre a qual foi passada a existência de maceração a nível inguinal EC sugere que não lhe ponham fralda. Ainda relativamente a esta doente pergunta se ainda se justificará que esteja algaliada e diz também à enfermeira para falar disso ao médico da doente.*” (NC, 9).

São estes momentos que permitem à chefia operacional ser o animador da equipa pelas possibilidades de debate, de acompanhamento de situações e explicitação do nível de

cuidados a atingir, de fazer reparos ou elogiar: *“No final da passagem de turno realizado por I. EC elogia-a referindo que os doentes foram muito bem passados. A enfermeira I. fica com as faces ruborizadas mas com um ar feliz e de agrado. Levanta-se e sai para a zona das enfermarias depois de responder: -“ Obrigada, Chefe”.* (NC, 3).

O “ser presença” nestes “momentos chave” não é um acontecimento neutral pois implica envolvimento com as situações, esforço de atenção, capacidade de observação e vigilância: *“Em pé EC vai ouvindo mas vai também olhando e observando a sala de trabalho. Repara numa “cassete” com ampolas em cima do carro de medicamentos e vai pegando nelas e lendo os rótulos. No fim da passagem de turno dos doentes questiona os enfermeiros sobre as ampolas e porque estão todas misturadas lendo em voz alta o nome dos medicamentos. Pareceu-me que ninguém tinha dado por isso. EC chama a atenção para a gravidade da situação e o risco do que poderia ter acontecido.”* (NC, 1).

As suas intervenções evidenciam a sua experiência, o seu saber e competência profissional que influenciam as práticas de cuidados e a sua segurança.

#### **4.3.3.2.2 – Responder a solicitações**

“Ser presença” é também “estar à mão” de todos os que dela precisam. Por vezes, esta presença era um estar envolvido em outras atividades no seu gabinete mas sempre disponível para as solicitações: *“Durante o período de 1h que permaneceu no gabinete EC foi interrompida várias vezes. Uma enfermeira vem solicitar que veja os fleimões do Sr. F. pelo que sai por breves instantes e dirige-se à enfermaria mesmo em frente ao gabinete. De seguida chega um médico que lhe pede opinião sobre um material de traqueostomia pelo que iniciam uma breve discussão sobre as vantagens do material que este trás. Pouco depois um familiar bate à porta semi aberta. O senhor que aparenta uns 70 anos entra e diz que já foi à Segurança Social mas que lhe disseram que o processo ainda está atrasado. EC aparenta estar a par do assunto. Responde que ainda bem que já lá foi mas que seria bom voltar a insistir na próxima semana. O senhor parece compreender, aproxima-se da porta mas pára e diz para EC: -“ E a minha senhora, Sr.ª Enfermeira?”. EC levanta-se aproximando-se do senhor e toca-lhe no braço: -“ Então, Sr. M., já falámos várias vezes sobre a situação da sua mulher. As melhoras têm sido poucas como tem visto.” E faz uma pausa. -“Pois é, eu sei que a situação é má” – diz o senhor. EC diz: -“Vá lá, Sr. M., já pode ir um pouco para o pé*

*da sua mulher. Eu vou até lá consigo.*” (NC, 1). Os exemplos apresentados demonstram que responder a solicitações conduz a chefia de enfermagem de um acontecimento a outro, a uma aparente dispersão de intervenções ao ritmo das necessidades dos seus interlocutores.

Nestas solicitações com motivos tão diversos é, ainda, possível perceber a complexidade da gestão de cuidados e da sua interligação com a gestão de recursos materiais e humanos, como foi evidenciado na fase anterior da investigação. Ou seja, num espaço, por vezes, de minutos, a chefia é solicitada a dar resposta a assuntos que, ainda que do âmbito dos recursos humanos ou materiais, tem implicações nos cuidados aos doentes: *“Mal este enfermeiro sai uma enfermeira entra no gabinete. Trata-se de uma das enfermeiras que está de saída de vela e pergunta a EC se já tinha analisado o pedido de troca de turno que lhe tinha feito. EC diz que não mas que o fará ainda nesse dia o que deixa a enfermeira aparentemente contente mas referindo: “ – Veja lá, Chefe, preciso mesmo dessa troca”. Logo de seguida aparece outro funcionário para entrega do material clínico. EC verifica os produtos entregues e a situação em que ficam os stocks dado verificarem-se algumas lacunas na entrega face ao pedido. Define com o funcionário os materiais que este terá mesmo de fazer mesmo dizendo-lhe: -“ Sr. O não posso ficar sem aventais e sem os pensos de traqueostomia. Tem mesmo de os arranjar hoje.” Este diz-lhe que irá arranjar o material noutra serviço”.* (NC, 2). Em minutos, como referido, há que dar resposta a situações totalmente independentes, uma necessidade de uma enfermeira e uma necessidade do serviço. Mas, no fundo, a intervenção relativamente a cada uma destas realidades está intimamente relacionada com os cuidados de enfermagem a prestar, ou seja, a necessidade imprescindível de materiais e de um equilíbrio nos recursos humanos das equipas que possibilite a sua prestação adequadamente.

#### **4.3.3.2.3 – Estar na centralidade da ação**

Já a presença nas enfermarias é um estar no centro das atividades nobres do processo de cuidados confrontando intervenções e atores, conhecendo beneficiários dos cuidados, supervisionando e avaliando os mesmos mas também compreendendo uns e outros.

No fundo, o enfermeiro chefe tem uma missão relativamente à saúde das pessoas que chegam ao seu serviço que será providenciar que se prestem os melhores cuidados de enfermagem possíveis pelo que conhecer os doentes e famílias, as suas necessidades e os cuidados prestados não é uma atividade acessória (Coundray, 2004).

Na observação realizada foi possível identificar a utilização, pela enfermeira chefe, de rondas diárias pelas enfermarias: “São 10 h 30 EC vai dar a “volta” pelos doentes. Passa pelas enfermarias observando os doentes e falando com aqueles que estão acordados e conscientes. Apresenta-se sempre dizendo o nome, pergunta a todos como estão e tem uma palavra de incentivo.” (NC, 8).

Com frequência este ser presença na centralidade da ação de cuidar despoleta intervenções, muitas vezes rápidas, pontuais, pequenas mas que melhoram o bem-estar e conforto e previnem complicações: “Entramos de seguida para a Unidade de Cuidados Intensivos onde chama a atenção para o posicionamento do Sr. M.. Reparo que o doente está todo “afundado” na cama estando as traqueias do ventilador um pouco repuxadas: - - “Vamos lá posicionar bem o Senhor que eu dou uma ajuda”. E em poucos minutos EC ajuda a enfermeira a posicionar melhor o doente”. (NC, 12). E a capacidade de observação, de ver globalmente as situações, é como um radar que lhe dirige este agir fragmentado mas eficaz: “À porta da primeira enfermaria está um doente idoso sentado numa cadeira de rodas. EC pergunta-lhe como se sente e se tem frio. Vai buscar um roupão e veste-o ao doente. Verifica também o soro colocado na mão direita do doente e constata que este está obstruído evidenciando-se um seroma na mão. EC para o soro e chama a enfermeira do doente dizendo que é preciso ver o que se passa com o soro”. (NC, 6).

Tal como nas intervenções terapêuticas dos enfermeiros a presença é considerada “uma forma de estar próximo e disponível, mas também um modo de ser solidário, ...” (Lopes, 2006, p. 239) também o “ser presença” das chefias operacionais é uma forma de estar disponível para a equipa de enfermeiros e multidisciplinar, para os doentes e famílias, promover segurança e dar apoio. “Ser presença” possibilita orientar, remediar, supervisionar e avaliar mas também compreender. Permite, ainda, que se conheçam os doentes e famílias e as suas necessidades de cuidados e que se intervenha de forma direta ou indireta nos mesmos. Ou seja, como diz Coudray (2004), o enfermeiro chefe tem uma “atividade de presença que em si própria se constitui como uma atividade de gestão”. (p. 160).

Este “ser presença” foi analisado face às intervenções que despoleta quando está fisicamente no serviço mas a sua ausência foi sentida com uma diminuição da qualidade das práticas: “Face à ausência de EC a enfermeira diz, então: - “ Se calhar é melhor começarmos a passar! [passagem de turno dos doentes]. A passagem faz-se de uma

*forma mais rápida do que tem sido habitual. Parece-me que os dados que relatam são menos pormenorizados hoje. Nos dois primeiros doentes a enfermeira transmite os dados de uma forma mais convencional: se dormiram, estado de consciência, alimentação e dados relativos à eliminação. Embora mantenha o computador aberto no SIE e vá olhando para o processo eletrónico dos doentes a enfermeira não refere diagnósticos nem intervenções de enfermagem”.* (NC, 5).

Mas o “ser presença” da chefia operacional é algo que se vive e se sente no quotidiano sabendo-se que há “um chefe” que, embora nem sempre perfeito, sabe-se ser “*a chefe é omnipresente*”, como referiu uma das entrevistadas (E, 8). Este “ser presença” à equipa, mesmo quando não é física - “*Às vezes mesmo não estando cá, quando chega ela sabe e está muito presente. Sem às vezes a presença física, é uma chefe que está muito presente nos cuidados*” (E, 2) é essencial à gestão de cuidados não só por facilitar os aspetos funcionais da mesma mas porque funciona como um seu instrumento.

#### **4.3.4 – Um agir no ambiente de cuidados**

Nos subcapítulos anteriores abordaram-se as conceções, os “saberes recursos”, o ser líder e o “ser presença” como elementos que sustentam e acompanham as práticas de gestão de cuidados das chefias operacionais de enfermagem. Evolui-se no presente subcapítulo, e nos dois que se seguirão, para os temas que pretendem compreender a forma como as intervenções no âmbito da gestão de cuidados da chefia contribuem para a construção da qualidade em enfermagem.

O ambiente de cuidados é considerado o contexto no qual os cuidados são prestados sendo considerado um fenómeno complexo e difícil de delinear quanto às suas características e qualidades (McCormack & McCance, 2010). Numa perspetiva de enfermagem este é um importante constructo no que diz respeito à compreensão e explicação de algumas experiências positivas ou negativas vividas pelos doentes nos serviços de saúde, nomeadamente, o perigo de infeções, o barulho, a sobrecarga sensorial ou a interação com os enfermeiros. Também a prática de cuidados é desenvolvida num ambiente de cuidados que integra diferentes componentes físicos, sociais ou simbólicos que podem influenciar a prestação de cuidados (Kim, 2000). A literatura consultada aponta para uma grande diversidade de variáveis a considerar neste âmbito, nomeadamente, a dotação de enfermeiros, o empoderamento, a autonomia, os métodos de prestação de cuidados, as relações interprofissionais, a cultura e clima do serviço, mas também o ambiente físico do contexto (McCormack & McCance, 2010,

McGillis Hall, 2005, Kazanjian et al., 2005, Kim, 2000). Neste sentido, a liderança da chefia, abordada no tema anterior, poderá ser um dos mecanismos através do qual exerce impacto no ambiente de cuidados e que, como referido, poderá conduzir à criação de uma cultura propícia ao cuidar e à qualidade.

Neste tema, contudo, abordar-se-ão intervenções relacionadas com as práticas de gestão de cuidados da chefia de enfermagem observadas nas quais se consideraram três dimensões - organização de cuidados, mobilização de recursos e cultura de segurança.

#### **4.3.4.1 – A organização de cuidados**

A organização de cuidados aos clientes refere-se à coordenação de recursos e processos clínicos que promovem a prestação de cuidados (Kelly, 2012). Esta organização ocorre com objetivos diferentes nos vários níveis de gestão de enfermagem implicando, em todos eles, estruturas de governação e métodos que organizem os processos de prestação de cuidados que devem ser consistentes com a missão da organização e com a orientação de enfermagem adotada. Nesta dimensão evidenciaram-se três categorias – **o método de prestação de cuidados, funções de gestão de cuidados delegadas e monitorização de processos de gestão de cuidados.**

##### **4.3.4.1.1 – O método de prestação de cuidados**

A opção por determinado método de prestação de cuidados de enfermagem é determinada por múltiplos fatores dos quais se salientam a dotação de enfermeiros, a estrutura do serviço, o tipo de clientes ou a experiência e competência dos enfermeiros. Mas como refere Parreira (2005) o método de organização da prestação de cuidados de enfermagem é “acima de tudo a adoção de uma perspetiva, uma filosofia de cuidar, uma conceção dos cuidados a prestar, um modo de pensar a organização dos cuidados, mais do que a simples distribuição de atividades” (p. 267). Esta afirmação vem no sentido defendido por Kérouac et al. (1994) ao considerarem que é possível estabelecer uma relação entre os diversos paradigmas, as orientações de enfermagem e os sistemas de prestação de cuidados de enfermagem.

O método de prestação de cuidados utilizado no serviço é o método individual<sup>57</sup> que, concetualmente, a par de outros métodos tradicionais como o método de equipa e o de enfermeiro de referência, se integra nos métodos designados como centrados no cliente.

---

<sup>57</sup> A enfermeira chefe considerava importante a implementação do método de responsável tendo desenvolvido algumas tentativas nesse sentido nomeadamente designando enfermeiros de referência para

Os enfermeiros organizam-se em cinco equipas chefiadas por um dos seus elementos. Estes são selecionados pela enfermeira chefe com base em critérios de competência, em que são valorizados, entre outros, a competência técnica, humana, capacidades de organização, de tomada de decisão, o conhecimento da dinâmica do hospital e do serviço e capacidades de liderança. Geralmente, embora não exclusivamente, esta função recai nos enfermeiros mais antigos e com maior tempo de experiência profissional no serviço. Em cada equipa existe ainda outro enfermeiro identificado e designado de segundo elemento que poderá substituir o chefe de equipa. Embora a divisão das equipas não seja absolutamente estanque havendo possibilidades de trocas de elementos estas estão sujeitas às regras do regulamento de trocas de horário elaborado pela chefia e à sua autorização prévia. Relativamente a este aspeto a enfermeira chefe considera ser uma situação em que a tomada de decisão é difícil. Por um lado a necessidade de facilitar a vida aos enfermeiros “...*permitir trocas é das poucas coisas que lhes posso oferecer.*” (NC, 5) e por outro “*a necessidade de manter um mínimo da composição da equipa tal como foi pensada e que tem por base as competências e a experiência de cada um dos enfermeiros. Senão mais vale dizer que não há equipas. As regras para as trocas tentam facilitar em algumas situações mas também pôr limites:*” (NC, 5). Estas regras são especialmente restritivas para os enfermeiros chefes de equipa que só podem trocar entre si.

A problemática em torno das “skill mix”<sup>58</sup> das equipas de enfermagem é pouco debatida em Portugal dada a grande homogeneidade de qualificações dos seus elementos. Contudo e, em particular, em contextos de cuidados altamente especializados, o equilíbrio das competências dos diferentes membros das equipas em função da natureza do trabalho a realizar pode requerer uma tomada de decisão difícil e complexa.

As funções dos enfermeiros chefes de equipa estão descritas no manual do serviço. A “*adaptação dos recursos humanos disponíveis às necessidades dos doentes*” (in Descrição e Análise do cargo de Chefe de equipa) integra-se nessas funções. Assim, em cada turno o enfermeiro chefe de equipa após identificar as necessidades, em matéria de

---

determinados doentes. Durante o trabalho de campo esta implementação revelava ainda dificuldades na sua continuidade pelo que na prática o método utilizado era o individual.

<sup>58</sup> A noção de “skill mix” surge habitualmente na literatura como a proporção entre enfermeiros registados (RNs) e não registados numa unidade de cuidados de enfermagem.

enfermagem, procede à distribuição dos enfermeiros pelos utentes de cada setor<sup>59</sup> de acordo com critérios diversos: estado e necessidades de cada doente, experiência dos enfermeiros, existência de doentes em isolamento, a continuidade na prestação de cuidados ao doente. Um dos princípios que, de acordo com a chefia de enfermagem, rege esta distribuição é o de tentar promover a afetação do mesmo enfermeiro a cada doente durante o maior período possível de tempo o que promoverá um melhor conhecimento do doente e uma maior continuidade de cuidados.

O método individual baseia-se no conceito de cuidado global. A responsabilidade total dos cuidados a prestar a cada doente atribuído é de um só enfermeiro não ocorrendo fragmentação dos cuidados e sendo potenciada a sua individualização. De acordo com Costa (1994), neste método, a organização efetiva dos cuidados depende da propensão do enfermeiro em privilegiar o doente ou a tarefa. Em algumas situações com doentes mais complexos e que implicavam uma maior carga de trabalho presenciou-se uma organização em que os enfermeiros a prestar cuidados nas enfermarias se organizavam conjuntamente face aos cuidados a prestar aos seus doentes não cumprindo completamente o método de trabalho. Esta organização mais operativa, mais centrada na organização do trabalho do que nos doentes é refutada por EC: *“Essas combinações para se ajudarem não favorecem ninguém, nem os enfermeiros nem os doentes, desorganiza uns e quebra a individualidade de cuidados dos outros.”* (NC,7).

As lógicas profissionais que estão, frequentemente, na base dos modelos de organização dos cuidados implicam a utilização racional e eficaz do trabalho levando a uma prestação de cuidados centrada nos atos e tarefas que é preciso realizar. Parte-se, neste caso, das tarefas para padronizar as necessidades dos doentes. Pelo contrário, EC pretende que neste serviço se parta das necessidades, valores e preferências dos doentes para as intervenções a realizar tal como previsto nos modelos de organização centrados nas pessoas.

#### ***4.3.4.1.2 – Funções de gestão de cuidados delegadas***

Numa primeira fase do trabalho de campo não foi fácil perceber a estrutura organizativa dos enfermeiros do serviço: os enfermeiros agregados em equipas possuem um chefe de equipa e um segundo elemento responsável que o substitui, existe também a figura de coordenador da UCI responsável por “colaborar diretamente com a enfermeira chefe na

---

<sup>59</sup> No horário dos enfermeiros realizado pela enfermeira chefe os enfermeiros surgem desde logo distribuídos pela enfermaria e UCI.

gestão desta unidade de cuidados no que respeita a cuidados de enfermagem, recursos humanos e materiais” (in Descrição e Análise do Cargo de Enfermeiro Coordenador) e ainda os enfermeiros especialistas cujas funções se centram fundamentalmente na área de prestação de cuidados de reabilitação.

Uma análise mais detalhada das funções dos respetivos cargos evidencia que todos estes elementos têm funções delegadas ao nível da gestão de cuidados<sup>60</sup>. Contudo, seja pelo facto da coordenadora da UCI se encontrar em formação ou devido à sobrecarga de trabalho dos chefes de equipa e enfermeiros especialistas, a observação realizada evidenciou que muitas destas funções são desempenhadas no quotidiano pela enfermeira chefe. Relativamente a esta situação EC reconhece que a ausência da coordenadora da UCI leva a uma maior atenção a este setor do serviço facto que não acontece quando esta está presente. Reconhece ainda a importante colaboração que têm os chefes de equipa nos turnos da tarde e da noite momentos em que de facto assumem a responsabilidade pela gestão de cuidados.

Mas a enfermeira chefe, ao contrário da opinião verbalizada por alguns dos participantes do estudo anterior, considera fundamental o seu envolvimento no processo de gestão de cuidados dos doentes do serviço seja pela mobilização de melhores condições de trabalho, na orientação ou supervisão de cuidados ou na monitorização de processos o que tendo em conta o evidenciado neste estudo de caso poderá ser uma mais-valia para a qualidade dos cuidados. Fica, no entanto, a dúvida se os enfermeiros

---

<sup>60</sup> Nas funções do **chefe de equipa** encontram-se nomeadas as seguintes: Identificar as necessidades, em matéria de enfermagem, dos utentes do serviço; promover e supervisionar os procedimentos que asseguram a continuidade de cuidados e transmissão de informação; centralizar a transmissão de eventuais contactos e/ou orientações de outros técnicos ou serviços com implicação direta na continuidade de cuidados ao doente/família; coordenar, a mobilidade de doentes entre sectores, altas e admissões, na ausência da enfermeira-chefe e coordenador; assegurar a transmissão de informação capaz de facilitar a gestão de cuidados e colaborar na implementação de métodos de trabalho que favoreçam a personalização dos cuidados de enfermagem.

No que diz respeito ao cargo de **coordenador da UCI** podem-se considerar as seguintes funções de gestão de cuidados: supervisionar os cuidados prestados, orientando eventuais alterações com vista à máxima satisfação das necessidades do doente; supervisionar os procedimentos capazes de assegurar a continuidade de cuidados desde a admissão até ao pós alta; colaborar na implementação de métodos de trabalho que favoreçam a personalização dos cuidados de enfermagem; articular-se com a enfermeira-chefe e chefes de equipa, com vista à coordenação e orientação das equipas de enfermagem, para maior uniformidade de procedimentos; articular-se com a equipa médica com vista à gestão de vagas, no que se refere a mobilidade entre sectores, altas e admissões; coordenar a equipa de AAM nas atividades desenvolvidas no turno da manhã.

Já as funções dos **enfermeiros especialistas** no âmbito da gestão de cuidados estão sobretudo relacionadas com processos mais específicos como assumir a supervisão e orientação da equipa de enfermagem na preparação da alta, no que se refere ao ensino efetuados ao doente/família bem como ao encaminhamento para os recursos disponíveis (assistente social, cuidados continuados, centro de saúde e outros) e orientar a equipa de enfermagem na introdução do familiar/pessoa de referência no processo terapêutico do doente.

especialistas estarão a ser aproveitados em toda a sua potencialidade e se, tal como prevê o descritivo do seu cargo, não deveriam ter mais atribuições no âmbito da gestão de alguns processos de cuidados.

#### *4.3.4.1.3 – Monitorização de processos de gestão de cuidados*

Trata-se de um serviço, como anteriormente descrito, com vários setores de prestação de cuidados, uma equipa de enfermeiros e assistentes operacionais numerosa, pessoas internadas com alterações de saúde diversas e de grau de complexidade variável. A resposta às suas necessidades de cuidados de saúde exige continuidade entre os vários prestadores de cuidados e nos processos que operacionalizam a organização de cuidados.

Neste âmbito a enfermeira chefe promove algumas estratégias de forma a conseguir controlar e dominar os processos de gestão de cuidados, designadamente, através de reuniões diversas, entre as quais, as reuniões de passagem de turno, reuniões diárias com os AO, com chefes de equipa ou a presença na “visita” médica. Outros instrumentos de controlo podem considerar-se alguns registos escritos como os realizados nos livros de ocorrências do serviço e as ocorrências redigidas em dossier próprio pelos AO. Todas elas permitem uma monitorização e controlo de elementos fundamentais à organização de cuidados.

As reuniões de passagem de turno dos enfermeiros podem servir diversos fins mas são utilizadas pela chefia operacional, neste âmbito, para identificação das necessidades em cuidados dos doentes, da carga de trabalho que estes podem despoletar, de material específico que o seu tratamento exige ou ainda da evolução da sua situação de saúde que pode implicar mudança de setor no serviço ou isolamento, por exemplo. A atenção com que acompanha estes momentos é acompanhada pelo registo num caderno das informações com implicações na organização de cuidados.

Nem sempre existentes em todos os serviços são as reuniões com os AO e as reuniões com os chefes de equipa que ocorrem diariamente de manhã. Nas primeiras, habitualmente de curta duração, podem ser tratados diversos assuntos mas um aspeto sempre presente são as ocorrências relativas aos turnos da tarde e noite anteriores que, quase sempre, são lidas. De acordo com EC a importância destes pequenos momentos decorre sobretudo da necessidade de envolvimento e responsabilização dos AO nas atividades da sua competência e naquelas em que podem intervir. A análise do livro de ocorrências dos AO revela que as ocorrências são realizadas em todos os turnos e

contêm informações diversas como as relativas ao controlo de material diverso (Kits de material esterilizado, almofadas), faltas de material de limpeza, fluxo de doentes do bloco operatório, admissões e altas de doentes ou jejum dos mesmos.

Já a reunião com os chefes de equipa decorre no gabinete da enfermeira chefe após a passagem de turno dos enfermeiros com a presença de ambos os chefes de equipa (o do turno da manhã e do turno da tarde) e, quando presente, da enfermeira coordenadora da UCI. Também, nestas reuniões, se sintetizam os principais acontecimentos ocorridos em cada turno e também registados no livro de ocorrências. O tipo de informação habitualmente registada relaciona-se com a movimentação dos doentes (realização de exames, saídos para alta ou transferência para outros serviços ou unidades da comunidade, intervenções cirúrgicas, admitidos no serviço, mobilizados entre as várias unidades do serviço), situações inesperadas (falecimento, não cumprimento do plano operatório, seguimento de turno de enfermeiros) e controlo e avarias de material e equipamento. Nas reuniões são, no entanto, discutidos muitos outros assuntos como situações de cuidados mais específicos, normas e procedimentos ou comportamentos dos enfermeiros.

Estas estratégias implementadas pela chefia permitem-lhe diagnosticar e monitorizar acontecimentos do serviço levando a tomadas de decisão relativas ao processo de organização e gestão de cuidados. Conforme refere Hesbeen (2000) organizar é ordenar, estruturar, pôr em ordem. Face à constante alteração das necessidades dos doentes mas também dos elementos estruturais que gravitam no ambiente de cuidados a organização de cuidados deverá ser um processo dinâmico e em constante transformação. Ou seja, esta ordem não vem por si só decorrendo da identificação, por parte da chefia, de eventuais alterações ou disfunções e da sua capacidade para reorganizar o que dela dependa.

#### ***4.3.4.2 – A mobilização de recursos***

A mobilização de recursos humanos e materiais e de equipamentos surge, tal como nas fases anteriores da investigação, como uma atividade associada ao papel de gestor de cuidados da chefia operacional de enfermagem coincidindo, assim, com a forma como Kérouac et al. (1994) definem o constructo de gestão de cuidados. Na explicitação desta dimensão foram consideradas duas categorias: As **condições físicas, ambientais e logísticas** e a **dotação de enfermeiros**.

#### **4.3.4.2.1 - As condições físicas, ambientais e logísticas**

Já Florence Nightingale colocava uma grande ênfase na qualidade e limpeza do ambiente e encarava-o como crítico para a recuperação do doente. O ambiente físico, os recursos materiais e de equipamento assim como outras condições ambientais são considerados igualmente, de acordo com o modelo de qualidade de Donabedian (1998, 2003), elementos estruturais podendo influenciar o processo de cuidados e os seus resultados.

O espaço físico do serviço é, como referido anteriormente, moderno e relativamente bem dimensionado. Os enfermeiros entrevistados apontam, contudo, a dimensão das enfermarias, em especial da UCINT, e a distância do serviço ao bloco operatório como aspetos que interferem negativamente no seu trabalho.

Já relativamente aos recursos materiais e equipamentos necessários à prestação de cuidados as opiniões de todos os entrevistados convergem que estes são de qualidade e facilitadores do seu exercício profissional “ *Trabalhamos muito mas não falta nada para prestarmos cuidados. O que é que as pessoas querem mais?* “ (E6). Este apoio à prestação de cuidados começa na própria organização dos materiais, arrumados em locais e contentores bem identificados, na existência de carros de apoio à higiene colocados junto das enfermarias, na existência de *kits* de material esterilizado específicos para alguns procedimentos, de carros de apoio à realização de pensos organizados com o material específico que basta empurrar até junto do doente.

No quotidiano tudo é repostado, colocado ou retirado sem necessidade de ordens ou grandes orientações pois tudo está organizado e cada um sabe o que lhe compete fazer. Por detrás desta estrutura está uma organização das condições logísticas do serviço pensada e montada por EC que facilita o exercício profissional do utilizador, diminuindo a fadiga e dando segurança.

O investimento que a enfermeira chefe realiza no âmbito da mobilização de recursos materiais e equipamentos é visível no seu trabalho quotidiano seja através do controlo do material em falta, da provisão do serviço com material que facilita o trabalho dos enfermeiros e promove o bem-estar dos doentes ou pela utilização económica dos mesmos.

