

ÍNDICE GERAL

| | Página |
|--|---------------|
| O Júri | ii |
| Agradecimentos | iii |
| Resumo | iv |
| Abstract | v |
| ÍNDICE GERAL | vi |
| ÍNDICE DE FIGURAS | ix |
| ÍNDICE DE ESQUEMAS | x |
| ÍNDICE DE QUADROS | xi |
| LISTA DE ABREVIATURAS | xii |
| | |
| INTRODUÇÃO | 13 |
| | |
| PARTE I – SUPERVISÃO E OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM | |
| | |
| 1. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM | 20 |
| 1.1. Tendências de evolução do Sistema Nacional de Saúde em Portugal | 20 |
| 1.2. Formação, segurança dos cuidados e tomada de decisão: o paradigma da qualidade em saúde | 24 |
| 1.3. Sistemas de Informação e Sistemas de Informação em Enfermagem | 28 |
| | |
| 2. PROCESSO E PRÁTICAS SUPERVISIVAS | 35 |
| 2.1. Supervisão clínica: conceito | 38 |
| 2.2. Modelos de supervisão das práticas clínicas | 43 |
| 2.3. Supervisão das práticas clínicas: uma abordagem ecológica | 46 |
| | |
| 3. RELAÇÃO SUPERVISIVA | 51 |
| 3.1. Conceito e importância da relação supervisiva | 51 |
| 3.2. Fases do processo de supervisão | 54 |
| 3.3. Utilização dos Sistemas de Informação em Enfermagem: centralidade das práticas supervisivas | 56 |

| | |
|---|-----------|
| 4. O RECURSO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE | 59 |
| 4.1. Um olhar sobre a pesquisa produzida | 59 |
| 4.2. Problemáticas de segurança e questões éticas | 64 |
| 4.3. Que suporte a nível da formação dos profissionais? | 66 |

PARTE II – O ESTUDO EMPÍRICO

| | |
|--|------------|
| 1. METODOLOGIA DO ESTUDO | 72 |
| 1.1. Questões orientadoras da pesquisa | 73 |
| 1.2. Objectivos do estudo | 75 |
| 1.3. Estratégia de recolha de informação | 75 |
| 1.4. Participantes do estudo | 77 |
| 1.5. Tratamento dos dados | 79 |
| | |
| 2. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM | 82 |
| 2.1. O contexto em estudo: caracterização dos actores e das práticas | 83 |
| 2.2. SAPE: avaliação, finalidade e limitações | 90 |
| 2.3. Que conhecimentos? | 99 |
| 2.4. Que competências? | 101 |
| 2.5. Modalidades e momentos de formação | 104 |
| | |
| 3. DINÂMICAS E COMPETÊNCIAS SUPERVISIVAS | 112 |
| 3.1. Supervisão e etilos de relação supervisiva | 112 |
| 3.2. Perspectivas para o futuro | 117 |
| | |
| 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 120 |
| | |
| BIBLIOGRAFIA | 125 |

ANEXOS

Anexo A. Implementação e desenvolvimento do Sistema de Informação e Documentação de Enfermagem no HGSA: Projecto (Resumo)

Anexo B. Sistemas de Informação em Enfermagem (princípios básicos)

Anexo C. Guião da entrevista semi-estruturada

Anexo D. Exemplo de uma entrevista

Anexo E. Questões orientadoras, categorias e unidades de análise

ÍNDICE DE FIGURAS

| | Página |
|--|---------------|
| Figura 1 – Dados, Informação e Conhecimento (Machado <i>et al</i> , 2007) | 29 |
| Figura 2 – Sistema Integrado de Informação da Saúde | 31 |
| Figura 3 – Modelo ecológico de Bronfenbrenner (adaptado de Portugal, 1992) | 47 |
| Figura 4 – Estilos de supervisão, segundo Glickman (1985, cit. por Alarcão e Tavares, 2003) | 53 |

ÍNDICE DE ESQUEMAS

| | Página |
|--|---------------|
| Esquema 1 – Da prática à produção de conhecimento em Enfermagem | 33 |

ÍNDICE DE QUADROS

| | Página |
|---|---------------|
| Quadro 1 – Caracterização global dos enfermeiros entrevistados | 85 |

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|-------|---|
| CE | Conselho de Enfermagem |
| CIE | Conselho Internacional de Enfermeiras |
| CIPE® | Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem |
| EPE | Entidade Pública de Gestão Empresarial |
| HGSA | Hospital Geral de Santo António |
| ICN | International Council of Nurses (Conselho Internacional de Enfermeiros) |
| IGIF | Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde |
| IQS | Instituto da Qualidade em Saúde |
| KFHQS | King's Fund Health Quality Service |
| OE | Ordem dos Enfermeiros |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| RMDE | Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem |
| SAM | Sistema de Apoio ao Médico |
| SAPE | Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem |
| SCE | Supervisão Clínica em Enfermagem |
| SI | Sistema de Informação |
| SIE | Sistemas de Informação em Enfermagem |
| SIS | Sistema de Informação da Saúde |
| SNS | Sistema Nacional de Saúde |
| SONHO | Sistema Integrado de Informação Hospitalar |
| TI | Tecnologia da Informação |

INTRODUÇÃO

Actualmente, no sector da saúde, como em qualquer outra actividade, é consensual que a informação constitui um instrumento fundamental ao nível da orientação para focos prioritários e minimização de incertezas, permitindo um planeamento consistente que promova a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Torna-se necessário introduzir mudanças na forma como se gerem os dados em saúde, reduzindo a demora com que são analisados. Idealizando um novo sistema em que os dados passem a ser analisados em tempo real, constroem-se de forma oportuna subsídios para o planeamento e intervenção em saúde, bem como acções para a melhoria da qualidade dos dados e dos cuidados, fim último de todo o processo.

Neste sentido, dos programas e políticas de saúde vigentes têm emergido orientações estratégicas e intervenções necessárias em torno da gestão da informação e conhecimento. Verifica-se um esforço conjunto com vista à melhoria dos processos de colheita, processamento, análise e transmissão da informação fundamental para o planeamento, organização, operacionalização e avaliação dos serviços de saúde, isto é, privilegia-se o aperfeiçoamento dos sistemas de informação, essenciais tanto para a gestão do sistema como para o conhecimento do estado de saúde dos portugueses.

À luz do Plano Nacional de Saúde 2004/2010, é essencial proceder à conceptualização do sistema de informação da saúde, o qual coordene os sistemas de informação provenientes das diferentes áreas da saúde, no sentido de que, de modo descentralizado, se promova a compreensão global do nível de saúde das populações e a adopção de medidas necessárias ao seu bem-estar. De igual modo, é importante conhecer a qualidade da informação divulgada que apoia a decisão em saúde, de forma a assegurar que esta proporcione cuidados com qualidade e traduza efectivamente os cuidados de saúde prestados e os ganhos em saúde resultantes dos mesmos. Esta realidade assume especial significado no contexto da prática de enfermagem, uma vez que esta, ao acompanhar em permanência o utente, lida com um conjunto muito significativo de informação.

Pensa-se que a utilização das tecnologias de informação e da comunicação constitui uma mais valia a este nível, pelo que se preconiza a modernização das infra-estruturas informáticas da Saúde e a adequação das tecnologias e dos equipamentos informáticos ao contexto dos serviços.

O computador é considerado o novo parceiro do profissional de saúde, ao que John Kemeny acrescenta que a relação homem-máquina pode classificar-se simbiótica,

na medida em que da união destas duas entidades resultam benefícios mútuos (Saba, 1988).

Inicialmente, os Sistemas de Informação da Saúde (SIS) procuravam satisfazer necessidades administrativas e financeiras. Como resposta ao aumento crescente dos dados e da informação, resultante da maior complexidade das organizações e da sociedade em geral, foram sendo adquiridos Sistemas de Informação (SI) procurando assim garantir a informação necessária ao desenvolvimento das suas actividades.

No entanto, os SI foram adquiridos isoladamente, pelo que se verifica frequentemente a falta de interoperabilidade e deficiente integração dos sistemas. Por esta razão, nos últimos anos, o desenvolvimento dos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) tem vindo a envolver-se numa lógica de integração em SIS mais abrangentes (Saba, 1988; Sousa, 2005).

Rodrigues Filho (2001) aponta como principais limitações para o desenvolvimento de qualquer SIE *a pouca familiaridade dos enfermeiros com a tecnologia, a sua pouca participação no processo de decisão na aquisição de tecnologia, o não envolvimento no desenvolvimento dos sistemas, o elevado custo da implementação das tecnologias, as diferenças entre conhecimento formal e informal, a falta de estruturação dos dados, a inexistência de um conjunto mínimo de dados e o acesso parcial por parte dos enfermeiros a estes dados* (Sousa, 2005: 53-54).

Estas limitações justificam o facto de, ao longo dos anos, predominarem os sistemas de registos em suporte de papel que, pelo enorme volume de dados e informação nele contidos, inviabilizam uma gestão adequada e eficaz da informação.

Obviamente, a implementação de sistemas de informação da saúde em suporte electrónico passa, necessariamente, pela progressiva qualificação dos profissionais da saúde. A formação e o acompanhamento destes assumem, neste contexto, especial relevância, enquanto instrumentos potenciadores da qualidade, eficácia, eficiência, produtividade, motivação e responsabilidade, condições indispensáveis ao crescimento e progresso das instituições.

Hoje, os profissionais têm de saber responder a novos e maiores desafios profissionais, a novas e maiores exigências sociais e têm, sobretudo, de antecipar-se nas soluções. A disponibilização de meios e o investimento em medidas que conduzam a este desiderato passam pelo desenvolvimento de vastos e complexos processos de mudança nas várias dimensões organizacionais, sejam elas institucionais, legais, culturais ou tecnológicas.

Estamos certos de que qualquer processo de mudança, enquanto destabilizador das rotinas instituídas, é gerador de resistência por parte dos implicados. Neste sentido, o ponto de partida é a busca compartilhada do desejo de mudança (Santos e Évora, 2006).

Para um número significativo de enfermeiros, as mudanças induzidas pela implementação dos SIE parecem uma utopia, uma fantasia, na medida em que não compreendem o caminho a percorrer, o que conhecer, onde e por que mudar. Precisam, pois, de ser orientados na compreensão das finalidades e dinamismo dos SIE, no reconhecimento da necessidade de aquisição de novos saberes e desenvolvimento de competências ao nível do uso dos SIE.

Ora, o enfermeiro não se encontra sozinho nesta fase do seu percurso profissional. As instituições de saúde, enquanto organizações que continuamente se pensam a si próprias, na sua missão social e na sua estrutura, desempenham um papel relevante na definição de políticas formativas, de acompanhamento e avaliação do processo.

O acompanhamento e orientação sistemática ao longo da formação e da prática do profissional mostram-se fundamentais para o desenvolvimento de uma mudança positiva, desde que garantam suporte emocional, desenvolvimento de competências e promoção da qualidade e segurança das práticas.

Convém referir que, se a supervisão clínica em enfermagem incide sobre as dimensões consideradas na qualidade em saúde (estrutura, processos e resultados), implica sempre uma atenção ao contexto, à experiência profissional dos sujeitos envolvidos e à própria organização social.

Segundo Cottrell e Smith (2000), a SC é uma área convergente com a qualidade na saúde, sendo adoptada e integrada por diferentes profissões de ajuda como a assistência social, a psicoterapia, o aconselhamento e a enfermagem. Para a enfermagem, a supervisão abrange a formação, o suporte interpessoal e a monitorização (no sentido de acompanhamento). O ênfase dado a cada um dos elementos descritos depende da realidade contextual, do nível de desenvolvimento do supervisor, do supervisando, do estágio de desenvolvimento profissional, do modelo de enfermagem adoptado, do estilo de supervisão exercida e dos factores do contexto profissional que possam influenciar a relação supervisiva. Embora todos os profissionais necessitem de supervisão clínica, os enfermeiros em início de carreira tem necessidade de um acompanhamento mais consistente, que faculte apoio no desenvolvimento das suas competências profissionais, do que outro mais experiente.

Admite-se então que, numa perspectiva reflexiva, o supervisor reaja à normalização e à lógica de receituário pré-determinado, tornando-se capaz de inverter a tendência global de perpetuação de práticas e procedimentos antigos e desajustados ao contexto. Deste modo, assegurará uma renovação contínua da prática, transformando os profissionais em indivíduos comprometidos, activos e implicados no seu próprio desenvolvimento, com capacidade de inovar, descobrir, adaptar, reconstruir o saber e de o comunicar.

É neste contexto que se move o presente estudo, realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Supervisão. Centrando-nos nos processos de implementação dos SIE e na supervisão clínica em enfermagem, procuramos constituir um subsídio para a definição de um quadro supervensivo de suporte à utilização racional dos SIE, tendo em vista a implicação pessoal, a formação contínua, a investigação e a qualidade dos cuidados.

O estudo situa-se numa perspectiva qualitativa. Procurando identificar os sentimentos, valores ou significados atribuídos pelos actores implicados no processo de implementação de um SIE em suporte electrónico, debruçámo-nos sobre a realidade do Departamento de Cirurgia do Hospital Geral de Santo António, EPE (cf. anexo A). Foi definida, para este estudo, a seguinte pergunta de partida: que estratégias supervisivas podem ser implementadas, no âmbito da utilização dos SIE, no sentido de promover a implicação pessoal e a qualidade das decisões clínicas?

De facto, esta instituição de saúde tem vindo a demonstrar um franco interesse pelas questões da qualidade da assistência. Um exemplo dessa preocupação foi a adesão e acreditação, em 2005, pelo programa de qualidade estabelecido pelo *King's Fund Health Quality Service (KFHQS)*, o qual inclui uma referência expressa à supervisão das práticas clínicas e à gestão da informação e tecnologia.

De acordo com as principais linhas orientadoras apresentadas, a presente dissertação está estruturada em duas partes, como a seguir se explicita.

Na primeira parte, procedemos ao enquadramento teórico do tema e problemática definidos, isto é, procuramos efectuar *um balanço do que foi escrito no domínio da investigação em estudo*, no sentido de alargarmos o nosso campo de conhecimentos, melhor estruturarmos o problema de investigação e interligarmos este estudo com os que o antecederam (Fortin, 2003: 73). A revisão da literatura incidiu sobretudo nas áreas dos SIE e da Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE), detendo-nos nos aspectos que consideramos pontos de referência para o estudo e análise da supervisão das práticas

clínicas instituída aquando da implementação dos SIE, enquanto factor promotor de crescimento e mudança pessoal e social.

A segunda parte compreende três momentos. O primeiro remete para a descrição e justificação do percurso metodológico efectuado, nomeadamente estratégia metodológica adoptada, instrumento de recolha de dados elaborado e participantes do estudo. O segundo momento foi reservado para a apresentação, análise e discussão dos dados obtidos no trabalho de campo, tendo por base a revisão da literatura efectuada (estudo empírico). No terceiro e último momento, procuramos realçar os aspectos mais relevantes do estudo empírico desenvolvido, bem como as limitações e dificuldades encontradas. Finalizamos com a enunciação de algumas sugestões para futuras investigações e contributos no domínio da supervisão das práticas clínicas, no contexto em que nos situamos.

PARTE I

SUPERVISÃO E OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

1. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nas sociedades actuais, é cada vez mais notória a importância que a informação assume. De facto, numa infinidade de situações quotidianas, a informação disponível interfere nas tomadas de decisão, pelo que um baixo nível de qualidade da informação traduzir-se-á em prejuízo para a organização (Rascão, 2001).

Do mesmo modo, em todos os domínios da prática de enfermagem, os enfermeiros recolhem continuamente dados, definem objectivos, planeiam intervenções e avaliam o impacto da sua intervenção na saúde dos indivíduos. Assim, e de acordo com Pereira (2001: 15), a sua prática clínica caracteriza-se pela *obtenção, análise e interpretação de informação e é dependente desses processos*.

O que acaba de ser enunciado evidencia a importância de assegurar um registo sistemático da informação, em arquivos que permitam o acesso para consulta e posterior análise, de forma a garantir rigor e qualidade ao nível da tomada de decisão, evitar custos desnecessários, a perda de confiança dos beneficiários dos cuidados e a desmotivação das equipas.

1.1. Tendências de evolução do Sistema Nacional de Saúde em Portugal

Por todo o mundo e qualquer que seja o sistema de saúde adoptado, verificam-se desigualdades e ineficiências na prestação dos cuidados de saúde. Portugal não constitui excepção.

Conscientes desta realidade, tem-se verificado uma preocupação crescente em torno da criação de condições necessárias à prestação de cuidados de saúde, de tal modo que as organizações buscam a excelência ao nível da *dotação de recursos, estratégias de parceria e formação dos recursos humanos* (Abreu, 2003: 40).

Neste sentido, tornou-se fundamental garantir que as instituições de saúde disponham de um conjunto de mecanismos, que permitam avaliar os cuidados prestados, a utilização adequada dos recursos disponíveis e os parâmetros de qualidade, em todas as fases do processo, de forma sistemática.

A acreditação afirmou-se, nos últimos anos, como meio por excelência de monitorização da melhoria contínua. A International Society for Quality in Health Care (ISQUA) resume acreditação, numa perspectiva globalizante, como *o mais antigo e mais conhecido processo estabelecido para a avaliação dos serviços de saúde; processo*

formal de garantir a prestação de cuidados seguros e da mais elevada qualidade; processo baseado em padrões; processo criado e desenvolvido por profissionais de saúde para os serviços e, por último, um processo de desenvolvimento que utiliza as competências dos pares formados e organizados em equipa (França, 2004: 2).

Na Europa e nos EUA, conhecem-se diversos modelos em matéria de avaliação da qualidade, certificação e promoção da excelência, os quais, segundo Abreu (2003: 40), tentam *conciliar práticas de promoção de segurança, racionalização de processos, políticas de redução de custos e simplificação dos sistemas de auditoria*.

Embora apresentem diferenças a nível conceptual, o mesmo autor assemelha os vários modelos nas dimensões que abarcam:

- *Estrutura*. Inclui a comunicação estabelecida entre cliente e profissional, entendida enquanto processo, bem como a disponibilidade manifestada pelo profissional;
- *Processos*, isto é, metodologias utilizadas e recursos disponibilizados na prestação de cuidados de saúde;
- *Resultados*, os quais contemplam as actividades desenvolvidas, assim como o *feedback* do cliente face às mesmas.

A opção por determinado modelo tem início com um processo de recolha de informação, no sentido de uma melhor compreensão da metodologia, destinatários e vantagens do modelo. Em Portugal, as escolhas dividem-se entre os modelos do KFHQS e da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO).

Qualquer que seja a opção, importa salientar que os modelos existentes não garantem por si só a satisfação dos clientes em relação à qualidade dos cuidados prestados. Sem um esforço de melhoria contínua centrado nas necessidades do cliente, a organização tornar-se-á rapidamente obsoleta e o seu investimento num sistema de qualidade será infrutífero.

Ainda se realça que qualquer escolha em nada prejudicará as instituições de saúde já acreditadas ou em vias de acreditação por uma entidade que advogue outro modelo. Pelo contrário, pode ser um contributo enriquecedor, para um eventual modelo nacional de acreditação a desenvolver no futuro.

Independentemente do modelo seleccionado, verifica-se ainda que a acreditação da qualidade auferida não é definitiva. Tal como os hospitais e os seus colaboradores revêem os processos com o objectivo de optimizarem o desempenho, tendo em vista à melhoria contínua da qualidade, também as metodologias da qualidade são revistas periodicamente, de modo a acompanharem e corresponderem aos novos desafios que se colocam às instituições de saúde.

Actualmente, um novo desafio emerge: a necessidade de controlar os custos, melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços, bem como otimizar a gestão, questão que tem despoletado um interesse crescente pela gestão da informação

Segundo Pereira (2001), as dificuldades sentidas na gestão da informação em saúde têm levado os governantes, organizações e instituições de Saúde e de Ensino, investigadores e associações de profissionais de saúde, a envolver-se no desenvolvimento de SI, que facilitem a utilização racional da informação.

Um exemplo desse esforço é a auditoria ao tratamento de informação de saúde, realizada em 2004 (Guerra, 2004). Do diagnóstico de situação efectuado, emanaram importantes directrizes para o tratamento da informação, nomeadamente a necessidade de caminhar para o tratamento informatizado, como forma de assegurar a confidencialidade da informação de saúde e ultrapassar alguns problemas que o referido relatório evidenciou. Em particular, acredita-se que a criação do “*dossier* clínico informatizado” mostrar-se-à vantajosa nos seguintes domínios:

- Restrição do acesso à informação de saúde aos dados que o profissional necessita para fins de diagnóstico, tratamento e prestação de cuidados;
- A informação necessária à prestação de cuidados ficará rapidamente acessível aos profissionais que dela precisem para esse efeito, pela centralização num único “*dossier* clínico”;
- Requisição, em tempo real, de meios auxiliares de diagnóstico, através da rede hospitalar, bem como a partilha e consulta *on line* dos respectivos resultados por parte dos profissionais autorizados;
- Facilidade na obtenção de dados não nominativos destinados à investigação científica, à definição de estratégias de prevenção ou a fins de saúde pública, sempre com preservação da confidencialidade e privacidade dos doentes;
- Afastamento gradual dos suportes de papel, diminuindo, deste modo, o risco de desrespeito da privacidade, que advém da acessibilidade do processo clínico a pessoas não autorizadas.

Conscientes das mudanças nos sistemas de saúde e da crescente importância da informação a nível da gestão, política e economia, tem-se verificado o desenvolvimento dos SIE, integrados em sistemas de informação da saúde mais abrangentes. Em Portugal, o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF) assumiu um papel fulcral no desenvolvimento de projectos orientados para os SIE, procurando dar visibilidade às intervenções do enfermeiro, que resultam da sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, bem como aquelas acções que decorrem do planeamento

multidisciplinar ou prescrições/orientações previamente formalizadas, de modo a atingir um objectivo comum.

Da auditoria anteriormente mencionada, foi possível constatar que os hospitais de maior dimensão procuram usufruir das aplicações desenvolvidas pelo IGIF e tentam, gradualmente, proceder à informatização dos diversos serviços, na medida em que as disponibilidades financeiras o permitem. Nos hospitais mais recentes, nomeadamente Hospital das Descobertas, de São Sebastião e Amadora/Sintra, porque foi criada uma rede estruturada para atingir objectivos que apontam para uma informatização integrada, nota-se um esforço para assegurar a informatização integral do processo clínico. Para o efeito, as aplicações têm sido concebidas de raiz (e à medida) para atingir esse objectivo e alargadas, gradualmente, aos vários serviços, à medida que são concebidos os respectivos *módulos* que contemplam as necessidades de gestão da informação clínica de cada serviço.

Porém, no domínio da informatização dos vários serviços nota-se uma evolução muito diversificada de hospital para hospital, muitas vezes influenciada pela especial sensibilidade e iniciativa dos profissionais de saúde, pelos meios técnicos disponíveis, pela importância e relevância que o serviço representa no contexto do hospital ou pela necessidade de tratar, de forma estruturada, determinado tipo de informação. Assim, verifica-se, muitas vezes, que serviços contíguos estão muito longe um do outro, em matéria de utilização das novas tecnologias.

Actualmente, o Ministério da Saúde reconhece que os SI desenvolvidos estão tecnologicamente desactualizados, facto que está relacionado com a ausência de serviços e recursos humanos suficientes e devidamente qualificados para manter a actualização das aplicações informáticas. No caso específico do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), verifica-se a necessidade de adaptação à versão 1.0 da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE®).

Neste sentido, a Secretária de Estado Adjunta e da Saúde, em funções em 2006, em entrevista à Ordem dos Enfermeiros (OE, 2006a), refere que vai ser efectuada uma análise crítica de todas as aplicações internas, no sentido de ser aferido o que deve ser rejeitado, mantido e o que, para ser mantido, requer alguma evolução tecnológica.

1.2. Formação, segurança dos cuidados e tomada de decisão: o paradigma da qualidade em saúde

Na área da saúde, organizações internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), e organizações nacionais, nomeadamente o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), assumiram formalmente a necessidade de implementar sistemas de qualidade, pelo que, e parafraseando Biscaia (2000: 6), julgamos que *não haverá, hoje em dia, nenhuma intervenção na área da saúde, ou que sobre ela incida, que não teça considerações, questione ou manifeste preocupação sobre a qualidade na saúde, seja numa perspectiva global e genérica, seja nas suas diferentes dimensões e atributos.*

A qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional e tem um contexto de aplicação local, pelo que o exercício profissional dos enfermeiros não pode ser descurado ou deixado invisível, nos esforços para alcançar a qualidade em saúde.

Neste sentido, o Conselho de Enfermagem (CE), da OE, deteve um importante papel na promoção e implementação de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Decorrente das suas competências (alínea d, ponto 1, art.º 30º do estatuto da OE), definiu os *padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*, os quais pretendem estruturar e orientar o exercício profissional dos enfermeiros. Tais padrões mostram-se fundamentais, na medida em que:

- Promovem a reflexão sobre os cuidados pelo confronto com as situações quotidianas no próprio contexto de acção;
- Norteiam a tomada de decisão em enfermagem;
- Evidenciam a dimensão autónoma dos cuidados de enfermagem;
- Definem indicadores de qualidade (CE, 2005: 1).

Definidos os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, é imprescindível contribuir e garantir o desenvolvimento de sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e da qualidade dos cuidados, através da apropriação pelos enfermeiros dos padrões de qualidade e do envolvimento das organizações prestadoras de cuidados de saúde onde os enfermeiros desenvolvem a sua actividade profissional.

Às instituições de saúde compete adequar os recursos e criar as estruturas que conduzam ao exercício profissional de qualidade. Neste contexto, compete-lhes proporcionar condições e criar um ambiente favorecedor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros, isto é, pressupõe e exige planeamento e implementação de planos de

formação, com o objectivo de sensibilizar os profissionais para aspectos que eram menos evidentes e que pareciam menos importantes no passado, bem como de forma a produzir mudanças de comportamentos, alteração de hábitos e de práticas estabelecidas. De igual modo, cabe-lhes reformar métodos e técnicas que demonstraram não beneficiar os cidadãos, pelo que se preconiza a reflexão sobre a prática, com vista à definição de objectivos do serviço a prestar e planeamento de estratégias para os atingir. As competências referidas são determinantes na manutenção da segurança do doente, essencial para os cuidados de enfermagem e saúde de qualidade.

A OE reconhece que a produção de guias orientadores da boa prática dos cuidados de enfermagem, baseados na evidência empírica, constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Deste modo, pensa *contribuir para a promoção de um exercício profissional baseado na autonomia, competência e responsabilidade e para evidenciar a importância e o impacto dos cuidados de enfermagem, quer perante os próprios enfermeiros, quer perante os clientes, outros profissionais e decisores políticos* (CE, 2002: 10).

Acrescenta ainda que, individual ou colectivamente, no contexto do seu exercício, cabe a cada profissional de saúde assumir este compromisso, *reflectindo, analisando e prosseguindo diariamente na busca da excelência do exercício* (CE, 2005: 2).

Assim sendo, a melhoria contínua da qualidade em saúde é um processo sistemático de aprendizagem e de desenvolvimento, cujo enfoque se dirige para uma prática baseada na *evidência científica* e na escolha informada do beneficiário dos cuidados, uma melhoria de cuidados envolvendo os utentes como parceiros, cuidados partilhados (Biscaia, 2000: 10).

Mas *não basta ter uma visão, definir um caminho* (Biscaia, 2000: 9). É necessário antever e identificar riscos e obstáculos, antecipar soluções. Neste sentido, a inexistência de um sistema de informação poderá, efectivamente, comprometer este processo de mudança. A análise da informação disponível, proveniente e referente a indicadores locais, é importante, na medida em que, ao subsidiar o processo de tomada de decisão, facilitará a formulação e avaliação das políticas, planos e programas desenvolvidos em torno da qualidade em saúde (Barbosa, 2006).

Internacionalmente, têm emanado várias posições conjuntas em torno da garantia da qualidade dos cuidados de saúde. De uma análise comparativa, verifica-se uma questão comum: a segurança dos clientes constitui uma prioridade nas intervenções dos cuidados de saúde (OE, 2006b; Nunes, 2006).

Segurança implica conhecimento científico sobre a segurança da pessoa e,

sobretudo, informação sobre os riscos e a minimização dos mesmos. Só a partir destes é possível delinear a mobilização/recrutamento, integração e formação dos profissionais, projectar a melhoria do desempenho, as medidas de segurança ambiental e a gestão do risco.

Na sua intervenção, os enfermeiros procuram “*fazer o bem*”, isto é, visam o benefício do público-alvo e, por isso, pretendem, simultaneamente, “*não causar dano*” (Nunes, 2005: 4). Contudo, da complexa combinação de processos, tecnologias e factores humanos inerentes aos cuidados de saúde, advém eventos adversos – *danos ou prejuízos causado pela gestão da doença ou condição de um cliente por profissionais de saúde*, causa importante de sofrimento humano, perda financeira e custos dos serviços de saúde (OE, 2006b: 2).

A avaliação da maleficência passa pela estimativa dos riscos possíveis e previsíveis, a qual, por sua vez, decorre, em grande parte, da análise dos erros cometidos e informados.

O vice-presidente do Conselho Directivo da OE, no VII Seminário de Ética, organizado pelo Conselho Jurisdicional a OE, apresentou um conjunto de factores que, a nível institucional, podem aumentar a probabilidade de ocorrência de eventos adversos, entre os quais se destaca:

- Falta de correspondência entre as expectativas da instituição e as expectativas dos profissionais;
- Ausência de controlo da implementação de políticas de saúde;
- Desvalorização do erro, enquanto motor de aprendizagem;
- Fracos sistemas de comunicação;
- Pouco respeito pelo cansaço do profissional;
- Confiança nos sistemas de informação em suporte de papel;
- Dispositivo de supervisão pouco desenvolvido/ ineficaz;
- Falta de *dotação segura* dos profissionais.

Os factores mencionados, além de concorrerem para o incremento de eventos adversos, contribuem para que os erros sejam insuficientemente relatados, na medida em que estes não são detectados pelos responsáveis das unidades de saúde. Os profissionais de saúde directamente envolvidos, possivelmente pelo medo de punição (pena civil ou criminal, receio de perda de emprego ou desaprovação dos colegas), não os denunciam (Nunes, 2006).

De facto, a segurança beneficiaria se os erros fossem informados, na medida em que, desta forma, poder-se-ia discuti-los e aprender com eles. A ausência de informação

ou sub-informação dos erros dissimula os riscos efectivos, pelo que não é possível contribuir para a sua minimização.

Assim, torna-se fundamental que, no exercício das suas funções, o enfermeiro adopte uma conduta responsável e ética, que garanta o respeito e o cumprimento dos seus deveres e o respeito pelos direitos das pessoas, tendo em vista a qualidade dos cuidados. *Controlar o risco* corresponde, à luz de Nunes (2006: 10), à realização plena da obrigação ética da enfermagem para com a sociedade.

Face ao exposto e tomando como referência a posição da OE sobre segurança do cliente, torna-se imprescindível que a segurança da pessoa constitua uma prioridade das organizações, instituições e profissionais de saúde (OE, 2006b).

Para tal, as instituições de saúde devem procurar:

– Promover uma liderança efectiva, capaz de garantir o cumprimento das regras profissionais, técnicas e ético-deontológicas. Trata-se, portanto, de assegurar *peçoal em número apropriado, com a combinação adequada de conhecimento, aptidões e experiência, que está disponível em qualquer altura para garantir respostas efectivas às necessidades de cuidados dos doentes e a manutenção de um ambiente de trabalho livre de perigos*, o que o ICN denominou *dotações seguras* (ICN, 2006: 5);

– Garantir uma gestão efectiva do risco, que passa pela identificação, análise e controlo de potenciais riscos, num determinado contexto da prática, com posterior desenvolvimento e avaliação de políticas e procedimentos que orientem a prática clínica. Deste modo, contribuir-se-à para o planeamento e desenvolvimento do trabalho, num ambiente seguro e com os recursos necessários;

– Fomentar o trabalho em equipa, treinando em equipa aqueles que se espera que trabalhem em equipa;

– Adoptar uma postura proactiva. Através do recurso às novas tecnologias, com vista à detecção do erro e acesso à informação fiável disponível, o profissional de saúde será capaz de reduzir os riscos e prevenir eventos adversos;

– Criar uma filosofia de aprendizagem permanente. A partir da simulação/apresentação de estudos de casos ou análise de relatórios que evidenciem situações de erro ou eventos adversos, os mesmos serão discutidos, promovendo, deste modo, a formação dos profissionais e a aferição das políticas e/ou procedimentos, com base em evidências. A valorização desta dimensão formativa consiste na transformação dos problemas em oportunidades de aprendizagem e passa pelo desenvolvimento de uma cultura de responsabilização e não-punitiva, que fomente a informação do erro ou evento adverso.

Conscientes do impacto dos eventos adversos ao nível da qualidade de vida da pessoa e das despesas com os cuidados de saúde, temos o dever de manter a excelência nos cuidados que prestamos, de forma a não vacilarmos no compromisso profissional que assumimos. *Não façamos da segurança um rascunho, pois podemos não ter tempo de o passar a limpo* (Anónimo).

Em suma, melhoria da qualidade em saúde traduz-se em aferição e monitorização contínuas das práticas, no sentido de que se verifique um melhor desempenho dos profissionais de saúde e, simultaneamente, os utentes manifestem maior nível de satisfação face aos cuidados prestados.

1.3. Sistemas de Informação e Sistemas de Informação em Enfermagem

A preocupação com o modo e a importância de registar os cuidados não é actual. Já no século XIX, Florence Nightingale, no desenvolvimento de importantes estudos epidemiológicos, reclamava a organização e acessibilidade da informação.

Seguiram-se importantes contributos relacionados com a standardização da linguagem e criação de classificações em enfermagem. Com início nos EUA, os estudos rapidamente atingiram a dimensão mundial, na tentativa de desenvolvimento de uma linguagem apropriada à prática clínica, cultura e sistema de cuidados de saúde dos respectivos países (Gordon, 1998).

Basicamente, as classificações em enfermagem procuravam ordenar as entidades, os conceitos, por grupos ou classes, tendo por base a sua similaridade, minimizando a variância dentro do grupo e maximizando a variância entre grupos.

A primeira classificação foi apresentada por Abdellah (1959). A autora, a partir da identificação de 21 problemas de saúde dos pacientes ou respectivos familiares, classificou os objectivos da enfermagem, os quais, durante vários anos, estiveram na base da elaboração dos currículos e práticas. Seguiu-se Henderson (1966), a qual propôs a classificação de necessidades funcionais.

Estes sistemas de classificação estiveram, posteriormente, na base do desenvolvimento de várias teorias, as quais constituíram uma nova fase da produção do conhecimento em enfermagem. Essa nova fase caracterizou-se pela concepção de várias classificações ao nível dos diagnósticos (NANDA, 1973), intervenção (NIC, 1992) e resultados (NOC, 1997; Johnson e Maas, 1998). Depois, foram desenvolvidos esforços no sentido do desenvolvimento de uma classificação que integrasse diagnósticos,

intervenções e resultados, dos quais resultaram, nomeadamente, a Home Health Care Classification (Saba, 1992), Omaha Classification System (Martin and Sheet, 1992), International Classification of Nursing Practice (ICN, 1993).

Fruto da identificação das categorias diagnósticas, verificou-se um aumento da produção e organização do conhecimento em enfermagem, relativamente à prática, educação e investigação.

Contudo, os constantes aumentos do tipo e da quantidade de dados sobre os cuidados prestados continuou a reforçar o crescente interesse pelo desenvolvimento de SIE, por forma a demonstrar as repercussões, positivas ou negativas, sobre o estado de saúde do indivíduo, decorrentes dos cuidados de Enfermagem.

Uma definição comum de SI é proposta por Buckingham (1987b, cit. por Amaral e Varajão, 2000:9):

“Sistema de Informação é um sistema que reúne, guarda, processa e faculta informação relevante para a organização (...), de modo a que a informação acessível é útil para aqueles que a querem utilizar, incluindo gestores, funcionários, clientes (...). É um sistema de actividade humana (social) que pode envolver ou não a utilização de computadores.”

Os dados, enquanto representações não estruturadas, constituem factos isolados. Quando processados, organizados e inseridos num contexto útil e de grande significado, proporcionam orientação, instrução e conhecimento ao seu utilizador (Amaral e Varajão, 2000; Machado *et al*, 2007).