A reposição de material por níveis realizada diariamente por funcionários do serviço de aprovisionamento remete fundamentalmente as preocupações da chefia operacional para os produtos não repostos “*Estas faltas deixam-me mais insegura pois temo que nas*

*tardas e nas noites seja necessário alguma coisa e não haja*". (NC, 5) levando a constantes insistências para a entrega de determinados tipos de material junto do Serviço de Aprovisionamento.

Já a provisão do serviço com material e equipamento diferenciado como camas articuladas automáticas, camas banheiras, cama striker, novos colchões, almofadas para posicionamentos ou edredões coloridos evidencia a proatividade da chefia em proporcionar melhores condições tanto para os utentes como para os enfermeiros. Este investimento é valorizado pelos enfermeiros que reconhecem a sua preocupação na criação de condições materiais melhores que noutros serviços e que tornam mais fácil o seu exercício profissional “ *eu acho que a maior parte das coisas que nós temos hoje, senão todas, têm a ver com empenho da chefe a esse nível. Ela vê-se que é uma pessoa muito dinâmica, tenta andar em contacto com toda a gente, conhece muita gente e consegue arranjar vários estratagemas. Um exemplo são as camas, mais nenhum serviço tem estas camas, os edredões, mais nenhum serviço tem os edredões*”. (E3); “ *A Chefe arranja tudo. Está sempre a pedinchar tudo*” (NC, 23).

Mas não basta disponibilizar material e equipamento necessário à prestação de cuidados. É preciso que o mesmo seja utilizado de forma cuidada e económica. Neste domínio, EC intervém frequentemente junto dos profissionais chamando a atenção para o uso inadequado de material e para os custos inerentes aos mesmos. “ [Durante uma reunião com os AO] *EC repara que uma das AO está com uma bata “disposable” vestida e pergunta-lhe a razão. Esta responde-lhe que se esqueceu do casaco e que tivera muito frio de noite. EC responde-lhe dirigindo-se a todos que é preciso atenção com a utilização do material do hospital e pergunta-lhes: - “Sabem quanto custa uma bata destas ao Hospital? E sabem que estes custos depois também se refletem nos nossos impostos? Já sabem que é preciso muita atenção com os gastos de material e com a sua utilização*”. (NC, 8). A sua opinião relativamente ao assunto é transcrita de uma das entrevistas informais realizadas durante o trabalho de campo “ - *Tenho muita preocupação em não haver desperdícios. É como os coletes para doentes com lesões vertebro medulares. Estes podem ser reciclados. Os doentes saem com um colete do hospital e a certa altura deixam de precisar deles e colocam-nos em qualquer lado lá em casa apesar de serem pertença do hospital. Agora já vou conseguindo que os médicos após a primeira consulta quando os coletes são habitualmente tirados os*

*tragam para cima. Mas nem todos ainda o fazem. E estes custam 165 Euros. São nestas coisas que também se gasta muito dinheiro.”* (NC, 10).

O desperdício é antónimo de eficiência e os recursos materiais dum hospital representam 30 a 45% da sua despesa (Parreira, 2005). Embora estas intervenções possam parecer de pouca monta são elas que vão sensibilizando os atores organizacionais para a responsabilização no seu uso adequado.

Já outros aspetos contextuais como a limpeza, privacidade e ausência de ruído são considerados, pela chefia, essenciais para a qualidade e conforto ambiental proporcionado tanto aos clientes como aos prestadores de cuidados. Relativamente ao primeiro foi planeado pela enfermeira chefe um programa que estabelece as limpezas diárias, semanais e mensais de todos os setores do serviço que devem ser cumpridas pelos AO quer pela empresa de limpeza contratada pelo hospital em regime de *outsourcing* e que EC controla frequentemente “ *Ontem estive na Unidade e vi as camas sabem com quê? Pó, muito pó. A parte de trás das camas estava muito suja. Portanto tem se limpar as camas e não se pode estar só à espera dos dias em que se limpa a cama toda. Não é a desinfeção da cama. É limpar o pó.* “ (NC, 11).

A privacidade dos doentes é considerada um dos seus direitos contemplando situações relacionadas com a proteção da sua intimidade, respeito à dignidade e limitação da exposição e acesso ao seu corpo (Soares e Dall’Agnol, 2011). No âmbito desta investigação constatou-se que as cortinas entre as unidades dos doentes estão sempre fechadas durante a prestação de cuidados de higiene ou de outros procedimentos de enfermagem aparentando ser um princípio naturalmente respeitado pelos enfermeiros. Em situações particulares, como foi o caso, de um utente entrado com uma extensa lesão de decúbito foi evidenciada a intervenção de EC no sentido do respeito da dignidade e intimidade do doente “- *Também vos queria pedir relativamente a este doente que tenham cuidado com o mostruário que fazem da lesão do Senhor e cuidado como se fala com ele. Ainda não sabemos muito da história do doente mas parece que é um doente com autoestima diminuída. Por isso deve-se respeitar a sua individualidade e nunca andar a pôr em causa a sua autoestima.*” (NC, 30).

Estas intervenções pontuais foram também observadas no âmbito da diminuição do ruído, neste caso, realizado pela própria equipa de enfermagem, em que relembra que o excesso de barulho, entre outros, aumenta a sensibilidade dos doentes à dor “ [Durante uma passagem pela UCI] *Quando termina a conversa com o doente EC diz-me que este*

*referiu que continua com muitas cefaleias e que se queixou que há sempre muito barulho na unidade e que este barulho o incomoda bastante. EC diz que está sempre a lembrar aos enfermeiros e AO a necessidade de silêncio no serviço mas que é muito difícil pois as pessoas com facilidade se esquecem. Posteriormente faz dois avisos em folha A4 que coloca nas portas das Unidades, solicitando o respeito do silêncio”. (NC, 5).*

Os dados apurados nesta categoria evidenciam as preocupações e algumas das intervenções de EC no sentido da mobilização e manutenção de condições contextuais favoráveis à prática dos enfermeiros, ao conforto e bem-estar dos doentes e, ainda, ao uso racional do material.

#### **4.3.4.2.2 – A dotação de enfermeiros**

A segunda categoria identificada na dimensão mobilização de recursos diz respeito aos recursos humanos de enfermagem, nomeadamente, à sua dotação cuja implicação na qualidade dos cuidados e em outras variáveis organizacionais está amplamente evidenciada na investigação em enfermagem (Needleman et al., 2011; Kazanjian et al., 2005; McGillis Hall, 2005; Sochalski, 2004; Rogers et al., 2004; Vahey, et al., 2004; Dunton, 2004; Needleman, 2003; Aiken et al., 2002b).

O conceito de dotação está associado à previsão do nº de enfermeiros necessários para prestar cuidados de enfermagem numa determinada unidade de cuidados de enfermagem sendo este número dependente de variados fatores internos e externos aos serviços, muitos deles, dificilmente quantificáveis. (Parreira, 2005). Considerando a fórmula<sup>61</sup> de referência para o cálculo de pessoal de enfermagem a dotação de enfermeiros afeta ao serviço está completa. Esta não contempla, no entanto, as gravidezes que têm de ser protegidas, a pouca experiência de alguns enfermeiros e a existência de doentes infetados que implicam isolamento e, deste modo, enfermeiros somente afetos aos mesmos. Estas situações implicam, com frequência, a realização de turnos extraordinários, com a consequente fadiga dos enfermeiros e uma eventual diminuição da qualidade dos cuidados de enfermagem.

A preocupação com esta situação foi verbalizada por diversas vezes pela chefia de enfermagem “ *Confessa que sabe que nem tudo está bem no serviço e no trabalho dos enfermeiros: - “ Se eu tivesse mais enfermeiros poderia exigir mais e melhores cuidados*

---

<sup>61</sup> Trata-se da fórmula atualizada em 1998 pelo Departamento de Recursos Humanos da Saúde e que tem em conta indicadores como a lotação do serviço, a taxa de ocupação, as horas de cuidados necessárias, o nº de dias de atividades do serviço/ ano e as horas de trabalho por enfermeiro por ano.

*de enfermagem. Também só podemos exigir até certo ponto e eu não posso esticar mais os enfermeiros.”* (NC, 23). Sem grandes soluções para resolver o problema insiste junto da Direção de Enfermagem pela necessidade de mais pessoal.

Ainda que não tenha sido possível aferir do impacto destas situações na qualidade dos cuidados de enfermagem foi possível constatar, em alguns momentos de observação, o cansaço e algum desalento manifestado pelos enfermeiros. Nestes momentos EC intensifica os reforços positivos aos enfermeiros ou discute com eles a situação “ [No fim de uma formação realizada por uma enfermeira do serviço] *Iniciam de seguida uma pequena reflexão sobre a situação do serviço em que EC transmite a sua preocupação com a sobrecarga de trabalho e a necessidade de turnos extraordinários mas também com uma eventual quebra da qualidade de cuidados. Os enfermeiros vão escutando atentamente não manifestando pressa em sair*”. (NC, 34). Estas estratégias evidenciam a consciência, por parte da chefia, de que nem sempre os recursos humanos existentes são os necessários e da influência negativa que esta situação pode ter nas práticas dos enfermeiros e na qualidade dos cuidados. A manutenção da motivação dos enfermeiros passa, nestes momentos, pelo reconhecimento do seu esforço e por uma abordagem partilhada ao problema.

#### **4.3.4.3 – Cultura de segurança**

A última dimensão do tema “um agir no ambiente de cuidados” diz respeito às intervenções da chefia no sentido da promoção de um ambiente que prima pela segurança do cliente. A cultura de segurança é, segundo a WHO (2008), o produto de valores individuais de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a segurança. A sua importância radica na sua finalidade, ou seja, na implementação de uma cultura que visa minimizar eventos adversos e eliminar erros evitáveis nas organizações de saúde.

Nesta dimensão foram identificadas duas categorias – o **estímulo aos comportamentos de segurança e analisar os eventos adversos**.

##### **4.3.4.3.1 – O estímulo aos comportamentos de segurança**

A ênfase dada pela chefia à segurança dos doentes e dos próprios profissionais foi observada no quotidiano. As suas intervenções centravam-se sobretudo na disponibilização e controlo de condições e no cumprimento das normas de segurança.

Relativamente à primeira subcategoria foi possível identificar o ótimo apetrechamento do serviço quanto à existência de material, nomeadamente, de controlo de infeções. Os

doentes infetados ou colonizados eram isolados num dos quartos da enfermaria onde se criavam condições para estabelecimento de barreiras de proteção ficando somente um dos enfermeiros afeto a este (s) doente (s) durante um turno. A sua saída do serviço era sempre acompanhada de desinfetante colocado na cama que possibilitava a higienização das mãos dos profissionais e imposta a mudança de roupa da cama.

A existência de outro tipo de material como grades em todas as camas e a possibilidade das mesmas baixarem protegia as quedas dos doentes. Neste âmbito, também se verificaram intervenções da enfermeira chefe na verificação da fiabilidade de alguns equipamentos como seja dos alarmes de oxímetros, da máquina de gases ou ainda do acesso rápido a equipamentos de atuação em situações de urgência: *“ Na UCI chama a atenção para a localização de umambu que se encontra pendurado num suporte na parte de trás da cama: “ R, esteambu está muito fora de mão. Caso haja uma urgência têm de dar a volta toda à cama para o conseguirem tirar.” Vai atrás da cama, puxa oambu e coloca-o num outro suporte por cima do doente e mais facilmente acessível”*. (NC, 7).

O cumprimento das normas de segurança e, em especial, as relativas à prevenção das infeções nosocomiais foi uma das preocupações mais visíveis de EC: *“ Cada vez mais vamos tendo mais doentes infetados e ainda aumentarão mais se não tivermos os cuidados devidos. O nosso serviço nas reuniões da Comissão de Controlo de Infeções é sempre apontado como um serviço que tem conseguido controlar as infeções mas isso é porque temos feito um enorme sacrifício nesse sentido.”* (NC, 8).

O cumprimento destas normas é reforçado frequentemente com orientações e intervenções pontuais junto dos AO *“ À saída do quarto chama a atenção do AO por este estar a colocar roupa suja em cima da tampa de um carro de roupa: - “Então L. o que é isto? ”. Este desculpa-se dizendo que era só para pousar um bocadinho mas EC responde-lhe: - “E infetou a tampa do carro. Agora vai ter de desinfetar a tampa, está bem?”*. (NC, 29) ou ainda na validação das suas práticas mas também dos enfermeiros *“ [Numa reunião com os AO] “E então se cair sangue no chão como é que faz para o limpar?”. A AO hesita durante algum tempo mas depois diz: - “ Atiro bastante água oxigenada para cima.”. EC insiste:- “ E então quem acha que se deve fazer outra coisa?”. Uma das AO responde: - “ Eu poria lixívia e depois cobria com um resguardo”. EC diz então que a água oxigenada não faz nada em termos da desinfecção, só tira a cor do sangue.* (NC, 2).

O estímulo aos comportamentos de segurança estende-se também à segurança do acompanhamento dos doentes do bloco operatório, na identificação correta dos doentes do serviço, no controlo de estupefacientes ou ainda na prevenção de erros de medicação “ [Numa situação em que os enfermeiros estavam a administrar terapêutica por uma via de administração diferente da prescrita] “ – *L., administrar terapêutica com prescrição telefónica não pode continuar. Há computadores por todo o lado no hospital e os médicos podem-no fazer de outros locais. Isto é um erro que pode ser imputado aos enfermeiros.*” (NC, 14).

A implementação de uma cultura de segurança implica consolidar, elucidar e direcionar as atitudes dos profissionais de primeira linha assim como das condições de segurança do próprio serviço (Vogus, Sutcliffe, & Weick, 2010, citados por Madeira, 2012). Consentâneo com esta opinião evidencia-se, neste serviço, que esta cultura está dependente, em grande parte, das intervenções por parte da chefia.

#### **4.3.4.3.2 – Analisar e aprender com os erros**

Negar uma cultura de segurança significa que se arrisca a perpetuar a não-exposição de falhas persistentes no sistema de prestação de cuidados de saúde. A atitude de secretismos e protecção, invocada no passado, é atualmente contraproducente. Os erros devem ser abordados de forma educativa e no sentido de melhorar os cuidados prestados, só assim será possível que todos se sintam seguros dentro do sistema de saúde (Bohne & Peruzzi, 2010).

Na altura em que se realizou este estudo o hospital não possuía sistema de reporte de erros. Contudo, a enfermeira chefe explorava a análise dos incidentes de segurança do doente como forma de perceber eventuais causas e definir estratégias de prevenção, como se exemplifica com a seguinte asserção “ [Durante uma passagem de turno] *De seguida aborda a situação que se passou com a Sr<sup>a</sup>. D. M. dizendo que falou com os colegas da equipa. Diz que não está em causa apurar culpados mas sim identificar se os procedimentos adotados são os mais corretos. - “Analisei com os vossos colegas a situação e não me pareceu que tenha havido procedimentos incorretos da nossa parte. A única coisa que detetei foi que não estava registado a avaliação pupilar da doente. Por isso, os colegas ficaram de escrever um procedimento para a receção do doente para normalizarmos e revermos as intervenções.*” (NC, 6). Esta forma de lidar com eventos críticos só é possível num ambiente não punitivo que promova a aprendizagem com o erro. É esta cultura aprendente que permite corrigir deficiências do sistema,

alterar comportamentos dos profissionais que melhora a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes (Miranda & Esquire, 2013).

#### **4.3.5 – Um agir nas práticas dos enfermeiros**

O tema - um agir nas práticas dos enfermeiros - pretende relatar o que foi compreendido e interpretado relativamente às práticas de gestão de cuidados da chefia operacional de enfermagem com impacto, de forma mais focalizada, nas práticas dos enfermeiros.

Os enfermeiros chefes gerem e lideram equipas que estão na linha da frente do sistema de saúde, em contato e intervindo diretamente nos clientes e família. A qualidade do seu exercício profissional influencia inevitavelmente a qualidade dos cuidados de enfermagem (Duffy, 1992; Latham, 1996; Swan, 1998; Wolf, Colahan & Costello, 1998; Yeakel, Maljanian, Bohannon & Coulombe, 2003). Daqui decorre que as intervenções que a chefia operacional realiza diretamente junto dos enfermeiros poderão influenciar as suas práticas.

Considerando as práticas de gestão de cuidados observadas e o verbalizado pelos enfermeiros entrevistados considerou-se, neste tema, três dimensões – a supervisão das práticas dos enfermeiros, a avaliação dos cuidados e a orientação aos cuidados de enfermagem que, embora se apresentem separadamente, decorrem num processo contínuo e cíclico.

##### ***4.3.5.1 – Supervisão das práticas dos enfermeiros***

A supervisão tem a sua origem nos modelos tayloristas de organização industrial podendo ser entendida, neste sentido, como a função de direção exercida ao nível operacional. Era então uma função essencialmente centrada na assistência à execução das atividades do supervisionado, entendida como um ato de vigiar e controlar e, deste modo, com uma conotação negativa.

Na enfermagem, a supervisão das práticas clínicas dos enfermeiros tem acompanhado a evolução dos seus percursos de profissionalização sendo atualmente encarada como uma condição necessária para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (Macedo, 2012).

Embora a literatura da área se debruce, fundamentalmente, sobre a supervisão em enfermagem no âmbito dos estudantes em ensino clínico a supervisão de pares, nomeadamente, entre enfermeiro chefe e enfermeiro prestador de cuidados continua a exercer-se fazendo parte das funções da chefia operacional de enfermagem. Esta

perspetiva da supervisão, designada como supervisão administrativa, está hoje conotada com a ideia de desenvolvimento profissional com vista à qualidade das práticas e à mudança organizacional (Macedo, 2012).

#### **4.3.5.1. 1 – Supervisão como controlo e desenvolvimento**

A supervisão das práticas dos enfermeiros por parte da chefia de enfermagem foi identificada como fazendo parte do seu quotidiano. Esta supervisão realizava-se em diversas situações e momento mas predominantemente foram identificados os momentos de passagem de turno e as “rondas” diárias pelas enfermarias como aqueles que refletiam esta função, no âmbito da gestão de cuidados. Nas primeiras era visível o estado de atenção com que a enfermeira chefe escutava a exposição dos enfermeiros, o olhar a dirigir-se para o quadro com o plano de cuidados dos doentes ou o acompanhamento do relato oral dos enfermeiros com o processo eletrónico aberto e que revia face ao que era descrito.

Nas passagens pelas enfermarias o olhar atento, como que um radar, levava a pedidos de esclarecimento aos enfermeiros, pequenas sugestões ou intervenções pontuais. O diálogo com os doentes estava, sempre que possível, presente e do que identificava e compreendia da situação clínica, familiar ou psicológica de alguns doentes decorriam posteriormente outras intervenções. Consentâneo com o que foi descrito na dimensão ser líder identificou-se que o modo de operacionalizar esta função era diverso. Momentos foram observados em que a chefia assumia uma postura mais diretiva e em que a supervisão evidenciava o sentido de controlo das práticas “ *Na continuação da passagem de turno realizada pela enfermeira M.. esta refere que o Sr. L. aparentava dores pois levou a noite a gemer. I. diz que fez tudo o que podia para lhe tirar as dores ao que EC questiona: - “ E tudo foi o quê?”. M. responde que lhe fez a terapêutica prescrita em SOS mas EC insiste ainda: - “ Mas que tipo de dor? E a escala de dor?”*. (NC, 4).

No serviço devem cumprir-se escrupulosamente as normas de atuação definidas como sejam as da Comissão de Controlo e Prevenção de Infeção e outros protocolos concebidos no próprio serviço podendo as mesmas também ser objeto de supervisão “[ Durante uma passagem pela UCI] *De seguida pede para irem ver as extensões de um dos doentes e mostra ao chefe de equipa a data de uma delas: - É preciso confirmar as datas de mudança do material pois existem regras claras sobre isso. E têm de se controlar uns aos outros nesse sentido pois às vezes podem falhar*”. (NC, 24). Estas

normas elaboradas frequentemente com base em *guidelines* internacionais promovem a standardização das intervenções dos enfermeiros e são fundamentais para a promoção de práticas seguras e de qualidade (Fullbrook, 2003).

Este tipo de intervenções que Hesbeen (2011, p. 96) chama de “repères aidants” chamam a atenção para a omissão de alguns cuidados, para a hipótese de outros de melhor qualidade ou até para a proteção dos próprios enfermeiros como no exemplo seguinte “ [Durante uma passagem de turno] *EC pede-lhe para que leia as notas que escrevera e depois de escutar o que a enfermeira lê diz que estas não revelam o que realmente se passou: - “Não se esqueçam que se pode pôr a dúvida do cateter se ter exteriorizado ao levantar o penso. O que se passou de facto tem de estar refletido nas notas de enfermagem.”* (NC, 20).

Contudo, noutros momentos, esta função aparentava ter um sentido de menor controlo sendo mais dirigido ao desenvolvimento dos enfermeiros presentes “*A enfermeira A. continua a passar os seus doentes. Diz que colocou óculos nasais à doente. EC pergunta porque optam por esta via de administração de oxigénio. A resposta dos enfermeiros não é pronta. Fico com a ideia que alguns hesitam até que uma das enfermeiras presentes explica como faz as suas opções de seleção da forma de administração do O2. EC parece ficar satisfeita com a resposta: - “ Está bem, muito bem. É que constato que neste serviço há fases em que só gastam óculos. Outras fases em que só se gastam sondas o que me faz pensar que isto é mais por modas do que justificado.”* (NC, 5). Em causa parece estar um acompanhamento e um envolvimento por parte da chefia num processo de aprendizagem que se justifica, particularmente, quando existem tantos enfermeiros jovens e poucos experientes que necessitam de mais conhecimentos, competências e apoio a uma tomada de decisão consciente e fundamentada.

A função de supervisão da enfermeira chefe do serviço surge como um instrumento dirigido ao controlo das práticas dos enfermeiros mas também à sua formação e desenvolvimento. É também uma função de acompanhamento e da qual decorrem orientações envolvendo grande potencial de impacto direto na qualidade das práticas dos enfermeiros.

#### **4.3.5.2 - Avaliação dos cuidados de enfermagem**

Focou-se, na categoria anterior, a supervisão das práticas dos enfermeiros como atividade de gestão de cuidados da chefia operacional de enfermagem essencial para

garantir a qualidade dos processos de cuidados. Na presente categoria é abordada a avaliação dos cuidados focando-se na sua componente de resultado.

Avaliar os resultados dos cuidados de enfermagem implica que se disponham de dados diversos, fiáveis e precisos, que reflitam as modificações no estado de saúde dos doentes ou ganhos em saúde resultantes das intervenções dos enfermeiros. A Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE) uniformizando a linguagem utilizada nos registos de enfermagem permite atualmente a disponibilização de dados que possibilitam a medição dos resultados das intervenções dos enfermeiros.

#### ***4.3.5.2.1 – Um modo informal de avaliar***

Tal como na fase anterior do estudo não se identificaram, por parte da chefia de enfermagem, estratégias de avaliação dos resultados dos cuidados de enfermagem estruturadas e formalizadas. O facto do sistema informático da CIPE estar implementado há pouco tempo centra a atenção de EC na discussão em torno da linguagem utilizada e seu significado e não na utilização dos seus dados. Também o sistema de acreditação em curso no hospital avalia sobretudo indicadores de processo e não de resultados.

O discurso de todos os entrevistados é unísono em considerar que a qualidade dos cuidados prestados no serviço é muito boa, valorizando a componente técnica e humana dos cuidados. Como dados objetivos salientam os valores praticamente residuais das taxas de incidência de úlceras por pressão e quedas no serviço. Detetou-se haver consciência, por parte de alguns enfermeiros, que estes indicadores estão relacionados com os cuidados de enfermagem prestados e são metas estabelecidas pela enfermeira chefe como visível pelo excerto de umas notas de campo: [Numa passagem de turno em que EC não está presente “ *A enfermeira M. faz a passagem de forma pormenorizada. Descreve as lesões e tratamento realizado aos pés do Sr. A. e acrescenta: - “A chefe estava fula e com razão. O doente não trazia as lesões e nós nunca cá temos escaras”* (NC, 17).

EC reconhece a importância de indicadores quantitativos para evidenciar o trabalho dos enfermeiros e tem grande esperança que a implementação do SIE CIPE venha facilitar essa avaliação. Mas também refere “... *algumas situações falam por si. São autênticos milagres mas têm muito do nosso trabalho, e o reconhecimento dos doentes e famílias demonstra-o. Mas de facto falta medir esses resultados e divulgá-los.*” (NC, 12). Estas ideias corroboram a valorização que na atualidade se dá à avaliação dos resultados

sensíveis aos cuidados de enfermagem como forma de demonstrar junto dos utentes, administrações das organizações de saúde e decisores políticos do contributo específico dos cuidados de enfermagem mas também para identificar o que pode e deve ser melhorado no processo de cuidados dos doentes (Pereira, 2007; Duffy, 2009; Hesbeen, 2001).

Apesar desta reduzida medição de indicadores as evoluções positivas do estado de saúde dos doentes são discutidas e valorizadas também como resultado do investimento dos enfermeiros e, com frequência, utilizadas como estímulo e motivação ao seu bom desempenho. O exemplo que se segue transmite este estímulo: “*No fim da passagem de turno EC conta que ontem esteve de visita a um Centro de Reabilitação no Algarve e que vira lá 2 antigos doentes do serviço. Perguntam-lhe de imediato quem eram os doentes. EC diz que eram o I. e a A. Descreve como ambos estavam dizendo que o I. já andava embora com bastante dificuldade. Quanto à A. conta que a jovem já comunica e faz cálculo através de imagens. - Estou-vos a contar isto para verem o quanto o nosso trabalho é fundamental para a recuperação dos doentes. Muitos dos nossos doentes não recuperam totalmente mas recuperam muito e o nosso trabalho contribui e muito para isso. Tenho pena que não tenham visto estes doentes e como eles já recuperaram tanto.*” (NC, 18).

É ao nível da avaliação da satisfação dos doentes que se identificaram mais intervenções de EC que, embora de forma informal, o faz nas muitas conversas com os doentes e famílias. O reconhecimento dos doentes e famílias expresso em cartas ou pequenas lembranças são sempre referidos nas passagens de turno e expostos na sala de trabalho.

A avaliação dos cuidados de enfermagem é reconhecida como um processo complexo que como refere Hesbeen (2001) “*deve apoiar-se em dados numéricos, mas não apenas neles*” (p. 77). Este mesmo autor (*ibidem*, 2001) chama a atenção para a importância dos resultados mas também para a valorização das ações desenvolvidas, a identificação dos meios para progredir e a discussão multidisciplinar sobre as situações em questão. Estas são vertentes consideradas pela enfermeira chefe ainda que surjam aos olhos de quem observa de forma pouco estruturada e sistematizada.

Em síntese, a avaliação dos resultados dos cuidados de enfermagem é reconhecida como uma actividade importante para a gestão de cuidados. Para além da visibilidade do trabalho dos enfermeiros que daí pode decorrer ela pode ter impacto, entre outros, na motivação e auto estima dos enfermeiros ou em mudanças nas suas práticas

profissionais. Contudo, os modos de concretizar esta avaliação são, globalmente, informais.

#### **4.3.5.3 – Orientação aos cuidados**

A orientação aos cuidados acompanha e completa as dimensões supervisora e avaliativa da chefia operacional. A prestação de cuidados de enfermagem a pessoas com alterações do foro neurocirúrgico e neuro traumatológico exige que o enfermeiro possua competências em vários domínios. Tal exigência decorre da complexidade e gravidade de muitas das situações clínicas dos doentes, das limitações físicas e, por vezes, comportamentais decorrentes da doença e dos longos processos de recuperação e adaptação que necessitam.

A heterogeneidade da equipa de enfermagem com níveis de experiência e competência diversos implicam, com frequência, orientações aos cuidados que EC assume. Trata-se, assim, de uma dimensão que evidencia a importância dos saberes e experiência da chefia operacional de enfermagem assim como o seu impacto nas práticas dos enfermeiros. Nesta dimensão identificaram-se duas categorias: **Orientação direta aos cuidados e animação da equipa.**

##### **4.3.5.3.1 – Orientação direta aos cuidados**

Ao enfermeiro de cuidados gerais cabe, genericamente, apreciar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias a cada doente, ajuizando dos seus resultados. Na observação identificaram-se orientações aos cuidados dirigidas ao apoio a todas estas fases que tomavam a forma de orientações concretas alertando para as mais variadas situações e respostas necessárias. Eram intervenções que, se adotadas pelos enfermeiros, não só orientavam as suas práticas como otimizavam os cuidados, preveniam complicações ou influenciavam o bem-estar dos doentes, conforme o exemplo seguinte: “*Na passagem de turno da Sr.<sup>a</sup>, D. M, a enfermeira refere que a doente teve de colocar de novo o cateter lombar e que foi muito doloroso. EC comenta: - “Então não havia de ser? É uma punção lombar! Atenção, ao baixarem as grades da cama desta senhora e também nas mobilizações. Por favor, vejam também como está fixo o cateter. Talvez colocar mefix no trajeto do cateter. Esta senhora tem sofrido imenso com isto tudo. Vamos tentar implementar todas as medidas para que este não se exteriorize outra vez.”* (NC, 20).

Embora, muitas destas orientações se dirigissem, com frequência, a aspectos técnicos dos cuidados integravam também orientações relativas ao alívio do sofrimento,

avaliação psicológica, familiar ou social dos doentes. Estas estimulam um olhar diferente e mais compreensivo sobre a Pessoa de cada doente e abrem caminho a cuidados mais humanizados.

#### **4.3.5.3.2 – A animação da equipa**

Para Hesbeen (2011), “animer” significa “mettre en mouvement” e “donner une âme” (p. 97) o que parece corresponder a alguns dos momentos em que as orientações aos cuidados, por parte da chefia, se realizavam recorrendo a estratégias mais centradas na reflexão e debate. Sabe-se que a reflexão é uma fase fundamental da aprendizagem e que a reflexão sobre as práticas é uma importante estratégia para o desenvolvimento de saberes profissionais (Schon, 1994).

Do que foi possível observar o estímulo à reflexão e debate partia habitualmente da enfermeira chefe que aproveitava situações banais ora mais críticas para lançar dúvidas, apelo a opiniões ou questões como “o que aconteceu?”, “o que se fez?”, “porque se fez” ou “o que acham que se poderia fazer?”. Estas questões estimulam os enfermeiros à retrospectiva das suas práticas e, porque o processo de reflexão é voluntário e intencional, mantém-lhes em aberto a possibilidade de mudar (Santos & Fernandes, 2004).

Neste domínio tanto se discutiram propriedades de cremes, como administração de alimentação parentérica, as vivências de familiares de doentes com critérios para doação de órgãos ou a instilação da esperança aos doentes. Nestes momentos mais que dar indicações, estimulava-se o debate, os saberes e experiências de uns e outros mas também as dificuldades de todos.

A contribuição da chefia para estas reflexões e debates decorre, de acordo com Hesbeen (2011), da sua capacidade “à élever la réflexion sur les pratiques” (p. 96). Ou seja, a orientação que a enfermeira chefe dá a estes momentos poderá ajudar os profissionais a clarificar os seus próprios olhares sobre as situações, a compreender os dos outros abrindo novos caminhos à forma de cuidar a pessoa doente.

A animação da equipa faz-se também pelo estímulo à autonomia da profissão e à mobilização das suas atividades independentes “ [Durante uma passagem de turno] A *Enf.<sup>a</sup>* relata que devido a obstipação tinha sido contactado o médico que prescreveu *Bisacodil*. *EC* mostra-se admirada: - “Perante esta situação o que se poderia ter feito primeiro?” A enfermeira *S.* diz que se poderia ter feito uns microlax. *EC* diz: - “ Exacto. Se queremos ter autonomia temos de saber tomar decisões.” (NC, 10).

Embora o estudo não apure relações causais entre as orientações aos cuidados da enfermeira chefe e as práticas dos enfermeiros estas são evidenciadas no discurso dos mesmos *”Isto tudo, nós não trouxemos da escola, não... Estas coisas que a gente pensa e faz aprendemos cá. Eu, aprendi muito cá, com a Enf.<sup>a</sup> EC, ela, às vezes, é uma chata... (risos) Mas, hum, influencia a nossa forma de trabalhar...”* (E7); *“ A Enf.<sup>a</sup> EC não quer que a gente caia numa rotina, .... Porque se faz daquela maneira sem se questionar de porque é que se faz daquela maneira. Ela, quando nos faz as perguntas quer que a gente saiba porque é que anda a fazer as coisas? Como forma de melhorar a prestação de cuidados, não é? Se a gente não sabe, faz como rotina, se as coisas correm mal e a gente não percebeu porque é que falhou, então vai continuar a cometer sempre esse erro e é isso que ela quer evitar.”* (E11).

Do sentido destes discursos infere-se uma influência das práticas de orientação da chefia operacional nos conhecimentos dos enfermeiros, nas suas capacidades, nos seus comportamentos mas também na riqueza do seu olhar. Como referido anteriormente a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros dependem destes determinantes.

#### **4.3.6 – Um agir no processo de cuidados**

O último tema identificado – um agir no processo de cuidados – pretende explicitar as intervenções de gestão de cuidados da chefia operacional identificadas com um impacto, mais focalizado, no processo de cuidados.

Apesar de se ter assistido a intervenções diretas de EC no âmbito do apoio a doentes e famílias e mesmo na execução de alguns cuidados de enfermagem estas não foram consideradas como atividades de gestão de cuidados pelo que não foram analisadas.

Assim, identificou-se neste tema uma dimensão - **coordenação de cuidados e de processos** que integra várias categorias que descrevem, de acordo com a análise realizada, as intervenções da enfermeira chefe neste domínio.

##### **4.3.6.1 - Coordenação de cuidados e de processos**

De acordo com Collière (1999) *“ toda a situação de cuidados é o encontro com uma pessoa que vive uma doença, uma deficiência ou que encontra uma dificuldade que pode ter efeitos na sua saúde”* (p. 295), encontro esse, que deve ser seguido de um acompanhamento, ou seja, *“dum percurso feito em comum.”* (Hesbeen, 2001, p. 23). Esta é a missão fundamental dos enfermeiros prestadores de cuidados e na qual devem estar centrados. Contudo, no quotidiano, esta missão é condicionada por múltiplos fatores dos quais se salientam os que decorrem da interdependência de funções, da

necessária interdisciplinaridade dos cuidados a prestar ou das dificuldades das conexões dentro da organização ou no próprio Sistema de Saúde. A coordenação de cuidados, enquanto atividade de gestão de cuidados da enfermeira chefe interfere em alguns destes fatores condicionadores do processo de cuidados. Consideraram-se duas categorias, a saber: **articulação intra e interdisciplinar** e a **gestão do fluxo de doentes e de altas complexas**.

#### **4.3.6.1.1 – Articulação intra e interdisciplinar**

A importância da função de articulação que a chefia operacional de enfermagem exerce entre os diferentes profissionais é frequentemente descrita na literatura em enfermagem (Potra, 2006; Drach- Zahavy & Dagan, 2002; Hubinon, 1998; Mintzberg, 1994). Hubinon (1998) defende mesmo que o enfermeiro chefe se pode tornar o pivô central da comunicação e da negociação interdisciplinar.

Esta função foi observada em múltiplos momentos e situações do quotidiano em que a chefia fazia a ligação entre os enfermeiros das diversas equipas ou dos diversos setores, nomeadamente, nas passagens de turno e reuniões com os chefes de equipa e os AO. Nestes momentos foi notória a atenção com que acompanhava os relatos dos enfermeiros e a anotação de informações/ assuntos. Algumas informações que inicialmente passavam despercebidas à investigadora eram mais tarde retomadas pela enfermeira chefe, junto dos chefes de equipa, dos enfermeiros especialistas ou de outros enfermeiros fazendo a ponte entre os profissionais e permitindo a continuidade das situações ou informações.

Por sua vez, o servir de interface entre a enfermagem e profissionais de outras disciplinas foi observado junto de um conjunto alargado de profissionais de saúde, nomeadamente, médicos, assistente social, fisioterapeutas, farmacêuticos, dietistas. Muitas vezes esta articulação, numa procura constante de agilização dos processos de cuidados, ultrapassam “regras” que a sua autoridade permite “ *A médica fisiatra, Dr.ª X. também anda pela enfermaria observando alguns doentes. Traz umas folhas de prescrição médica de fisioterapia com o nome dos doentes. EC pergunta-lhe se tem alguma coisa pedida para a D. M.L. A médica diz que não e EC pede-lhe para avaliar a doente pois esta ficou com uma hemiparesia direita muito acentuada após a intervenção cirúrgica. A médica diz que vai já observar*”. (NC, 13). A imagem que passou foi a de um profissional que está como que numa placa giratória, a quem todos

se dirigem e que consegue “unir, harmonizar todas as ações e todos os esforços para um mesmo objetivo” (Hubinon, 1998, p.183).

A singularidade de cada pessoa internada dita necessidades individuais cujas respostas dependem de uns e de outros mas às quais a organização do sistema hospitalar, ainda com traços tayloristas, demora a dar resposta. O papel de articulação entre vários atores profissionais que EC assume permite discussão, negociação e, o mais importante, integração dos cuidados e das terapêuticas dos vários profissionais.

As chefias operacionais de enfermagem ocupam uma posição que permite o que Drach-Zahavy & Dagan (2002, p. 20) nomeiam de “glue function” da equipa de saúde e que, no presente estudo, é visível, por exemplo, nas “visitas” médicas. Nestes momentos, EC assume a voz da enfermagem do serviço, falando ou estimulando os enfermeiros presentes a fazê-lo mas também questiona e propõe considerando aspetos mais globais da situação e tratamento dos doentes ou da otimização dos cuidados. São exemplos destas intervenções os questionamentos que faz relativamente a prescrições para retirada de cateteres centrais, suspensão de soros, antibioterapia ou desalgaliações que, se não necessários, são fonte potencial de infeções e de outras complicações. A influência das intervenções de EC pôde ainda constatar-se no pedido de referenciação para outros profissionais, por exemplo, face à existência de dores de grande intensidade, promovendo o bem-estar do doente.

Mas integram-se também nestas intervenções sugestões para o planeamento da alta de doentes que fazem apelo a alguma criatividade (Kérouac et al., 1994) “ *Então se as análises do Sr.P. já vieram negativas e o penso também já não está a drenar não poderá dar-se alta e fazer a vancomicina através dos Cuidados Continuados do Hospital?*”. (NC, 18).

Sintetizando e como evidenciado na fase anterior do estudo muitas destas intervenções sugerem uma influência no processo de cuidados, otimizando os cuidados prestados, diminuindo a taxa de demora média dos doentes internados e o risco de infeção, entre outros.

#### ***4.3.6.1.2 – Gestão do fluxo de doentes e de altas complexas***

A gestão do fluxo de doentes num serviço é especialmente importante naqueles em que a sua capacidade é inferior às necessidades, como no presente caso.

Como referido trata-se de um serviço integrado num hospital que serve de referência a uma determinada área do país e com serviço de urgência do que decorre uma entrada

imprevisível de doentes. Acresce que sendo um serviço cirúrgico tem inevitavelmente de responder a cirurgias programadas que ficam muitas vezes condicionadas à existência de vagas. Muitas das situações clínicas que se vivenciaram durante o período de observação eram situações graves, por vezes de limite de vida ou com sequelas tão graves que impunham longos períodos de internamento. Por sua vez, a existência de doentes infetados com MRSA com necessidades de isolamentos agravavam ainda mais a disponibilidade de vagas. Num determinado período chegaram a existir dezanove doentes do serviço internados noutros serviços do hospital.

O fluxo de doentes entre os vários setores do serviço conta frequentemente com a colaboração dos chefes de equipa que organizam a mobilização de doentes de forma a existirem camas disponíveis na UCI ou UCINT para receberem doentes operados. Mas noutros momentos era solicitado apoio a EC que nem sempre tem soluções para resolver a situação “- *Sei que precisamos de camas, precisamos de dar altas mas atenção não a qualquer custo para o doente e a família*” (NO, 22), “*EC vai olhando para o quadro da sala de trabalho com o nome dos doentes e diz que é preciso fazer transferências para os operados: - Isto está mal. São os doentes ventilados, os infetados, os que estão pior. Não sei bem o que propor.*” (NC, 14).

O estrangulamento no fluxo de doentes está, quase sempre, relacionado com a impossibilidade de dar altas que, por sua vez, causam atrasos nas admissões vindas do serviço de urgência, levam ao cancelamento de procedimentos eletivos mas frequentemente graves e “desaceleram” a dinâmica produtiva do serviço. Esta situação é algo que preocupa EC “ *Queremos aumentar um pouco a produtividade pois temos tantos doentes em lista de espera mas não conseguimos pois temos estes doentes todos para escoar.*” (NC, 23). Algumas das estratégias de otimização de cuidados, referidas na categoria anterior, poderão ser fundamentais para aumentar a eficiência operacional do serviço.

Embora o planeamento da alta dos doentes faça parte das competências do enfermeiro prestador de cuidados assistiu-se ao envolvimento de EC nestes processos e, conseqüentemente, no processo de cuidados.

Na observação identificaram-se três tipos de estratégias. A primeira em que EC se envolve no plano de reabilitação de alguns doentes, apoiando e incentivando a conceção de planos de cuidados com maior intervenção das enfermeiras especialistas. A segunda mais centrada no sistema familiar do doente e em que EC identifica as capacidades e

expetativas familiares relativamente à situação dos seus doentes e planeia a sua capacitação para apoiarem os doentes em casa. E, uma última, em que se envolve na mobilização de recursos da comunidade para que a transição para outra instituição se faça de forma segura e garanta a qualidade de cuidados ao doente “*Entretanto aparece uma das médicas para saber dos processos de alta do Sr. JB e da D. R. EC diz que preferia que o doente só fosse para o lar quando tivesse menos secreções pois teme que não lhe façam as aspirações necessárias.* (NC, 14). Em algumas situações mais complexas a gestão dos processos de alta podem durar semanas e mobilizar muitos intervenientes e processos: Equipa de Gestão de Altas do Hospital, médicos, lares, aluguer de ventiladores portáteis, formação aos enfermeiros dos lares, requisição de ambulâncias medicalizadas, serviços de cinesioterapia, enfermeiros dos cuidados continuados do Hospital, autorizações de administradores.

Conforme refere EC “- *Manter a engrenagem a funcionar é difícil e dá muito trabalho*” (NC, 19), mas a sua intervenção neste âmbito evidencia a relevância do papel de gestor de cuidados da chefia operacional de enfermagem. As situações observadas demonstram a influência das suas intervenções na eficiência operacional do serviço, no tempo de demora média de internamento, mas também, por exemplo, na capacitação da família para a assistência no auto cuidado do doente.

Esta preocupação com a produção e com a eficiência operacional do serviço, já mencionada na 2ª fase da investigação, poderá igualmente refletir a influência dos novos modelos de gestão dos hospitais e da NGP que valorizam estes indicadores nas tomadas de decisão relativas aos contrato- programa.

No entanto, não pode deixar de ser referido que a implementação do método de enfermeiro responsável ou de outras estratégias de coordenação de cuidados que envolvam os enfermeiros, nomeadamente, os enfermeiros especialistas poderá ser uma mais-valia.

#### **4.4 – Considerações finais sobre o estudo**

A 3ª fase desta investigação concretizou-se através de um estudo de caso realizado num serviço de internamento hospitalar e teve como objetivos compreender as práticas quotidianas de gestão de cuidados das chefias operacionais de enfermagem e equacionar a sua contribuição para a qualidade dos cuidados de enfermagem. Deste modo, o foco principal de atenção do estudo foram as práticas de gestão de cuidados da enfermeira chefe do serviço mas também os efeitos que as mesmas parecem fazer emergir.

Duma forma geral foi possível identificar que as intervenções quotidianas de gestão de cuidados protagonizadas pela chefia operacional de enfermagem podem ser agregadas de forma similar à realizada no estudo anterior, ou seja, correspondem ao que na segunda fase do estudo se designou de dimensões do processo de gestão de cuidados. Constataram-se assim intervenções no âmbito da organização de cuidados, mobilização de recursos, supervisão, avaliação e orientação de cuidados e, ainda, de coordenação de cuidados e de processos de cuidados.

Também nesta fase da investigação a identificação de intervenções quotidianas no âmbito do planeamento de cuidados foi pouco visível. Embora se tenham observado algumas orientações da enfermeira chefe que indiciavam alguma colaboração ao planeamento de cuidados a realizar pelos enfermeiros, o planeamento, enquanto função de gestão de cuidados da chefia operacional de enfermagem, aparenta estar mais ligado à fase de montagem do serviço em que se planeiam e definem métodos de trabalho e de funcionamento ou definem objetivos. Estes dados são consistentes com resultados de estudos que têm investigado o trabalho dos enfermeiros chefes e que evidenciam que esta função é pouco valorizada por estes profissionais (Mintzberg, 1994; Darras, 1998; Drach- Zahavy & Dagan, 2002; Rocha, 2004; Potra, 2006).

Também a nível da delegação de funções de gestão de cuidados constatou-se que esta está prevista nos diversos cargos que os enfermeiros assumem no serviço. Não obstante a clareza destas funções estas tornam-se, por vezes, transversais e comuns a vários cargos podendo influenciar a eficiência do processo. Na prática, no turno da manhã em que a chefia operacional está presente estas funções são habitualmente assumidas por esta revelando que a gestão de cuidados é uma função charneira do seu papel de enfermeiro chefe.

Os dados obtidos no estudo remetem para a relevância do sentido atribuído aos cuidados e dos “saberes recursos” da enfermeira chefe como elementos que sustentam e balizam as suas práticas de gestão de cuidados. No primeiro identificou-se que as intervenções de gestão de cuidados da enfermeira chefe sustentam-se em conceções que valorizam cuidados centrados nas necessidades das pessoas doentes e no cuidar em enfermagem. Do seu discurso orientador emergem valores como o respeito, o bem-estar do doente, a sua dignidade, a valorização e parceria com a família abrindo caminho a uma cultura de cuidados *cuidadora*.

A análise dos dados obtidos demonstrou também a importância da diversidade de “saberes recursos” mobilizados pela chefia operacional nas suas práticas. É esta mobilização assim como o “savoir quoi faire” (Boterf, 1999) que lhe permitem gerir a complexidade de muitas situações de gestão de cuidados e ser referente para a equipa de prestadores de cuidados.

O estudo teve ainda em atenção os modos de fazer e estar da chefia operacional de enfermagem tendo-se constatado que o ser líder e “ser presença” funcionavam como os modos que acompanhavam as práticas de gestão de cuidados.

Estabelecer um padrão de cuidados mesmo que exigente, desde que não irrealista, permite definir metas que norteiam e balizam as práticas dos enfermeiros seja nos aspetos técnicos dos cuidados, na sua vertente relacional ou no rigor da linguagem utilizada. Duma forma geral esta exigência é compreendida pelos enfermeiros como um “puxar” por melhores práticas de cuidados e especialmente aceite quando sentem que no outro prato da balança está um líder que também respeita, dá atenção e protege. Os enfermeiros chefes que lideram com humanidade, tal como a evidência científica demonstra, criam um clima adequado ao cuidar, estimulam o sentido de missão, a adoção de comportamentos *cuidadores* e influenciam o compromisso organizacional e profissional, entre outros (Nunes, 2013; Gaspar, 2005; Nyberg, 1998).

Por sua vez o “ser presença” coloca a enfermeira chefe nos “momentos chave” e no centro das atividades nobres do trabalho de enfermagem o que permite conhecer, identificar, orientar, avaliar, supervisionar, dar apoio e segurança. “Ser presença” deverá ser intrínseco ao papel de gestão de cuidados pois não é possível gerir o que não se conhece. A análise dos dados evidenciou assim a utilidade funcional das intervenções que esta presença despoleta mas também o seu valor simbólico. “Ser presença” permite demonstrar que se é um próximo daqueles que cuidam e testemunhar o seu interesse pelo seu trabalho (Hesbeen, 2011).

Quanto às intervenções observadas no âmbito da gestão de cuidados a análise realizada permitiu inferir que as mesmas têm impacto em diferentes domínios como sejam o ambiente de cuidados, as práticas dos enfermeiros e o processo de cuidados.

Relativamente ao ambiente de cuidados este aparenta ser influenciado não só pela estrutura organizativa criada pela chefia mas também pela mobilização de recursos materiais e de equipamentos que criam condições favoráveis à prestação de cuidados e promovem o conforto do doente. Um ambiente em que a organização de cuidados

privilegia o cuidado individualizado aos doentes e com condições físicas, ambientais e logísticas adequadas serão os elementos estruturais básicos mas essenciais para que os processos de cuidados sejam de qualidade. Estes elementos do ambiente de cuidados são reforçados pela cultura de segurança que a enfermeira chefe tenta imprimir no serviço incentivando o cumprimento de normas, criando condições de proteção ou promovendo a análise de situações críticas que possibilitam identificar causas de disfuncionamentos e desenvolvem aprendizagens.

Já as intervenções da chefia operacional de enfermagem no âmbito da supervisão, avaliação e orientação sugerem uma influência mais focalizada nas práticas dos enfermeiros por possibilitarem o seu controlo e o seu desenvolvimento. Se as chamadas de atenção ao desempenho dos enfermeiros e os momentos de reflexão proporcionados pela chefia de enfermagem forem aceites e integradas o seu exercício profissional tenderá a ser de maior qualidade. A prevenção de complicações, a promoção do bem-estar e conforto ou a satisfação dos doentes situam-se entre os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem que foram observados ou podem ser equacionados como suscetíveis de serem afetados pelas orientações realizadas pela chefia de enfermagem.

Por último, destacam-se as práticas de coordenação de cuidados, operacionalizadas pela intervenção em processos de articulação intra e interdisciplinares e nas transições dos doentes dentro do serviço e para a comunidade. A intervenção da chefia de enfermagem neste domínio aparenta afetar dum modo mais focalizado o processo de cuidados, promovendo a sua otimização e a eficiência operacional do serviço.

Em síntese, um olhar global sobre o conjunto de dados produzidos nesta fase da investigação sugere que a contribuição das práticas de gestão de cuidados da chefia operacional de enfermagem para a qualidade em enfermagem emerge dum articulação entre conceções, “saberes recursos”, modos de estar e fazer e intervenções de gestão de cuidados.

A compreensão da contribuição destas práticas para a qualidade dos cuidados de enfermagem remete então para um processo que se vai construindo por influências diversas e de forma indireta.



## **5 – A DINÂMICA DAS PRÁTICAS DE GESTÃO DE CUIDADOS DAS CHEFIAS OPERACIONAIS DE ENFERMAGEM E A CONTRIBUIÇÃO PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: UMA SÍNTESE**

O processo de gestão de cuidados de enfermagem foi estudado, nesta investigação, enquanto componente do papel das chefias operacionais de enfermagem. Em termos gerais, pretendia-se aceder à compreensão do que é feito no âmbito deste papel e do modo como este é operacionalizado. Pretendia-se, ainda, compreender de que forma contribui este papel para a qualidade dos cuidados de enfermagem.

A investigação foi desenvolvida em três fases que correspondem a estudos distintos mas em que cada um contribui para um conhecimento progressivo da problemática em estudo. As duas primeiras fases tiveram como foco central clarificar o processo de gestão de cuidados enquanto papel dos enfermeiros com funções de gestão, a nível operacional. Mais especificamente, na 1ª fase, procurou-se aceder às imagens e perceções dos enfermeiros de cuidados gerais relativamente ao papel de gestor de cuidados das chefias operacionais de enfermagem e na 2ª fase acederam-se às auto perceções de um grupo destas chefias. Relativamente à utilização de diferentes participantes esta ganha sentido quando se considera que um papel, ao representar o padrão de ações esperadas de uma pessoa numa determinada posição do sistema social, poderá ser perspetivado em três aceções diferentes, o **papel subjetivo**, que consagra a perceção do papel por parte da própria pessoa focal, o **papel atuante**, que consagra as suas condutas manifestas, ou seja, aquilo que a pessoa focal faz e o **papel prescrito**, que consagra as expectativas relativas a um papel de acordo com os que ocupam outra posição (Munné, 1995). Assim, na 3ª fase do estudo acedeu-se ao papel atuante da chefia operacional através de observação.

Neste capítulo pretende-se sintetizar de forma integrada as práticas de gestão de cuidados das chefias operacionais de enfermagem a partir dos achados das 3 fases da investigação realizada e equacionar a sua contribuição para a qualidade dos cuidados de enfermagem. Esta síntese é apresentada considerando estes dois focos de atenção da investigação.

Constatou-se, em todas as fases da investigação, que a gestão de cuidados de enfermagem é considerada parte integrante do papel do enfermeiro chefe. Da análise global relativa a este processo parece evidenciar-se que este é reconhecido como um

processo fundamental já que a qualidade surge como a sua representação mais frequente assim como a sua principal finalidade. Este foco central da gestão de cuidados é consistente com Roy & Anway, citadas por K erouac et al. (1994), quando afirmam que a gestão de cuidados consiste em assegurar uma presta o de serviços de qualidade aos clientes. Constatou-se, ainda, que aos enfermeiros chefes   atribuída uma importância central neste processo já que a estes   atribuída a fun o de líder, de seu coordenador e, embora com menos expressão, de seu orientador. Estes achados do 1  estudo são confirmados nas fases posteriores da investiga o remetendo para estes atores um papel de figura chave neste processo.

Das imagens associadas à gestão de cuidados protagonizada pelos enfermeiros chefes emerge a de um gestor que, mais especificamente, gere recursos humanos e materiais. De certo modo, as imagens que surgem associadas a este gestor são muito abrangentes e, deste modo, pouco clarificadoras. Contudo, a descri o que as próprias chefias realizaram do seu papel de gestor de cuidados e a observa o efetuada permitiu evidenciar que a gestão de cuidados envolve dimensões do processo de gestão como sejam o planeamento, a organiza o de cuidados, a supervisão, a orienta o, a avalia o e a coordena o dos mesmos correspondendo assim a um papel complexo e alargado.

O **planeamento**, enquanto dimensão deste papel, foi identificado como pouco expressivo quer nas imagens que emergiram quer nas práticas quotidianas destes profissionais o que também   consentâneo com o retratado na literatura (Rocha, 2004; Potra, 2006,). Contudo, o planeamento, como atividade de gestão de cuidados foi referido como uma fun o fundamental na fase inicial de funcionamento das unidades prestadoras de cuidados em que   necessário definir métodos de trabalho, procedimentos e normas e fazer a previsão de recursos humanos, materiais e de equipamentos. Todas as atividades de planeamento descritas sugerem integrar-se num papel de conce o das condi es e modo de funcionamento dos serviços nas quais a gestão de cuidados quotidiana se suporta.