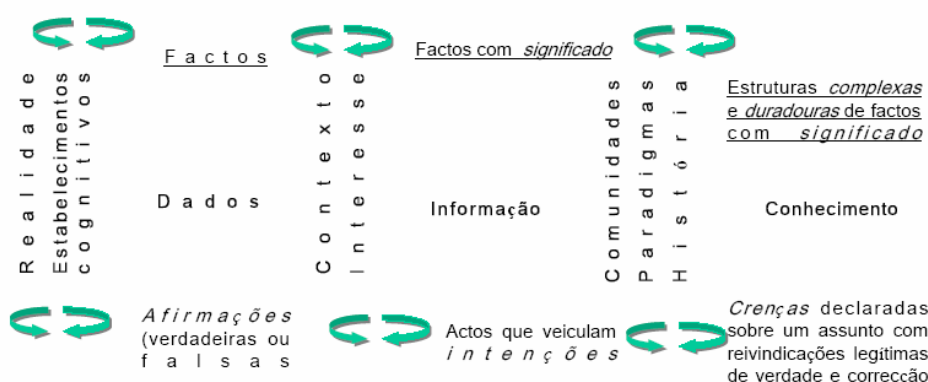


Figura 1 – Dados, Informação e Conhecimento (Machado *et al*, 2007)

Em Enfermagem, dos SI em suporte de papel, evoluiu-se para o suporte electrónico, quando, em 1988, Zielstorff, McHugh e Clinton identificaram um conjunto de critérios que permitiriam suportar o processo de enfermagem num sistema automatizado. A informação sempre esteve presente em todas as organizações de saúde, porém com o aumento do seu volume e valor, exigiu-se uma solução para o seu tratamento. Foi, então, que combinando as ciências da computação, da informação e da enfermagem, se repensou a gestão e processamento dos dados, informação e conhecimento que suportam a prática de enfermagem e a prestação de cuidados (Graves e Corcoran, 1989; Androwich *et al*, 2003).

Contudo, persiste a percepção geral de que o uso da TI na área de saúde está dez a quinze anos atrás de outros sectores, como bancos, indústria e aviação (Raghupathi e Tan, 1999, cit. por Marques e Marin, 2002).

Os primeiros SIE foram desenvolvidos com o intuito de diminuir o tempo dispendido a fazer registos (Pereira, 2001). Hoje, os SIE constituem uma parte dos sistemas de informação de saúde e, conforme Gossen (2000: 53, cit. por Silva, 2001: 39), evidenciam o *esforço de análise, formalização e modelação dos processos de recolha e organização de dados, e de transformação dos dados em informação e conhecimento – promovendo decisões baseadas no conhecimento empírico e na experiência – tendo em vista alargar o âmbito e aumentar a qualidade da prática profissional de enfermagem.*

O mesmo autor (cit. por Pereira, 2001) aponta quatro critérios para o desenvolvimento de SIE. O primeiro passa pela necessidade de utilização de um sistema de classificação de enfermagem, que compreenda diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, de modo a descrever os cuidados, o mais fielmente possível e evitando a duplicação de dados. A OE preconiza a utilização obrigatória de Classificações Internacionais, pelo que recomenda a CIPE®, de forma a permitir a comparabilidade dos dados ao nível local, regional, nacional e internacional (OE, 2006c). O segundo reporta o interesse em manter os dados segundo uma apresentação que facilite a sua consulta e, deste modo, oriente a tomada de decisão dos enfermeiros. Acresce, enquanto terceiro critério, a necessidade de manter um espaço destinado à escrita sob a forma de texto livre e linguagem não classificada, conferindo maior flexibilidade de registo e documentação por parte dos enfermeiros. Por último, considera a importância da integração do SIE num SI mais amplo, pois, neste sentido, a informação relativa a cada indivíduo estará reunida e acessível, tornando o processo de tomada de decisão mais célere, à semelhança daquilo que nos é apresentado por Dias (2007), no seguinte esquema:



Figura 2 – Sistema Integrado de Informação da Saúde

De salientar o importante trabalho desenvolvido por Silva (1995), o qual apresentou os resultados do primeiro estudo português sobre SIE utilizados na prática clínica, em unidades de internamento hospitalar, do qual resultou a concepção do modelo “*Enfin – Sistema de Informação de Enfermagem*”. O mesmo investigador desenvolveu um novo projecto sobre implementação dos SIE/TIC (módulo clínico de enfermagem hospitalar), tendo em vista a sua integração na base de dados do Sistema de Informação Hospitalar (SONHO), desenvolvido pelo IGIF. Por seu lado, a Escola Superior de Enfermagem de S. João, em parceria com a Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN)/Sub Região de Saúde de Vila Real (SRSVR) e o IGIF-Porto desenvolveram um projecto de implementação dos SIE/TIC (1998-2000), no âmbito da enfermagem na comunidade (Centros de Saúde), tendo desenvolvido o módulo clínico de enfermagem na comunidade, tendo em vista também a sua integração na base de dados do Sistema de Informação dos Unidades de Saúde (SINUS) desenvolvido pelo IGIF.

Ciente da necessidade de garantir que os SIE integrem os dados relativos aos cuidados de enfermagem e enquanto associação pública que tem como finalidade fundamental promover e defender a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população e, que detém, em Portugal, em conjunto com o ICN, os direitos de licenciamento de utilização da CIPE®, a OE reuniu os *princípios básicos de arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais* para o desenvolvimento dos SIE.

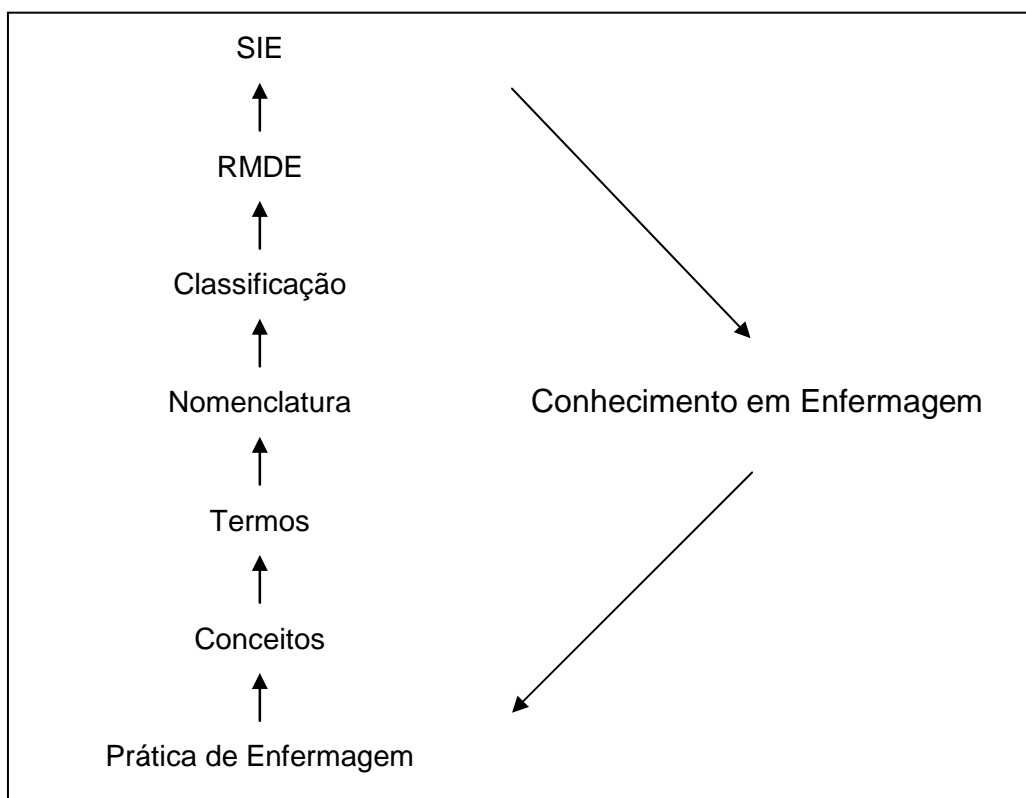
Assim, defende que as aplicações informáticas utilizadas e respectivas actualizações sejam certificadas pela OE, o *software* utilizado no SIE respeite a ISO 18104 e que, para *facilitar e obviar a articulação entre os módulos de informação que integram o SI, todos sejam ISSO, CEN e HL7 “compliant”*, conferindo deste modo consistência ao SIE. Ressalva ainda a importância da *protecção, segurança e*

confidencialidade dos dados, assim como o direito do enfermeiro à informação relativa à saúde dos doentes, das famílias e comunidades ao seu cuidado. Por último, e como anteriormente referido, preconiza a utilização da CIPE®, pois, de facto, só podemos comparar e agregar dados, se estes adoptarem definições e categorias uniformes, além de que as classificações em enfermagem contribuem para a nomeação do conhecimento formal em enfermagem. A autorização para a utilização desta classificação deverá ser requerida à OE ou ao ICN (OE, 2007: 8).

Independentemente da classificação adoptada, é importante que a respectiva terminologia reflecta *o conjunto mínimo de itens de informação referente a dimensões específicas de enfermagem, com categorias e definições uniformes, que vai ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores dos dados no sistema de saúde* – Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE) (Werley *et al*, 1991, cit. por Pereira, 2004). É a partir deste que a produção de indicadores fica viabilizada.

Segundo Silva (2001), os indicadores produzidos podem constituir importantes pretextos para a reflexão sistemática sobre as práticas, a partir de informação válida retirada dos registos de enfermagem, procurando sempre alcançar a excelência do exercício profissional.

Em síntese, o que acaba de ser explanado, pode ser esquematizado do seguinte modo:



Esquema 1 – Da prática à produção de conhecimento em Enfermagem¹

Os estudos desenvolvidos internacionalmente evidenciam que os SIE, em suporte electrónico, diminuem o registo repetido de dados, aumentam a legibilidade e disponibilidade das informações, facilitam e promovem a comunicação relativa ao utente entre as unidades de enfermagem/ instituições de saúde e reduzem o tempo despendido para a documentação. (Barbosa, 2006; Systematic Software Engineering, 2003; Rascão, 2001; Silva, 2001).

Em Portugal, verifica-se que a visibilidade dos cuidados de enfermagem nas estatísticas, indicadores e relatórios oficiais de saúde é, de algum modo, incipiente, pelo que a sua definição e a averiguação do impacto dos mesmos nos ganhos em saúde das populações é dificultada (OE, 2006c).

Obviamente, coloca-se-nos um desafio importante: *modificar o nosso pensamento*

¹ Intervenção do Dr. Élvio Jesus “Problemática da Informática em Saúde”, no Simpósio de Enfermagem “Da comunicação aos Sistemas de Informação: uma perspectiva”, realizado no Auditório da Fundação de Serralves, Porto, nos dias 11 e 12 de Novembro de 2005.

de forma a que enfrente a complexidade crescente, a rapidez das transformações e o imprevisível que caracterizam o nosso mundo, pelo que devemos reconsiderar a organização do conhecimento (Morin: 1999, 8).

Neste sentido, dada a importância da informação para a produção de indicadores, expansão da investigação, monitorização da qualidade, formação, financiamento e processo de tomada de decisão em relação às políticas de saúde, torna-se impreterível usufruir do potencial dos registos de enfermagem, o que passa pelo desenvolvimento, implementação ou optimização dos SIE, em suporte electrónico (cf. anexo B).

Vale ainda enfatizar que o sucesso ao nível da implementação e optimização de qualquer sistema assenta, primordialmente, numa política institucional demarcada por oportunidades de participação e progressão de todos os envolvidos, em iguais condições de direitos e deveres. Acrescenta-se, também, a necessidade de desenvolver competências técnicas e humanas, implícitas e explícitas, dos profissionais que agem, interagem e reagem no contexto institucional.

2. PROCESSO E PRÁTICAS SUPERVISIVAS

A revisão da literatura elucida-nos para o facto de as reflexões em torno das práticas supervisivas não serem propriamente novas, embora actualmente sejam percebidas de modo diferente.

Abreu (2003) considera que as primeiras referências à supervisão clínica surgiram no mundo árabe, nos períodos fulgentes da medicina islâmica, altura em que este processo acompanhava o que hoje poderíamos considerar de avaliação dos hospitais ou mesmo de certificação profissional.

Seguidamente apresenta Hildegarde Peplau, a qual, referindo-se à formação em Enfermagem, considerou que o acompanhamento das práticas clínicas deveria ser encarado como um processo integrado, o qual contemplava o desenvolvimento de atitudes, habilidades e características pessoais, bem como a inteligência emocional, questões éticas e pensamento relacional.

Betty Neuman refere que a supervisão clínica, enquanto processo, mostra-se fundamental para a avaliação da consecução dos objectivos e eventual necessidade de reformulação, tendo em mente os diagnósticos de enfermagem identificados, os resultados esperados e a validação do processo de enfermagem.

Para Imogene King, a dinâmica supervisiva influi ao nível da tomada de decisão em enfermagem, desde o tipo de informação que esteve na sua base, passando pelas alternativas apresentadas, até ao conhecimento que possibilitou aos enfermeiros considerar e avaliar tais alternativas.

Martha Rogers debruça-se essencialmente na componente relacional da prática clínica, a qual poderia ser explorada a partir do acompanhamento das práticas.

Jean Watson, na sua "Teoria dos Cuidados Humanos Transcendentais", referiu-se à supervisão clínica como processo promotor do crescimento e maturação pessoal e espiritual dos enfermeiros.

Destas reflexões apresentadas por Abreu (2003: 16), percebe-se que estas abordagens comungam da *articulação efectiva entre a prática clínica, o desenvolvimento profissional e a formação de uma inteligência emocional*.

No mundo ocidental, foi Florence Nightingale quem relançou as discussões em torno da supervisão clínica em enfermagem (SCE), tendo desempenhado um importante papel na estruturação deste conceito. Segundo Gray (2001), a SCE foi descrita, inicialmente, como um processo democrático (Day, 1925), o qual estava centrado no crescimento profissional (Schmidt, 1926), numa atmosfera informal e cordial (Florence,

1953). Assim, a supervisão não era um processo autoritário (Nelson, 1949), nem normativo (Perrodin, 1954).

No América do Norte, na primeira metade do século XX, com os céleres progressos ocorridos na medicina e na tecnologia, a integração do ensino da enfermagem na universidade, o reconhecimento da necessidade de aliar a teoria à prática e as constantes discussões sobre a natureza e desempenho dos enfermeiros, a SCE foi considerada a chave para o acompanhamento e resolução das mudanças emergentes (Gray, 2001).

Cottrell e Smith (2000) indicam a sucessão de falhas no NHS, na década de noventa, que precipitou o processo de revisão e reforma do sistema de saúde. Incidentes como a tragédia de Bristol, as falhas nos hospitais de Kent e de Canterbury e o caso Allitt levaram ao reconhecimento público e político do aumento potencial para a má qualidade da saúde quando os seus serviços não são “controlados” (Correia, 2004). Todos estes acontecimentos provocaram uma profunda reflexão sobre as práticas nas profissões da saúde e uma monitorização crescente, tendo em vista a segurança dos cuidados e a promoção da qualidade (Smith, 1998).

O inquérito de Allitt atraiu a atenção da população para a pouca protecção dos doentes vulneráveis, se um profissional causar danos deliberadamente (Correia, 2004). Clothier *et al* (1994) apresentaram recomendações várias quanto à selecção da equipa de profissionais e ao processo superviso, conduzindo à noção que hoje possuímos de SCE.

Uma das vertentes da SCE é o suporte emocional. A Supervisão Clínica foi utilizada em psicoterapia desde 1925 (Doehrmann, 1976). Atribui-se a Max Eittington a sua introdução no treino da psicanálise sob os auspícios da Sociedade Psicanalítica Internacional (Correia, 2004). Entretanto, a SC foi sendo reinterpretada ao longo do tempo, tendo-se tornado central, por exemplo, para as profissões da saúde mental (Bernard e Goodyear, 1998). Em 1943, o Comité de Horder recomendou o desenvolvimento da supervisão na enfermagem psiquiátrica, o que aconteceu em 1982, com a implementação do programa Registered Mental Health Nurse (Correia, 2004).

Nos anos noventa, as acções de Beverley Allitt reforçaram as insistências dos adeptos da SC, na esperança de que estes sistemas de suporte pudessem ajudar a prevenir futuras tragédias.

O desenvolvimento acentuado da SCE deu-se para conhecer as normas e critérios necessários para a observação dos enfermeiros pelos enfermeiros. As prioridades da SCE eram evidentes: deveria ser um mecanismo de protecção dos

padrões e da segurança da saúde pública e que suportasse o desenvolvimento da excelência na prática (Tait, 1994). Os acontecimentos sobre o caso Beverley Allitt serviram para justificar o momento político na adopção da SC como uma medida de controlo administrativo e um processo para proteger o bem-estar dos doentes (Correia, 2004).

Em 1993, o Departamento de Saúde Inglês publicou "*A Vision for the Future*", o qual delineava quatro políticas principais: The Children Act (1989), Caring for people (1989), a Patient's Charter (DoH, 1991) e a Health of the Nation (DoH, 1992) (Fowler, 1996).

Em Janeiro de 1995, o United Kingdom Central Council for Nursing and Midwifery (UKCC) aprovou a sua posição sobre a SCE, que se apoiava em princípios gerais contrários à política prescritiva (Correia, 2004), ou seja, seria necessário construir sistemas de SC adaptados a cada tipo de serviços num percurso de adequação para a qualidade em saúde (UKCC, 1995).

Em 1996, o UKCC publica um documento que viria a ser um marco no estabelecimento da SCE - o "*Position Paper on Clinical Supervision*". O documento continha várias declarações importantes como a necessidade premente de preparação para o futuro dos supervisores clínicos para o exercício das suas actividades, através da variedade educativa quer em contextos formais quer informais (Correia, 2004). Enfatizava ser importante existir uma ligação entre a supervisão clínica e a gestão.

Entretanto, já Hawkins e Shohet (1989) defendiam que a SCE era uma estrutura relevante de suporte focalizada nas práticas, vivências e problemas profissionais, questões de natureza emocional e outros factores que influenciam o trabalho.

Na década de noventa, como consequência dos problemas já referidos, aumentou o interesse pela SCE. Considerava-se, pois, que as instituições deveriam investir na criação de estratégias que fomentassem o desenvolvimento de competências e a aquisição de novos saberes, melhorassem a qualidade dos cuidados prestados e garantissem suporte emocional aos profissionais. Desta forma, seria possível assegurar a protecção e bem-estar dos doentes.

Neste sentido, Dudley e Butterworth (1994, cit. por Gray, 2001) referem que a SCE mostrou-se fundamental na promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem, ao que Abreu (2002) acrescenta a sua importância ao nível do suporte sócio-afectivo dos profissionais.

De acordo com Gray (2001), a concretização do processo de SCE não se limitou à área da enfermagem de saúde mental (Mahood et al, 1998) ou cuidados paliativos

(Jones, 1997), tendo mesmo sido extrapolada para as outras áreas da enfermagem (Cooke *et al*, 1997).