Quanto   dimensão **organiza o de cuidados** esta surge em todas as fases da investiga o associada   organiza o diária das equipas de enfermeiros com vista à resposta às necessidades das pessoas internadas. A forma de realizar esta organiza o é condicionada pelo método de presta o de cuidados adotado nas unidades de cuidados de enfermagem que, no hospital onde se realizou a 2.  e 3.  fases da investiga o, pode variar entre o método individual e adapta es do método de enfermeiro de referência,

ambos considerados como métodos centrados nas pessoas. Cada método de prestação de cuidados de enfermagem tem na sua base filosofias e orientações de enfermagem específicas (Kérouac et al., 1994, Parreira, 2005) pelo que é a partir do significado que cada um deles assume e da forma como se operacionaliza que os enfermeiros se organizam em função das necessidades a dar resposta considerando o nº de pessoas a prestar cuidados e o nº de enfermeiros existentes em cada turno. Na realidade, este último aspeto foi identificado, na grande maioria das vezes, como o fator que mais afetava a operacionalização da organização de cuidados. Ou seja, o nº de enfermeiros a alocar às pessoas a serem cuidadas nem sempre tem em consideração a continuidade de cuidados pelo mesmo enfermeiro ou o nível de dependência dos clientes mas sim o número de enfermeiros existentes em cada turno. Tal facto poderá ter grandes repercussões na qualidade com que os cuidados são prestados ou nos seus resultados (Needleman et al., 2011; Kazanjian et al, 2005; Sochalski, 2004; Rogers et al., 2004; Dunton, 2004; Needleman, 2003; Aiken et al. 2002b; Blegen et al., 1998). Esta atividade de organização de cuidados surge, nas duas últimas fases da investigação, como a que é mais delegada nos enfermeiros chefes de equipa situação que se verifica não só nos turnos da tarde e noite como, em muitos serviços, nos turnos da manhã. Nestas situações, de que são exemplo os dados obtidos na 3ª fase do estudo, o papel da chefia operacional dirige-se sobretudo para a monitorização dos processos de organização na qual utiliza um conjunto de mecanismos em que se destacam as reuniões de passagem de turno e com os enfermeiros chefes de equipa que lhe permitem diagnosticar e monitorizar acontecimentos do serviço levando a tomadas de decisão no âmbito do processo de gestão e prestação de cuidados.

Ainda, estreitamente ligada à organização de cuidados está a afetação de recursos que esta implica no quotidiano. Enquanto na 1.ª fase da investigação surge, globalmente, a imagem dum gestor de recursos humanos e materiais nas fases posteriores da investigação foi possível identificar que esta vertente deste papel expressa-se, essencialmente, numa **mobilização de recursos**. Mobilização de recursos humanos que têm de ser em número suficiente para poderem dar resposta às necessidades de cuidados dos doentes e disponibilização de recursos materiais e de equipamentos necessários à prestação de cuidados. Identificou-se, contudo, que este último aspeto não é valorizado de forma semelhante por todos os enfermeiros chefes entrevistados. Por sua vez, no estudo de caso as práticas da chefia centravam-se não só na disponibilização de

materiais e equipamentos que possibilitam e favorecem a prestação de cuidados, mas também na sua utilização racional e na manutenção de um ambiente seguro para os profissionais e as pessoas cuidadas. Esta última vertente deste papel foi visível nas intervenções no âmbito do controlo da limpeza e higiene, do ruído e privacidade, do estímulo aos comportamentos de segurança que, em termos de impacto, promovem o conforto e bem-estar dos doentes e previnem eventos adversos. Assim, esta investigação demonstra que a mobilização de recursos, enquanto dimensão do papel dos enfermeiros chefes como gestores de cuidados pode não estar limitada à disponibilização de materiais e equipamentos mas, ainda, moldar as condições ambientais dos contextos em que decorrem os cuidados de enfermagem. Estes são aspetos valorizados desde o tempo de Nightingale (2005) e que continuam a fazer sentido se for considerado que a saúde e o bem-estar da pessoa, seja ela o doente ou o profissional, estão no cerne da atividade de gestão de cuidados de enfermagem (Kérouac et al., 1994).

Também a dimensão de **coordenação de cuidados** foi identificada em todas as fases da investigação surgindo associada à imagem de coordenador e a intervenções em processos de articulação dos cuidados entre as várias equipas de enfermagem e com vários outros profissionais, no fluxo dos doentes no serviço ou na gestão de altas complexas. A promoção da continuidade de cuidados e da colaboração interdisciplinar contribuem para a qualidade dos cuidados de enfermagem (Casterlé et al., 2008) razão pela qual estas intervenções sugerem que as chefias operacionais de enfermagem desempenham um papel fundamental na qualidade da continuidade de cuidados que decorre entre os diversos profissionais envolvidos no processo de prestação de cuidados e entre os vários níveis de prestação de saúde ao qual acresce um impacto na eficiência operacional do serviço. Esta dimensão de coordenação vem demonstrar a relevância da existência de um coordenador de cuidados e do potencial dos enfermeiros para assumirem este papel, conforme sugere a ANA (2012).

De forma semelhante, a **orientação das práticas dos enfermeiros** foi outra das dimensões identificada na investigação. Mais concretamente, na sua 2ª e 3ª fases evidenciaram-se que estas orientações quer se traduzam por orientações específicas à forma de realizar determinados cuidados de enfermagem ou utilizem estratégias mais reflexivas refletem o domínio e saber dos enfermeiros chefes relativamente ao processo de cuidados, tornam-no uma referência para os enfermeiros das equipas e pode constituir-se como o motor da melhoria das suas práticas. Os discursos das chefias e dos

enfermeiros e os dados da observação convergem para a importância desta dimensão junto de equipas jovens e com pouca experiência. Por sua vez, o conteúdo das orientações e das reflexões que se estimulam no quotidiano não se limitam às orientações mais técnicas aos cuidados de enfermagem lançando, frequentemente, um olhar mais humanista aos cuidados que se prestam e às pessoas de quem se cuida. No fundo, como referem Kérouac et al. (1994) e Hesbeen (2001, 2011)   fundamental que as chefias operacionais de enfermagem abram espaços de reflexão centrados em lógicas do cuidar de enfermagem que estimulem o respeito pelos valores e crenças das pessoas cuidadas, a individualização dos cuidados e o respeito pelas mesmas.

As últimas dimensões, a **supervisão das práticas** e a **avaliação dos cuidados**, não emergiram nas imagens e perceções dos enfermeiros de cuidados gerais mas foram identificadas na 2  e 3  fases da investigação como uma função que permite exercer algum controlo sobre as práticas dos enfermeiros e os resultados dos cuidados de enfermagem. A observação da prestação de cuidados, a presença nas passagens de turno em que escutam o relato dos cuidados prestados e controlam registos escritos e o questionamento dos doentes e famílias são as estratégias mais utilizadas pelas chefias, neste domínio. A avaliação dos cuidados surgiu nestas duas fases da investigação associada a práticas informais e centradas em indicadores essencialmente qualitativos.

Mas para além do que fazem os enfermeiros chefes no âmbito do seu papel de gestor de cuidados foi possível identificar, particularmente na última fase da investigação, determinados elementos que sustentam e interferem na operacionalização destas dimensões e evidenciam modos específicos de o fazer caracterizando, assim, este papel.

Relativamente aos primeiros, **o sentido atribuído aos cuidados** que coloca o doente/família e as suas necessidades como o principal desígnio dos cuidados de enfermagem emergiu como um referente de conduta da chefia operacional de enfermagem observada e aparentando ter um grande impacto no respeito e consideração pela pessoa doente, pela atenção que é dada à sua situação particular, ao seu bem-estar e   valorização da família. Dito de outra forma, os dados colhidos evidenciam que os valores profissionais pelos quais a enfermeira chefe pauta as suas práticas profissionais e a forma como concebe os cuidados de enfermagem estão associados aos valores humanísticos do cuidar de enfermagem. A coerência entre o seu discurso, nomeadamente nas orientações às práticas aos enfermeiros, a preocupação que manifesta com os doentes e as condições que tenta criar para a prestação de cuidados são reconhecidos pelos enfermeiros como

alguns dos comportamentos com que a chefia marca a cultura de cuidados do serviço. Este tenderão a influenciar as práticas dos enfermeiros prestadores de cuidados e de outros profissionais conforme defendem autores como Kérouac et al. (1994), Nyberg (1998), Hesbeen (2001) e McCormack & McCance, (2010).

Como pré requisitos essenciais para a gestão de cuidados foram ainda identificados os “**saberes recursos**” das chefias operacionais de enfermagem. Contudo, enquanto na 2ª fase da investigação os discursos das próprias chefias valorizavam, em especial, o conhecimento relativo ao processo de cuidados e do contexto em que o mesmo ocorre na 3ª fase da investigação foi possível compreender mais aprofundadamente a diversidade de “saberes recursos” que este papel mobiliza. Neste âmbito, salientam-se saberes teóricos de enfermagem e gestão, capacidades de análise rápida das situações, de apreciação dos riscos, saberes processuais no âmbito da logística, saberes relativos ao contexto, saberes fazer relacionais. No seu conjunto estes permitem à chefia ser uma referência para a equipa de prestadores de cuidados e gerir a complexidade de algumas situações que caracterizam a gestão de cuidados.

Também considerados fundamentais para a operacionalização do papel de gestor de cuidados das chefias operacionais de enfermagem foram os dois atributos ou modos de estar e fazer identificados: “ser presença” e ser líder. Identificado na 2ª e 3ª fases da investigação, “**ser presença**”, adquire especial expressão dado a chefia operacional de enfermagem ser uma chefia de proximidade. Esta presença sobretudo em momentos chave como as passagens de turno e nas passagens pelas enfermarias é valorizada tanto pelas próprias chefias como pelos enfermeiros das equipas. É através da sua presença que conhece os enfermeiros e doentes/ famílias, deteta défices e lacunas, supervisiona, avalia e orienta, resolve problemas. Para além desse valor instrumental “ser presença” é fundamental para o reforço da credibilidade e laços de confiança com a equipa, é um estar disponível para acompanhar e com os enfermeiros partilhar momentos bons e maus do quotidiano de cuidados. Contudo, apesar dos dados obtidos na 3ª fase da investigação evidenciarem os benefícios deste “ser presença” nem todos os enfermeiros chefes entrevistados assim o entendem denotando-se algum afastamento da área clínica. Por último, **ser líder** surge como imagem dos enfermeiros de cuidados gerais quer nos discursos dos entrevistados em todas as fases do estudo. Como fator comum a esta liderança surgem imagens e descrições associadas a comportamentos de atenção, proteção e de consideração individualizada pelos enfermeiros. Este tipo de liderança

que alguns autores defendem corresponder a uma transferência do papel de cuidar da área clínica para o exercício da liderança e é habitualmente designado na literatura de liderança cuidadora (Mintzberg, 1994; Nyberg, 1998; Hesbeen, 2001; Gaspar, 2005; Duffy, 2009) parece ser a desejada e a descrita pela maioria dos participantes nesta investigação. Contudo, a observação na 3ª fase da investigação apesar de identificar na chefia operacional características deste tipo de liderança e estas terem sido reconhecidas pelos enfermeiros do serviço evidencia que, a par com a preocupação com os enfermeiros e o seu desenvolvimento, há um padrão de qualidade de cuidados no serviço a atingir e a manter. Este padrão funciona como uma meta que orienta as práticas dos enfermeiros e as práticas de gestão de cuidados da chefia. A liderança desta chefia aparenta assim ter como objetivo influenciar ou fazer cumprir esta meta através de comportamentos mais diretivos ou mais inspiradores.

De tudo o que foi descrito nesta síntese, até ao momento, é possível dizer que a gestão de cuidados de enfermagem é parte integrante das funções dos enfermeiros chefes, surgindo como um processo multidimensional e que aparenta assumir, para grande parte das chefias, no quotidiano, o núcleo central do seu trabalho. Trata-se de um processo mediado por constantes interações entre a chefia e os mais diversos profissionais, os doentes e famílias e múltiplos condicionantes organizacionais. Embora se pautem por algumas sequências tipo – passagem de turno, reuniões com chefes de equipa, rondas pelas enfermarias, por exemplo – situa-se também na resposta a imprevistos, situações urgentes e inadiáveis que exigem respostas rápidas e, por vezes, inovadoras.

Este processo aparenta ter sempre como pano de fundo a resposta adequada às necessidades de doentes/ famílias e, neste sentido, muitas das práticas das chefias operacionais de enfermagem visam proporcionar condições para responder às necessidades de prestação de cuidados das pessoas internadas. É, assim, um processo de mobilização de recursos humanos e do ambiente conforme referem Kérrouac et al. (1994) mas ainda de coordenação de cuidados e de processos, orientação e supervisão das práticas dos enfermeiros e de avaliação dos cuidados tal como se representa na figura apresentada no fim deste capítulo (Figura 3).

Estas dimensões, parte integrante do papel de gestores de cuidados dos enfermeiros chefes, sofrem a influência das conceções de enfermagem da chefia, dos seus “saberes recursos” e dos seus modos de fazer, em que se destacam o “ser presença” e o ser líder.

São pré requisito e atributos deste papel que se constituem como um cimento que sustenta as suas intervenções de gestão de cuidados, lhes dá sentido e orientação.

Considerando a sustentação teórica que presidiu a esta investigação os dados obtidos permitem dizer que gerir cuidados é também e, sobretudo, gerir o cuidar de enfermagem. Ainda que a gestão de cuidados de enfermagem decorra de uma série de funções de gestão em que as preocupações com a produtividade e eficiência também estão presente parece ser a ideologia profissional da chefia de enfermagem que gera um mundo simbólico em que pontua o sentido de missão do cuidar de enfermagem e se molda a cultura de cuidados do serviço.

A gestão de cuidados enquanto papel da chefia operacional de enfermagem é uma função complexa assim como é complexo de afirmar e evidenciar os efeitos que desencadeia. Os dados obtidos na 3ª fase da investigação sugerem que esta dimensão tem impacto no ambiente de cuidados, nas práticas dos enfermeiros e no processo de cuidados. Mais especificamente foram evidenciadas influências diretas, através das intervenções da chefia de enfermagem, nas condições físicas, materiais e ambientais e na cultura de segurança do serviço, ou seja, em componentes físicos e simbólicos do ambiente (Kim, 2000). Estas intervenções proporcionam melhores condições ao exercício profissional dos enfermeiros, melhores condições hoteleiras às pessoas cuidadas e estimulam comportamentos de segurança e de análise de eventos adversos. O conforto, bem-estar e a segurança de doentes e profissionais são valorizados pelos enfermeiros do serviço e relacionados com as intervenções da enfermeira chefe.

As práticas da chefia operacional de orientação, supervisão e avaliação dos cuidados sugerem, por sua vez, um impacto nas práticas de prestação de cuidados dos enfermeiros prestadores de cuidados. Como referido anteriormente estas dimensões traduziam-se em intervenções que primavam pela defesa da dignidade, o respeito, valorização da família, diminuição do sofrimento e prevenção de complicações das pessoas cuidadas. Ao serem operacionalizadas pelos enfermeiros alteram positivamente as suas práticas e influenciam a qualidade dos cuidados de enfermagem. Neste sentido, também as intervenções das chefias operacionais no âmbito da coordenação de cuidados interferem em alguns fatores condicionantes do processo de cuidados como os provenientes da interdisciplinaridade dos cuidados a prestar ou das dificuldades das transições dos doentes dentro da organização ou no próprio Sistema de Saúde. Como impacto destas intervenções salientam-se a otimização dos cuidados prestados, a

diminuição das taxas de demora média dos doentes internados, a diminuição do risco de infeção ou a melhoria da eficiência operacional do serviço, entre outros.

Outras intervenções da chefia operacional relacionadas com a gestão de cuidados como a seleção do método de cuidados, os processos de controlo da gestão de cuidados, a delegação de funções de gestão de cuidados nos enfermeiros chefes de equipa ou os esforços para dotar o serviço de enfermeiros em nº adequado às necessidades dos doentes/ famílias poderão afetar positivamente a qualidade do ambiente de cuidados e o próprio processo de prestação de cuidados. Todavia, nesta investigação não é possível inferir das suas implicações.

De certa forma esta é também a situação quando se tem como foco de análise os comportamentos de liderança das chefias de enfermagem. Como referido anteriormente, as chefias entrevistadas valorizavam comportamentos de atenção e proteção com os enfermeiros tendo estes sido associados a uma liderança cuidadora, centrada numa atenção particular a cada um dos enfermeiros, auscultando os seus problemas, as suas necessidades e dando suporte. Embora este tipo de liderança não esteja conceitualmente esclarecido ele é referido na literatura por autores como Mintzberg (1994), Nyberg (1998), Hesbeen (2001) e Duffy (2009). Outros autores assemelham-no à liderança de tipo relacional evidenciando, nas investigações que realizaram, que a adoção deste tipo de liderança influencia positivamente o empenhamento organizacional e profissional dos enfermeiros, a sua identificação com a profissão, o seu sentido de missão e a qualidade do exercício profissional (Gaspar, 2005; Nunes, 2013). Na presente investigação embora estes comportamentos tenham sido descritos e valorizados pelos enfermeiros não foi possível estabelecer inferências relativamente ao seu impacto. Contudo, na 3ª fase da investigação foi possível identificar que os enfermeiros reconheciam a influência da liderança da enfermeira chefe e a exigência dos padrões de qualidade que estabelecia como algo que moldava o seu comportamento de trabalho e lhes servia de orientação.

Recorre-se ao Modelo de Avaliação da Qualidade em Saúde de Donabedian (1988, 2003) para afirmar que as práticas de gestão de cuidados das chefias operacionais de enfermagem interferem de forma direta em elementos de estrutura e de processo, ou seja, influenciam positivamente as condições nas quais os cuidados de enfermagem são prestados e o exercício profissional dos enfermeiros e de outros profissionais. Como o próprio autor refere (*ibidem*, 2003) quando os elementos da estrutura e dos processos

são de qualidade há probabilidade dos resultados também serem positivos. Assim, embora os dados obtidos na investigação não permitam esclarecer as inter-relações entre as condições (estrutura), as ações (processo) e a qualidade (resultados) elas são probabilidades que poderão ser consideradas e deverão ser confirmadas noutros estudos. Esta investigação permite compreender que a influência das práticas de gestão de cuidados na qualidade dos cuidados de enfermagem é mediada pela qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e por outras condicionantes contextuais em que se destaca a dotação de enfermeiros do serviço. Neste sentido, esta influência não é direta, constrói-se através das múltiplas atividades de gestão de cuidados que vão influenciando elementos da estrutura e do processo que, por sua vez, poderão influenciar os resultados.

O diagrama apresentado na Figura 3 pretende representar de modo sistematizado a dinâmica das práticas de gestão de cuidados dos enfermeiros chefes a partir dos achados obtidos na investigação.

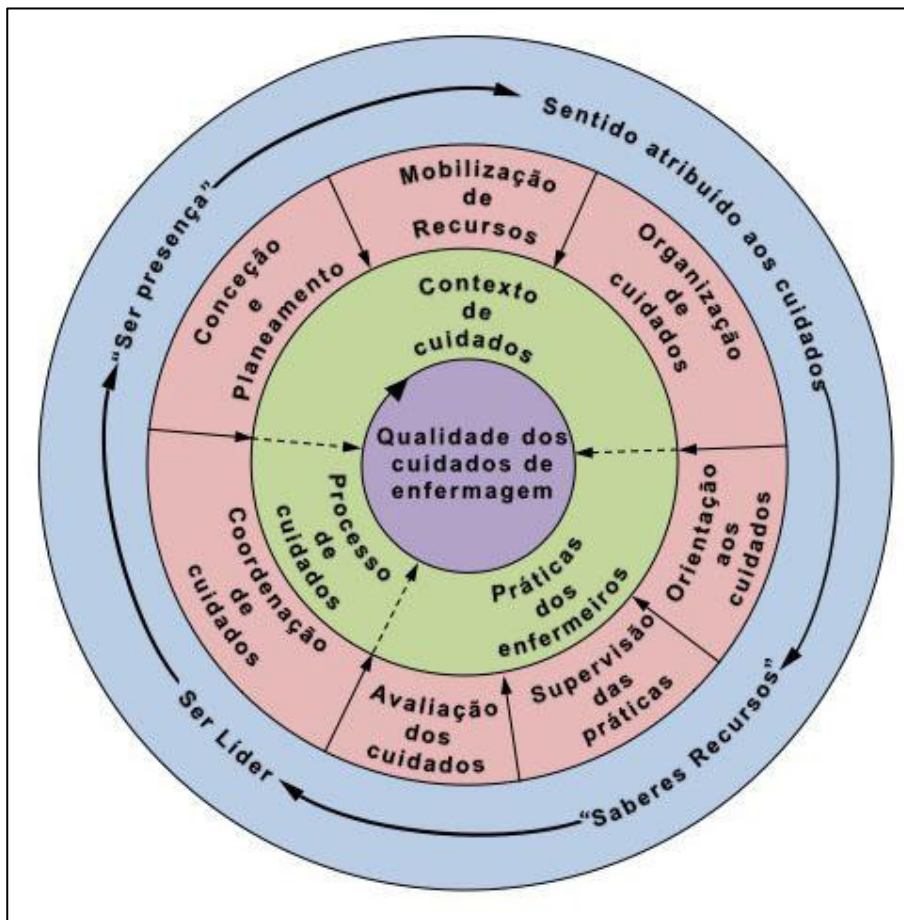


Figura 3 - Dinâmica das práticas de gestão de cuidados dos enfermeiros chefes e a construção da qualidade dos cuidados de enfermagem

A figura pretende retratar as dimensões do processo de gestão de cuidados de enfermagem identificadas no papel dos enfermeiros chefes. Estas dimensões, por sua vez, são emolduradas pelas concepções de enfermagem e “saberes recursos” que as sustentam e pelos modos de estar e fazer utilizados na sua operacionalização.

Este conjunto de ações, modos de pensar, de fazer e estar e saberes recursos influenciam a qualidade de domínios como o ambiente de cuidados, as práticas dos enfermeiros e o contexto de cuidados. Estes não são domínios estanques, entrecruzam-se e influenciam-se mutuamente, contribuindo para a construção da qualidade dos cuidados de enfermagem. O impacto das práticas de gestão de cuidados para esta qualidade, todavia, mantém-se difícil de descrever.



## **6 – REFLEXÃO FINAL, IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES**

A literatura de enfermagem tem-se dedicado, com alguma frequência, ao estudo das chefias operacionais de enfermagem e da sua influência em múltiplas variáveis. No entanto, nem tudo está esclarecido no papel que estas desempenham. A utilização de frases como “o enfermeiro chefe é um gestor de cuidados” ou “o enfermeiro chefe faz gestão de cuidados” é comum no quotidiano dos enfermeiros mas quando se questiona em que tal consiste levantam-se hesitações ou respostas muito variadas. A tomada de consciência dos vários significados atribuídos ao que é a gestão de cuidados e a pouca concretização das atividades que lhe estão associadas levou ao interesse por esta temática. Esta inquietação da investigadora emergiu também da sua experiência como docente e da dificuldade em objetivar e operacionalizar o ensino aprendizagem da gestão de cuidados de enfermagem aos estudantes do 1º e 2º ciclo de estudos. Acresce, que as poucas reflexões encontradas sobre este constructo são consensuais em afirmar que a gestão de cuidados tem como finalidade a prestação de serviços de qualidade ao cliente (Roy & Anway, citadas por Kérouac et al., 1994) do que resulta a pertinência desta investigação.

As reformas implementadas nas organizações de saúde no quadro do movimento da Nova Gestão Pública têm trazido para a ribalta a gestão destas organizações e dos processos de gestão que aí ocorrem e colocado grandes desafios aos profissionais de saúde com funções de gestão. Estes têm, cada vez mais, de pautar a sua atuação num equilíbrio instável entre a produtividade e a qualidade, entre os seus valores profissionais e um certo racionalismo econ  mico. Foi neste contexto de grande exigência e complexidade que decorreu a presente investigação na tentativa de compreender as práticas de gestão de cuidados das chefias operacionais de enfermagem e equacionar o seu contributo para a qualidade dos cuidados de enfermagem. Cr  -se que a investigação que se desenvolveu permite a consciencialização desta dimensão do papel das chefias operacionais de enfermagem e a sua valorização enquanto núcleo central do seu trabalho.

A narrativa apresentada pretendeu retratar a dimensão de gestor de cuidados destas chefias recorrendo a diversas perspetivas: a perspetiva dos próprios, as imagens dos enfermeiros de cuidados gerais e o que faz no seu agir do quotidiano. Considerou-se que

um plano de investigação que considerasse estas perspetivas ajudaria a compreender uma área da qual se desejava um entendimento mais aprofundado.

Foi possível perceber que a gestão de cuidados, enquanto dimensão do papel do enfermeiro chefe em contexto hospitalar de internamento, tem como ponto de partida os clientes dos serviços e a resposta às suas necessidades de cuidados e como finalidade que os cuidados de enfermagem prestados sejam de qualidade. Entre este ponto de partida e o alcançar do seu principal objetivo decorre um grande conjunto de intervenções por vezes pouco planeadas e, muitas vezes, reativas às constantes mudanças dessas necessidades e aos constrangimentos organizacionais.

É tendo em vista que a prestação de cuidados dê resposta a essas necessidades que os enfermeiros chefes planeiam e concebem o modo de funcionamento do serviço de enfermagem e, entre outros, definem métodos de organização de cuidados, constituem equipas de enfermeiros, selecionam responsáveis para as mesmas, preveem os materiais e equipamentos necessários, definem planos de limpeza e elaboram regulamentos, normas e procedimentos de atuação. A investigação sugere que esta fase de planeamento acontece sobretudo na fase inicial do funcionamento das unidades prestadoras de cuidados.

Depois vem a praxis quotidiana da gestão de cuidados em que há que organizar face à situação das pessoas em presença – clientes e enfermeiros, no sentido de adequar de forma equilibrada as necessidades de uns e a capacidade dum resposta de qualidade dos outros. Exige-se conhecer uns e outros, o que uns precisam e os outros conseguem oferecer.

Esta dimensão de gestão de cuidados entrecruza-se com a de mobilização de recursos. De recursos humanos pelos quais é preciso insistir, negociar, muitas vezes exigir, se perigosamente insuficientes. De mobilização de recursos materiais, logísticos e de condições ambientais na qual as chefias ocupam muitas horas e dos quais só se sente a falta quando não existem. O leque de “ofertas” proporcionadas por esta mobilização de recursos constituem-se como fatores que contribuem para a qualidade dos cuidados (Hesbeen, 2000).

A gestão de cuidados destas chefias alarga-se, ainda, a outras dimensões como a orientação das práticas dos enfermeiros, a sua supervisão e a avaliação dos cuidados. Estas implicam que estejam regularmente no centro das atividades, que limitem práticas inadequadas e “puxem” por novas formas de estar e fazer dos enfermeiros, os focalizem

na missão da enfermagem e na sua qualidade. Por último, a praxis quotidiana da gestão de cuidados dos enfermeiros chefes passa por explorar e aplicar o potencial do enfermeiro como coordenador de cuidados, assegurando, neste papel de interface entre pessoas a cuidar, profissionais e instituições, que a integração de cuidados seja efetiva e que os recursos existentes sejam utilizados de forma adequada.

A gestão de cuidados das chefias operacionais de enfermagem é assim um processo dinâmico e multidimensional. Tanto pode ser dirigido às “coisas” mais materiais do serviço como ao conforto e bem-estar que desencadeia um edredão leve e quente, aos cuidados mais técnicos ou à dignidade e respeito que os devem acompanhar, à eficiência operacional do serviço ou à oposição a uma alta considerada precoce mesmo que esta interfira nos indicadores de produção do serviço. É um papel, por vezes, de pequenas “coisas” mas que tenta ou pode integrar mais cuidar nos cuidados.

A forma como os enfermeiros chefes concebem a enfermagem, os cuidados de enfermagem e como consideram a pessoa que necessita de cuidados interfere na forma como operacionalizam a gestão de cuidados. Sem dúvida que é fundamental fazer uma adequada mobilização dos recursos humanos e materiais existentes, preocuparem-se como os indicadores de produção do serviço, como os dados da investigação sugerem e as novas tendências gestionárias exigem. Contudo, é preciso não esquecer que estas funções de gestão são pertinentes “*na medida em que servem a finalidade dos cuidados e em que facilitam a prática da arte do cuidar*” (Hesbeen, 2000, p. 80). Neste sentido, os mesmos achados também evidenciam que as práticas de gestão de cuidados das chefias operacionais traduzem, com frequência, uma lógica de consideração e respeito pelas pessoas internadas que se reflete, entre outros, nas orientações às práticas dos enfermeiros e nas condições do contexto de cuidados.