Em Portugal, as primeiras referências à supervisão, na área da enfermagem, surgem no Decreto Regulamentar n.º 3/88 de 22 de Janeiro, no qual a função de supervisionar os cuidados de enfermagem, com vista a garantir uma máxima eficiência, é atribuída ao enfermeiro-chefe da unidade ou serviço. Posteriormente, a Carreira de Enfermagem, definida no Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro, prevê a figura do enfermeiro supervisor, no qual estão delegadas funções do âmbito da gestão de serviços no geral e na enfermagem em particular.

Mais recentemente, Bond e Holland (1998) destacam novos e decisivos acontecimentos, os quais contribuíram para que a supervisão clínica integrasse o vocabulário dos contextos de saúde e passasse a constituir uma prioridade actual e urgente, em qualquer discussão ou projecto situado no âmbito da sustentação e desenvolvimento das práticas de enfermagem. Nesses desenvolvimentos, os autores incluem: significativas mudanças organizacionais, políticas directivas, preocupações sobre responsabilidade, iniciativas de qualidade para melhorar os padrões de cuidados, conceitos de reivindicação social integrados numa nova filosofia da enfermagem, transição educacional para uma prática reflexiva, preocupação sobre a saúde dos profissionais e prevenção do *burnout*, aumento do valor atribuído às intervenções terapêuticas e aumento das exigências para a auto-consciência.

Há um reconhecimento crescente de que tais mudanças políticas, educacionais, sociais e económicas, exigem, cada vez mais, que os profissionais de saúde apresentem flexibilidade e criatividade face à realidade que lhes é apresentada. Neste sentido, acredita-se que a supervisão clínica proporcionará a estabilidade, apoio e orientação necessários, para que os profissionais encarem positivamente o futuro e se ajustem às mudanças organizacionais geradas pelos processos de promoção e acreditação da qualidade.

2.1. Supervisão clínica: conceito

Nos últimos dez anos, assistimos ao desenvolvimento de um crescente interesse sobre a supervisão clínica. Contudo, verificamos que a utilização do termo entre os enfermeiros não reúne consenso.

Não podemos negar que, durante muito tempo, o termo *supervisão* esteve

relacionado com a inspecção e controlo do trabalho dos profissionais, mediante políticas e procedimentos pré-estabelecidos e em que ao supervisor cabia identificar irregularidades na execução dos procedimentos. O supervisor planeava o trabalho, tomava e impunha decisões, anulando a iniciativa e a produtividade dos profissionais (Bond e Holland, 1998).

Deste pressuposto, emerge a actual dicotomia ao nível da interpretação do conceito de supervisão: alguns, mais conservadores, mantêm a ideia de inspecção associada com a gestão; outros, mais optimistas, acreditam que a supervisão clínica constitui a chave para o desenvolvimento profissional, enquanto perspectiva mais flexível e facilitadora de orientação e aconselhamento (Sá-Chaves, 2000a).

Por outro lado, a própria utilização do termo *clínica* é geradora de discussão, na medida em que, ao ter estado sempre associado a funções médicas, pode ser conotada com a profissão médica.

Gradualmente, o conceito de supervisão foi evoluindo, fruto das investigações efectuadas nesse âmbito e do desenvolvimento das profissões, dos contextos e da própria organização social, passando a constituir uma *estratégia de suporte para as organizações de saúde, dinâmicas de formação, funcionamento das equipas, maturação pessoal e desenvolvimento profissional* (Abreu, 2002: 3).

Marr, Steele e Hickman (2001) identificam as definições mais comuns sobre Supervisão Clínica em Enfermagem, algumas das quais retomaremos ao longo do texto:

- Butterworth (1995): trata-se do diálogo de natureza profissional, conducente ao desenvolvimento de competências;
- Hawkins e Shohet (1992): a SC é considerada como um compromisso com a aprendizagem, pode ser uma actividade importante para cada profissional construir a própria identidade, no sentido do auto-desenvolvimento e da auto-consciência;
- Wright (1989): a SC seria como uma reunião entre dois ou mais profissionais que têm interesse em analisar a actividade profissional;
- Proctor (1993): salienta que é uma relação de trabalho entre o supervisor e o profissional que permite ao enfermeiro reflectir sobre ele mesmo e receber feedback e acompanhamento apropriado.
- UKCC (1996): a SC permite que os profissionais e supervisores reflectam sobre a prática e ajuda a identificar soluções para os problemas, tomar decisões consistentes e aumentar a compreensão das questões profissionais.

Butterworth e Faugier (1992, cit. por Lyth, 2000) previnem para o perigo de tentar obter uma definição muito exacta de supervisão clínica, ao que Bond e Holland (1998) acrescentam que, embora possamos encontrar muitas definições de supervisão clínica, não há nenhuma que se apresente de tal modo explícita, de modo a ser indubitavelmente melhor que as outras.

Em 1993, o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido publicou o documento *Visão para o Futuro*, no qual descreve a supervisão clínica enquanto um processo formal de apoio e aprendizagem profissionais, que permite aos profissionais desenvolverem conhecimentos e competências, assumirem responsabilidade profissional e garantirem a protecção dos utentes, tendo em vista a segurança e a qualidade de cuidados, em situações clínicas complexas. Considera ainda que a supervisão clínica, central ao processo de aprendizagem e ao alargamento do âmbito da prática, deve ser entendida como um meio para estimular a auto-avaliação e o desenvolvimento de capacidades analíticas e reflexivas (DoH, 1993, cit. por Sloan, 1999).

Nessa mesma década, multiplicaram-se os estudos na área da SCE, entendida como processo de acompanhamento de competências clínicas dos alunos e da formação em contexto de trabalho (Abreu, 2003).

Para Lyth (2000: 722), o conceito não está ainda bem definido e afirma que clarificar o conceito de supervisão clínica não é uma tarefa fácil, dada a imensidão de cenários onde a prática de enfermagem pode ter lugar. Neste sentido, apresenta várias definições, das quais se destaca as seguintes (algumas já indicadas anteriormente):

“(...) an exchange between practising professionals to assist the development of professional skills.” (Butterworth & Faugier, 1992: 12)

“(...) the process whereby a practitioner reviews with another person his ongoing clinical work and relevant aspects of his own reactions to that work.” (Minot & Adamski, 1989: 23)

“A practice-focused professional relationship involving a practitioner reflecting on practice, guided by a skilled supervisor.” (UKCC, 1996)

Das citações apresentadas, emergem uma ideia comum: a supervisão clínica é um processo dinâmico e interpessoal de suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais.

Em Portugal, os estudos pioneiros desenvolvidos em torno do conceito de

supervisão devem-se a Alarcão e Tavares. Estes, investigadores na área das ciências da educação, definiram supervisão como um processo em que um professor, detentor de experiência e informação significativas, colabora no desenvolvimento pessoal e profissional de um professor recentemente integrado na prática pedagógica (Alarcão e Tavares, 1987).

A definição apresentada e a concepção subjacente inserem-se no espírito do que hoje se designa por SCE. Esta pode ser tomada como um processo promotor da aprendizagem profissional e do desenvolvimento pessoal permanentes. Confere aprendizagem, desenvolvimento e suporte à reflexão e aconselhamento profissionais, proporcionando aos profissionais a aquisição de competências profissionais e pessoais, através das suas experiências. Deste modo, é promovida a integração da experiência prática no conhecimento teórico, de forma a conseguirem solucionar os problemas com que se defrontam no quotidiano profissional, enfrentar eficazmente o stress e desenvolver a sua identidade profissional (Sloan, 1999; Žorga, 2002).

Nesta perspectiva, Sá-Chaves (2000a) acrescenta que a supervisão e a atitude supervisiva implicam um olhar atento e abrangente, capaz de contemplar o discurso verbal e não verbal, o passado e as aspirações futuras, os factos e respectivas interpretações possíveis, o meio sócio-cultural envolvente, o desejo e a (im)possibilidade da sua concretização, a pessoa e o seu próprio processo de mudança.

A partir desse olhar, o supervisor procurará facilitar a aprendizagem do supervisando, utilizando a forma que melhor se adequar aos fins, aos contextos e aos intervenientes no processo, o que poderá ir desde a demonstração, a reflexão, a análise de conceitos, a exploração de atitudes e sentimentos, a análise de modelos, passando pela resolução de problemas, entre outras formas (Alarcão e Tavares, 2003; Canário, 1994).

Cottrell e Smith (2000) acrescentam que, para além de sustentar a formação e a actividade profissional dos supervisandos, tendo sempre em vista a prestação de cuidados de qualidade, a função do supervisor clínico em enfermagem consiste em promover a mudança positiva, educar, monitorizar, recomendar, desafiar, pesquisar e desenvolver o espírito crítico dos supervisandos.

Para tal, defende que o supervisor clínico deve apresentar as seguintes características: perícia, experiência profunda no seu campo de especialidade, aceitabilidade por parte do grupo que supervisiona e formação em supervisão clínica.

A partir da análise da figura do supervisor, mais especificamente das características que este deve manifestar por forma a contribuir para o sucesso do

processo supervisoivo, Mosher e Purpel (1972) identificaram as seguintes características: sensibilidade para se aperceber dos problemas e das suas causas, capacidade para analisar e conceptualizar os problemas, capacidade de comunicar eficazmente, a fim de perceber as opiniões e os sentimentos dos supervisandos e exprimir as suas próprias opiniões e sentimentos, conhecimentos teóricos e competências práticas na sua área de especialidade, capacidade de relacionamento interpessoal e responsabilidade social assente em noções bem claras sobre os fins da sua actividade profissional.

Alarcão e Tavares (2003) reconhecem ainda características menos gerais: a capacidade de prestar atenção e o saber escutar, de compreender, de manifestar uma atitude de resposta adequada, de integrar as perspectivas dos formandos, de procurar a clarificação de sentidos e a construção de uma linguagem comum, de comunicar verbal e não verbalmente, de parafrasear e interpretar, de cooperar, de interrogar.

De um modo geral, verifica-se que os autores citados consideram as competências interpessoais como fundamentais para o sucesso do processo supervisoivo.

Em Portugal, o desenvolvimento da SCE foi fortemente impulsionado pelo movimento da educação permanente, na década de 70, pelos estudos em torno da qualidade dos cuidados de enfermagem e pelos processos de certificação da qualidade, três factos que marcaram historicamente o desenvolvimento da profissão.

De facto, as instituições de saúde reconhecem que a SCE é a chave para a qualidade dos cuidados de enfermagem, a protecção e segurança dos utentes e o aumento da satisfação profissional, na medida em que confere suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais.

Contudo, admite-se uma dificuldade ao nível da definição de uma metodologia de implementação de sistemas de supervisão clínica. Cutcliffe e Proctor (1998) consideram que nem sempre a estrutura e a cultura dos serviços nacionais de saúde facilitam a sua implementação.

Neste sentido, é impreterível analisar o comprometimento dos gestores a este nível, sobretudo se pensarmos que a SCE contribui não só para apoiar o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, mas também o desenvolvimento da organização e, em primeiro lugar, os utentes (Abreu, 2007).

Em jeito de síntese e procurando os aspectos transversais às definições apresentadas, é importante reter que:

- A supervisão é um processo;
- Pressupõe dois ou mais intervenientes;
- O objectivo principal é contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional

dos intervenientes, através da criação de espaços recursivos de observação, reflexão, debate e recomposição teórico-conceptual, pelo que o supervisor procurará não adoptar uma atitude meramente transmissiva;

- O supervisor coloca a sua atenção no profissional ou futuro profissional;
- A aprendizagem é entendida como um percurso, pelo que o supervisor deve atender às preocupações éticas, inteligência adaptativa, susceptibilidade de valores e atitudes;
- A aprendizagem é um processo contínuo, ancorado na experiência, cabendo ao supervisor mediar a resolução de problemas;
- As instituições de saúde devem orientar a sua organização no sentido da qualidade da assistência e da segurança dos utentes.

2.2. Modelos de supervisão das práticas clínicas

Em resposta às diferentes necessidades dos enfermeiros nos diferentes contextos de trabalho, constatou-se o desenvolvimento de um vasto número de modelos apontados no sentido de explicar a supervisão das práticas clínicas.

Segundo Cottrell e Smith (2005), um modelo, enquanto mapa e estrutura de caminhos a percorrer, dirige-se a finalidades e alvos de supervisão, o tipo de relação interpessoal a ser adoptada, o *feedback* e a continuação da sua sustentação.

No âmbito da SCE, o modelo tem de procurar satisfazer as necessidades decorrentes da relação interpessoal, promover *feedback* e suporte contínuo, bem como garantir técnicas que permitam a avaliação do processo e, conseqüentemente, a sua reformulação periódica decorrente dos contextos sistémicos (Bond e Holland, 1998).

Faugier e Butterworth (1993, cit. por Lyth, 2000) sugerem que os modelos podem ser divididos em três tipos: aqueles cujo foco de atenção é a relação supervisaiva, os que descrevem as funções do supervisor e os que se detêm no processo de supervisão.

Da literatura consultada, extraímos o contributo de vários autores (Fowler, 1995; Sloan, 1999; Lyth, 2000; Abreu, 2002).

Proctor (1991) desenvolveu um dos modelos mais referenciados na literatura especializada. Considera que a SCE assenta em três elementos-chave: *norma* (controlo organizacional e da qualidade), *formação* (educação e desenvolvimento) e *restauração* (suporte). Este modelo foi definido a partir das bases da psicoterapia.

Baseando-se neste modelo, Nicklin (1997) desenvolveu um modelo de supervisão

centrado na prática, o qual está direccionado para as vertentes *directiva*, *educativa* e *de suporte*. Segundo o autor, o processo de supervisão compreende seis fases (cf. 3.2. Fases do processo de supervisão);

Um outro modelo referido com alguma frequência é o de Hawkins e Shohet (1989). Centra-se na relação supervisor-supervisando, na definição dos papéis de ambos e nas estratégias de redução da ansiedade.

Com base num estudo de investigação, Johns (1993) desenvolveu um modelo reflexivo de supervisão profissional.

Rogers e Topping-Morris (1997) descreveram um modelo de supervisão orientado para o problema, o qual foi desenvolvido numa unidade psiquiátrica forense. Segundo este modelo, supervisor e supervisando identificam problemas clínicos e, posteriormente, utilizam as estratégias de resolução de problemas no sentido de obter uma solução, a qual se define estruturada, focada, lógica e mensurável. O supervisor procura, deste modo, encorajar e facilitar a auto-actualização do supervisando.

Cutcliffe e Epling (1997) sugeriram um modelo de supervisão que envolve o uso de técnicas de confrontação.

Fowler (1995: 475) acrescenta o contributo de Ashton e Richardson (1992), os quais estabeleceram a diferença entre *mentor* e *preceptor* em termos de intimidade e duração da relação supervisiva, assim como o de Brasler (1993).

De referir ainda, o contributo de Heron (1989). Este considera seis categorias de intervenção: prescritiva, informativa, confrontativa, catártica, catalítica e de suporte. As três primeiras caracterizam-se pela manutenção de algum grau de controlo na relação estabelecida por parte do supervisor (intervenções autoritárias), enquanto que as segundas atribuem o locus de controlo ao supervisando (intervenções de facilitação). O autor considera que nenhum destes tipos de intervenção tem vantagem sobre o outro, pois tudo depende da natureza do papel do supervisando, das suas necessidades particulares e/ou do foco de intervenção do supervisor.

Brocklehurst (1999, cit. por Abreu, 2002) salienta um conjunto de ideias comuns, identificadas no conjunto de modelos de SCE apresentados:

- A relação de supervisão assume uma extrema importância no processo;
- A SCE tem um conjunto de objectivos que se articulam no decurso da prática clínica: segurança das práticas, desenvolvimento de competências, suporte e encorajamento dos desenvolvimentos pessoal e profissional;
- O processo de supervisão implica estruturas e procedimentos;
- O sucesso do processo de SCE depende da qualidade da relação entre

supervisor e supervisando.

A diversidade de modelos de supervisão clínica em enfermagem reflecte o estado desenvolvimental da actividade como um todo, dentro da variedade e complexidade que caracterizam a prática de enfermagem.

Citando Pires (2004: 58), *nenhum modelo é melhor do que o outro*. O modelo tem, como propósito, fornecer referências objectivas para a tomada de decisão em contexto. Assim, cada modelo só pode ser considerado o mais adequado, mediante determinado contexto organizacional e profissional.

Embora situados no campo da supervisão de professores, importa ainda referir o contributo de Alarcão e Tavares (2003). Estes apresentam-nos nove *cenários* de supervisão, resultantes da análise de várias tentativas de resposta à questão *Como fazer supervisão?* e respectivo agrupamento segundo as facetas mais significativas da *praxis* da supervisão, por necessidade de sistematização: imitação artesanal, aprendizagem pela descoberta guiada, behaviorista, clínico, psicopedagógico, pessoalista, reflexivo, ecológico e dialógico. Frequentemente, estes cenários coexistem, pelo que não devem ser entendidos como compartimentos estanques, que se excluem mutuamente.

A identificação destes cenários evidencia diferentes concepções relativas à relação teoria-prática, formação e investigação, noção de conhecimento como construção pessoal de saberes, papéis dos intervenientes no processo de supervisão, assunção da escola como centro de formação.

No seguimento da reflexão de Alarcão e Tavares, Sá-Chaves (2002) acrescenta um cenário, o qual designou *integrador* e a partir dele desenvolveu o conceito de *supervisão não standard*. Considera o supervisor como uma pessoa adulta em presença de um outro adulto, que tem como missão fundamental facilitar o desenvolvimento e a aprendizagem do outro, não devendo fazê-lo como se se tratasse de um aluno do ensino básico ou secundário. O supervisor está atento às experiências passadas, aos sentimentos, percepções e capacidades de auto-reflexão. Procurará não dar receitas, mas criar junto do supervisando, com o supervisando e no supervisando um espírito de investigação-acção, num ambiente emocional positivo, humano e facilitador do desenvolvimento pessoal e profissional de ambos.

2.3. Supervisão das práticas clínicas: uma abordagem ecológica

As instituições de saúde exigem dos profissionais competência, responsabilidade, trabalho em equipa e desenvolvimento colaborativo de saberes. Contudo, os profissionais necessitam de um contexto adequado, que lhes permita interagir com os utentes, profissionais de saúde e todos aqueles que interferem na actividade profissional, e lhes possibilite dar resposta aos apelos contextuais, sociais, e até mesmo psicológicos e físico-biológicos.

Neste sentido, a experiência contextual constitui um novo potencial de desenvolvimento, pelo que se aceita uma perspectiva holística, ecológica. Esta perspectiva ecológica de construção e desenvolvimento humano inspira-se em Bronfenbrenner (Portugal, 1992), cujos estudos constituíram um marco teórico e metodológico.