A gestão de cuidados é ainda um processo complexo exigindo múltiplos “saberes recursos” que possibilitem pensar e agir em situações complexas. Ou seja, exige “saberes recursos” que possibilitem que seja capaz de abordar a gestão de cuidados em cada uma das suas dimensões mas sem perder de vista as constantes interações entre estas, os atores que em cada uma interferem e os seus resultados.

A gestão de cuidados implica, ainda, que os enfermeiros chefes assumam este processo de forma ativa, presencial e intencional. Os achados da investigação impõem algumas cautelas nesta afirmação já que foi entendido que nem todas as chefias entrevistadas valorizam esta dimensão da mesma forma ou têm o mesmo grau de envolvimento neste

processo. Se assim é correm-se riscos com eventuais consequências negativas. A gestão em enfermagem é uma área de atuação dos enfermeiros que pode desenvolver-se nos diversos níveis de gestão ou ter focos de atuação específicos. A gestão de cuidados é uma dimensão, tal como foi interpretada na presente investigação, central ao papel dos enfermeiros com funções de gestão a nível operacional. Se esta dimensão se torna secundária, entre outras que integram o seu papel, pode-se considerar que há um desvio dos seus interesses e risco de perderem um espaço de atuação no “coração” do cuidar de enfermagem.

Isto, não significa que a gestão de cuidados de enfermagem, no quotidiano, não deva ser partilhada com outros atores organizacionais, nomeadamente, com chefes de equipa, enfermeiros especialistas ou enfermeiros de cuidados gerais. Dada a imensa plêiade de responsabilidades atribuídas aos enfermeiros chefes esta questão deverá ser equacionada de forma planeada e articulada entre os diversos atores que deverão em conjunto co-construir este processo de gestão. Ou seja, não basta delegar tarefas de distribuição dos enfermeiros, de requisição ou controlo de materiais, organização das vagas do serviço para que a gestão de cuidados se concretize. A presente investigação demonstra que muito mais está em jogo nesta dimensão de gestão: a centralidade dos cuidados nos doentes/famílias, uma organização dos cuidados e dos contextos em função das pessoas a cuidar, o estabelecimento dum padrão de cuidados a atingir e que molda condutas.

Em consonância com evidência científica recente também esta investigação sugere que as capacidades de liderança das chefias operacionais são imprescindíveis para enquadrarem a função de gestão de cuidados. A liderança é um processo que influencia um destinatário coletivo (os enfermeiros e outros profissionais), pode fornecer uma visão do que se quer atingir, inspirar e estimular os profissionais, atender às suas capacidades de desenvolvimento ou ser mais prescritiva daquilo que devem fazer e do modo como o devem fazer estabelecendo, assim, padrões de desempenho. A investigação identifica diversos destes tipos de comportamentos de liderança mas não permite estabelecer quais os que são mais eficazes. Compreendeu-se que os mais desejados e valorizados associam-se a uma liderança “cuidadora”, contudo, outras estratégias mais “diretivas” também parecem influenciar as conduta dos profissionais. No fundo, como referem Cunha et al. (2003) “ a cadeia que estabelece o nexo entre as ações dos líderes e os resultados de eficácia é complexo, não linear, muitas vezes de longo prazo e de difícil escrutínio” (p. 274).

A ideia expressa no parágrafo anterior também parece ser adequada quando se reflete, a partir dos dados desta investigação, a contribuição das práticas de gestão de cuidados das chefias operacionais para a qualidade dos cuidados. Ou seja, estas relações aparentam também ser complexas e não lineares.

Cabe nesta reflexão final reforçar a importância desta investigação. Esta incidiu sobre o papel das chefias operacionais de enfermagem e, deste modo, no território da gestão em enfermagem. Considerada uma das áreas de atuação dos enfermeiros mais importantes (Carapinheiro, 1993; Soares, 1997; Carvalho, 2006; Ferreira, 1958, citado por Reis, 2007) situa-se na interface das disciplinas de enfermagem e da gestão pelo que é considerado que os enfermeiros com funções de gestão mobilizam conhecimentos e conceções inerentes às duas disciplinas (Anderson, 1989; Scalzi & Anderson, 1989; Kérouac et al., 1994). Esta situação foi visível ao centrar-se a investigação na gestão de cuidados de enfermagem. Este processo aparenta sustentar-se em conceções de enfermagem que valorizam a centralidade no cliente, o seu bem-estar e conforto, a sua segurança. Contudo, a preocupação com a produtividade e a eficiência também está presente e é reconhecida como importante. Em consequência, esta constatação tem implicações nas práticas de gestão de cuidados das chefias operacionais que terão de conseguir dosear este pendor gestor com criatividade e intervenções que reforcem os cuidados com mais cuidar.

Os dados obtidos permitiram ainda compreender mais aprofundadamente este processo específico de gestão, dimensões, elementos que o caracterizam e o seu impacto na qualidade. Este papel está agora mais caracterizado na sua complexidade e relevância. As intervenções neste domínio não são acessórias, são fundamentais para a qualidade dos ambientes de cuidados, para as práticas dos enfermeiros e a qualidade do processo de cuidados.

Neste âmbito, as chefias operacionais têm de considerar que se esta dimensão não é explorada está-se a desvalorizar o próprio cuidar de enfermagem. Esta exploração pode ser realizada através dum maior investimento da própria chefia estando presente no serviço e junto dos prestadores de cuidados nos momentos mais significativos do quotidiano. Contudo, as chefias também poderão e deverão ter colaboradores neste processo de gestão. Mas neste caso não deverão subsistir “zonas a gerir em branco”, o que significa que tem de ser claro quem, por exemplo, distribui os enfermeiros em cada

turno mas também quem os poderá orientar para a singularidade das situações e particularidades de cada doente.

O conteúdo deste processo e demais características identificadas são também importantes quando se considera a necessidade de formação de enfermeiros para o exercício de funções de gestão. Esta deverá integrar não só conhecimentos da área de gestão mas ter em conta as especificidades daquilo que se pretende gerir, que no presente caso, serão os cuidados de enfermagem. Neste sentido, o esquema que emergiu como síntese dos achados desta investigação poderá ser orientador duma formação que vise formar para a gestão de cuidados de enfermagem.

Cada uma das dimensões identificadas poderá, por sua vez, ser investigada permitindo um conhecimento mais aprofundado da estrutura deste processo. O estudo do processo de gestão de cuidados de enfermagem deverá continuar a ser aprofundado, nomeadamente, ao nível das intervenções realizadas pelos enfermeiros de cuidados gerais e pelos enfermeiros especialistas. Apesar do muito que se sabe sobre as funções e papéis dos enfermeiros continua a constatar-se alguma dificuldade em explicitar as suas intervenções nos diversos campos em que atua. A gestão dos cuidados complementa o processo de cuidar dos enfermeiros prestadores de cuidados ou, como se constatou na presente investigação, está no cerne do papel dos enfermeiros chefes. O seu estudo continua a ser pertinente.

Atingiram-se com este estudo os objetivos de compreender o processo de gestão de cuidados enquanto dimensão do papel das chefias operacionais de enfermagem e de analisar a sua contribuição para a qualidade dos cuidados de enfermagem. Relativamente ao primeiro evidenciou-se a sua relevância e a sua complexidade. Identificaram-se, ainda, as dimensões que o constituem, os pré requisitos que exige e os modos de fazer e estar que o caracterizam e aparentam tornar eficaz. Quanto ao segundo, analisar a contribuição deste papel para a qualidade dos cuidados de enfermagem, os dados obtidos apontam que esta contribuição se faz pela influência no ambiente de cuidados, nas práticas dos enfermeiros e no processo de cuidados. Os efeitos destas influências poderão, por sua vez, tornar-se determinantes da qualidade dos cuidados de enfermagem e de outras dimensões da qualidade em saúde conforme também sugerido pelos achados obtidos.

Como anteriormente referido não foi possível obter a adesão de mais enfermeiros chefes na 3ª fase da investigação que previa observação e a presença da investigadora durante

um período alargado nos serviços pelo que o estudo de caso foi circunscrito apenas a uma unidade de cuidados podendo ter conduzido a algum viés na colheita de dados. Contudo, considera-se que a utilização do método estudo de caso foi adequado para compreender a contribuição das práticas da chefia operacional para a qualidade. Este método permitiu identificar as práticas da enfermeira chefe, os profissionais e clientes com que interage e o contexto em que o processo de gestão de cuidados decorre e onde eventuais influências se concretizam. A vivência do quotidiano destas práticas e a perspectiva de diversos atores foram fundamentais para uma maior compreensão do processo de gestão de cuidados de enfermagem, enquanto dimensão do papel dos enfermeiros chefes.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abric, J. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris : PUF.
- Abric, J. (2001). O estudo experimental das representações sociais. In D. Jodelet (Org.). *As Representações Sociais* (pp.155-171). Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Advisory Committee on Health Human Resources (2000). *The nursing strategy for Canada: Report of the Advisory Committee on Health Human Resources*. Acedido em 20-08-2012. Disponível em: <http://www.hc-sc.gc.sa/English/pdf/nursing.pdf>
- Aiken, L., H., Sloane, D., M., & Sochalski (1998). Hospital organization and outcomes. *Quality in Health Care*, 7 (4), 222-226.
- Aiken, L.H, Clarke, S. P. & Sloane, D. M. (2002a). Hospital staffing, organization and quality of care - Cross National findings. *International Journal of Quality Health Care*, 14, 5-13.
- Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalski, J. & Silber, J. (2002b). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *Journal of American Medical Association*, 288, (16), 1987-1993.
- Aiken, L., Clarke, S., Cheung,R., Sloane, D., & Silber, J. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *Journal of American Medical Association*, 290 (12), 1617-1623.
- Aleixo, T., Escoval, A., Fontes, R. & Fonseca, C. (2011). Indicadores da qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem em lares de idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, III série, 3, 141-149.
- Alligood, M. (1989). Roger's theory and nursing administration: a perspective on health and environment. In B. Henry, C. Arndt., M. Vincenti, A. Marriner-Tomey, (Eds). *Dimensions of nursing research – theory, research, education, practice*, (pp. 105-111). Massachusetts: Blackwell Scientific Publications.
- Amado, J. (2000). A técnica de análise de conteúdo. *Revista Referência*, 5, p. 53-63.
- American Nurses Association (2000). *Nurse staffing and patient outcomes in the inpatient hospital setting : Report*. Washington DC : Author.
- American Nurses Association (2012). *The value of nursing care coordination – A white paper of American Nurses Association*. Acedido em 20-09-13. Disponível em : <http://www.nursingworld.org/carecoordinationwhitepaper>

- American Organization of Nurse Executives (2003). *Healthy work environment: Striving for Excellence*. Volume II. Acedido em 20-08-2012. Disponível em: [http://www.hospitalconnect.com/aone/keyissues/hwe\\_excellence.html](http://www.hospitalconnect.com/aone/keyissues/hwe_excellence.html)
- Anderson, R. (1989). A theory development role for nurse administrators. *Journal of Nursing Administration*, 19 (5), p. 23-29.
- Anthony, M., Standing, T., Glick, J., Duffy, M., Paschall, F., Sauer, M., Sweeney, D., Modic, M. & Dumpe, M. (2005). Leadership and nurse retention. *Journal of Nursing Administration*, 35( 3), p. 146- 155.
- Araújo, J. (2005). A reforma do Serviço Nacional de Saúde: o novo contexto de gestão pública [Em linha]. Universidade do Minho: Núcleo de Estudos em Administração e Políticas Públicas. Acedido em 2 Out. 2012. Disponível em [www:URL:<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3225/1/NEAPPSerieI%289%29.pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3225/1/NEAPPSerieI%289%29.pdf)
- Assistance Publique Hôpitaux de Paris (Ed.) (2004). *Recommandations pour la formation des cadres infirmiers en Europe*. Paris: Commission européenne/agence Sócrates-Leonardo da Vinci.
- Atsalos, C. & Greenwood, J. (2001). The lived experience of the clinical development unit. *Journal of Advanced nursing*, 34 (3), p. 408-416.
- Autry, J. (1994). *Love and Profit: The art of caring leadership*. New York: Avon Books.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barley, S. & Kunda, G. (1992). Design and devotion: Surges of rational and normative ideologies of control in managerial discourse. *Administrative Science Quarterly*, 37, p. 363-399.
- Barros, P. (1998). Custos e qualidade. In *Encontro Anual da Região de Lisboa e Vale do Tejo "Qualidade em cuidados de saúde – avaliação e melhoria"*, Lisboa: Novembro.
- Basto, M. (1998). *Da intenção de mudar à mudança. Um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Lisboa: Editora Rei dos Livros.
- Baumann, A. (2007). *Ambientes favoráveis à prática: condições no trabalho = cuidados de qualidade*. Suíça: International Council of Nurses.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Birkmeyer, J., Dimick, J. & Birkmeyer, N. (2004). Measuring the quality of surgical care : struture, process or outcomes ? *Journal of American College of Surgeons*, 198 (4), p. 626-632.

- Biscaia, J. (2000). Qualidade em saúde: uma perspetiva conceptual. *Revista da Qualidade em Saúde*, 0, p. 6-10.
- Bogaert, P. V., Meulemans, H., Clarke, S., Vermeyen, K. & Heyning, P. (2009). Hospital nurse practice environment, burnout, job outcomes and quality of care: test of a structural equation model. *Journal of Advanced Nursing*, Vol.65, (10), p. 2176 – 2185.
- Blegen, M., Goode, C. & Reed, L. (1998). Nurse staffing and patient outcomes. *Nursing Research*, 47, p. 43-50.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação*. Porto: Porto Editora.
- Bohne, P. & Peruzzi, W. (2010). A just culture supports patient safety. *Trustee*, 63 (4), p. 32- 33.
- Boterf, G. L. (1999). *Compétence et navigation professionnelle*. Paris: Éditions d'Organisation.
- Boumans, N. & Landeweerd, J. (1993). Leadership in the nursing unit: relations with nurses' well-being. *Journal of Advanced Nursing*, 18, p. 767-775.
- Brewer, A. & Lok, P. (1995). Managerial strategy and nursing commitment in Australian hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 21, p. 789-799.
- Caetano, S. (2010). *A introdução das novas medidas de gestão nos hospitais EPE e a enfermagem*. Dissertação de Mestrado não publicada, apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal
- Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e poderes no hospital*. Porto: Edições Afrontamento.
- Carpenter, M. (1977). The new managerialism and professionalism in nursing. In M. Stacey, M. Reid, C. Heath, & R. Dingwall (Eds). *Health and the division of labour*. (pp. 165-193). London: Croom-Helm.
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 33 (1), p. 3-14.
- Carrol, T. (1993). Building on the past to challenge the future. *Journal of Nursing Administration*, 23 (4), p. 19-20.
- Carvalho, M., T., G. (2006). *A nova Gestão Pública, as reformas no setor da saúde e os profissionas de enfermagem com funções de gestão em Portugal*. Dissertação de Doutoramento não publicada, apresentada à Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.
- Casterlé, B., Willemse, A., Verschueren, M. & Milissen, K. (2008). Impact of leadership development on clinical leader, nursing team and care-giving process: a case study. *Journal of Nursing Management*, 16, p. 753-763.

- Chase, L. (1994). Nurse manager competencies. *Journal of Nursing Administration*, 24: 4s, p. 56-64.
- Chiavenato, I. (1999). Introdução à Teoria Geral da Administração (3ª Ed). Rio de Janeiro: Campus.
- Clark, P., Clark, D., Day, D. & Shea, D. (2001). Healthcare reform and the workplace experience of nurses. *Industrial and Labor Relations Review*, 55 (1), p. 133-148.
- Clarke, J. & Newman, J. (1997). *The managerial state*. London: Sage.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda. e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Costa, J. (1994). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium – Revista do Instituto Politécnico de Viseu*, 30, p. 234-251. Acedido em 13-02-2013. Disponível em: [www.ipv.pt/millenium/Millenium30/19.pdf](http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/19.pdf)
- Coudray, M. (2004). *Le cadre soignant en éveil – la fonction d'encadrement au défi de la quête de sens*. Paris: Éditions Seli Arslan.
- Cruz, S. & Frederico-Ferreira, M. (2012). Perceção da cultura organizacional em instituições públicas com diferentes modelos de gestão. *Revista de Enfermagem Referência*, III série, nº 6, p.103-112.
- Cunha, M., Rego, A., Cunha, R. & Cabral-Cardoso, C. (2003). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão* (2ª Ed.). Lisboa: Editora RH.
- Darras, E. (1998). Réflexions sur la fonction et la formation des cadres infirmiers. *Pensar Enfermagem*. 2 (2), p. 23-34.
- Dawoud, D. & Maben, J. (2008). *Nurses in society: starting the debate – written evidence*. London : National Nursing Research Unit. King's College.
- Dealey, C., Moss, H., Marshall, J. & Elcoat, C. (2007). Auditing the impact of modern matron role in an acute teaching trust. *Journal of Nursing Management*, 15 (1), p. 22-33.
- Decreto-Lei nº 36 219/47 de 10 de Abril (1947). Reorganiza o ensino de enfermagem – Revoga os artigos 115.º a 124.º, os artigos 65.º a 67.º do decreto n.º 5736, os decretos n.º 6943 e 8505, os artigos 3.º a 13.º do decreto n.º 19060 e o decreto n.º 32612. Diário da República I Série, N.º81 (10-04-1947) 277-280.
- Decreto-Lei nº 37 418/49 de 18 de maio (1949). Reorganiza os serviços de enfermagem nos estabelecimentos hospitalares dependentes dos Ministérios do

- Interior e da Educação Nacional. Diário da República I Série, Nº 105 (18-05-1949) 351-352.
- Decreto-Lei nº 48 166/ 67 de 27 de dezembro (1967). Promulga a estruturação das carreiras hospitalar, de saúde pública e de ensino para os profissionais de enfermagem dos estabelecimentos e serviços oficiais do Ministério da Saúde e Assistência. Diário da República I Série, Nº 299 (27-12-1967) 2514-2516.
- Decreto-Lei nº 305/81 de 12 de novembro de 1981. Aprova o regime legal da carreira de enfermagem. Diário da República I Série – A, Nº 261 (12-11-1981) 2998 – 3004.
- Decreto-Lei nº 178/85 de 23 de maio de 1985. Aprova a revisão da carreira de enfermagem. Revoga o Decreto nº 534/76, de 8 de Julho, e os Decretos-Leis nº 305/81, de 12 de novembro, e 324/83, de 6 de Julho. Diário da República I Série – A, Nº 118 (23-05-1985) 1389 – 1398.
- Decreto- Lei nº 437/91 de 08 de novembro de 1991. Aprova o regime legal da carreira de enfermagem. Diário da República I Série - A, Nº 257 (08-11-1991) 5723-5741.
- Decreto- Lei nº 104/98 de 21 de abril de 1998. Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respetivo Estatuto. Diário da República I Série, Nº 104 (21-04-1998) 1739- 1757.
- Decreto- Lei nº 248/ 2009 de 22 de setembro de 2009. Estabelece o regime da carreira especial de enfermagem, bem como os respetivos requisitos de habilitação profissional. Diário da República I Série, Nº 184 (22- 09-2009) 6761-6765.
- Decreto- Lei nº 122/ 2010 de 11 de novembro de 2010. Estabelece o número de posições remuneratórias das categorias da carreira especial de enfermagem, identifica os respetivos níveis da tabela remuneratória única e procede à primeira alteração ao Decreto-Lei nº 247/ 2009, de 22 de setembro, e ao Decreto-Lei nº 248/ 2009, de 22 de setembro. Diário da República I Série, Nº 219 (11-11-2010) 5099- 5101.
- Dellasega, C. & Zerbe, T. (2000). A multimethod study of advanced practice nursing postdischarge care. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners*, 4, p. 286-293.
- Dent, M., Chandler, J., & Barry, J. (2004). Introduction : questioning the New Public Management. In M. Dent, J. Chandler & J. Barry (Eds), *Questioning the New Public Management* (pp. 1-4). Aldershot : Ashgate.
- Denzin, N. & Lincoln, Y. (2005). Introduction : The discipline and practice of qualitative research. In N. Dezin & Y. Lincoln (Edts.). *The Sage Book of Qualitative Research* (3rd. Ed., pp. 1- 42). USA : Sage Publications.
- Department of Health (2001). *Implementing the NHS Plan – modern matrons HSC* 2001/2010. London : DH.

- Desprets, M. (1998). *Infirmière chef: une fonction en mutation*. Paris: De Boeck Université.
- Dilorio, C. (1989). Application of Roy model to nursing administration. In B. Henry, C. Arndt., M. Vincenti, A. Marriner-Tomey, (Eds). *Dimensions of nursing research – theory, research, education, practice*, (pp. 89-104). Massachusetts: Blackwell Scientific Publications.
- Dingman, S., Williams, M., Fosbinder, D., & Warnick, M. (1999). Implementing a caring model to improve patient satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 29 (12), p. 630-638.
- Doise, W, Clémence, A. & Lorenzi-Cioldi, F. (1992). *Représentations sociales et analyses de données*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Donabedian, A. (1988). Special communication: The quality of care – how can it be assessed? *JAMA*. 260 (12), p. 1743-1748.
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Ed. by Bashshur, R., Oxford University Press.
- Doran, D., Sidani, S., Keatings, M. & Doidge, D. (2002). An empirical test of the nursing role effectiveness model. *Journal of Advanced Nursing*, 38 (1), p. 29-39.
- Drach, A. & Dagan, E. (2002). From caring to managing and beyond: an examination of the head nurse's role. *Nursing and health care management issues*, 38 (1), p. 19-28.
- Duffield, C. & Lumby, J. (1994). Context and culture – the influence on role transition for first-line nurse managers. *International Journal of Nursing Studies*, 31, p. 555-560.
- Duffy, J. (1992). The impact of nursing care on patient outcomes. In D. Gaut (Ed.). *The presence of caring in nursing* (pp. 286-293). New York : National League for Nursing Press.
- Duffy, J. & Hoskins, L. (2003). The Quality – Caring Model© : Blending dual paradigms. *Advances in Nursing Science*, 26 (1), p. 77-88.
- Duffy, J., Baldwin, J., & Mastorovich, M. (2007). Using the Caring Quality Model © to organize patient care. *Journal of Nursing Administration*, 37 (12), p. 546-551.
- Duffy, J. (2009). *Quality Caring in Nursing : Applying theory to clinical practice, education, and leadership*. New York : Springer Publishing Company.
- Dunton, N., Grajewski, B., Taunton, R. & Moore, J. (2004). Nursing staffing and patient falls on acute hospital units. *Nursing Outlook*, 52 (1), p. 53-59.
- Elberson, K. (1989). Applying King's model to nursing administration. In B. Henry, C. Arndt., M. Vincenti, A. Marriner-Tomey, (Eds). *Dimensions of nursing*

- research – theory, research, education, practice* (pp. 47- 53). Massachusetts: Blackwell Scientific Publications.
- Everson-Bates, S. (1992). First-Line nurse managers in the expanded role – an ethnography analysis. *Journal of Nursing Administration*, 22 (3), p. 32-37.
- Ferreira, P. (1991). Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 33, p. 93-112.
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.
- Formiga, J. & Germano, R. (2005). Por dentro da História: o ensino de Administração em Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Vol. 58, nº 2. Acedido em 25-11-2011 Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pidem](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pidem).
- Foster, D. & Hoggett, P. (1999). Changes in the benefits agency: empowering the exhausted worker?. *Work Employment and Society*, 13 (1), p.19-39.
- Fox, R., Fox, D. & Wells, P. (1999). Performance of first-line management functions on productivity of hospital unit personnel. *Journal of Nursing Administration*, 29(9), p. 12-18.
- Frederico-Ferreira, M. (2003). O ensino da economia da saúde na formação em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 7 (1), p. 41-48.
- Frederico-Ferreira, M. & Silva, C. (2012). Reformas da gestão na saúde – desafios que se colocam aos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, nº 8, p. 85-93.
- Fullbrook, P. (2003). Developing best practice in critical care nursing: knowledge, evidence and practice. *Nursing in Critical Care*, 8 (3), p. 96-102.
- Gaspar, M., F. (2005). *A liderança relacional em enfermagem – impacto sobre o ambiente de cuidados*. Dissertação de provas públicas de acesso à categoria de Professor Coordenador não publicada, apresentada na Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende, Lisboa, Portugal.
- Germain, P., & Cummings, G. (2010). The influence of nursing leadership on nurse performance: a systematic literature review. *Journal of Nursing Management*, 18, p. 425-439.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1993). *O inquérito: teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Gifford, B., Zammuto, R., Goodman, E. & Hill, K. (2002). The relationship between hospital unit culture and nurses' quality of worklife. *Journal of Healthcare Management*, 47 (1), p. 13-27.
- Gitell, J.H., Fairfield, K., Bierbaum, B., Head, W., Jackson, R. & Kelly, M. (2002). Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and length

- of stay: a nine-hospital study of surgical patients. *Medical Care*, 38 (8), p.807-819.
- Gomes, A. (1994). Cultura: uma metáfora paradigmática no contexto organizacional. *Psicologia*. Vol. 9, nº 3, p. 279-294.
- Gomes, P. (2004). A evolução do conceito da qualidade: dos bens manufacturados aos services de informação. *Cadernos Bad*. 2, p. 7-18.
- Graça, L. & Henriques, A.I. (2000). Irmãos e irmãs de caridade: os primórdios da enfermagem na Europa. *Textos sobre saúde e trabalho*. Acedido em 10-01-2011. Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos67.html>.
- Graça, L., (2000a). Proto-história da administração hospitalar. *Textos sobre saúde e trabalho*. Acedido em 8-05-2012. Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos106.html>.
- Graça, L. (2000b). O Hospital Real de Todos os Santos. *Textos sobre saúde e trabalho*. Acedido em 8-05-2012. Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos59.html>.
- Graça, L., (2000c). Administração Hospitalar: da laicização à profissionalização. *Textos sobre saúde e trabalho*. Acedido em 4-05-2012. Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos78.html>.
- Guba, E. & Lincoln, Y. (2005). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. In N. Denzin & Y. Lincoln (Edts.). *The Sage Book of Qualitative Research* (3rd. Ed., pp. 191-216). USA : Sage Publications.
- Halford, S., Savage, M. & Witz, A. (1997). *Gender, careers and organizations*. London: MacMillan.
- Helmstadter, C. (2008). Authority and leadership: the evolution of nursing management in 19<sup>th</sup> century teaching hospitals. *Journal of Nursing Management*, 16, p. 4-13.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem – Pensamento e acção numa perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2011). *Cadre de santé de proximité – un métier au coeur du soin*. Paris : Elsevier Masson.
- Hinton-Walker, P. & Raborn, M. (1989). Application of the Neuman model in nursing administration and practice. In B. Henry, C. Arndt., M. Vincenti, A. Marriner-Tomey, (Eds). *Dimensions of nursing research – theory, research, education, practice*, (pp.711-723). Massachusetts: Blackwell Scientific Publications.

- Hubinon, M. (1998). *Management des unités de soins – De l'analyse systématique à l'évaluation de la qualité*. Paris: De Boeck Université.
- Institute of Medicine (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Institute of Medicine (2001). *Committee on Quality of Health Care in America – Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington D. C.: National Academy Press.
- Institute of Medicine (2004). *Keeping patients safe – Transforming the work environments of nurses*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Irvine, D., Sidani, S. & Hall, L. (1998). *Linking outcomes to nurses' roles in health care*. *Nursing Economic\$*. 16 (2), p. 58-64.
- Iturra, R. (2005). Trabalho de campo e observação participante. In A. Silva & J. Pinto, *Metodologia das Ciências Sociais* (13ª ed., pp. 149-163). Porto: Edições Afrontamento.
- Joint Commission on Accreditation of Healthfare Organizations (2003). *Sentinel Events Statistics*. Acedido em 15 novembro de 2012. Disponível em: <http://www.jcaho.or/accredited+organizations/hospitals/sentinel+events/sentinel&pl.event+statistic.htm>
- Kazanjian, A., Green, C., Wong, J. & Reid, R. (2005). Effect of the hospital nursing environment on patient mortality: a systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10 (2), p. 111-117.
- Kelly, P. (2012). *Nursing Leadership and Management* (3<sup>rd</sup> Edition). USA: Delmar Cengage Learning.
- Kerouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1994). *La pensée infirmière – Conceptions et Stratégies*. Québec : Éditions Vivantes.
- Kim, H., S. (2000). *The nature of theoretical thinking in nursing* (2<sup>nd</sup> Edition). USA: Springer Publishing Company.
- Kirkpatrick, I., Ackroyd, S., & Walker, R. (2005). *The new managerialism and public service professions*. London: Palgrave – Macmillan.
- Kleinman, C. (2004). The relationship between managerial leadership behaviors and staff nurse retention. *Hospital Topics*, 82 (4), p. 2-9. Acedido em 26-3-2006. Disponível em: [www.proquest.umi.com/](http://www.proquest.umi.com/)
- Krairiksh, M. & Anthony, M. (2001). Benefits and outcomes of staff nurses participation in decision making. *Journal of Nursing Administration*. 31(1), p. 16-23.

- Kramer, M. & Schmalenberg, C. (2004). Essentials of magnetic work environment (part 2). *Nursing 2004*, Volume 34, (7), p. 44-47.
- Kurcgant, P. (1991). As teorias de administração e os serviços de enfermagem. In *Administração em enfermagem*. P.Kurcgant. (coordenadora). São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, Lda.
- Lageson, C. (2004). Quality focus of first line nurse manager and relationships to unit outcomes. *Journal of Nursing Care Quality*, 19 (4), p. 336-342.
- Laschinger, H., Wong, C., McMahon, L. & Kaufman, C. (1999). Leader behavior impact on staff nurse empowerment, job tension and work effectiveness. *Journal of Nursing Administration*, 29 (5), p. 28-39.
- Latham, C. (1996). Predictors of patient outcomes following interactions with nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 18 (5), p.548-564.
- Lei nº 48/90 de 24 de agosto (1990). Lei de Bases da Saúde. Diário da República I Série, Nº 195 (24-08-1990) 3452- 3459.
- Lei nº 27/2002 de 8 de novembro (2002). Aprova o novo regime da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei nº 48/90, de 24 de agosto. Diário da República I Série, Nº 258 (8-11-2002) 7150-7154.
- Leininger, M. (Ed.) (1981). *Caring: An Essencial Human Need*. New Jersey: Charles B. Slack.
- Leininger, M. (1989). Cultural care theory and nursing administration. In B. Henry, C. Arndt., M. Vincenti, A. Marriner-Tomey, (Eds). *Dimensions of nursing research – theory, research, education, practice* (pp. 19-34). Massachusetts: Blackwell Scientific Publications.
- Leininger, M. (1998). Culture care: diversity and universality theory. In A. Tomey & M. Alligood. (Eds). *Nursing theorists and their work* (p. 439- 462). St. Louis: MO: Mosby.
- Leprohon, J. (2002). A qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 5, Janeiro, p. 26.
- Levett - Jones, T. (2005). Continuing education for nurses: A necessity ou nicety? *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 36 (5), p. 229-233.
- Lopes, M., J., (2006). *A relação enfermeiro – doente como intervenção terapêutica – proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Formasau.
- Maben, J. & Griffiths, P. (2008). *Nurses in society: starting the debate – final report*. London : National Nursing Research Unit. King’s College.
- Macedo, A. (2012). *Supervisão em Enfermagem: Construir as interfaces entre a Escola e o Hospital*. Santo Tirso: De facto Editores.

- Madeira, A. (2012). *A cultura de segurança no Bloco Operatório: como cuidamos da segurança do doente*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde não publicada, apresentada ao Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Manley, K. (2004). Transformational cultural : A Culture of effectiveness. In : B. McCormack, K. Manley & R. Garbett (Eds), *Practice Development in Nursing* (pp. 51-82). Oxford : Blackwell Publishing.
- Manojlovich, M. (2005). The effect of nursing leadership on hospital nurses' professional practice behaviours. *Journal of Nursing Administration*, 35 (7/8), p. 366-374.
- Mant, J. (2001). Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 13 (6), p. 475-480.
- Mariano, C. (2000). Case study: the method. In P. Munhall, & C. Boyd, *Nursing research. A qualitative perspective* (2nd ed.), (pp. 311-337). Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Mark, B., A. (1994). The emerging role of nurse manager. *Journal of Nursing Administration*, 24 (1), p. 48-55.
- Maxwell, R. (1984). Quality assessment in health: Perspectives in NHS Management. *British Medical Journal*, Vol. 288, (May), p. 1470-1472.
- McClure, M., Poulin, M., Sovie M. & Wandelt, M. (1983). *Magnet Hospitals: attraction and retention of professional nurses*. Kansas City, MO: American Nurses' Association.
- McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-centred nursing – Theory and Practice*. Ireland: Wiley- Blackwell
- McGillis Hall, L., M. (Ed.) (2005). *Quality work environments for nurses and patient safety*. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- McNeese-Smith, D. (1995). Job satisfaction, productivity and organizational commitment – the result of leadership. *Journal of Nursing Administration*, 25 (9), p. 17-26.
- McNeese-Smith, D. (1997). The influence of manager behavior on nurses' job satisfaction, productivity, and commitment. *Journal of Nursing Administration*, 27 (9), p. 47-55.
- Meirinhos, M. & Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EDUSER. Revista de Educação*, Vol. 2 (2), p. 49-55.

- Meleis, A. & Jennings, B. (1989). Theoretical nursing administration. Today's challenges, tomorrow's bridges. In B. Henry, Ardnt, C., Vincenti, & M. Marriner-Tomey, A. *Dimensions of nursing research – theory, research, education, practice*. Massachusetts: Blackwell Scientific Publications.
- Meleis, A. I. (2005). *Theoretical Nursing : Development & Progress (3 rd. Edition)*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Melo, C., D. (2001). *A liderança em enfermagem*. Dissertação de Mestrado não publicada, apresentada à Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Melo, R., P. (2011). *Estratégias promotoras de competências relacionais de ajuda: O contributo dos dirigentes*. Dissertação de Doutoramento não publicada, apresentada à Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa, Portugal.
- Mezomo, J. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: princípios básicos*. Brasil: Editora Manole, Lda.
- Milisen, K., Abraham, I., Siebens, K., Darras, E., & Casterlé, D. (2006). Work environment and workforce problems: a cross-sectional questionnaire survey of hospital nurses in Belgium. *International Journal of Nursing Studies*, 43 (6), p. 745-754.
- Miller, K. (1987). The human care perspective in nursing administration. *Journal of Nursing Administration*, 17 (2), p. 10-12.
- Miles, M., & Huberman, M. (1994). *Qualitative Data Analysis* (2nd. Ed). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Mintzberg, H. (1973). *The nature of managerial work*. New York: Harper & Row.
- Mintzberg, H. (1994). Managing as blended care. *Journal of Nursing Administration*, 24, (9), p. 29-36.
- Miranda, S. & Esquire, G. (2013). Creating a just culture - Recalibrating our culture of patient safety. *Penn State Online*, 68 (4), p. 4-10. Acedido 20-04-2014. Disponível em [http://www.nxtbook.com/ygsreprints/PSNA/g39019\\_psna\\_winter2013/index.php?startid=4#/10](http://www.nxtbook.com/ygsreprints/PSNA/g39019_psna_winter2013/index.php?startid=4#/10)
- Morrison, R; Jones, J. & Fuller, B. (1997). The relation between leadership style and empowerment on job satisfaction of nurses. *Journal of Nursing Administration*, 27 (5), p. 27-34.

- Morse, J., Bottorff, J., Neander, W., & Solberg, S. (1991). Comparative analysis of conceptualizations and theories of caring. *Journal of Nursing Scholarship*, 23 (2), p. 119-126.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: PUF.
- Moscovici, S. (2003). *Representações Sociais- Investigação em Psicologia Social*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Muller, A. (1996). *Estudo de uma avaliação de hospitais realizada no município de Jundiaí*. Dissertação de Mestrado em Administração não publicada. Apresentada na Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Munné, F. (1995). *La interacción social – teorías y ámbitos*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, S.A.
- Needleman, J. & Buerhaus, P.I. (2003). Nurse staffing and patient safety: Current knowledge and implications for actions. *International Journal of Quality Health Care*, 15, p. 275- 277.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, V., Leibson, C., Stevens, S. & Harris, M. (2011). Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *The New England Journal of Medicine*, 346 (11), p. 1037- 1045.
- Nightingale, F. (2005). *Notas sobre enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Nunes, E. T. (2013). *A liderança relacional, o empenhamento e a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*. Dissertação de Doutorado em Enfermagem – Especialidade em Gestão de Unidades de Saúde e Unidades de Enfermagem, não publicada, apresentada à Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa, Portugal.
- Nunn, D. & Marriner- Tomey, A. (1989). Applying Orem's model to nursing administration. In B. Henry, C. Arndt., M. Vincenti, A. Marriner-Tomey, (Eds). *Dimensions of nursing research – theory, research, education, practice* (pp. 63 - 67). Massachusetts: Blackwell Scientific Publications.
- Nyberg, J. (1998). *A caring approach in nursing administration*. Colorado: University Press of Colorado.
- Oliveira, A. & Amaral, V. (2007). A análise factorial de correspondências na investigação em psicologia: Uma aplicação ao estudo das representações sociais do suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, 2 (XXV), p. 271-293.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 12 outubro de 2012. Disponível em:

- <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Edição da Ordem dos Enfermeiros.
- Oulton, J. (2005-2006). Nursing Management Today: An ICN viewpoint. *International Hospital Reference, Book 2005/2006*, p. 081-083.
- Parreira, P. (2005). *As organizações*. Coimbra: Formasau – Formação e saúde, Lda.
- Parreira, P., Felício, M., Lopes, A., Nave, F. & Parreira, F. (2006). Papéis de liderança. Um instrumento avaliativo. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 13, p. 3-14.
- Parse, R. (1989). Parse's man-living- health model and administration of nursing service. In B. Henry, C. Arndt., M. Vincenti, A. Marriner-Tomey, (Eds). *Dimensions of nursing research – theory, research, education, practice* (pp. 69-74). Massachusetts: Blackwell Scientific Publications.
- Peabody, J, Taguiwalo, M., Robalino, A., & Frenk, J. (2006). Improving the quality of care in developing countries. In D. Jamison, J. Breman, A. Measham, (edts). *Diseases Priorities Control in Developing Countries* (2<sup>nd</sup> ed.), (pp. 1293- 1307). New York: Oxford University Press.
- Pedersen, A. (1993). Qualities of the excellent head nurse. *Nursing Administration Quarterly*, 18 (1), p. 40-50.
- Pereira, F. (2007). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros – estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, não publicada, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Peters, T. & Waterman, R. (1987). *Na senda da excelência*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Pinto, C., Rodrigues, J., Santos, A., Melo, L., Moreira, M. & Rodrigues, R. (2010). *Fundamentos de Gestão* (3<sup>a</sup> ed.). Barcarena: Editorial Presença.
- Polit, D. & Hunger, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pollit, C. (2003). *The essencial public manager*. Philadelphia: Open University Press.
- Ponte, P. R.; Kruger, N.; DeMarco, R. Hanley, D. (2004). Reshaping the practice environment: the importance of coherence. *Journal of Nursing Administration*, 34 (4), p. 173-179.

- Potra, T. (2006). *Ser enfermeiro chefe: papéis prescritos e subjetivos*. Dissertação de Provas Públicas de acesso à categoria de Professor Coordenador, não publicada, apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil, Lisboa, Portugal.
- Ramani, R. (2007). Measuring client satisfaction using quality in use. *TickIT International*, February, p. 5-11.
- Rego, A. & Pina e Cunha, M. (2012). Liderança Humanizada: Humanos gerindo humanos. *Revista Dirigir*, nº 117, p. 41-44.
- Reis, V., P. (2007). *Gestão em Saúde: um espaço de diferença*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade de Lisboa.
- Roach, M. (1984). *Caring: The Human mode of being – implications for Nursing*. Toronto: Faculty of Nursing of University of Toronto.
- Rocha, M. (2004). O enfermeiro-chefe – gestor de cuidados. *Nursing: Revista de formação contínua em enfermagem*, 185, p. 6-12.
- Rodrigues, M. & Araújo, J. (2005) – A nova gestão pública na governação local. IN 3º Congresso Nacional de Administração Pública, Lisboa. Acedido em 2 Out. 2012. Disponível em WWW:URL: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4545/1/INA2005.pdf> .
- Rogers, A., Hwang, W., Scott, L., Aiken, L. & Dinges, D. (2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs*, 23 (4), p. 2002-212.
- Roque, A., Bugalho, A. & Vaz Carneiro, A. (2007). *Manual de elaboração, disseminação e implementação de normas clínicas*. Lisboa: Centro de Estudos Baseados na Evidência da Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Roy, S. & Anway, J. (1989). Adaptation model: Theories for nursing administration. In B. Henry, C. Arndt., M. Vincenti, A. Marriner-Tomey, (Eds). *Dimensions of nursing research – theory, research, education, practice*, (pp. 69-74). Massachusetts: Blackwell Scientific Publications.
- Sale, D. (1998). *Garantia da Qualidade nos cuidados de saúde para os profissionais da equipa de saúde*. Lisboa: Principia, Publicações Universitárias e Científicas.
- Scalzi, C. & Anderson, R. (1989). Conceptual model for theory development in nursing administration. In B. Henry, C. Arndt., M. Vincenti, A. Marriner-Tomey, (Eds). *Dimensions of nursing research – theory, research, education, practice* (pp. 137-141). Massachusetts: Blackwell Scientific Publications.
- Schon, D. A. (1994). *Le praticien réflexif: à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Paris: Les Éditions Logiques.

- Shortell, S. & Kaluzny, A. (1993). *Health Care Management – organization design and behavior* (3rd. Edition). United States of America: Delmar Publishers Inc.
- Siebens, K., Casterlé, D., Abraham, I. & Darras, E. (2006). The professional self-image of nurses in Belgian hospitals: a cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43 (1), p. 71-82.
- Sielloff, C. & Raph, S. (2011). Nursing theory and management. *Journal of Nursing Management*, 19 (8), p. 979-980.
- Soares, N. & Dall’Agnol, C. (2011). Privacidade dos pacientes – uma questão ética para a gerência do cuidado de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24 (5), p. 683-688.
- Soares, M., I. (1997). *Da blusa de brim à touca branca*. Lisboa: Co-edição Educa e Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Sochalski, J. (2004). Is more better? The relationship between nursing staffing and the quality of nursing care in hospitals. *Medical Care*, 42 (2, Suppl.), p. 67-73.
- Sousa, P. (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paulista de enfermagem*, 22, p. 884-894. Acedido a 1-10-2012. Disponível em [www: RL:http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/09.pdf) .
- Spradley, J., P. (1980). *Participant Observation*. Belmont: Wadsworth.
- Srivastava, P., & Hopwood, N. (2009). A practical iterative framework for qualitative data analysis. *International Journal of Qualitative Methods*, 8 (1), p. 76-84.
- Stake, R. (2005). Qualitative case studies. In N. Denzin, & Y. Lincoln, *The Sage handbook of qualitative research* (3rd ed.), (pp. 443-466). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Stoner, J. & Freeman, R. (1995). *Administração* ( 5ª ed.). Rio de Janeiro : Prentice Hall do Brasil.
- Sullivan, P., Baumgardner, C., Henninger, D. & Jones, L. (1994). Management development: preparation nurse managers for the future. *Journal of Nursing Administration*, 24 (6), p. 32-38.
- Surakka, T. (2008). The nurse manager’s work in the hospital environment during the 1990s and 2000s : responsibility, accountability and expertise in nursing leadership. *Journal of Nursing Management*, 16, p. 525-534.
- Swan, B. (1998). Postoperative nursing care contributions to symptom distress and functional status after ambulatory surgery. *MEDSURG Nursing*, 7 (3), p. 148-158.
- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40 (3), p. 161-166.

- Tesch, R. (1995). *Qualitative research : analysis types & software tools*. New York : The Falmer Press.
- Thorsteinsson, L. (2002). The quality of nursing care as perceived by individuals with chronic illness. The magic touch of nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 11 (1), p. 32-40.
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra*. Lisboa: Lusodidata.
- Vahey, D., Aiken, L., Sloane, D., Clarke, S. & Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical Care*, 42 (2, Suppl.), p.57-66.
- Vala J. (1986). A análise de conteúdo. In: Silva, A. S & Pinto, J. M. – *Metodologia das ciências sociais* (pp. 101-126). Porto: Afrontamento.
- Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológicas y práctica profesional*. Madrid: Ed.Sintesis Sociología.
- Villeneuve, M., Semogas, D., Peerboom, E. Irvine, D & Hall, L., (1995). *Worklife concerns of Ontario nurses*. (Working Paper nº 95-11). Hamilton, Canada: Nursing Effectiveness, Utilization, and Outcomes Research Unit.
- Walby, S., Greenwell, J., Mackay, L., & Soothill, K. (1994). *Medicine and Nursing – Professions in a changing health service*. London : Routledge.
- Watson, J. (1988). *Nursing : Human Science and Human Care. A Theory of Nursing*. New York : National League for Nursing.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem : Ciência Humana e Cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures : Lusociência.
- Watson, J. (2006). Caring theory as ethical guide to administrative and clinical practices. *Journal of Nursing Administration*, 8 (1), p. 87-93.
- Wigens, L. (1997). The conflict between «new nursing» and «scientific management » as perceived by surgical nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 25 (6), p. 1116-1122.
- Wildman, S. & Hewison, A. (2009). Rediscovering a history of nursing management : from nightingale to the modern matron. *International Journal of Nursing Studies*, 46, p. 1650-1661.
- Wolf, Z, Colahan, M. & Costello, A. (1998). Relationship between nurse caring and patient satisfaction. *MEDSURG Nursing*, 7 (2), p. 99-105.
- Wong, W. (2004). Caring holistically within new managerialism. *Nursing Inquiry*, 11 (1), p. 2-13.

- Wong, C. & Cummings, G. (2007). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 15, p. 508-521.
- World Health Organization (2008). *World Alliance for Patient Safety : Summary of the evidence on patient safety - implications for research*. Geneve : Switzerland.
- Yeakel, S., Maljanian, R., Bohannon, R. & Coulombe, K. (2003). Nursing care behaviors and patient satisfaction : improvement after a multifaceted staff intervention. *Journal of Nursing Administration*, 33 (9), p. 99-105.
- Yin, R., K. (2006). *Estudo de caso – planejamento e métodos* (3ª ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Yulk, G. (1998). *Leadership in organizations* (4rd ed.). Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall.
- Zucker, D. (2001). Using case study methodology in nursing research. *The qualitative Report*, 6 ( 2). Acedido em 10 de Maio de 2010. Disponível em: [www.nova.edu/ssss/QR6-2/zucker.html](http://www.nova.edu/ssss/QR6-2/zucker.html)

## **ANEXOS**

## **ANEXOS**

**ANEXO I**  
**CRONOGRAMA DE ATIVIDADES**

## CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Revisão Sistemática									
Revisão Literatura									
Registo definitivo tese									
I Fase Inv. Recolha dados									
I Fase Inv. Análise de dados									
II Fase Inv. Recolha dados									
II Fase Inv. Análise de dados									
III Fase Inv. Recolha dados									
III Fase Inv. Análise de dados									
Apresentações/comunicações		Congresso ICE – poster e comunicação oral	10ª Conf. Inv. Enf. APE - poster e comunicação oral		XI Colóquio Internacional PRAQSI - comunicação oral	Enc. Dout. UL-UI&DE - comunicação oral	XII Colóquio Internacional PRAQSI - comunicação oral		
			X Colóquio Internacional PRAQSI - comunicação oral						
Elaboração Relatório Final									



**ANEXO II**

**REVISÃO DE ESTUDOS EMPÍRICOS SOBRE O PAPEL DOS GESTORES  
OPERACIONAIS DE ENFERMAGEM**

REVISÃO DE ESTUDOS EMPÍRICOS SOBRE O PAPEL DOS GESTORES  
OPERACIONAIS DE ENFERMAGEM

Autores/ Ano	Local	Método utilizado	Dimensões identificadas
Duffield & Lumby (1994)	EUA	Questionário a peritos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Gestão Funcional</li> <li>-Gestão de Pessoal</li> <li>-Gestão de Cuidados aos Doentes</li> <li>-Liderança</li> </ul>
Oroviogicoechea (1996)	EUA	Revisão da literatura	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Gestão da prática clínica e dos cuidados</li> <li>-Gestão de recursos humanos, financeiros e outros</li> <li>-Desenvolvimento do pessoal</li> <li>-Cumprimento das normas reguladoras da profissão</li> <li>-Planeamento estratégico</li> <li>-Promoção de relações interdisciplinares e colaborativas</li> </ul>
Fox et al. (1999)	EUA	Entrevistas a enfermeiros chefes	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Prática clínica</li> <li>-Liderança</li> <li>-Operações</li> <li>- Coordenação</li> <li>-Gestão do pessoal</li> <li>- Implementação da qualidade</li> <li>-Educação e Investigação</li> </ul>
Groupe des Soins Infirmiers des Directions du Département Infirmier ACN/ FNIB (1992/1993), citado por, Darras (1998)	Bélgica	Questionário a 300 enfermeiros chefes	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tarefas administrativas</li> <li>-Organização do trabalho</li> <li>-Cuidados de enfermagem directos</li> <li>-Gestão do pessoal</li> <li>-Gestão dos doentes e famílias</li> <li>-Gestão do material e equipamentos</li> </ul>
Desprets(1997)	Bélgica)	Questionários a enfermeiros-chefes, enfermeiros prestadores, direcções de enfermagem e médicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Gestão do pessoal</li> <li>-Gestão dos materiais e equipamentos</li> <li>-Gestão dos orçamentos</li> <li>-Organização do trabalho</li> <li>-Tarefas administrativas</li> <li>-Implementação de projectos</li> <li>-Prestação de cuidados directos</li> <li>-Gestão dos cuidados de enfermagem</li> </ul>
Drach-Zahavy & Dagan (2002)	Israel	Observação de 48 enfermeiros chefes durante um período de 6 horas cada	Analisa os dados de acordo com as dimensões de Fox et al. (1999)

Autores/ Ano	Local	Método utilizado	Dimensões identificadas
Assistance Publique Hôpitaux de Paris (2004)	França, Bélgica, Espanha, Portugal, República Checa, Bulgária, Hungria (2004)	Observação de 48 enfermeiros-chefes, durante 1 dia cada, em 8 países europeus	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Organizar e coordenar o atendimento e os cuidados de enfermagem</li> <li>-Prever e gerir os recursos humanos,</li> <li>- Optimizar e desenvolver as competências</li> <li>-Prever e assegurar os meios necessários à unidade</li> <li>-Comprometer-se profissional e institucionalmente</li> </ul>
Potra, T. (2006)	Portugal	Entrevistas a enfermeiros-chefes, enfermeiro diretor e diretores de serviço	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ator do processo de cuidados</li> <li>- Gestor de materiais e ambientes</li> <li>- Gestor e líder de pessoas e equipas</li> </ul>
Surakka, T. (2008)	Finlândia	Análise de diários realizados por enfermeiros gestores a nível operacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atividades de responsabilidade <ul style="list-style-type: none"> <li>Comunicar</li> <li>Cooperar</li> <li>Organizar</li> </ul> </li> <li>- Atividades de Accountability <ul style="list-style-type: none"> <li>Suporte do pessoal</li> <li>Assegurar competências</li> <li>Desenvolver</li> </ul> </li> <li>- Cuidados de enfermagem <ul style="list-style-type: none"> <li>Prestação de cuidados diretos</li> <li>Prestação de cuidados indiretos</li> <li>Trabalho como perito</li> </ul> </li> </ul>

**ANEXO III**

**REVISÃO DE ESTUDOS EMPÍRICOS – ESTUDOS DISCRIMINADOS DE  
ACORDO COM VARIÁVEIS PREDITORAS/ASSOCIADAS AO  
DESEMPENHO DAS CHEFIAS OPERACIONAIS DE ENFERMAGEM E SEUS  
RESULTADOS**

**REVISÃO DE ESTUDOS EMPÍRICOS – ESTUDOS DISCRIMINADOS DE ACORDO COM VARIÁVEIS PREDITORAS/ASSOCIADAS AO DESEMPENHO DAS CHEFIAS OPERACIONAIS DE ENFERMAGEM E SEUS RESULTADOS**

<b>Estudos primários</b>	<b>Variáveis Predictoras/Associadas</b>	<b>Correlações significativas com as variáveis de resultado</b>
Boumans, N. (1993)	Liderança social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfação no trabalho dos enfermeiros</li> <li>- Significado do trabalho dos enfermeiros</li> <li>- Menos queixas de saúde dos enfermeiros</li> </ul>
McNeese-Smith, D. (1995)	Comportamentos de liderança do enfermeiro-chefe  <i>Inspiração de uma visão partilhada</i> como o mais forte preditor da satisfação e da produtividade e único preditor do commitment	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Produtividade</li> <li>- Satisfação no trabalho</li> <li>- Commitmen organizacional</li> </ul>
Brewer, A. & Lok, P.(1995)	Estratégias de consenso dos enfermeiros gestores	Componentes do empenhamento dos enfermeiros  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação; Confiança; Investimento; Sentimentos acerca do trabalho; Participação; Voz ; Equidade</li> </ul>
Morrison et al (1997)	Liderança transacional (prediz 10%)  Liderança transformacional (prediz 30%)  Estratégias de empoderamento psicológico do enfermeiro gestor (prediz 17%)	Satisfação no trabalho dos enfermeiros  Satisfação no trabalho dos enfermeiros  Satisfação no trabalho dos enfermeiros
McNeese-Smith, D. (1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconhecimento, resposta às necessidades pessoais, liderança, responder às necessidades da unidade, dar suporte;</li> <li>- Reconhecimento e criar um clima positivo;</li> <li>- Liderança</li> </ul>	Satisfação no trabalho dos enfermeiros  Produtividade dos enfermeiros  Empenhamento dos enfermeiros

Laschinger et al. (1999)	Comportamentos de liderança e empoderamento do enfermeiro gestor	- Aumento do poder formal e informal dos enfermeiros e o acesso a estruturas de empoderamento
Fox et al. (1999)	Tempo despendido na: - Prática clínica; - Liderança; - Gestão de pessoal; -Sistemas de coordenação	Produtividade da unidade de cuidados
Krairiksh, M. & Anthony, M. (2001)	Competências de liderança clínica do enfermeiro gestor – liderança clínica e administrativa	Participação dos enfermeiros na tomada de decisão.
Melo (2001)	Estilo de liderança do enfermeiro gestor	Motivação dos colaboradores
Lageson, C. (2004)	Foco da qualidade do enfermeiro gestor	Satisfação no trabalho dos enfermeiros
Kleinman, C. (2004)	Liderança por exceção activa	Aumento do turnover dos enfermeiros
Anthony et al. (2005)	Estratégias preditoras: construção de uma equipa, participação do pessoal, mentorado/coaching, formação, sala para refeições, empoderamento	Retenção dos enfermeiros
Gaspar, Filomena (2005)	Relação da Chefia com os enfermeiros colaboradores*  * A relação de chefia tem influência significativa (positiva e negativa) com as variáveis de impacto mas com quantidade de variância explicada baixa (entre 3 e	- Identificação com a profissão - Sentido de missão dos enfermeiros - Diminuição da intenção de abandono da profissão dos enfermeiros - Diminuição do burnout dos enfermeiros

	6%)	
Manojlovich, M. (2005)	Liderança do enfermeiro gestor (motivação para atingir objetivos)	Empoderamento dos enfermeiros
Wong & Cummings (2007) Revisão sistemática da literatura	Comportamentos, estilos ou práticas de liderança positivos (liderança transformacional, empoderamento, apoio)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento da satisfação dos doentes</li> <li>- Redução do nº de eventos adversos</li> <li>- Diminuição de complicações nos doentes</li> </ul>
Cummings et al. (2008)	Liderança relacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfação enfermeiros</li> <li>- Qualidade ambiente de cuidados</li> </ul>
Germain & Cummings (2010) Revisão sistemática da literatura	Práticas de liderança das chefias operacionais: promoção da autonomia do enfermeiro, de relações de confiança com e entre colaboradores e providenciar recursos no ambiente de cuidados	Motivação e desempenho dos enfermeiros

**ANEXO IV**

**INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS DA I FASE INVESTIGAÇÃO**

**Cara (o) colega**

Encontro-me a realizar o Doutoramento em Enfermagem na Universidade de Lisboa estando a desenvolver um projeto de investigação na área da gestão de cuidados de enfermagem.