Na perspectiva de Bronfenbrenner, os contextos adquirem uma importância capital, pelo seu carácter dinâmico, mutável e em constante desenvolvimento, no seu interior e na interface com diferentes contextos, mais ou menos vastos, mais ou menos próximos.

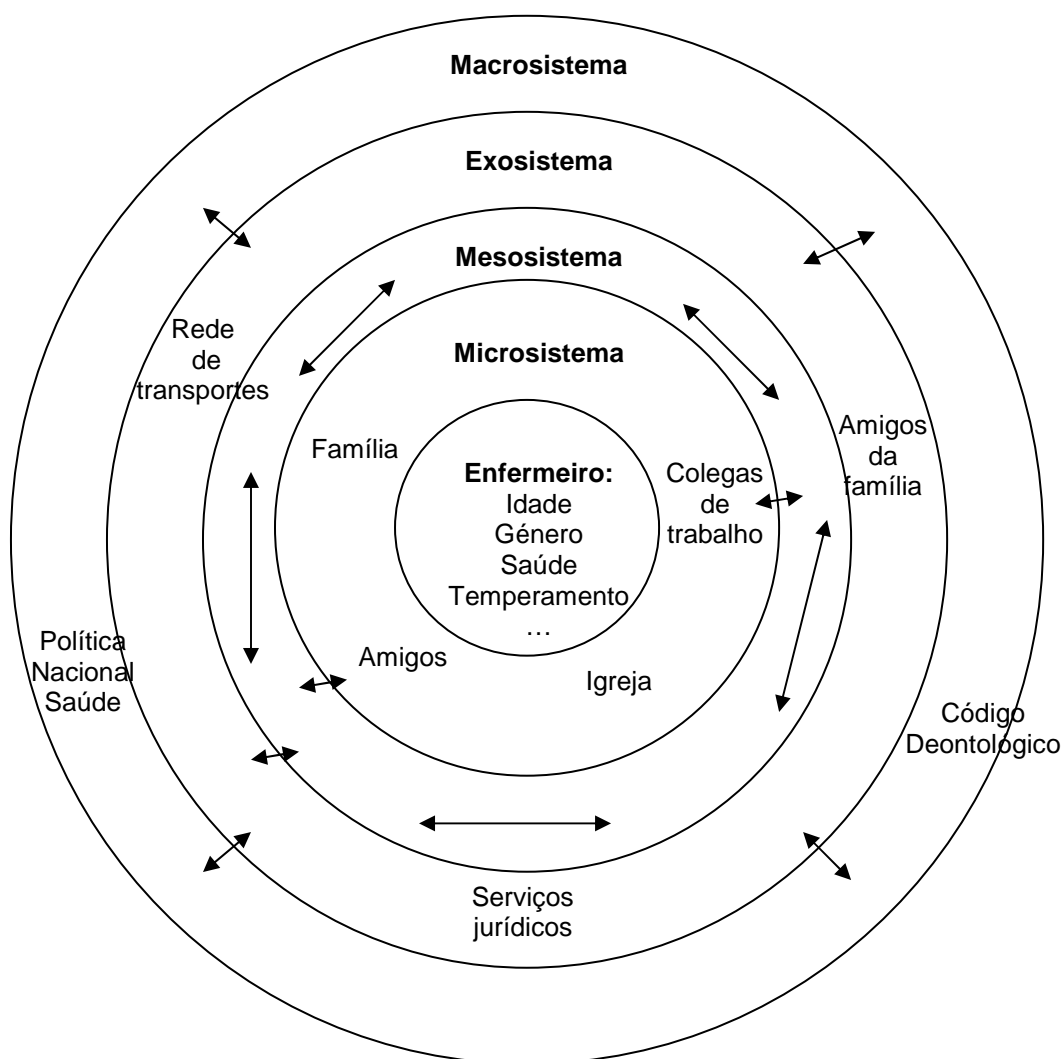


Figura 3 – Modelo ecológico de Bronfenbrenner (adaptado de Portugal, 1992)

De acordo com a figura, o autor distingue entre um contexto mais imediato, que solicita ao indivíduo uma implicação pessoal e a ocorrência de relações interpessoais, a que chama microsistema, e contextos menos imediatos, os quais designa mesosistema, exosistema e macrosistema. Mesosistema é a designação atribuída às inter-relações entre os microsistemas. O exosistema diz respeito aos ambientes que, sem implicarem a participação activa do sujeito, o afectam ou por ele são afectados. O macrosistema é composto pelos valores, crenças e cultura vigentes.

Além das características ambientais, Bronfenbrenner enaltece o potencial humano para agir construtivamente relativamente a esse meio, eliminando a ideia de que o sujeito é apenas moldado por acção do meio.

A partir deste conceito de desenvolvimento humano, Alarcão (2005: 377) propôs a

seguinte noção de desenvolvimento profissional:

O desenvolvimento humano resulta da interacção mútua e progressiva entre uma pessoa, activa, em constante crescimento e os contextos em que actua, estes também sempre em transformação. Este processo interactivo é influenciado pelas relações entre os contextos imediatos e os contextos mais vastos em que estes se inserem. É, pois, altamente ecológico.

À luz deste pensamento, é possível considerar que os profissionais de saúde seriam diferentes se se desenvolvessem noutra meio ou se os meios físicos e sociais que fundamentam o seu desenvolvimento surgissem noutros momentos do seu percurso profissional, desde que tais estímulos fossem percebidos como significativos pelo profissional.

Assim, a mudança de contexto pode não ser suficiente para mudar o comportamento do sujeito. O processo de mudança inicia-se pelo confronto com a situação nova e, consecutivamente, reestruturação do conhecimento preexistente. Contudo, é importante atender à motivação, pois a experiência humana não se restringe à assimilação de conhecimentos, abrange também aprendizagens afectivas e sociais (Abreu, 2007).

Sempre que o enfermeiro participa num novo contexto e nele assume novos papéis, desempenha novas actividades e entra em contacto com outras pessoas. Estas situações possibilitam transições ecológicas (Bronfenbrenner, 2002).

As relações interpessoais adquirem uma grande importância neste contexto. Verificam-se sempre que alguém, num determinado contexto, presta atenção a outra pessoa ou participa nas actividades que ela desempenha, constituindo-se uma *díade*. Caracterizam-se, pois, por reciprocidade, equilíbrio de poder e relação afectiva.

A díade pode designar-se:

- *Observacional*, sempre que um sujeito presta atenção à actividade de outro que, por seu lado, reconhece o interesse demonstrado pelo primeiro;
- *De actividade conjunta*, quando os dois sujeitos reconhecem que desenvolvem uma actividade em conjunto;
- *Primária*, continua a existir mesmo quando os membros não se encontram juntos, mas mantêm influência, pois caracteriza-se por uma forte relação afectiva, caracterizada pela positividade, confiança, segurança emocional e reconhecimento (Sá-Chaves, 2000a).

Esta perspectiva admite ainda a possibilidade de terceiros influírem na interacção

diádica.

Naturalmente, o gradual desenvolvimento e conseqüente autonomia do supervisando, na fase final, favorecem a passagem de uma díade observacional para uma relação em díade conjunta. Verifica-se, portanto, uma progressiva transferência de poder e responsabilidade, mas mantendo sempre a relação afectiva.

A filosofia subjacente a esta abordagem aponta para a interacção dos formandos com a acção profissional contextualizada, sob a orientação de profissionais que os ajudam a desenvolver conhecimentos, técnicas e atitudes. O formando, a partir das oportunidades, recursos e encorajamento concedidos, mobiliza os conhecimentos adquiridos e emergentes, relevantes para a compreensão do mundo real na sua dimensão ecológica, numa perspectiva de construção do seu profissionalismo e da sua identidade profissional.

Por isso, as aprendizagens em contexto clínico *envolvem uma complexidade de atitudes e comportamentos só passíveis de aprender e interiorizar em situações reais de trabalho; a prática é fundamental para uma aprendizagem profissionalizante, onde componentes cognitivas, psicomotoras, afectivas e relacionais têm grande peso* (Carvalho, 2003: 26).

Neste enquadramento, o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro é um processo dinâmico, inacabado, dependente do indivíduo e dos recursos do meio, construtor do saber e da personalidade.

Pede-se ao enfermeiro que não seja mero executor técnico, mas verdadeiro cuidador, reconhecendo que a instituição de saúde não é um sistema fechado em si, mas situada num emaranhado de tensões e aspirações e influenciada por outros sistemas (Sá-Chaves *et al*, 2006).

Numa segunda fase da sua obra, fruto da sua própria investigação e das críticas suscitadas, Bronfenbrenner enaltece ainda o papel mediador das características da pessoa em desenvolvimento. Considera que a pessoa não é um mero receptor dos estímulos do meio, pois este também se transforma no decurso da interacção, e evidencia as características biopsicológicas da pessoa em desenvolvimento – modelo bioecológico (Abreu, 2007).

Estabelecendo uma analogia entre este modelo e a aprendizagem e desenvolvimento profissional em contexto clínico, pode considerar-se que o sucesso do processo ensino-aprendizagem e a relação supervisiva podem ser afectados pela integridade psicológica e emocional do formando.

Por último, Bronfenbrenner e Morris (1998) integram, neste modelo bioecológico,

o factor tempo. Para os autores, as mudanças, eventos ou vivências que acontecem no ciclo de vida também influenciam, de forma mais ou menos consciente, um conjunto de representações, atitudes ou comportamentos posteriores.

Em suma, o modelo explanado contempla quatro núcleos inter-relacionados no processo de desenvolvimento humano: *pessoa, processo, contexto e tempo* (Bronfenbrenner e Morris, 1998).

Contextos clínicos de qualidade, aliados a processos de acompanhamento consistentes, fomentam aprendizagens potencialmente significativas. Para tal, é impreterível que o supervisor se responsabilize pela organização lógica e sequencial das situações formativas, tendo como ponto de partida a estrutura cognitiva específica do supervisando, bem como oriente a reflexão e avaliação. Neste sentido, o supervisando sentir-se-à implicado no processo de mudança e apto a relacionar teoria e prática clínica, cognitiva, psicomotora e afectivamente, além de que manifestará um sentimento de segurança e autonomia, essenciais ao desenvolvimento profissional.

3. RELAÇÃO SUPERVISIVA

A aprendizagem, a formação e o desenvolvimento têm de ser percebidos como actos de auto-implicação, isto é, *ninguém poderá fazer na vez de ninguém (...), mas também dificilmente alguém o poderá fazer sozinho* (Sá-Chaves, 2000a: 130).

Percebe-se, pois, que é muito importante que supervisores e supervisandos estejam aptos a trabalhar em conjunto, construtivamente. Cada um transporta para a relação supervisiva as suas expectativas relativamente ao decurso do processo, as quais podem resultar da anterior experiência dos actores na área da supervisão, de outras experiências, formais ou informais, ou ainda do conhecimento adquirido na literatura em relação ao conceito de supervisão. Além disso, os seus papéis e responsabilidades externos à supervisão também podem influenciar a relação supervisiva, pelo que ambos devem prestar atenção ao modo como tal acontece.

3.1. Conceito e importância da relação supervisiva

A relação é um elemento dinâmico na supervisão. O processo de supervisão – entenda-se processo como uma série sistemática de acções realizadas com determinado fim - é estabelecido com base na relação. Assim, tal como afirma Miller (1976 cit. por Holloway, 1995: 41), compreender a relação é compreender o processo:

“(...) a symbiotic relationship between communication and relational development. Communication influences relational development, and in turn (or simultaneously), relational development influences the nature of the communication between parties to the relationship.”

Efectivamente, para que o processo de supervisão se desenrole nas melhores condições é fulcral proporcionar, desde os primeiros encontros, uma atmosfera afectivo-relacional e cultural *positiva, de entreajuda, recíproca, aberta, espontânea, autêntica, cordial, empática, colaborativa e solidária* entre o supervisor e o supervisando (Alarcão e Tavares, 2003: 61). Deste modo, potencializar-se-à os conhecimentos, a imaginação, a afectividade, as técnicas e as estratégias de que cada um é capaz, a fim de que os problemas que surjam no processo de ensino-aprendizagem dos alunos e nas próprias actividades de supervisão sejam devidamente identificados, analisados e resolvidos.

Neste sentido, Tavares (1987, cit. por Pires, 2004: 44) enfatiza as *“características, comportamentos e atitudes de entre-ajuda entre colegas num processo em que se*

procuram atingir os mesmos objectivos, ainda que em planos diferentes: o seu desenvolvimento humano e profissional como um factor importante de competência para poder intervir de um modo mais eficiente” na formação.

O estudo do processo de supervisão, mais especificamente desta vertente psico-social, foi frequentemente baseado no modelo apresentado por Carl Rogers. Este modelo tem como principal objectivo terapêutico ajudar o indivíduo a tornar-se pessoa e assenta em três atitudes essenciais: *realismo*, *aceitação* e *empatia* (Alarcão e Tavares, 2003).

Dussault (1970) desenvolveu uma teoria de supervisão, baseada no modelo rogeriano, na qual defende que as três atitudes supracitadas são indispensáveis, no sentido de permitir o estabelecimento de uma relação positiva, congruente, responsável e comprometida entre o supervisor e o supervisando. Pressupõe maturidade humana, que se traduz num bom conhecimento de si mesmo e dos seus interlocutores, abertura de espírito, compreensão e sensibilidade.

O modelo ecológico apresentado por Bronfenbrenner (2002) enfatiza a actividade conjunta do supervisando e do supervisor, numa relação diádica, a qual progressivamente se torna mais sólida e duradoura a nível emocional.

Consequentemente, a aprendizagem e o desenvolvimento profissional são facilitados, na medida em que o supervisor será capaz de confirmar saberes, orientar o desenvolvimento do supervisando e favorecer a consciencialização de si, dos outros e do contexto (Abreu, 2007).

Gazda (1983) procurou levar, para o processo de ensino-aprendizagem, a relação terapêutica rogeriana, contudo aproveitou as tentativas que já haviam sido efectuadas por outros autores, nomeadamente Carkhuff (1969), Berenson e Carkhuff (1967) Berenson e Mitchell (1974), Truax e Carkhuff (1967), no sentido da sua maior operacionalização. Este modelo assenta igualmente na relação clínica, que tem início com uma fase de facilitação (predominam sentimentos de empatia, respeito e calor humano), passa depois a uma fase de transição (impõem-se realismo, autenticidade, abertura de si mesmo e disponibilidade) e termina numa fase de execução, através da acção frontal e interpelativa.

O processo de aprendizagem deve, pois, favorecer a aproximação do supervisando ao mundo social que o rodeia, através da compreensão das complexas inter-relações e apreciação dos valores e atitudes. Este processo envolve a participação activa dos intervenientes, para a aquisição de competências cognitivas e sociais, e tem, como finalidade, formar indivíduos com uma visão mais global do social e do mundo.

O supervisor assume neste processo um papel fulcral, podendo ser-lhe solicitado

o desempenho de funções como professor, guia, consultor, motivador, patrocinador, treinador, conselheiro, modelo de referência, facilitador da socialização profissional e facilitador de oportunidades profissionais.

Com base na ênfase que o supervisor atribui a cada uma das suas intervenções, Glickman apresenta três estilos de supervisão:

- Não directivo, no qual o supervisor escuta o supervisando e espera que seja este a tomar as iniciativas;
- De colaboração, caracterizado pela constante apresentação de sínteses das sugestões e dos problemas apresentados e pela ajuda na resolução destes;
- Directivo: o supervisor dá orientações, estabelece critérios e condiciona as actividades do supervisando.

| Comportamentos Estilos de supervisão | Comportamentos | | | | | | | | | | |
|---|-----------------|------------|-----------|-------------------|-------------|-----------------------------|----------|----------|-----------------------|-------------|--|
| | Prestar atenção | Clarificar | Encorajar | Servir de espelho | Dar opinião | Ajudar a encontrar soluções | Negociar | Orientar | Estabelecer critérios | Condicionar | |
| Não directivo | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | |
| De colaboração | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | |
| Directivo | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | |

Figura 4 - Estilos de supervisão, segundo Glickman (1985, cit. por Alarcão e Tavares, 2003)

Para o desempenho de um número tão variado de papéis, o supervisor terá de possuir um determinado número de características, que lhe permitam desempenhar eficaz e eficientemente o papel de supervisor.

A nível profissional, a sua larga experiência prática, a competência e o facto de ser respeitado pelos seus pares constituem aspectos de extrema importância. Deve ser um profissional com um plano coerente de formação contínua ao longo da sua carreira, que se interesse pelas inovações que vão surgindo na área da enfermagem e dos ramos da saúde com os quais interage. A reflexão deve ainda constar das suas práticas diárias, tentando aprender com a sua experiência profissional.

Características como a sociabilidade, o preocupar-se com os outros, possuir uma mente aberta a ideias novas, o saber escutar e prestar atenção, são características pessoais fundamentais que devem estar presentes em todos os supervisores. Isso mesmo é referenciado por Alarcão e Tavares (2003), acerca de um estudo que colocava

em destaque as diferenças entre o supervisor real e o ideal, em que os supervisores ideais eram definidos como indivíduos abertos, de contactos fáceis, humanos e flexíveis, com os quais seria agradável trabalhar, cheios de recursos que colocariam à disposição dos profissionais e capazes de atribuir a estes um papel muito activo na resolução dos problemas que, em conjunto, se propõem resolver.

Sintetizando, “a supervisão e a atitude supervisiva pressupõem um atento olhar que contemple e atente ao perto e ao longe, ao dito e ao não dito, ao passado e às hipóteses de futuro, aos factos e às suas interpretações possíveis, aos sentidos sociais e culturais, à manifestação do desejo e à possibilidade/impossibilidade da sua concretização, ao ser e à circunstância, à pessoa e ao seu próprio devir” (Sá-Chaves, 1999: 15), pelo que as relações interpessoais se apresentam como “forças importantes no processo de desenvolvimento” (Alarcão e Sá-Chaves, 2000: 150).

3.2. Fases do processo de supervisão

Alarcão e Tavares (2003: 80) definem a supervisão como uma *acção multifacetada, faseada, contínua e cíclica*, capaz de contribuir para desenvolver no profissional o conhecimento, quadro de valores e atitudes, assim como as capacidades e as competências, que lhe permitam enfrentar com progressivo sucesso as condições únicas de cada acto.

De acordo com Nicklin (1997), citado por Sloan (1999: 528), o processo de supervisão clínica desenrola-se segundo um ciclo, o qual compreende seis fases:

- 1) *Análise prática do objectivo*, isto é, apreciação de situações-problema (por exemplo, competências clínicas, dimensão relacional);
- 2) *Identificação do problema* – clarificação das áreas dos problemas identificados;
- 3) *Contextualização*, através da definição dos objectivos de intervenção que salvaguardem expectativas, obrigações e aspirações da instituição, utentes e do próprio profissional;
- 4) *Planeamento* de uma intervenção adequada à situação-problema identificada;
- 5) *Implementação* das acções planeadas;
- 6) *Avaliação* dos resultados e do processo de supervisão.

Abreu (2002: 55) considera que o modelo supracitado, *para além de possuir um enquadramento conceptual consistente, está profundamente direccionado para a prática clínica na globalidade e não apenas para dimensões emocionais.*

Goldhammer *et al* (1980, cit. por Alarcão e Tavares, 2003: 26) consideram que o ciclo de supervisão se desenvolve em cinco fases:

1) *Encontro pré-observação.* Tem lugar antes da actividade formativa e preconiza, essencialmente dois objectivos: orientar o supervisando na análise e tentativa de resolução de problemas ou inquietações que se lhe deparam e decidir que aspecto(s) vai(vão) constituir o alvo da atenção do supervisor. Nesta fase, verifica-se uma necessidade premente de definir o conceito de supervisão, os papéis e objectivos de cada um dos actores intervenientes no processo, no sentido de que seja possível estabelecer uma *comunicação natural*;

2) *Observação propriamente dita*, isto é, conjunto de actividades desenvolvidas pelo supervisor, de forma a obter dados e informações sobre o processo de formação;

3) *Análise dos dados* resultantes da observação. Os dados obtidos necessitam de ser ordenados e analisados, de acordo com a natureza, tipo e objectivo da observação;

4) *Encontro pós-observação.* Estabelecendo uma analogia com a primeira fase, é importante manter uma comunicação isenta de ambiguidades e não esquecer que o supervisando ocupa um papel activo. A finalidade é, contudo diferente. O supervisando deverá reflectir sobre a sua prática, de modo a alterar, se necessário, qualquer aspecto que não esteja em consonância com as suas funções. O supervisor desempenhará um importante papel na orientação desse processo de reflexão. Para isso, recorrerá à análise e interpretação dos dados, bem como às dúvidas suscitadas a necessitar de esclarecimento por parte do supervisando, às hipóteses colocadas e às estratégias de supervisão que melhor se adequem à sua função de *agente de desenvolvimento e aprendizagem.*

5) A análise e avaliação periódicas do próprio processo realizado e dos efeitos obtidos poderão mostrar-se convenientes. Apresentam, assim, uma quinta fase – *balanço ou avaliação do próprio processo.*

Cogan (1973) propõe oito fases. No entender de Alarcão e Tavares (2003), as três fases adicionais que este autor apresenta não passam de subdivisões das fases principais apresentadas por Goldhammer. Assim, afirmam que o *estabelecimento da relação entre o supervisor e o supervisando* (fase 1), a *planificação da aula* (fase 2) e a

planificação da estratégia de observação (fase 3) são três momentos do encontro pré-observação. Do mesmo modo, a terceira fase em Goldhammer *et al* é subdividida por Cogan em duas fases distintas (fase 5 – *análise de dados*, fase 6 – *planificação da estratégia da discussão*). As fases 7 e 8 apresentadas por Cogan são equivalentes à quarta e quinta fases em Goldhammer *et al*.

Um último ciclo de supervisão a considerar está enquadrado no modelo de supervisão apresentado por Stones (1984, cit. por Alarcão e Tavares, 2003). Este modelo preconiza que a supervisão vem após o conhecimento e a observação e assenta numa relação dialéctica entre a teoria e a prática. Aqui, o ciclo de supervisão consiste em três etapas:

- 1) Preparação da actividade formativa,
- 2) Discussão da mesma;
- 3) Avaliação do ciclo de supervisão.

As duas primeiras etapas subdividem-se em duas, uma de planificação e outra de interacção.

Confrontando os ciclos referidos, ressalva-se que, embora o número de fases apresentado seja diferente, o processo de supervisão implica uma atitude pedagógico-relacional, com vista à construção profissional. Além disso, subjacente a todas as fases, é essencial manter um diálogo interpretativo e construtivo, na perspectiva de uma supervisão clínica reflexiva.

Fica patente que a supervisão se desenvolve em torno de situações reais, considerando indivíduos em interacção e dinâmicas de colaboração. Assim defende Schön, quando propõe uma epistemologia da prática, referenciada nas competências subjacentes às práticas dos bons profissionais, em detrimento do actual paradigma da educação profissionalizante (Alarcão, 1996).

3.3. Utilização dos Sistemas de Informação em Enfermagem: centralidade das práticas supervisivas

As práticas de formação e teorias sobre a aprendizagem evidenciam que ninguém pode substituir o formando no processo de aprendizagem, daí o seu papel enquanto *actor principal* (Alarcão, 2005: 380).

Na sua formação, compete-lhe efectuar uma leitura compreensiva da realidade, o que implica duas capacidades: capacidade de observar e capacidade de reflectir.

Compete-lhe ainda inserir-se, progressivamente, nas actividades e desenvolver competências, o que envolve aprender rotinas e técnicas, desenvolver capacidades de comunicação e construir atitudes deontológicas. O seu processo de desenvolvimento atinge o auge, quando é capaz de avaliar as suas capacidades e competências, identificar os aspectos fortes e fracos, analisar as suas possibilidades, desenvolver auto-conhecimento e auto-regulação.

Neste sentido, cabe ao supervisor facilitar e incentivar o papel do supervisando. Hagler (1991, cit. por Garrido, 2004) refere que o supervisor deve promover a mudança positiva, educar, monitorizar, recomendar, desafiar, sustentar e pesquisar. Para tal, considera que o supervisor deve adoptar como características fundamentais, na relação supervisiva: a empatia, ser positivo e paciente, entre outros aspectos igualmente importantes. Pires (2004: 41), aludindo aos pensamentos de Lee Shulman e Frema Elbaz, acrescenta a importância do supervisor conhecer:

- Objectivos, fins e valores supervisivos;
- O supervisando e suas características, admitindo, deste modo, a sua individualidade;
- A si próprio, considerando-se como uma das variáveis mais decisivas e determinantes no processo supervisivo;
- Os contextos que o envolvem, nomeadamente aspectos organizativos e culturais.

Nesta perspectiva, a tendência à informatização não deve ser negligenciada e sim estudada e entendida pelos profissionais, que actuam na prática clínica, e pelos formadores, que actuarão na formação das novas gerações de profissionais. A intervenção do supervisor constituirá um factor estratégico e determinante no desenvolvimento organizacional e operacional, ao promover um acompanhamento efectivo dos avanços da tecnologia, em prol do cliente (Silva, 2003).

O que acaba de ser dito, remete para uma perspectiva em que o desenvolvimento da pessoa do supervisando se processa em interacção com outras pessoas, entre as quais se destaca as que têm a seu cargo orientá-lo na sua aprendizagem, em contextos da prática clínica (supervisores).

De acordo com Santos (2005), o sucesso ao nível da utilização dos SI implica a utilização de modelos conceptuais (*conhecimento explícito*) e o reconhecimento das necessidades da prática (*conhecimento tácito*).

A implementação de um sistema de informação em enfermagem deve ser entendido como um processo complexo, que envolve estudos técnicos, organizacionais,

comportamentais e ambientais. A integração do sistema com a prática e o processo de enfermagem tem implicações ao nível da educação, mudanças de atitude, cultura organizacional, padronização da linguagem e prática sistematizada. Portanto, o sistema de informação em enfermagem não é um *software* ou um *hardware*; ele envolve pessoas, estruturas organizacionais e processos que permitem a colheita de dados, o seu processamento e o uso racional da informação.

4. O RECURSO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Em pleno século XXI, os SI tornaram-se parte integrante das actividades dos profissionais de saúde. Na enfermagem, a informática veio contribuir para a minimização do fosso existente entre a enfermagem enquanto arte e a enfermagem enquanto ciência.

Ao permitir que os enfermeiros e restantes profissionais de saúde disponham de informação de qualidade, pertinente, fidedigna, no momento certo, os SIE estão a contribuir para a minimização dos erros e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Simultaneamente, as instituições de saúde dispõem de um recurso essencial que permite a avaliação sistemática dos cuidados prestados, recursos utilizados e parâmetros de qualidade em todas as fases do processo, pelo que os processos de decisão estratégica se baseiam em indicadores de gestão resultantes da informação proveniente dos SI, na normalização de processos e no recurso efectivo ao conhecimento e evidência científica.

Para Sousa (2005), a gestão da informação deve assentar num SI desenvolvido à medida das necessidades da organização, capaz de articular os subsistemas que a constituem e os sistemas envolventes.

Assim se compreende a quantidade de classificações e aplicativos informáticos desenvolvidos até ao momento. Em função do contexto, do local e do momento temporal, as funções de processamento de dados têm sido modeladas, a fim de disponibilizarem a informação aos diferentes utilizadores e permitirem o alcance dos objectivos da organização.

Nesta parte, vamos procurar discutir os factores que influenciaram o crescimento da tecnologia e os principais esforços desenvolvidos em torno do movimento da informática em enfermagem. Pressupõe-se, portanto, uma visão sobre os SIE, enquanto factor decisivo para a administração, gestão, investigação, educação e iniciativas ao nível das instituições prestadoras de cuidados de saúde.

4.1. Um olhar sobre a pesquisa produzida

As instituições, no contexto do desenvolvimento tecnológico, não podem prescindir do uso da informática, dados os benefícios que daí se reconhecem, nomeadamente ao evitar a duplicação de registos e facilitando o acesso imediato à informação, sempre que necessária para melhorar o processo de tomada de decisão.

Esta necessidade havia já sido identificada por Florence Nightingale, em 1857, a qual sugeriu a criação de um departamento de estatística no exército. Florence compilava e processava dados para completar os seus relatórios e justificar assim a necessidade de reformas específicas (Saba, 2001).

Contudo, apenas cerca de cem anos mais tarde, os conhecimentos informáticos foram introduzidos na área da saúde e, desde 1950, tornou-se parte integrante da enfermagem. Mas, mesmo assim, a utilização das tecnologias nos cuidados de saúde foi um processo lento.

Igualmente Saba (2001) refere que o grande movimento impulsionador da informática em enfermagem teve início nos anos 70, em diferentes países, em diferentes contextos da prática clínica e em diferentes áreas da investigação em enfermagem. Contudo, em 1960, já se evidenciava o envolvimento da enfermagem nos meandros da informática, com o desenvolvimento de um simulador do exercício da enfermagem obstétrica, tendo em vista o ensino desta área do conhecimento em enfermagem.

Desde então, a informática em enfermagem, enquanto uso da tecnologia computadorizada, bem como processo de transformação dos dados em informação, foi introduzida na prática, gestão, ensino e investigação em enfermagem.

Para tal, contribuíram vários esforços desenvolvidos internacionalmente. De salientar, a iniciativa do ICN para desenvolver uma linguagem comum em enfermagem, aprovada num Congresso em Seoul, Coreia do Sul, em 1989, da qual resultou a CIPE®. Nesta sequência, o Danish Institute for Health and Nursing Research desenvolveu o projecto Telenurse, projecto este que foi consolidado pela União Europeia, com vista à implementação da CIPE® nos seus países membros.

Esta classificação resulta do trabalho de um grupo de enfermeiras que o Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE) reuniu, peritas em várias áreas, que durante quase dez anos investigaram a prática de enfermagem; resulta ainda da colaboração de consultores de enfermagem e outros técnicos, que participaram com os seus saberes e experiências, e, essencialmente, da participação, interesse e empenho de enfermeiros de diferentes países, que contribuíram para a análise e avaliação da estrutura da classificação, bem como da sua aceitação cultural.

A primeira versão da CIPE®, versão Alfa, foi apresentada em 1996. A partir de alterações, correcções e aperfeiçoamento desta primeira versão, em 1999, foi divulgada a versão beta, nas comemorações do centenário do CIE. Seguiram-se-lhes as versões beta2 e 1.0; esta última traduz alterações estruturais importantes relacionadas com uma preocupação central do ICN em construir uma nova classificação de utilização mais

simples, que facilite a articulação com as outras classificações utilizadas a nível mundial e que colmate a redundância e ambiguidade de alguns termos da versão anterior.

Em Portugal, o IGIF foi responsável pela tradução das versões Alfa e beta, no âmbito das suas responsabilidades enquanto parceiro português do Projecto Telenurse tendo dinamizado a análise e discussão do texto a nível nacional. Este trabalho foi realizado em parceria com a Associação Portuguesa de Enfermeiros, membro da CIE desde 1969. A tradução e validação da versão 1.0 estiveram a cargo da Secção Regional da Região Autónoma dos Açores da OE.

Um projecto de interesse, *Nightingale Project*, foi desenvolvido pelo Laboratório de Informática em Saúde, da Universidade de Atenas, na Grécia, o qual previa o planeamento e implementação de estratégias com vista ao treino dos enfermeiros quanto ao uso e aplicação multidisciplinar dos SI em saúde.

Em 1970, a American Nurses Association (ANA) descreveu a necessidade de conceber uma estrutura para documentar o processo de enfermagem. Em 1992, no congresso organizado pela ANA sobre a prática de enfermagem, foi aceite o *Nursing Minimum Data Set* (NMDS), apresentado pelo Dr. Harriet Werley, e aprovada a informática em enfermagem como uma nova especialidade em enfermagem (Androwich *et al*, 2003). Em 1990, o Database Steering Committee aprovou formalmente o NMDS e considerou-o como o primeiro de quatro terminologias recomendadas para a documentação dos cuidados de saúde prestados, manualmente ou em suporte electrónico (Saba, 2001).

O mesmo autor aponta o contributo da National League of Nursing, organização profissional atenta às questões que se prendem com o ensino e a acreditação das escolas de enfermagem, o qual considerou, em 1988, que a informática deveria tornar-se parte integrante do ensino da enfermagem e um requisito para a acreditação de programas educativos das escolas de enfermagem.

A *Home Health Care Classification* (HHCC), desenvolvida por Saba e outros, na Georgetown University, é também aponte, muito frequentemente, como um importante esforço neste domínio.

Decorrente destes passos importantes, mas obviamente limitado por condicionantes financeiras, organizacionais e políticas, verificam-se diferentes desenvolvimentos, de referir as diferenças ao nível europeu, apresentadas por Weber (2003).

Na Bélgica e na Suíça, o *Nursing Minimum Data Set* foi a primeira classificação usada para descrever a actividade dos enfermeiros no país. Teve início em 1988 e

manteve-se até à actualidade, pois a sua experiência indica que o NMDS é a forma mais correcta de colher a informação relativa aos cuidados prestados, pré-requisito à construção de cuidados de enfermagem relevantes e gestão de indicadores.

Na Finlândia, apenas em 2003, foi implementada a *Finnish Classification of Nursing Interventions*, baseada na HHCC e em estudos realizados sobre a estrutura da documentação em enfermagem. Nesse mesmo ano, foi concebido politicamente um largo projecto, com vista à uniformização dos SI e dos arquivos nacionais de dados e a solucionar as questões que se prendem com a segurança dos dados. Decorrente deste projecto, tinham planeado, para este ano de 2007, a concepção de um sistema de informação em suporte electrónico.

O processo de enfermagem em suporte electrónico tem vindo a ser desenvolvido, na Alemanha e na Áustria, desde 1990. Contudo, ainda não reúnem consenso quanto às classificações a utilizar.

Na Irlanda, existe uma experiência, talvez pioneira a nível europeu, e que consiste na adopção de um SIE integrado. Contudo, este está aplicado apenas no Mater Misericordiae University Hospital.

Hoje, indubitavelmente, consideramos que a informática integra o dia-a-dia dos enfermeiros e dos restantes profissionais de saúde, pois uma vasta quantidade de dados vai sendo continuamente colhida e, recorrendo à meta-análise destes, novos conhecimentos vão emergindo.

Como resultado, encontramos um vasto conjunto de SIS, pelo que passamos a enumerar os que mais frequentemente são descritos na literatura.

A nível nacional (Ministério da Saúde, s. d.), enumeramos:

a) SAM (*Sistema de Apoio ao Médico*). A maioria das opções disponíveis neste módulo estão em conformidade com os módulos existentes no SINUS, a principal diferença reside no facto da exploração/registo da informação ser feito na perspectiva do médico e em ambiente Web;

b) SINUS (*Sistema de Informação para as Unidades de Saúde*). É um sistema estrutural e integrado de informação para os Cuidados de Saúde Primários, que se baseia na filosofia de um utente com um número único de identificação no Centro de Saúde/Extensão, o qual aponta para a sua integração num processo de família, dispondo também do mecanismo de geração do número nacional do cartão do utente do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Está implementado em praticamente todas as extensões e centros de saúde do país, na vertente administrativa, abrangendo o registo de contacto dos utentes, o agendamento electrónico das consultas e o registo da vacinação;

- c) SAPE (*Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem*). É um módulo desenvolvido pelo IGIF, cujo objectivo é a informatização dos registos de enfermagem;
- d) SONHO (*Sistema Integrado de Informação Hospitalar*): assume um papel fundamental no registo de cariz basicamente administrativo de informação de gestão de doentes;
- e) ALERT (*Sistema de Informação de Urgências Hospitalares*);
- f) RHV (*Gestão de Recursos Humanos e Vencimentos*);
- g) OMEGA (*Sistema Aplicacional de Gestão Laboratorial*).

A nível internacional, Saba (1988) apresenta:

- a) NPAQ (*Nurse Productivity and Quality of Patient Care System*), ANSOS (*Automated Nurse Staffing Office System*) e JANNA PLUS, concebidos para fornecer informação útil à administração e gestão de recursos em enfermagem;
- b) O CIS (*Client Information System*) desenvolvido pelo Departamento de Saúde e Reabilitação da Flórida (é o único SI informatizado utilizado no país); STAT; MEDI-VISIT, MEDI-VISITplus, and MEDI-VISIT/TOPS; *Home Health Care Information Systems*; *Health Management Information Software*; *Management Information System for Home and Community Health Care*. Constituem SIE desenvolvidos para as unidades de cuidados de saúde pública e comunitária;
- c) COSTAR (*Computer-Stored Record System*). É utilizado nas unidades de ambulatório. Integra registos médicos e de enfermagem;
- d) TMIS (*Technicon Medical Information System*); *IBM Care Patient System*; *Burroughs Hospital Information System*; HIS (*Martin Marietta Hospital Information System*); SMS (*Shared Medical Systems*) – utilizados nas instituições hospitalares e similares;
- e) MEDLINE (MEDLARS on-LINE), HEALTH PLANNING & ADMIN (HEALTH PLANNING and ADMINistration), CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), ERIC (*Educational Resource Information Center*), NTIS (*National Technical Information Service*): sistemas de recuperação de documentos, cuja pertinência se mostra ao nível da investigação;
- f) SAS (*Statistical Analysis System*), SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) and BMDP (*BioMeDical computer Programs*): sistemas estatísticos de apoio à investigação;
- g) PLATO (*Programmed Logic for Automatic Teaching Operations*), NEMAS (*Nursing Education Module Authorfng System*), TESTAR, NURSESTAR, COMMES

(*Creighton Online Multiple Medical Education Services*): sistemas de instrução assistida pelo computador.