Compreendendo este projeto um 1º estudo cuja finalidade é estudar as imagens dos enfermeiros sobre o processo de gestão de cuidados e o papel dos enfermeiros chefes como gestores de cuidados venho solicitar a sua colaboração no preenchimento do instrumento de colheita de dados que se segue.

Comprometo-me a utilizar os dados obtidos somente para a finalidade mencionada e garanto-lhe desde já o seu anonimato.

Peço-lhe que se desejar colaborar neste estudo que siga as instruções indicadas.

**A sua colaboração é importante e desde já lhe agradeço.**

Com os melhores cumprimentos,

Teresa Santos Potra

## 1ª Parte

Contém questões sobre dados pessoais e profissionais às quais solicito que responda de acordo com a sua situação.

1. Idade \_\_\_\_\_

2. Sexo: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

3. Curso que está a frequentar \_\_\_\_\_

4. Habilitações Académicas \_\_\_\_\_

5. Área de actuação: Hospital \_\_\_\_\_ Centro de Saúde \_\_\_\_\_ Outra \_\_\_\_\_

Especificar \_\_\_\_\_

6. Categoria Profissional \_\_\_\_\_

7. Tempo de exercício profissional \_\_\_\_\_

8. Experiência em funções de gestão: SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_

## 2ª Parte

Esta parte compreende 2 questões elaboradas em forma de estímulo em que pretendo obter imagens e percepções dos enfermeiros relativamente ao **processo de gestão de cuidados de enfermagem**.

Assim, leia as frases apresentadas e na sua sequência escreva frases simples, expressões ou palavras que lhe ocorrerem (máximo de 10 para cada questão).

A EXPRESSÃO “**GESTÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM**”FAZ-ME PENSAR EM.....

O ENFERMEIRO-CHEFE COMO **GESTOR DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM** FAZ-ME PENSAR EM.....

**ANEXO V**

**TERMOS DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO**

# UNIVERSIDADE DE LISBOA

## Doutoramento em Enfermagem

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O meu nome é Teresa Santos Potra, sou professora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e estou a realizar a minha tese de doutoramento subordinada ao tema “A gestão de cuidados de enfermagem: práticas dos enfermeiros chefes e qualidade dos cuidados”. Este estudo tem como finalidade compreender o papel dos enfermeiros chefes no âmbito da gestão de cuidados e equacionar a sua contribuição para a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Assim, venho solicitar a sua colaboração neste estudo pedindo-lhe que aceda a ser entrevistada. A entrevista decorrerá em data e local a combinar previamente em função da sua disponibilidade e será gravada com o seu consentimento.

Todas as informações obtidas serão confidenciais e será usado um nome código para manter o anonimato dos participantes nas informações e no relatório da pesquisa. Todas as informações serão usadas somente para este estudo.

A sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária. A sua decisão de não participar ou de se retirar a qualquer momento não terá qualquer implicação para si.

Embora não haja benefícios directos pela sua participação espera-se que os resultados deste trabalho permitam aprofundar conhecimentos sobre o processo de gestão de cuidados dos enfermeiros.

No caso de ter ainda alguma dúvida em relação à pesquisa ou se quiser desistir em qualquer momento poderá fazê-lo pelo telefone referido em baixo ou pessoalmente.

Investigadora: Teresa Santos Potra; telemóvel: 967574323

Assinatura: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, fui esclarecido(a) sobre a pesquisa: “A gestão de cuidados de enfermagem: práticas dos enfermeiros chefes e qualidade dos cuidados” e concordo em participar nela e que os meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma será guardada pela investigadora e a outra via ficará na posse do(a) participante da pesquisa.

# UNIVERSIDADE DE LISBOA

## Doutoramento em Enfermagem

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O meu nome é Teresa Santos Potra, sou professora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e estou a realizar a minha tese de doutoramento subordinada ao tema “A gestão de cuidados de enfermagem: práticas dos enfermeiros chefes e qualidade dos cuidados”. Este estudo tem como finalidade compreender o papel dos enfermeiros chefes no âmbito da gestão de cuidados e equacionar a sua contribuição para a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Assim, venho solicitar a sua colaboração neste estudo pedindo-lhe que aceda a ser acompanhada no exercício das suas funções e se necessário a ser entrevistada. O período de recolha de dados será feito em mais do que um momento e por períodos de tempo variáveis e previamente negociados.

Todas as informações obtidas serão confidenciais e será usado um nome código para manter o seu anonimato no relatório da pesquisa. Todas as informações serão usadas somente para este estudo.

A sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária. A sua decisão de não participar ou de se retirar a qualquer momento não terá qualquer implicação para si.

Embora não haja benefícios directos pela sua participação espera-se que os resultados deste trabalho permitam aprofundar conhecimentos sobre o processo de gestão de cuidados dos enfermeiros chefes.

No caso de ter ainda alguma dúvida em relação à pesquisa ou se quiser desistir em qualquer momento poderá fazê-lo pelo telefone referido em baixo ou pessoalmente.

Investigadora: Teresa Santos Potra; telemóvel: 967574323

Assinatura: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, fui esclarecido(a) sobre a pesquisa: “A gestão de cuidados de enfermagem: práticas dos enfermeiros chefes e qualidade dos cuidados” e concordo em participar nela e que os meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma será guardada pela investigadora e a outra via ficará na posse do(a) participante da pesquisa.

**ANEXO VI**

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO E RESPOSTA II FASE**

Teresa Santos Potra  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
Pólo Francisco Gentil  
Av. D. José I, nº 15B 2780-126 Oeiras  
Tel- 967574323  
Email- [tsantos@esefg.pt](mailto:tsantos@esefg.pt)

Ao Exmo. Conselho de Administração do Hospital Garcia da

Ota

**Assunto: Pedido de colaboração em investigação para Projecto de Doutoramento**

Exmos. Senhores

Exerço actualmente funções de Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e estou a desenvolver o meu projecto de doutoramento em Enfermagem, na Universidade de Lisboa, sob orientação da Professora Doutora Maria Filomena Gaspar. Esta investigação tem como tema “O enfermeiro-chefe como gestor de cuidados: representações, práticas e qualidade de cuidados de enfermagem” e pretende estudar o papel e práticas dos enfermeiros-chefes na gestão de cuidados e o seu impacte na qualidade de cuidados de enfermagem.

O papel dos enfermeiros-chefes é reconhecido, desde há muito, como essencial para as organizações de saúde sendo mesmo considerado uma das figura-chave das unidades de cuidados, dado ser o profissional que «*dispõe das melhores oportunidades para dinamizar e harmonizar os diferentes contributos*» (Sullivan, 1994: 37) para a prestação de cuidados de saúde, assim como para implementar e fomentar uma utilização eficiente e racional dos recursos disponíveis, sem diminuir a qualidade dos cuidados prestados. A revisão sistemática de 14 estudos (Boumans, Nicolle, 1993; McNeese-Smith, D., 1995; Brewer, A.& Lok, P., 1995; Morrison et al, 1997; McNeese-Smith, D., 1997; Laschinger et al, 1999; Fox et al, 1999; Krairiksh, M. e Anthony, M., 2001; Lageson, C., 2001; Melo Dias, 2005; Kleinman, C., 2004; Anthony et al, 2005; Gaspar, Filomena, 2005; Manojlovich, Milisa, 2005) permitiu concluir que há evidência científica de que o desempenho do enfermeiro-chefe tem impacto num conjunto alargado de variáveis, em especial, nos enfermeiros colaboradores, nomeadamente nas suas reacções ao trabalho, à profissão, à organização, nas suas práticas profissionais e na sua produtividade. Contudo, os estudos analisados nunca associam variáveis de desempenho dos enfermeiros-chefes, à qualidade dos cuidados razão pela qual fica a dúvida desta contribuição.

No momento actual, em que as organizações de saúde sofrem mudanças nos seus processos de gestão e em que as expectativas de um consumidor cada vez mais esclarecido se tornam cada vez maiores é notória e imprescindível a necessidade de promover uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. Importa pois compreender qual o papel do enfermeiro-chefe como gestor de cuidados, como o implementa, que lógicas estruturam a sua acção e como estas práticas contribuem para a qualidade de cuidados.

Na fase em que me encontro deste projecto e após ter realizado um estudo de representações sociais sobre o papel dos enfermeiros-chefes como gestores de cuidados junto de enfermeiros, venho pedir colaboração e solicitar autorização para prosseguir o estudo na vossa instituição. Nesta fase pretendo realizar um 2º estudo cujos objectivos são identificar as dimensões do papel auto-percebido pelo enfermeiro-chefe como gestor de cuidados e compreender o foco da qualidade de cuidados das chefias operacionais em enfermagem. A recolha de dados pretendida será feita através de entrevista (guião em anexo) a todos os enfermeiros-chefes de unidades de cuidados com internamento que se disponibilizem de forma voluntária para colaborar no estudo.

Grata pela vossa colaboração.

Com os melhores cumprimentos,



Exm<sup>a</sup>. Senhora  
Prof.<sup>a</sup> Teresa Santos Poira  
Av. D. José I, n.º 15 B  
2780-126 OEIRAS

processo ref.  
n.º ref. 29.11.08 17248

assunto ref.  
yout ref.

data  
data

assunto  
sujeito

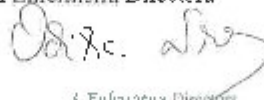
Em resposta ao V. ofício datado em 31.07.08, relativo ao assunto "pedido de colaboração em investigação para projecto de doutoramento", informa-se que o Hospital e os serviços abaixo identificados estão disponíveis para colaborar no estudo do âmbito académico dada a pertinência da temática do mesmo.

Assim os serviços que irão colaborar são:



Neste sentido poderá iniciar e desenvolver as respectivas acções em articulação com os Enfermeiros Chefes dos vários serviços.

A Enfermeira Directora

  
A Enfermeira Directora  
CELIA NEVES

UNERS  
2º Odlia (K) processo

**ANEXO VII**  
**GUIÃO ENTREVISTAS**

INTRODUÇÃO	OBSERVAÇÕES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agradecimento pela colaboração.</li> <li>- Justificação do pedido de entrevista</li> <li>- Informação sobre o trabalho que estou a desenvolver e disponibilidade para clarificar qualquer dúvida.</li> <li>- Explicação sobre os objetivos do trabalho e da entrevista.</li> <li>- Assegurar a confidencialidade da recolha e análise dos dados.</li> <li>- Solicitar autorização para gravação da entrevista</li> </ul> <p>Aspetos particulares a anotar do momento ou do entrevistado</p>	

<b>Caracterização do entrevistado</b>	<p>Idade</p> <p>Anos de Exercício Profissional</p> <p>Anos na categoria</p> <p>Anos na Chefia no serviço</p> <p>Formação Académica e Profissional</p>
---------------------------------------	---

Temas	Objetivos	Questões Orientadoras
<p><b>O enfermeiro-chefe como gestor de cuidados</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar as dimensões auto percecionadas pelo enfermeiro-chefe do seu papel como gestor de cuidados</li> </ul>	<p>Como enfermeiro-chefe desempenha diversas funções mas gostaria que se centrasse na no seu papel na gestão de cuidados de enfermagem neste serviço:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O que é para si ser um gestor de cuidados?</li> <li>- Quando pensa nesta dimensão que finalidade pretende atingir?</li> <li>- Como caracteriza as suas funções neste âmbito?</li> <li>- Gostaria que me descrevesse o seu papel como gestor de cuidados neste serviço:</li> <li>- Como se operacionaliza este papel no seu quotidiano?</li> <li>- Quando pensa no seu papel como gestor de cuidados neste serviço que aspeto/ fatores considera que são fundamentais para a sua eficácia?</li> </ul>

**ANEXO VIII**

**MATRIZ DE ANÁLISE ENTREVISTAS II FASE**

GRELHA DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS ENFERMEIROS CHEFES

TEMAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	
AUTO- PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO- CHEFE COMO GESTOR DE CUIDADOS	Caraterísticas do papel de gestor de cuidados	Considerações gerais	Importante	
			Difícil	
		Relação com outras dimensões	Centralidade	
			Interdependência	
		Finalidades	Qualidade cuidados	
			Gerir e desenvolver a equipa	
		Dimensões	Conceção e planeamento	Linhas orientadoras cuidar
				Modo de trabalho dos enfermeiros
				Expressão de necessidades recursos humanos e materiais
	Organização dos cuidados		Distribuição do trabalho de acordo com necessidades	
			Alocação e mobilização recursos materiais e equipamentos	
	Coordenação dos cuidados		Continuidade cuidados	
			Articulação interdisciplinar	
	Supervisão e avaliação dos cuidados		Observação da prestação de cuidados	
			Questionamento dos clientes	
			Escuta nas passagens de turno	
			Análise dos registos	
	Orientação e desenvolvimento das equipas	Orientação como modelo		
		Orientação para a autonomia		
		Momentos de reflexão		
Delegação	Os chefes de equipa			

	Atributos do papel	Conhecer	Conhecimento do processo de cuidados
			Conhecimento do contexto
		Estar Presente	Presença no centro do processo de cuidados
			As passagens de turno
		Liderança cuidadora	A atenção e proteção

**ANEXO IX**

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO E RESPOSTA III FASE**

Teresa Santos Potra  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
Pólo Francisco Gentil  
Av. D. José I, nº 15B 2780-126 Oeiras  
Tel- 967574323  
Email- [tsantos@esefg.pt](mailto:tsantos@esefg.pt)

Exma. Directora de Enfermagem do Hospital Garcia de Orta, EPE

Sr.ª Enfermeira Odília Neves

**Assunto: Pedido de autorização para prosseguimento de investigação para Projecto de Doutoramento**

Exma. Senhora Enfermeira Directora

Na sequência da realização do trabalho de investigação “O enfermeiro-chefe como gestor de cuidados: representações, práticas e qualidade de cuidados de enfermagem” na sua prestigiada instituição venho informar que conclui a 2ª fase de recolha de dados. Assim, conforme planeado e autorizado foram entrevistados 15 enfermeiros-chefes de serviços de internamento. Os dados resultantes deste trabalho encontram-se em fase de tratamento e análise prevendo que os mesmos se encontrem concluídos em meados do mês de Janeiro de 2009.

Tendo em consideração os dados preliminares já identificados e com vista à conclusão do trabalho de campo venho solicitar autorização para prosseguir o estudo em dois serviços a seleccionar de acordo com parâmetros a definir com a Sr.ª Enfermeira Directora. Pretendo nesta 3ª e última fase do trabalho realizar 2 Estudos de Caso com o objectivo estudar de forma mais directa e aprofundada as práticas dos enfermeiros-chefes na gestão de cuidados e o seu impacto na qualidade de cuidados de enfermagem. A operacionalização dos referidos Estudos de Caso a iniciar em Janeiro prevê o recurso a momentos de observação e de entrevista aos respectivos enfermeiros-chefes e enfermeiros.

Assim, e dado que a realização dos estudos implicam a solicitação de dispensa de serviço docente à minha entidade empregadora venho solicitar a máxima compreensão para o solicitado.

Lisboa, 2 de Dezembro de 2008

Com o melhores cumprimentos,

Teresa Santos Potra

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Pólo Francisco Gentil

Av. D. José I, nº 15B 2780-126 Oeiras

Tel- 967574323

Email- [tsantos@esel.pt](mailto:tsantos@esel.pt)

Ao Exmo. Enfermeiro Director do Hospital **Garcia de Orta, EPE**

**Assunto: Pedido de agendamento de reunião**

Exmo. Senhor Enfermeiro **João Santos**

Começo por lhe apresentar os melhores cumprimentos e felicitá-lo pela nomeação para o cargo que acaba de assumir desejando-lhe os maiores sucessos pessoais e profissionais.

Encontro-me a realizar o Doutoramento em Enfermagem na Universidade de Lisboa estando a efectuar um trabalho de investigação cujo título provisório é: “O enfermeiro-chefe como gestor de cuidados: representações, práticas e qualidade de cuidados de enfermagem”.

Iniciei em Setembro de 2008 um parte do estudo cujas colheitas de dados foram realizadas no Hospital **Garcia de Orta** tendo-me sido comunicado oralmente que o prosseguimento do estudo estaria autorizado.

Tendo em consideração a sua recente nomeação como Enfermeiro Director deste Hospital venho solicitar uma marcação de reunião com vista à exposição do trabalho já realizado e negociação do prosseguimento do estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Lisboa, 4 de Fevereiro de 2009

Teresa Santos Potra

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Pólo Francisco Gentil

Av. D. José I, nº 15B 2780-126 Oeiras

Tel- 967574323

Email- [tsantos@esel.pt](mailto:tsantos@esel.pt)

Ao Exmo. Enfermeiro Director do Hospital Garcia de Orta, EPE

**Assunto:** Trabalho de investigação: “O enfermeiro-chefe como gestor de cuidados: representações, práticas e qualidade de cuidados de enfermagem”.

Exmo. Senhor Enfermeiro João Santos

Na sequência do combinado com V. EX<sup>a</sup> relativamente à continuação do trabalho em epígrafe só foi possível, até ao momento, entrar em contacto com a Sr.<sup>a</sup> Enfermeira-chefe do Serviço de Neurocirurgia, Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Leonor Monteiro que de forma voluntária e conhecendo os objectivos do estudo concordou nele participar.

Assim, venho por este meio e conforme combinado formalizar o pedido para a realização desta parte do estudo no referido serviço.

Agradeço desde já a atenção e a maior brevidade dispensada a este assunto.

Lisboa, 11 de Março de 2009

Com os melhores cumprimentos



neg. ref. ELV 5138  
cur. ref. 16.03.2009

vr. ref.  
yur. ref.

data  
data

assunto  
subject

Exmo.(a). Senhor(a)  
Profª Teresa Santos Potra  
Pólo Francisco Gentil  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
Av. D. José I, nº 15 B  
2780-126 Oeiras

Assunto: Trabalho de investigação: " O enfermeiro chefe como gestor de cuidados representações, práticas e qualidade de cuidados de Enfermagem

Em resposta ao V. ofício de 11 de Março de 2009, somos a informar V. Ex.ª que o trabalho de investigação foi autorizado.

Os detalhes devem ser acordados com a:

Com os melhores cumprimentos,

João Santos

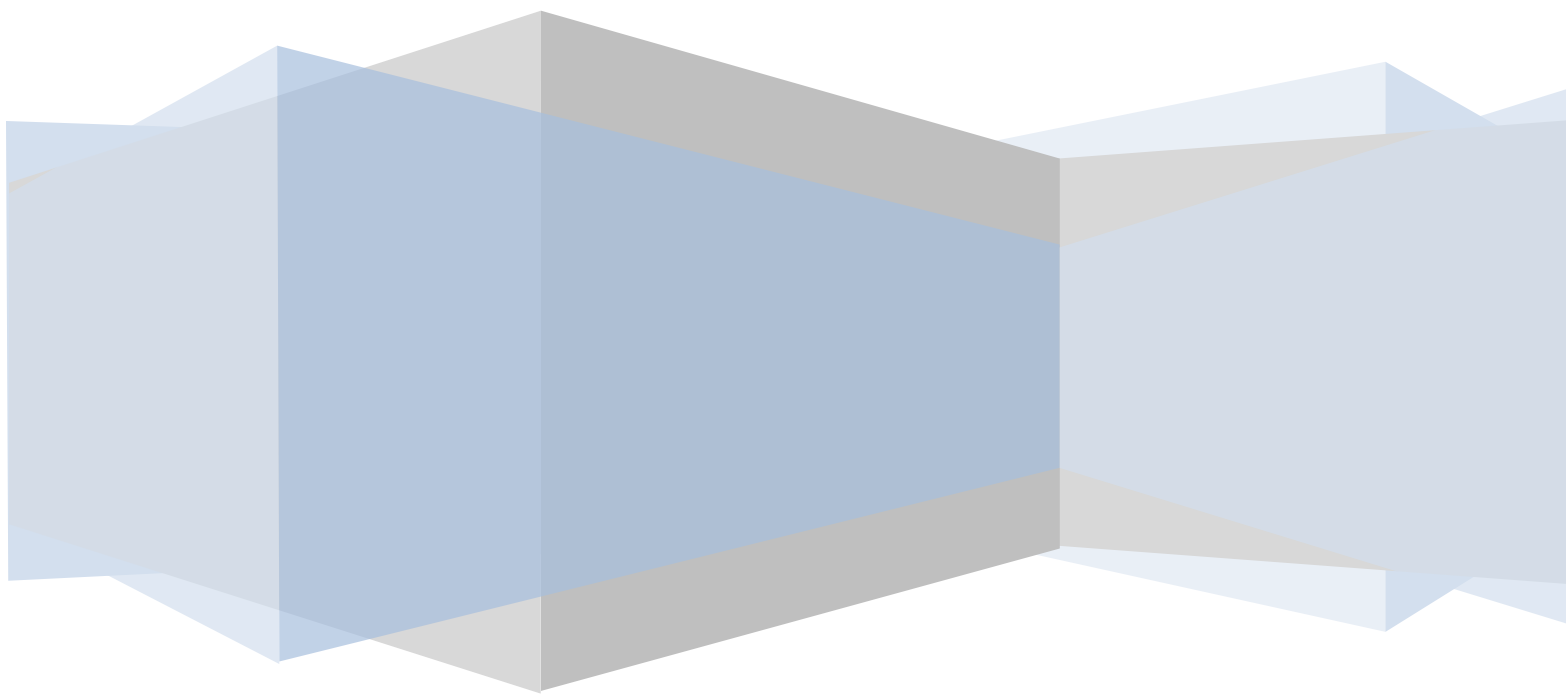


Enfermeiro Director

**ANEXO X**

**GUIÃO DE ENTREVISTAS ENFERMEIROS III FASE**

### **III FASE - Guião das entrevistas enfermeiros**



INTRODUÇÃO	OBSERVAÇÕES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agradecimento pela colaboração.</li> <li>- Justificação do pedido de entrevista</li> <li>- Informação sobre o trabalho que estou a desenvolver e disponibilidade para clarificar qualquer dúvida.</li> <li>- Explicação sobre os objetivos do trabalho e da entrevista.</li> <li>- Assegurar a confidencialidade da recolha e análise dos dados.</li> <li>- Solicitar autorização para gravação da entrevista</li> </ul> <p>Aspetos particulares a anotar do momento ou do entrevistado</p>	

<b>Caracterização do entrevistado</b>	Idade Anos de Exercício Profissional Anos na categoria Anos na Chefia no serviço Formação Académica e Profissional
---------------------------------------	--

Temas	Objetivos	Questões
	Identificar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Como caracterizam os enfermeiros o contexto de trabalho do serviço</li> <li>• Como caracterizam os enfermeiros os cuidados de enfermagem prestados no serviço</li> <li>• Factores promotores e inibidores da qualidade dos cuidados de enfermagem no serviço</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabalha neste serviço há X anos/meses. Gostaria que me descrevesse o contexto de trabalho deste serviço?</li> <li>- Ambiente físico.</li> <li>- Clima de trabalho: com os colegas, com o enfermeiro-chefe, com outros profissionais.</li> <li>- A organização global do serviço e dos cuidados de enfermagem.</li> <li>- Os cuidados de enfermagem que se prestam neste serviço.</li> <li>- Na sua opinião que factores do contexto deste serviço lhe possibilitam prestar bons cuidados de enfermagem? E quais os que interferem negativamente numa boa</li> </ul>

		prestação de cuidados? - O que poderia/deveria mudar neste serviço de forma a melhorar a prestação de cuidados aos doentes?
O impacto do papel do enfermeiro-chefe	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conhecer representações dos enfermeiros sobre o papel da chefia operacional no âmbito da gestão de cuidados</li> <li>▪ Identificar e Descrever atributos do papel do enfermeiro-chefe que contribuem para a qualidade</li> <li>▪ Identificar estratégias/intervenções do enfermeiro-chefe promotoras de qualidade</li> </ul>	Como é do seu conhecimento o meu trabalho centra-se no papel do enfermeiro-chefe pelo que gostaria de colher a sua opinião sobre determinados aspetos deste papel: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Para si, o que é um enfermeiro-chefe ser gestor de cuidados?</li> <li>- Como descreve o papel da sua enfermeira-chefe na gestão de cuidados?</li> <li>- Na sua opinião, qual a contribuição desse papel para a qualidade dos cuidados de enfermagem?</li> <li>- Gostaria que me descrevesse uma situação em que considere que a sua enfermeira-chefe contribuiu para a qualidade dos cuidados de enfermagem?</li> <li>- Que outras intervenções gostaria que a sua enfermeira-chefe promovesse de forma a melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem e do serviço?</li> </ul>

**ANEXO XI**  
**EXEMPLO DE NOTAS DE CAMPO**

## NOTAS DE CAMPO (NC, 5)

NC 5 – DIA 30/03/2009	OBSERVAÇÕES
<p>Hoje é o 5º dia que estou presente neste serviço. São cerca das 7.45 minutos e já estou a entrar no serviço. À entrada do serviço, no secretariado, já está uma das secretárias de unidade que me cumprimenta com muita delicadeza. Do que tenho observado as secretárias de unidade (2) estão sempre muito cedo no serviço. Como nos dias anteriores o serviço está silencioso. O corredor está muito limpo e já se encontram dois carros de higiene, um junto do 1º quarto e o outro junto do 3º quarto. Entro na zona mais reservado do serviço e cumprimento metendo a cabeça na dentro da Sala de Trabalho os enfermeiros que lá se encontram. Respondem-me educadamente também com um bom-dia. Já não se encontram a realizar qualquer actividade e parece-me que falam entre eles. Fico com a ideia que já estão prontos para a passagem de turno.</p> <p>Continuo o meu caminho para a Sala de Reuniões. É nesta sala que se encontra um armário que o pessoal (enfermeiros e AAM) utiliza para deixar as malas e casacos. Tem sido neste armário que comecei a deixar também o meu casaco e a carteira depois de me ter apercebido que esta era a prática no serviço.</p> <p>Nesta sala já se encontram algumas AAM. Cumprimentam-me amistosamente. Também as cumprimento e dispo o casaco que penduro num cabide do armário, visto a bata, coloco o crachá de identificação e tiro a minha caneta e o bloco de notas que ponho na algibeira.</p> <p>As AAM falam com uma das enfermeiras que também vem a entrar. Falam todos em voz muito alta e parecem bem-dispostas.</p> <p>Fico um pouco nesta sala esperando EC pois calculo que venha começar a passagem de turno pelas ocorrências das AAM. Cerca das 8h e como EC ainda não chegou acabo por sair e vou para a Sala de Trabalho onde estão cerca de 8 enfermeiros do serviço (um deles é a enfermeira P., que se encontra em período de integração), mais um aluno do CLE e dois estudantes/enfermeiros do Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. A chefe de equipa, a enfra. I. pergunta se a Chefe já está. Ao fazer a pergunta olha para mim parecendo que espera que eu esteja atenta à sua chegada ou saiba se está a fazer outra coisa. Digo que ainda</p>	

não a vi entrar. A enfermeira diz, então:

- “ Se calhar é melhor começarmos a passar! Já distribuí os doentes!”. Os enfermeiros presentes ajeitam-se nas cadeiras existentes. Eu também me sento numa cadeira e tomo atenção na passagem de turno.