O desafio consiste em perceber como e o que é que pode ser melhorado, tendo em vista a maximização do potencial dos SIS, designadamente a produção automática de indicadores, a tomada de decisão em relação às políticas de saúde, a monitorização da qualidade, a formação, o financiamento e o desenvolvimento da investigação, bem como a imprescindível necessidade de reutilização de dados e a sua comparabilidade ao nível local, regional, nacional e internacional, e de uma prática cada vez mais baseada na evidência.

4.2. Problemáticas de segurança e questões éticas

A “*ética é ciência do comportamento moral dos homens em sociedade*” (Vázquez, 1997), pelo que é importante perceber que as concepções éticas são originadas e desenvolvem-se em períodos diferentes da história das sociedades, procurando responder a questões básicas das relações humanas.

O século XXI tem sido denominado como a era da informação, onde se tem testemunhado grandes avanços tecnológicos em diversas áreas. A velocidade da inovação tecnológica passa a atropelar a economia, a sociedade e a cultura, criando novas necessidades e novos padrões de comportamento. A carga de informação transmitida é cada vez maior, num espaço de tempo cada vez menor.

A concepção dos SIE em suporte electrónico constituiu um dos progressos tecnológicos mais importantes ao nível da prestação de cuidados. Contudo, o desenvolvimento e implementação de sistemas desta natureza geraram uma variedade de questões éticas. Por um lado, favoreceram a utilização e desenvolvimento de novos serviços e mecanismos de segurança, mas, por outro lado, criaram novas ameaças à segurança da informação.

Segundo o Serviço de Bioestatística e Informação Médica, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (2003), estas novas ameaças prendem-se com:

- Confidencialidade - a maior acessibilidade aos dados, o que pode constituir uma ameaça à privacidade para aqueles cujos dados estão nas bases de dados;
- Integridade – o risco de erros nos dados e no software deve ser mantido

dentro de limites aceitáveis, pelo que é de considerar a protecção contra a perda ou corrupção dos dados;

- Disponibilidade – as instituições de saúde dependem, cada vez mais, do correcto funcionamento dos seus SI, o que implica a necessidade de diminuir a probabilidade de interrupções nos serviços, associado à prevenção contra o uso não autorizado de dados.

É, pois, urgente adoptar medidas que visem a minimização dos riscos e previnam danos devidos à má utilização ou ao uso abusivo, garantindo privacidade, qualidade dos dados e do software e disponibilidade dos dados e funcionalidade dos sistemas.

O direito de acesso à informação está previsto na legislação corrente e na política institucional. A Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD), entidade administrativa independente com poderes de autoridade, que funciona junto da Assembleia da República, tem como função controlar e fiscalizar o processamento de dados pessoais, em rigoroso respeito pelos direitos do homem e pelas liberdades e garantias consagradas na Constituição e na lei. Esta Comissão é a Autoridade Nacional de Controlo de Dados Pessoais.

Em saúde, a confidencialidade é corrompida quando os dados são consultados por indivíduos que não intervêm no plano terapêutico do cliente em questão, intencional ou acidentalmente, dentro ou fora da instituição, devido a problemas de acesso não autorizado, vulnerabilidades de login/password, partilha de passwords, entre outros.

Por esta razão, todo e qualquer trabalho de investigação que pressuponha a utilização dos dados armazenados carece de autorização da instituição para a utilização dos mesmos e implica que o investigador se comprometa a respeitar os princípios éticos vigentes.

Quando, intencional ou acidentalmente, houver inconsistência nos arquivos de dados ou corrupção dos dados, a integridade é posta em causa. Esta situação pode ser causada, por exemplo, por erros no software, mau funcionamento do equipamento e erros operacionais. É fundamental prevenir a alteração ou modificação não alterada da informação confidencial, o que pressupõe documentação específica, verificações e validação periódicas.

Causas naturais (incêndios, inundações), falhas nos equipamentos ou serviços de rede, erros no manuseamento do sistema podem constituir uma ameaça à disponibilidade dos dados ou funcionalidades do sistema. Por esta razão, devem reunir-se esforços no sentido de que seja autorizado o acesso à informação confidencial apenas quando é necessário, pois apenas é importante se puder ser disponibilizada no momento em que

dela se necessita.

Nas instituições de saúde, a maior parte dos problemas de segurança são normalmente originados pelos próprios profissionais da instituição com autorização para acesso aos dados. Cabe-nos a nós, enquanto profissionais que desenvolvemos a nossa actividade profissional numa instituição de saúde, denunciar essas situações, de modo a *proteger e defender a pessoa das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum* (artigo 79.º, alínea c) do Código Deontológico do Enfermeiro).

A partir dessas denúncias, certamente poder-se-á melhor adequar as medidas que contribuem para a protecção dos dados. Tais medidas podem passar pelo controlo de acesso, criptografia, auditorias periódicas, criação de sistemas de apoio à introdução da informação, assinaturas digitais, standards e codificação, entre outros.

Face ao exposto, é importante pensar na segurança antes e durante a concepção dos SI, enquanto mais uma funcionalidade e não algo que impeça a sua utilização. É igualmente fundamental envolver os utilizadores na implementação de serviços e mecanismos de segurança, apelando à confidencialidade, integridade e disponibilidade, para melhor organização.

Não há sistemas seguros, mas há sempre possibilidade de implementar medidas que previnam, detectem ou minimizem problemas e falhas de segurança. O nosso contributo, enquanto utilizadores dos SI, é importante!

4.3. Que suporte a nível da formação dos profissionais?

Ser enfermeiro pressupõe, implicitamente, o assumir de responsabilidades na execução dos cuidados de enfermagem, qualquer que seja a área onde se prestem esses cuidados (artigo 79º, alínea d), do Código Deontológico do Enfermeiro, 1998).

Assim, o ensino de enfermagem destina-se a capacitar indivíduos (estudantes) para o desempenho das funções estabelecidas na carreira de enfermagem e a formação que lhes é ministrada deve contribuir para que adquiram conhecimentos de índole científico e técnico adequados para a prestação de cuidados de enfermagem geral, aos três níveis de actuação e dirigidos ao indivíduo, à família e à comunidade. Outras capacidades a adquirir prendem-se com a participação na gestão dos serviços de enfermagem, no ensino de estudantes (relacionado com a respectiva área de trabalho) e em trabalhos de investigação em enfermagem.

Carvalho (2003: 3) defende que “*num contexto de crise de valores, de mudanças*

aceleradas na sociedade em geral e no mundo da saúde em particular, a formação em enfermagem deve constituir um instrumento de mudança para o futuro, proporcionando capacidade de inovação e criatividade, numa dupla dimensão, humanista e técnica, dando aos estudantes capacidades de resolver os problemas da vida actual e seus desafios”.

Sendo assim, é pertinente pensar que a tónica principal de toda esta formação deverá ser alicerçada na criação de capacidades que conduzam à autonomia e capacidade de decisão do estudante e futuro profissional.

Nesta ordem de ideias, Carvalhal (2003: 7) afirma que *“o objectivo último do Curso Superior de Enfermagem é formar enfermeiros competentes. Para isso, há que desenvolver modalidades de formação e processos de ensino/aprendizagem que desenvolva nos estudantes as várias competências e saberes, para se transformarem de facto em enfermeiros competentes”.*

Assim, os planos de estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem articulam o ensino teórico e clínico e, neste caso, pode-se referir o ensino teórico como sendo a parte da formação em cuidados de enfermagem, pela qual os estudantes adquirem os conhecimentos, a compreensão, as aptidões e atitudes profissionais necessários para planear, prestar e avaliar os cuidados globais de saúde. Quanto ao ensino clínico, pode-se dizer que é a parte da formação em cuidados de enfermagem pela qual os estudantes aprendem, integrados numa equipa, em contacto directo com um indivíduo são ou doente e/ou com uma comunidade, a planear, prestar e avaliar os cuidados globais de enfermagem exigidos, a partir dos conhecimentos e aptidões adquiridos anteriormente. Só com plena interacção entre indivíduo, contexto de formação e contexto de trabalho, é que os processos formativos desenvolvem capacidades de resolução de problemas e de pensamento criativo.

Contudo, Pires *et al* (2004: 16) apelam para o seguinte: *“os profissionais devem ser formados para o incerto, para o instável, para o dinâmico, para o imprevisível desconhecido e para a necessidade de, a cada momento, serem capazes de responder às questões com que se irão defrontar”.*

A sua afirmação vem de encontro aquilo que tem constituído a evolução da profissão. Efectivamente, se o desenvolvimento da profissão ao longo dos tempos, bem como do seu ensino, decorreu inicialmente de forma muito lenta, já que derivava de um saber delegado pelos médicos, o que, encerrando uma certa subserviência, limitava o crescimento, verifica-se que o desenvolvimento do corpo de conhecimentos da enfermagem principalmente nas últimas duas décadas e, especificamente, em Portugal,

tem decorrido a grande velocidade.

O elevado ritmo de desenvolvimento de novas tecnologias, novos processos e novos métodos de produção, têm conduzido ao desaparecimento, criação e/ou substituição de determinadas funções por outras e à rápida desactualização dos conhecimentos, acentuando de forma cada vez mais crítica a necessidade e o desafio de uma aprendizagem ao longo da vida (Forsyth, 1996).

Juntamente com a necessidade de consolidar o espírito e a prática da formação contínua, e continuada, surge a necessidade de procurar novos modelos e estratégias de formação que permitam (re)criar condições de formação ao longo da vida. Gomes (2003) reforça que tais modelos e estratégias devem ser conciliáveis com as necessidades de formação de uma população alvo, já não constituída por jovens em processo de formação inicial, mas incorporando profissionais à procura de oportunidades de formação passíveis de serem conciliáveis com as suas responsabilidades profissionais, familiares e sociais. Ser capaz de responder às exigências ao nível da formação que emergem do desenvolvimento de uma sociedade do conhecimento e da aprendizagem exige repensar e renovar muitas das práticas neste domínio.

A formação em serviço surge como uma modalidade com grande impacto ao nível da mudança das práticas. É um processo planeado que compreende preparação, orientação, actualização e aperfeiçoamento dos profissionais, com a finalidade de atingir e manter um padrão eficaz e eficiente da instituição.

Ocorre no seio da organização, cuja estrutura dispõe de três recursos fundamentais, os quais influenciam directa ou indirectamente a eficácia do processo: recursos humanos, materiais e financeiros (Benito, 2001).

Epstein (1993) acrescenta ainda que a formação em serviço, para ter impacto no desenvolvimento profissional, deve integrar um conjunto de características, nomeadamente participação activa e oportunidade de partilha entre pares.

À luz do pensamento de Benito (2001), os principais objectivos da formação em serviço na enfermagem prendem-se com:

- Aumento do padrão técnico;
- Tornar o trabalho de enfermagem mais eficiente;
- Aumentar a satisfação do profissional;
- Proporcionar orientação, desenvolvimento, aperfeiçoamento e actualização de competências, visando sempre a excelência do seu exercício e, conseqüentemente, a satisfação dos clientes.

A formação em serviço responde a uma necessidade concreta, verificando-se

sempre que seja admitido um novo profissional, se preconiza mudança dos métodos ou programas de trabalho, na implementação de processos de modernização dos equipamentos ou se se identificarem lacunas no desempenho profissional.

A formação pode desenvolver-se em três modalidades: formal, não formal e informal (Canário, 1999). A formação formal parte de uma necessidade identificada com antecedência ou prevista, pelo que implica as seguintes fases: identificação das necessidades de aprendizagem, planeamento, realização e avaliação da formação.

Facilmente se compreende que os enfermeiros que hoje actuam nos diferentes contextos e tiveram a sua formação inicial num passado distante necessitem de adquirir conhecimentos e desenvolver novas competências, que promovam a eficácia e a eficiência ao nível da utilização dos SIE.

Assim, numa fase inicial, a formação formal adquire extrema importância. Em termos teóricos, é essencial referenciar os fundamentos que conduzem à implementação do SIE, apresentar a estrutura do próprio sistema, bem como o tipo de linguagem nele empregue.

Ao nível prático, é importante que os profissionais contactem com o sistema e possam perceber e utilizar os conhecimentos teóricos anteriormente adquiridos, dando lugar àquilo que Kolb definia como *aprendizagem experiencial* (Abreu, 2003). Com base nos trabalhos de Vygotsky, Kolb considera que é possível construir o saber a partir da transformação pela experiência.

Posteriormente, fruto de dificuldades pontuais que decorrem da utilização do SIE em contexto de trabalho, podem gerar-se discussões, não planeadas anteriormente, que visam satisfazer as necessidades de conhecimento ou competências técnicas do profissional e que a formação formal não foi capaz de dar resposta. Neste momento, estamos a falar de formação informal.

Tais discussões podem constituir um indicador das necessidades de formação dos profissionais individualmente e, conseqüentemente, do grupo. A este nível, a perspicácia do formador é um factor preponderante ao nível da identificação dessas necessidades.

Canário (1999) considera ainda os momentos em que existe o propósito de formar, sem haver, contudo, grande investimento na estruturação da acção. Caracterizam-se, essencialmente, pelo voluntariado e pela adequação das situações educativas aos diversos contextos de formação. Estamos perante formação não formal, de que constitui exemplo a formação desenvolvida durante as passagens de turno, aquando da discussão do processo de enfermagem.

Neste sentido, pode afirmar-se que existe uma grande proximidade entre os contextos de trabalho, as actividades que se desenvolvem e a formação, pelo que se enaltece o potencial formativo das situações profissionais (Alarcão e Tavares, 2003).

Inevitavelmente, a formação contínua não pode dissociar-se da supervisão. O ciclo de observação, feedback e discussão que se desenvolve no âmbito da supervisão, focaliza a reflexão em torno da contextualização dos conteúdos abordados no âmbito da formação. Assim, supervisor e supervisor envolvem-se num processo colaborativo de análise e avaliação das práticas, que constitui a base para a mudança e para a reconstrução do contexto, de atitudes e comportamentos.

A implementação e utilização dos SIE pressupõem que os enfermeiros adoptem uma participação activa. Recorrendo às palavras de Dewey, importa desenvolver atitudes como a abertura de espírito, responsabilidade e o empenhamento (Zeichner, 1993; Alarcão, 1996).

Em suma, a implementação bem sucedida de um sistema de informação é aquela em que houve a uma efectiva gestão dos recursos e do processo, bem como aquela em que ocorreu o desenvolvimento das competências necessárias para a utilização do sistema por parte de utilizadores, gestores e informáticos. Traduz-se em mudanças comportamentais (aprendizagem), que operacionalizam as mudanças organizacionais e tecnológicas previstas para a melhoria do desempenho da empresa.

PARTE II

O ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA DO ESTUDO

É chegado o momento de apresentarmos o caminho percorrido para atingir o fim a que nos propusemos inicialmente.

A presente investigação focaliza-se na importância que a supervisão das práticas clínicas adquire, no contexto da promoção de uma utilização racional dos SIE. Procura, a partir das representações dos enfermeiros do Departamento de Cirurgia (internamento), do Hospital Geral de Santo António, EPE, relativamente às dificuldades sentidas, expectativas criadas e modalidades de formação utilizadas, contribuir para a definição de um quadro supervensivo de suporte à implementação e utilização dos SIE.

À luz de Fortin (2003), o modo como percebemos esta realidade, respectiva natureza e o que pensamos existir neste domínio que possa ser conhecido, permite enquadrar este estudo numa abordagem qualitativa, fundamentada numa perspectiva naturalista.

A pesquisa qualitativa surgiu na Antropologia e na Sociologia, mas, nos últimos 30 anos, ganhou espaço na Psicologia, Administração e Educação.

Segundo Poupert (1981, cit. por Lessard-Hébert *et al*, 1990) e Bogdan e Biklen (1994), a abordagem qualitativa caracteriza-se, essencialmente, pelos quatro aspectos seguintes:

- As situações são aprendidas no seu ambiente natural;
- Tem um forte carácter descritivo;
- Os dados são tratados de forma indutiva, o que estimula um conjunto de interrogações, capazes de orientar o percurso a tomar;
- Vigora uma preocupação com os significados atribuídos pelas pessoas às coisas e aos fenómenos.

Alguns autores recusam a utilização da expressão *abordagem qualitativa* e preferem nomeá-la *investigação interpretativa*. Por um lado, consideram que não pode ser definida como essencialmente não quantitativa, pois determinadas quantificações são possíveis no âmbito destes procedimentos. Por outro lado, este tipo de abordagem dá extrema importância ao significado conferido pelos participantes no estudo às acções nas quais se empenharam, significado esse que será alvo da interpretação do investigador (Erickson, 1986; Gauthier, 1987; cit. por Lessard-Hébert *et al*, 1990).

A incipiente exploração de um certo tema na literatura disponível, o carácter descritivo da pesquisa que se pretende iniciar ou a intenção de compreender um

fenómeno complexo na sua totalidade constituem pretextos para o desenvolvimento de um estudo qualitativo (Yin, 1989).

O desenvolvimento de um estudo qualitativo supõe um corte espaço-temporal do fenómeno em estudo. Esse corte permite a definição do campo e da dimensão em que o trabalho se desenvolverá (Neves, 1996).

O mesmo autor refere que as limitações da abordagem qualitativa prendem-se, por um lado, com o facto de o investigador, por vezes, não conseguir captar o carácter simbólico particular das expectativas, sentimentos ou dificuldades, verbalizadas pelos participantes do estudo.

Por outro lado, este tipo de pesquisa exige, habitualmente, grandes períodos de tempo para proceder ao registo, organização, codificação e análise dos dados, gerando grande dispêndio de energia nesse processo que permite tornar os dados sistematicamente comparáveis.

Acrescenta ainda os problemas da confiabilidade e da validação dos resultados, considerando que não há soluções simples.

Porém, estes inconvenientes são mínimos, se se considerar a pertinência da aplicação do método na exploração de um fenómeno novo. Tal como já havia sido referido anteriormente numa referência a Yin (1989), pretende-se que este estudo contribua para a orientação de pesquisas futuras no âmbito da supervisão das práticas clínicas, enquanto factor promotor da optimização dos SIE, em prol da qualidade em saúde.