A passagem faz-se de uma forma mais rápida do que tem sido habitual. Do que ouço parece-me que os dados que relatam são menos pormenorizados hoje. Nos dois primeiros doentes a enfermeira diz que mantêm os mesmos diagnósticos e passa os dados de uma forma mais convencional: se dormiram, estado de consciência, alimentação e dados relativos à eliminação. Embora mantenha o computador aberto e vá olhando para o processo eletrónico dos doentes a enfermeira refere os dados que me parecem estar apontados num pequeno papel que tem na mão.

A passagem de turno é interrompida por EC que entra devagar, senta-se numa das cadeiras livres, pede desculpa e pede para continuarem.

Atenta parece “apanhar” com facilidade o curso da apresentação pois perante o relato do agravamento do eritema nadegueiro de uma das doentes EC interfere e lembra que se pode deixar a doente só com um resguardo. Solicita ainda que se dê atenção ao marido desta senhora:

-“Parece-me que o Sr. está muito ansioso com toda a situação da mulher. Sinto-o instável e ainda não percebi muito bem como é que ele está a gerir isto tudo pois também tem os filhos de férias. Parece-me perdido o que também não é de estranhar. Quem ficar com esta senhora veja se ele vem cá e se não precisa de algum apoio.”

A enfermeira P., enfermeira em integração passa um doente entrado da tarde anterior. Nota-se que está nervosa. Tem o computador aberto mas consulta também um pequeno papel como se fosse uma cábula. No entanto, relata pormenorizadamente a situação clínica, social e a evolução da doença.

EC pergunta-lhe:

- “ E então, P., já conseguiu levantar os diagnósticos?”.

P. diz-lhe que teve alguma dificuldade em fazer os diagnósticos principalmente naqueles que são “Risco de...”. EC pede-lhe para explicitar melhor as suas dúvidas e perante o exemplo dado por P. inicia-se uma pequena discussão sobre a utilização destes diagnósticos. A discussão centrou-se nas diferenças entre ser um diagnóstico de risco ou

não. EC foi dando exemplos com a situação do diagnóstico de “Dor” e insiste que não é só clicar de novo num diagnóstico sendo preciso avaliá-lo. A enfª E. e a enfª A.I. participam da discussão e dizem como procedem. Também discutem alguns aspectos relativos às várias alterações introduzidas na nova versão da CIPE. EC diz que algumas das incongruências que têm sido constatadas já estão corrigidas na nova versão. Uma das enfermeiras (não sei o nome) diz:

-“ Também é uma chatice estar a trabalhar com coisas que não achamos que estão bem.”

EC diz que é verdade mas que é preciso alterar o sistema informático e que isso demora tempo. Acrescenta:

-“ Por isso é que insisto para aplicarem e explorarem o sistema. Já tenho um conjunto de alterações para pedir as alterações mas quero mudá-las todas de uma vez. Todas as vossas dificuldades e incongruências devem ser relatadas para que possamos pensar o que alterar.”

Reparo que um enfermeiro entra na sala de trabalho pela segunda vez desde que se iniciou a passagem de turno. Calculo que seja um dos enfermeiros que está na Unidade de Cuidados Intermédios ou Intensivos.

EC olha para ele: “ Então, X? Estamos a passar o turno”. O enfermeiro dá uma pequena explicação, pede desculpa e sai. A enfermeira P. continua a passar os seus doentes. Diz que colocou óculos nasais à doente. EC pergunta porque optou por esta via de administração de oxigénio. A enfermeira P. “embrulha-se” na resposta não clarificando bem a razão da sua escolha. EC pergunta então dirigindo-se a todos os enfermeiros presentes:

- “Quando optam por máscara ou sonda? Quando optam por óculos?”.

A resposta dos enfermeiros não é pronta. Fico com a ideia de que alguns hesitam um pouco até que uma das enfermeiras presentes responde como faz as suas opções de seleção da forma de administração do O2. EC parece ficar satisfeita com a resposta.

- “ Está bem, muito bem. É que constato que neste serviço há fases em que só gastam óculos. Outras fases em que só se gastam sondas o que me faz pensar que isto é por modas. Então, P., e como se mede o comprimento da sonda a implementar?”.

P. hesita de novo e diz que não se lembra. É outra das enfermeiras que responde dizendo que a medição se faz da ponta do nariz até ao lóbulo da

orelha. EC diz dirigindo-se à enfermeira P.:

-“ É preciso rever estas coisas, está bem?”.

A passagem de turno vai ainda a meio dos doentes. Uma das enfermeiras diz:

- “Posso passar, Chefe? Estou cá desde as 16h.”

EC responde de imediato:

- “Passe lá os seus doentes. Mas os doentes precisam que saibamos o que estamos a fazer e merecem os melhores cuidados. Sigam lá.”

Prossegue o relato dos enfermeiros. EC ainda pergunta há quantos dias não evacua uma das doentes. A enfermeira diz que não se lembra e inicia a procura deste dado nos registos informáticos. EC pede então para a enfermeira que vai ficar com o doente nessa manhã verificar. Sugere ainda, quando passam que uma das doentes dormiu por períodos e estava um pouco agitada, que deixem uma pequena luz acesa junto da doente pois a doente pode ficar mais confusa durante a noite e às vezes a luz tranquiliza um pouco.

No fim da passagem de todos os doentes EC pede para que tenham cuidado com os registos dos conteúdos gástricos pois estes devem ser sempre feitos e parece-lhe que este procedimento nem sempre se verifica.

Uma das enfermeiras solicita-lhe as folhas de integração de novos elementos e também que é necessário pedir o código para que a enfermeira P. tenha acesso ao sistema ORACLE. Saímos para a passagem de turno com os chefes de equipa.

À porta do gabinete de EC estão já os chefes de equipa (da noite e da manhã) para se fazer a habitual reunião. A reunião é relativamente rápida. Fornecem, com apoio do livro de ocorrências, informações dos turnos da tarde e da noite: entradas e saídas de doentes, faltas de material, reposição do carro de urgência. EC agradece, diz que não tem nada de especial para lhes dizer e só pede para a chefe de equipa da manhã ver o que se passa com o Nutrison (alimentação entérica) pois continua a vir em excesso. Pede para esta fazer um levantamento dos doentes que estão a fazer este tipo de alimentação, quais as doses e confirmar as prescrições.

Assim que acaba esta reunião já está uma enfermeira à porta do gabinete com um papel na mão que vejo ser um pedido de troca de turno. EC

recebe-o e diz que depois analisará. Outra enfermeira chega também e pede para lhe mostrar o projeto que está a realizar no âmbito de uma formação pedagógica de formadores no centro de formação do Hospital. Pelo que me explicam trata-se de um planeamento de uma formação com vista à implementação de um manual de serviço. Entramos todas no gabinete de EC. Esta liga o computador e diz à Enf. I. para se sentar. Eu também me sento num pequeno sofá. EC consulta o projeto no computador e dá sugestões de alteração dos cronogramas de forma a tornar mais explícitas as diversas atividades previstas. Aconselha ainda que a enfermeira veja bem as datas em que se propõe realizar as formações no serviço adequando-as o mais possível ao seu horário. Diz que lhe parece que as atividades parecem muito concentradas no tempo e que provavelmente a enfermeira não terá capacidade para as realizar. Na opinião que transmite à enfermeira diz que mais vale deixar em aberto as datas prevendo só as semanas e aguardar que saia o horário. Diz mesmo:

- “Se puser as datas concretas será pior se depois não as cumprir do que deixar assim em aberto”. A enf<sup>a</sup> I. agradece e diz que vai descansar.

Ficamos sozinhas no gabinete. EC diz-me que a D. R., doente que foi transferida para uma Unidade de Cuidados Continuados há 2 dias já está de novo na urgência do Hospital. Pergunto-lhe o que se passou. Diz-me que ainda não sabe a história toda mas que parece que a doente tinha estado pouco mais de 3 horas na Clínica de Cuidados Continuados e que a tinham enviado para a urgência do Hospital **de Cascais** de onde a tinham reenviado para o **HGO** dizendo que tinha uma pneumonia. EC diz-se aborrecida com a situação. Põe a hipótese da doente ter feito uma pequena aspiração mas acha tudo muito estranho dado a doente ter saído estável:

- “Vai voltar tudo ao princípio. Desde Setembro que preparamos a alta desta senhora e agora não sei como vai ser. Será que estes Cuidados Continuados estão preparados para receber este tipo de doentes?”.

Falamos um pouco sobre as nossas experiências com este tipo de Unidades.

EC vai dar a volta pelos quartos indo ver todos os doentes. Passa pelas enfermarias observando os doentes e falando com aqueles que estão acordados. Pergunta a todos como estão e quase sempre tem uma palavra de incentivo. Na Unidade de Cuidados Intermédios demora-se bastante

com um dos doentes que está muito queixoso referindo cefaleias intensas. EC fala com o enfermeiro da Unidade. Volta para o pé do doente e continua a falar com ele. Reparo que na sua mesa de refeições tem uma cesta com diversas frutas o que não é habitual em Unidades de Cuidados Intermédios. Afasto-me um pouco pois sinto que estou a mais. EC corre as cortinas que separam a unidade do doente das do doente do lado e fica a falar com ele.

Quando termina a conversa com o doente EC diz-me que este referiu que continua com muitas cefaleias e que se queixou que há sempre muito barulho no serviço e na unidade e que este barulho o incomoda bastante. EC diz que está sempre a lembrar aos enfermeiros e aos AAM a necessidade de silêncio no serviço mas que é muito difícil pois as pessoas com facilidade se esquecem. Posteriormente faz dois avisos em folha A4 que coloca nas portas das Unidades, solicitando o respeito do silêncio.

Ainda na Unidade de Cuidados Intensivos questiona a coordenadora, Enfermeira P., sobre as necessidades de material. Esta refere-lhe alguns materiais que já estão em rotura e EC diz que vai ter de falar com o aprovisionamento. Explica-me que tem os níveis previstos mas o início de atividades de novos médicos internos pode ter feito aumentar o consumo de material. Também as mudanças de reposição de stocks que passou de duas vezes por semana para uma reposição diária têm trazido algumas faltas. EC diz que não sabe se esta alteração trará grandes benefícios. Na sua opinião os níveis estavam calculados para uma forma de reposição pelo que os funcionários andam muito ocupados nas reposições diárias a correr os serviços. Esta situação talvez possa ser considerada um “desperdício” na sua opinião.

Um dos médicos internos que está na Unidade de Cuidados Intensivos interpela EC devido às dificuldades de prescrição de terapêutica online durante a noite. EC pergunta-lhe se tem acontecido muitas vezes e a que horas é que isso acontece. Explica que sabe que no período entre as 23 e as 24h são realizados os “backups” pelo que poderá haver problemas informáticos. EC diz que falará de novo para o serviço informático e pede ao médico para imprimir a última folha se o sistema voltar a bloquear de forma a enviá-la para a Informática.

São quase 11h. À porta do gabinete de EC está o enfermeiro chefe doutro

serviço. Vem convidar EC para tomarem um café e perguntam-me se os quero acompanhar. Acho preferível dar espaço a EC e agradeço. Sento-me ao fundo do serviço nos sofás lá existentes. Vou registando algumas das observações que constatei.

Depois destes registos olho para o corredor do serviço onde vejo algumas enfermeiras: são as enfermeiras/estudantes do curso de reabilitação e uma outra enfermeira que já tenho visto várias vezes no serviço. Pela aparência, embora jovem parece das mais velhas do serviço. Vejo que estão junto de um doente pelo que me desloco para junto delas.

Estão a cuidar de T. Esta doente parece francamente melhorada. Mantém a traqueostomia assim como uma hemiparesia acentuada no lado esquerdo. Cumpre ordens, responde com o olhar e com uma expressão facial sorridente. Está sentada numa cadeira de rodas à entrada do seu quarto e a ser estimulada pelas enfermeiras/estudantes de reabilitação a posicionar-se de forma mais adequada. Falam com ela de forma muito carinhosa, elogiando os seus esforços. Dou uma pequena ajuda a sentar melhor a doente. Esta tem um apoio (tábua/ base de trabalho) para colocação dos membros superiores e em cima deste estão umas fotografias dos filhos imprimidas em formato A4. Pergunto-lhe se são os seus filhos e a doente acena que sim com um ar de grande orgulho que ainda parece aumentar quando digo que são lindos. É estimulada pelas estudantes da reabilitação a pegar nas fotografias e mostrá-las utilizando o braço doente o que faz com algum esforço. Reparo que também tem na mão uma pequena bola em borracha que vi EC dar-lhe ontem. Verifico que a doente vai fazendo pequenos movimentos ativos com a mão afetada utilizando-a.

Digo à enfermeira do serviço que ainda não sei o seu nome e que já não me lembro se lhe fui apresentada. Esta diz que sim, que EC nos apresentara no primeiro dia e diz-me o nome. Lembro-me então que é outra das enfermeiras especialistas de quem fixara o nome mas não a cara. Peço desculpa pelo esquecimento. Pergunto-lhe se só faz manhãs mas esta diz que faz manhãs e tardes.

Continuo a circular pelo serviço. A outra enfermeira especialista E. continua na sala de reuniões a fazer o trabalho das ocorrências de infeções no serviço. Pergunta-me como vai o trabalho. Falamos das exigências da vida académica e também do mestrado que está a realizar

em Comunicação em Saúde. Diz que gostaria que visse a sua análise de conteúdo e combinamos que a traga um destes dias.

EC está no seu gabinete com o funcionário do aprovisionamento a conferir as folhas onde consta o material acabado de chegar. Como nos dias anteriores verifica com atenção as entregas e as faltas de material. Vai dizendo estas em voz altas e relativamente a dois produtos (luvas e pensos de traqueostomia) diz ao funcionário que vai ter de os arranjar ainda para hoje. Volta a refilar com a falta de material:

-“ Nunca vem o material todo e temos de estar sempre muito atentas para que os stocks não fiquem a zero. Isto só nos dá trabalho.”

Volta para o computador e diz que hoje há uma reunião com os Centros de Saúde no âmbito do projecto “Partilhar para Cuidar” e que costuma enviar 2 enfermeiras a estas formações. Hoje diz que primeiro vai saber em que ponto está este projecto:

- “ É que estou sempre a enviar pessoal mas não vejo feedback nenhum destas formações.”. Telefona para um colega, outro enfermeiro-chefe, que lhe diz que também não sabe muito bem em que consiste a formação e decide não enviar ninguém à formação.

-“ O serviço está pesado e estou cansada de formações e de projetos que não se avaliam. Vou ver se falo com o Enfermeiro J. (enfermeiro director) para que me dê orientações relativamente a este assunto.

Diz-me ainda que a doente da Cama 2 teve um agravamento da sua situação. Refere imensas dores num dos hemitórax e dispneia. Ao ver passar um dos médicos internos no corredor chama-o e alerta para a situação desta doente. Sugere mesmo a sua transferência para a Unidade de Cuidados Intensivos mas este diz que já a observou e que talvez não seja necessário.

EC está ainda no gabinete quando surge a mulher de um dos doentes do quarto dos doentes infetados pedindo-lhe ajuda. Percebo que senhora adquiriu um colete na Liga dos Amigos do Hospital para o marido usar para fazer levantar com maior segurança. O técnico veio tirar as medidas mas o colete ficara sempre grande. A familiar vem pedir apoio a EC para ver se dão solução ao problema. Conforme diz a mulher do Senhor:

-“ Comprei o colete para o meu marido fazer o levantar e já passaram alguns dias e o levantar não se faz o que pode estar a atrasar a sua

recuperação”.

EC levanta-se e dirige-se com a senhora ao quarto do doente onde entra depois de vestir uma bata e calçar umas luvas (trata-se de um doente infetado). Vou só até à porta do quarto e fica cá fora. Pelo vidro observo EC a falar com o doente e a mulher e vejo-a mexer no colete durante uns momentos.

Quando sai diz-me:

-“ Eles têm razão. Compraram o colete mas nunca mais se consegue acertar com as medidas.”. De imediato volta ao gabinete e telefona para a Liga dos Amigos do Hospital. Explica a situação e insiste para contactarem o técnico com urgência pois a situação está a prejudicar a recuperação do doente. Após alguns minutos consegue que façam uma marcação para hoje à tarde saindo do gabinete para informar os utentes.

Diz-me que vai ver a doente da Cama 2. Chegada perto da enfermaria onde se encontra a doente (1º quarto) vê água no chão à entrada da sala do café. Entra e verifica que a água de um dos contentores com chá ficou aberta deixando escorrer liquido para o chão que já aparecia no corredor. Chama um dos AAM para providenciar a limpeza.

Entra posteriormente no 1º quarto onde está a senhora da Cama 2 e solicita informações à enfermeira. Observa também a doente que parece um pouco agitada e verbalizando dores no hemitórax direito. No entanto, as saturações de O2 estão sem qualquer alteração o que parece deixar EC mais tranquila:

- “Talvez seja só ansiedade. Não lhe pareceu muito ansiosa?”. Confirmo que isso pareceu-me bastante evidente.

Volta para o gabinete e vai verificar os pedidos de trocas de turno. Explica-me que em cada horário autoriza que cada enfermeiro solicite 2 trocas e faça outras 2 a pedido de um dos colegas. Verifica sempre entre quem se efectuam as trocas e analisa como ficará o turno em termos de qualificações e experiência dos enfermeiros. Também exige que estas trocas se façam com alguns dias de antecedência de forma a avaliar atempadamente. Refere que sempre que lhe parece razoável facilita autoriza pois também sempre que é necessário alguém seguir turno ou fazer turnos extraordinários nunca lhe dizem que não:

-“ No final de contas o que tenho para lhes dar? Deixar realizar estas trocas é das poucas coisas. Mas tem de ser dentro das regras definidas.”

Pergunto-lhe se não aceita pedidos de horário antes de o realizar e EC diz-me que sim mas que têm de ser situações especiais e que tenta dá-los pois isso evita as trocas:

-“ Se não há algum controlo não se consegue ter equipas e mesmo assim já é difícil com os estudantes trabalhadores, com as dispensas para formação, com os horários de aleitamento, com as grávidas que deixam o trabalho noturno. A gestão da equipa é muito difícil pois como tenho as Unidades tenho de ter sempre enfermeiros seniores para assegurar estes sectores.”

Depois de concedidas as trocas, altera o horário manualmente e abrindo um ficheiro no computador assinala numa lista as trocas que concedeu. Mostra-me que faz o controlo do nº de trocas realizadas por cada enfermeiro e assinala a vermelho os que estão nos limites e nesse caso avisa-os.

Telefona depois para o aprovisionamento para falar com o responsável pois diz estar preocupada com as constantes faltas de material mas não o encontra. -“Estas faltas deixam-me mais insegura pois temo que nas tardes e nas noites seja necessário alguma coisa e não haja. Sabe a enfermeira P. é que costuma assegurar muitos destes pedidos e fazer o controlo mas agora desde que anda a fazer o Curso de Especialização está menos presente”.

Chega entretanto a enfermeira P. e EC diz-lhe que precisam de falar sobre o que aconteceu na tarde anterior. Pergunto se EC quer que eu saia mas esta diz-me que é um problema que se passou no dia anterior e que posso ficar.

A enfermeira P. vai explicando o que conseguiu a apurar da situação: Uma das doentes tinha ido ao Bloco para colocação de um shunt. Um dos enfermeiros foi buscá-la, tendo-a trazido para a enfermaria como estava previsto. A doente ainda vinha adormecida e foi passado pela colega do bloco que a doente tinha estado hipertensa durante a intervenção mas que já estava estável. Ao chegar o enfermeiro avaliou a tensão arterial que estava mais baixa mas pouco depois detecta que as saturações de O2 estavam a descer pelo que foi chamado o médico e pedida ajuda

à Unidade de Cuidados Intensivos. A doente acabou por falecer.

EC fica pensativa. Diz que apesar da situação da doente ser muito grave

<p>este acontecimento a estar a incomodar muito.</p> <p>-“Não se trata de apurar culpados mas é preciso reconstituirmos a situação para ver se houve faltas da nossa parte. Que observação fez o enfermeiro quando recebeu a doente? Fez alguma avaliação lá em baixo (quando recebeu a doente)? E o que é que avaliou cá em cima? Será que avaliaram as pupilas da doente?”.</p> <p>A enfermeira P. diz que não lhe pode dizer bem o que se passou pois quando foi chamada a doente já estava em midríase e já estava o médico também presente:</p> <p>- “ Mas Chefe pareceu-me que o enfermeiro R. estava a avaliar a doente. Se calhar a doente não deveria ter para um quarto de enfermaria.”</p> <p>EC diz que acha que tem de discutir com os enfermeiros envolvidos esta situação para ficar mais descansada com os procedimentos que estão a ser utilizados nos pós operatórios imediatos dos doentes.</p> <p>Cerca das 13.30h saio do serviço.</p>	
<p><b>Notas práticas</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- O secretariado do serviço abre às 8h mas não sei a que horas encerra.</li> <li>- Também identifiquei que existe um programa de integração de novos elementos que deverei consultar.</li> <li>- Ainda relativamente à enfermeira em integração sei que ela já fez cá no serviço dois estágios enquanto aluna do CLE pelo que já conhece alguns aspectos do serviço. Será também pertinente saber se EC faz entrevistas de orientação inicial de acordo com o modelo de avaliação de desempenho dos enfermeiros.</li> <li>- Preciso de consultar a norma de trocas de horário.</li> </ul>	
<p><b>Notas teóricas</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constatei que a passagem de turno é menos pormenorizada e mais rápida quando EC não está presente e não são referidos os diagnósticos de enfermagem de acordo com a CIPE. Esta situação evidencia a importância da presença da chefia nas passagens de turno.</li> <li>- EC evidencia grande capacidade de acompanhar a passagem de turno mesmo não estando presente desde o início. Nesta reunião fez orientação</li> </ul>	

direta à prestação de cuidados aconselhando a retirada das fraldas à doente, sugere uma intervenção para acalmar uma doente deixando-se uma luz aberta. Questiona o estado de eliminação fecal de uma das doentes e orienta para a necessidade de registos dos conteúdos gástricos. Todas estas intervenções são orientações diretas às práticas dos enfermeiros, algumas chamadas de atenção e estratégias concretas que aparentam melhorar estas práticas.

- Também evidencia estar atenta e conhecer os familiares dos doentes orientando os enfermeiros para que apoiem um senhor. Esta situação demonstra a valorização da família do doente e a sua integração no plano terapêutico.

- Dá especial atenção à enfermeira que acabou já o período de integração estando atenta à forma com faz a passagem de turno e orientando para a utilização correta da CIPE. Relativamente a esta enfermeira faz avaliação de conhecimentos teóricos relativamente à administração de O2 através de meios diferentes e incentiva ao estudo. Demonstra que investe no desenvolvimento e na aprendizagem teórica dos enfermeiros e que o impacto destes conhecimentos na prestação de cuidados aos doentes é central para ela.

- EC exige respeito pelo momento de passagem de turno o que se evidenciou no reparo que fez ao enfermeiro que entrou na Sala de Trabalho interrompendo por duas vezes este momento. Este aspeto é importante para a não banalização deste espaço que surge não só como momento de transmissão de informações mas como momento em que se faz formação e supervisão das práticas dos enfermeiros.

- EC é contactada pela mulher de um dos doentes para apoio quanto a um colete. Nesta situação identifica, analisa a situação e serve de ligação com a empresa que o vendeu. Surge como uma figura de referência para esta família.

- Na reunião com os chefes de equipa recebe e regista informações relativamente ao movimento dos doentes e faltas de material. - Delega no chefe de equipa o controlo da terapêutica para alimentação entérica.

- É de novo solicitada para autorizar uma troca de turno. Fá-lo posteriormente mas analisando o pedido cuidadosamente. Faz controlo do nº de trocas em cada horário utilizando a cor vermelha para os enfermeiros que estão no limite autorizado. Estes sistemas de controlo

foram elaborados por EC que diz que com tantos enfermeiros tem de arranjar formas mais fáceis de se organizar rapidamente. Evidencia a preocupação com as competências dos enfermeiros presentes e a manutenção de uma estrutura de equipa.

- Também dá orientação e apoio relativamente a um trabalho para a formação em serviço.

- Faz a “ronda” pelas enfermarias e Unidades. Estas voltam permitem a supervisão de cuidados e identificação da situação dos doentes. Em muitas situações dá uma palavra de apoio e incentivo a estes. Hoje numa conversa mais privada com um dos doentes faz avaliação da satisfação e queixas do doente. Face a queixas de barulho elabora aviso que coloca à porta das Unidades a solicitar o respeito ao SILÊNCIO.

- Controla as faltas de material solicitando informações à coordenadora da UCI. Receciona material e controla as faltas e identifica as necessidades mais urgentes solicitando ao funcionário a sua reposição.

- Apesar de não estar em permanência na enfermaria vai-se apercebendo das alterações que vão acontecendo, nomeadamente com os doentes, parecendo estar a par da situação dos doentes. Perante o agravamento da situação de uma doente promove a articulação com um médico e solicita-lhe apoio. Mais tarde controla a situação clínica da doente indo junto dela e observando-a.

- Serve de apoio e referência aos médicos para resolução de problema informático.

- Controla limpeza do serviço intervindo junto de funcionários para procederem à sua limpeza.

- EC fica incomodada com o falecimento de uma doente que fez paragem cardio respiratória já no serviço após cirurgia. Pretende utilizar a técnica de análise de situações para identificar e compreender as práticas dos enfermeiros e identificar eventuais erros.

**ANEXO XII**

**MATRIZ DE ANÁLISE III FASE DA INVESTIGAÇÃO**

### MATRIZ ANÁLISE III FASE DA INVESTIGAÇÃO

CATEGORIAS	DIMENSÕES	TEMAS
Centralidade doente/ família	Sentido atribuído aos cuidados	UM AGIR SUSTENTADO EM CONCEÇÕES E SABERES RECURSOS
Saber gerir a complexidade Ser referente	Saberes recursos	
A qualidade como missão Liderança cuidadora	Ser líder	UM AGIR ASSENTE EM MODOS DE ESTAR E FAZER
Momentos chave Responder solicitações Estar no centro das atividades	Ser presença	
Método de prestação de cuidados Funções de gestão de cuidados delegadas Monitorização de processos de gestão e cuidados	A organização de cuidados aos clientes	UM AGIR NO CONTEXTO DE CUIDADOS
As condições físicas, ambientais e logísticas A dotação de enfermeiros	A mobilização de recursos	
O estímulo aos comportamentos de segurança Analisar e aprender com os erros	Cultura de segurança	UM AGIR NAS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS
Supervisão como controlo e desenvolvimento	Supervisão das práticas dos enfermeiros	
Um modo informal de avaliar	Avaliação dos cuidados de enfermagem	
Orientação direta aos cuidados Animação da equipa	Orientação aos cuidados de enfermagem	UM AGIR NO PROCESSO DE CUIDADOS
Articulação intra e interdisciplinar Gestão do fluxo de doentes e de altas complexas	Coordenação de cuidados e de processos	