1.1. Questões Orientadoras Do Estudo

Hoje, constatamos que a adesão a projectos de acreditação da qualidade em saúde constitui uma realidade, num número considerável de hospitais. Qualquer que seja a entidade responsável pela acreditação, esta prevê um conjunto de directivas, que procuram uma melhoria ao nível do desempenho dos profissionais e maior satisfação por parte dos beneficiários dos cuidados prestados.

Neste contexto, a formação clínica é um espaço por excelência para que os profissionais percebam a mudança e o processo de construção social da profissão decorrentes da adesão aos referidos projectos, correspondendo, por isso, a um *espaço importante de socialização dos enfermeiros* (Abreu, 2007:199).

Cabe às instituições de saúde rever e aprofundar os processos e as estratégias organizacionais, formativas e avaliativas, fomentando sempre uma prática racional, estruturada, integrada e funcional.

Assim, é fundamental garantir que todos os procedimentos inerentes à gestão da qualidade sejam devidamente deliberados, documentados, percebidos e mantidos em toda a organização.

A esta altura, percebe-se que a existência de um sistema de informação da saúde adquire extrema importância ao nível da monitorização de todo o processo, na medida em que disponibiliza, em tempo real, a informação necessária para descrever os cuidados de saúde prestados, bem como os ganhos em saúde sensíveis aos mesmos, isto é, facilita a tomada de decisão.

Em todo este processo, a supervisão das práticas clínicas torna-se um instrumento indispensável. O desenvolvimento de um modelo e processo formal de apoio, orientação e aconselhamento, que permita aos profissionais desenvolver conhecimentos, competências e responsabilidade na prática clínica, e fomente uma mudança positiva, contribuirá, certamente, para o incremento da segurança e da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Citando Abreu (2007: 209), *a supervisão clínica em enfermagem, vista segundo uma perspectiva ecológica, mobiliza um conjunto de recursos, colocando-os à disposição da organização.*

Na sequência do exposto e no contexto do Departamento de Cirurgia do Hospital Geral de Santo António, EPE, emergiu o seguinte problema de investigação: **que estratégias supervisivas podem ser implementadas, no âmbito da utilização dos SIE, no sentido de promover a implicação pessoal e a qualidade das decisões clínicas?**

Dada a amplitude do problema referido, consideramos pertinente avançar o seguinte conjunto de questões, no sentido de objectivar a orientação do estudo:

- Que representações têm os enfermeiros sobre a utilização dos SIE, num hospital em processo de acreditação da qualidade?
- Que competências consideram relevantes para o sucesso na utilização dos SIE, em suporte electrónico?
- Quais as dificuldades verbalizadas pelos enfermeiros na implementação dos SIE?

– Que expectativas possuem os enfermeiros, em termos de apoio, suporte e consulta, no sentido de potenciar os ganhos dos SIE para a decisão clínica e investigação?

– Que modalidades de formação suportam a utilização dos SIE?

Estas questões evidenciam, assim, dois eixos estruturantes: os SIE e a supervisão das práticas clínicas.

1.2. Objectivos Do Estudo

De acordo com o problema e questões de investigação apresentados, este estudo tem como finalidade **contribuir para a definição de um quadro superviso de suporte à utilização racional dos SIE, tendo em vista a implicação pessoal, a formação contínua, a investigação e a qualidade dos cuidados.**

A partir desta, emergem os seguintes objectivos:

– Analisar as representações que os enfermeiros têm sobre a utilização dos SIE, num hospital em processo de acreditação da qualidade;

– Identificar as competências que os enfermeiros consideram relevantes para o sucesso na utilização dos SIE;

– Avaliar as dificuldades verbalizadas pelos enfermeiros na implementação dos SIE;

– Analisar as expectativas que os enfermeiros possuem, em termos de apoio, suporte e consulta, para a utilização dos SIE;

– Identificar as modalidades de formação com maior impacto na utilização dos SIE;

– Propor um modelo que consigne estratégias supervisivas a nível dos SIE, susceptível de provocar ganhos para a decisão clínica e investigação.

1.3. Estratégia de Recolha de Informação

Face às questões investigativas, finalidade e objectivos apresentados, o instrumento de recolha de dados que consideramos mais adequado foi a entrevista.

A entrevista é um tipo de inquérito: processo de recolha sistematizada, no terreno, de dados susceptíveis de comparação. Caracteriza-se pela comunicação e interacção

entre duas ou mais pessoas, da qual resulta uma verdadeira troca: o entrevistado exprime as suas percepções sobre um dado acontecimento ou situação, as suas reacções ou interpretações, enquanto o investigador facilita essa expressão, evita que ela se afaste dos seus objectivos e promove o máximo de autenticidade e profundidade (Estrela, 1994; Ghiglione e Matalon, 1992; Quivy e Campenhoudt, 2003).

A entrevista continua a ser *uma conversa com um objectivo* – esta foi a primeira definição de entrevista formulada. É um contributo de Bingham e Moore, em 1924 (Ghiglione e Matalon, 1992: 64).

De acordo com Barros e Lehfeld (2000), o êxito da entrevista depende:

- Da preparação anterior do entrevistador;
- Da condução da entrevista. Esta deve pertencer ao entrevistador;
- Do relacionamento entre o entrevistado e o entrevistador, o qual deve ser cordial e amistoso, porém profissional;
- Da organização sequencial dos blocos temáticos da entrevista. Sempre que possível, privilegiar perguntas simples e directas;
- Do local da realização da entrevista. Procure-se um local adequado, garantindo a privacidade e a atmosfera ideal para se obter a confiança do entrevistado;
- Do registo da entrevista, pelo que, uma vez realizada a entrevista, o investigador deve transcrever e analisar as informações;
- Da atenção do entrevistador, nomeadamente no que diz respeito aos itens que o entrevistado deseja esclarecer, sem manifestar opiniões;
- Das condições criadas para o desenvolvimento da pesquisa devendo evitar-se desencontros e perda de tempo.

Enquanto interacção directa ou presencial, a entrevista implica uma gestão adequada a três níveis. Em primeiro lugar, o entrevistador deverá estar atento ao modo como formula as perguntas, procurando não induzir as respostas com formas enfáticas ou modos de excluir respostas possíveis. Em segundo lugar, é pertinente atender às diferenças que existem entre entrevistador e entrevistado, nomeadamente de género, idade, sociais e culturais, pois estas podem constituir obstáculos à comunicação e condicionar a qualidade e pertinência dos dados obtidos. Por último, é importante que a comunicação verbal do entrevistador seja congruente com a comunicação não verbal, na medida em que a entoação apresentada pelo entrevistador na formulação das perguntas pode ser sublinhada ou neutralizada pela sua postura e pelos seus gestos (Carmo e Ferreira, 1998).

No conjunto das variantes da entrevista, a escolha recaiu sobre a entrevista semi-estruturada. Esta designação pretende elucidar no sentido em que não é totalmente aberta, nem direccionada por um grande número de questões fechadas. Orientámo-nos por uma série de perguntas, relativamente abertas, a partir das quais tencionámos obter, por parte do entrevistado, a informação indispensável à investigação. As perguntas que constam do guião não foram colocadas obrigatoriamente pela ordem em que estão anotadas, nem sob a enunciação prevista.

A entrevista semi-estruturada *intervém a meio caminho entre um conhecimento completo e anterior da situação por parte do investigador (...) e uma ausência de conhecimento* (Ghiglione e Matalon, 1992: 88).

Assim, depreende-se que o entrevistado falou abertamente, utilizando as expressões que desejou, segundo uma ordenação que lhe conveio. A nós, investigadores, coube-nos reencaminhar a entrevista, sempre que esta se afastava dos nossos objectivos, ou solicitar a resposta a questões, às quais o entrevistado não respondeu de forma natural, no momento mais apropriado.

Dados os objectivos e questões investigativas, o guião da entrevista contemplou os seguintes blocos temáticos, tendo-se verificado a estrutura apresentada em anexo (cf. Anexo C):

- Legitimação da entrevista
- Caracterização dos entrevistados
- Natureza das práticas clínicas
- Qualidade e acreditação
- Sistemas de Informação em Enfermagem
- Formação em contexto de trabalho
- Supervisão das práticas clínicas.

Com a devida autorização da instituição de saúde e dos entrevistados, as entrevistas foram alvo de gravação em áudio.

1.4. Participantes do Estudo

Como foi referido anteriormente, a intenção deste estudo foi de estudar uma realidade singular: a do Departamento de Cirurgia (internamento), do Hospital Geral de Santo António, EPE.

Esta instituição de saúde, cuja acreditação total da qualidade pelo *King's Fund Health Quality Service* foi conseguida em 2005, tudo tem feito para manter o nível de qualidade reconhecido, assim como tem procurado credenciar-se noutros aspectos que necessitam de efectiva melhoria.

A necessidade de implementação, utilização e optimização dos SI enumerada como um dos aspectos a aperfeiçoar, pelo que em seu torno têm sido reunidos vários esforços. Após a concepção do SIE em suporte de papel, em alguns departamentos, já conseguiu a transição para o SAPE, SIE concebido pelo IGIF, em suporte electrónico.

Este hospital reconhece a importância de assegurar a informação útil e necessária às diversas funções dos profissionais e aos diferentes níveis da instituição, procurando garantir cuidados de saúde efectivos, eficientes, aceitáveis e equitativos, isto é, propondo-se melhorar a qualidade dos cuidados prestados e garantir a satisfação dos beneficiários desses mesmos cuidados.

Admite ainda que este processo de mudança implica o desenvolvimento e/ou aperfeiçoamento de medidas de acompanhamento sistemático dos profissionais, no decorrer das suas práticas, por forma a formar profissionais competentes, capazes de lidar eficazmente com o contexto da sua prática clínica. Neste contexto, procura fomentar a actualização e abertura à mudança, reconhecendo a necessidade de reajustar suas as políticas formativas e supervisivas.

Pelo exposto, considera-se que o caso indicado reúne as condições que vão de encontro à finalidade deste estudo: evidencia preocupação com a segurança e a qualidade dos cuidados, utiliza um SIE e pretende efectivar o processo de supervisão das práticas clínicas.

Outro factor preponderante na eleição deste caso esteve relacionado com o facto da investigadora desempenhar funções de enfermeira nessa instituição, pelo que é conhecedora do processo de implementação dos SIE. No processo de eleição do departamento a estudar, pesou, enquanto factor preponderante, a maior experiência nesta área, decorrente de uma maior duração do processo. Pretendia-se, deste modo, reunir um conjunto maior de experiências, contribuindo, assim, para o enriquecimento do estudo.

Em Janeiro de 2007, iniciamos o processo de informação e pedido de autorização para a execução do estudo empírico, a nível institucional.

Concedida a referida autorização, procedemos à selecção dos participantes no estudo, os quais igualmente consentiram formalmente a participação neste estudo. Por limitações temporais, foram seleccionados aleatoriamente dois a três elementos da

equipa de enfermagem, de cada serviço pertencente ao departamento (área de internamento), num total de doze enfermeiros. Pretendemos com esta técnica minimizar o enviesamento dos dados (Fortin, 2003).

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas entre 15 e 28 de Fevereiro de 2007.

Durante todo o desenvolvimento do estudo, prevaleceu uma preocupação constante pelo respeito e pelos princípios éticos, que advém de uma investigação com sujeitos humanos: consentimento informado, manutenção do anonimato e protecção contra eventuais danos (Quivy e Campenhoudt, 2003).

1.5. Tratamento dos dados

Na sequência da recolha de dados, fomos confrontados com a necessidade de explicar o seu processo de análise. A nossa opção incidiu sobre a análise de conteúdo. Esta técnica confere a possibilidade de tratar, de forma metódica, informações e testemunhos, dotados de um certo nível de profundidade e complexidade, de que é exemplo o conteúdo proveniente das entrevistas semi-estruturadas (Quivy e Campenhoudt, 2003).

Inicialmente, a análise de conteúdo foi definida, por Berelson (1952), como *uma técnica de investigação que permite fazer uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tendo por objectivo a sua interpretação* (Carmo e Ferreira, 1998: 251).

Posteriormente, Cartwright (1953) estendeu a análise de conteúdo a todo o comportamento simbólico. Stone (1966) acrescenta que a análise de conteúdo é *uma técnica que permite fazer inferências, identificando objectiva e sistematicamente as características específicas da mensagem*.

Nas definições posteriores, a referência à quantificação é atenuada ou nula e surgem noções de estrutura e de forma. A definição apresentada por Bardin (1977: 42) constitui um exemplo dessa evolução: a análise de conteúdo traduz-se num *conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (...) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (...) desta mensagem* (Bardin, 1977: 42).

Assim, todas as respostas obtidas durante a realização das entrevistas, gravadas em áudio, foram transcritas para um documento em formato Microsoft Office Word 2003 (cf. Anexo D). O material resultante desta transcrição constituiu o “*corpus documental*” da análise. Este foi alvo de várias *leituras atentas e activas (...) a fim de possibilitar uma inventariação dos temas relevantes do conjunto, ideologia, conceitos mais utilizados* (Amado, 2000: 55), tendo como base os objectivos inicialmente propostos e o quadro teórico de referência.

O tratamento dos dados prosseguiu com um processo de codificação, isto é, *o processo pelo qual, os dados brutos são transformados e agregados em unidades, por forma a permitir uma representação do seu conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características (...) relevantes do conteúdo* (Bardin, 1977: 103).

Por sua vez, este processo é faseado. Teve início com a procura de, essencialmente, unidades de registo de natureza semântica, que orientassem para os temas e unidades de informação mais comuns. A clarificação destes teve como ponto de partida as unidades de contexto, a desenvolver seguidamente, pois estas constituem *unidades de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registo) são óptimas para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registo* (Bardin, 1977: 107). Finalmente, a análise culminou num *processo de operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género – categorização* (Bardin, 1977: 117) (cf. anexo E).

Seguindo as orientações de Bardin (1977), no processo de categorização, atendemos às seguintes características:

- Exaustividade, de modo a que todo o conteúdo classificado se incluisse integralmente nas categorias consideradas;
- Exclusividade, pelo que os mesmos elementos pertencem a uma única categoria;
- Objectividade, de modo a que codificadores diferentes classifiquem os diversos elementos nas mesmas categorias;
- Pertinência, garantindo que as categorias estão relacionadas com os objectivos e o conteúdo que está a ser analisado. O facto do processo de categorização ter decorrido *à posteriori* relativamente à recolha dos dados constituiu uma mais valia na garantia desta característica, na medida em que este processo se baseou em leituras

sucessivas do *corpus documental*, nos objectivos e no quadro teórico de referência considerados inicialmente.

Ghiglione e Matalon (1992) alertam-nos ainda para a credibilidade da técnica utilizada. Neste sentido, consideram três problemas comuns às ciências sociais: amostragem, fidelidade e validade.

Quanto à amostragem, os autores questionam se realmente é necessário que uma amostra seja representativa. Eles reconhecem que é necessário substituir a noção global de representatividade pela adequação da amostra aos objectivos estabelecidos. De facto, não constituía objectivo deste estudo extrapolar os dados a outras populações; pretendíamos iniciar o estudo de uma temática nova e emergente em enfermagem, podendo eventualmente constituir um pretexto para posteriores investigações.

No que diz respeito à fidelidade, procurou-se que, ao longo do processo de codificação, fossem aplicados de igual forma os critérios de codificação.

Por último, a análise do conteúdo das entrevistas possibilitou a compreensão da realidade em estudo, bem como permitiu chegar à sua explicação, pelo que esta técnica se mostrou válida.

Em suma, e utilizando as palavras de Vala (1989), proceder à análise de conteúdo trata-se de reduzir descrições, opiniões, explicações, a um conjunto aceitável de unidades significativas, primando pela organização e explicação dos seus conteúdos.

Quivy e Campenhoudt (2003) consideram que, melhor de que qualquer outra técnica de tratamento de dados, a análise de conteúdo permite conciliar rigor metodológico e profundidade inventiva, quando o material disponível é rico e penetrante.

Apesar de se tratar de uma abordagem qualitativa, não se exclui a possibilidade de proceder à quantificação de unidades de registo. Amado (2000) advoga esta posição do seguinte modo: por um lado, embora a categorização permita uma descrição precisa e sistemática, é prejudicial a utilização obsessiva dos cálculos, esquecendo a natureza das representações obtidas; por outro lado, o estudo não se pode limitar a simples e longas transcrições, pois correr-se-ia o risco de dificultar a compreensão dos conteúdos latentes.

2. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

No sentido de estruturar a prática clínica dos enfermeiros, em Março de 2006, o HGSA procedeu à definição da Política de Enfermagem. Procurou definir valores de referência que fornecessem algumas directrizes gerais relativas à prática de enfermagem e sobre as quais os enfermeiros poderiam assentar a sua reflexão profissional.

Com base nesses valores de referência, esta unidade hospitalar definiu três grandes opções estratégicas, para o triénio 2006-2008:

- Promover a excelência/eficiência na prestação de cuidados;
- Promover a valorização pessoal e profissional, bem como a adaptação ao local de trabalho, com vista a atingir a excelência na prestação de cuidados;
- Promover a inovação de práticas e saberes em enfermagem.

A necessidade de dotar o serviço de Enfermagem de um sistema informático de documentação dos cuidados de enfermagem surge, precisamente, na procura de resposta para a promoção da excelência na prestação de cuidados.

Ciente da necessidade de garantir um conhecimento actualizado e estruturado das condições de saúde da população, que facilite a adequação dos recursos disponíveis às respectivas necessidades, esta instituição apostou na continuidade do projecto apresentado à Administração Regional de Saúde, em 2002: implementação de SI electrónicos, melhoramento da integração e interligação dos SI e implementação de soluções organizacionais integradas que possibilitem a informação correcta e atempada para a tomada de decisão.

Refere-se aos SI como instrumentos viáveis, que facultam o acesso e análise dessa informação em tempo oportuno e, por isso, facilitam a formulação e avaliação de políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisão e, consequentemente, contribuindo para a prestação de cuidados de saúde de qualidade.

Na área da enfermagem, a opção recaiu sobre o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), módulo em ambiente Web (interface gráfico) e tecnologia Wireless (rede sem fios), desenvolvido pelo IGIF, com a colaboração da Escola Superior de Enfermagem de S. João, do Porto.

2.1. O contexto em estudo: caracterização dos actores e das práticas

Os contextos de trabalho conferem uma significação às práticas de saúde, na medida em que estas dependem de uma dinâmica cognitiva e avaliativa definida em contexto, bem como dos factores materiais, relacionais e simbólicos decorrentes do funcionamento da organização de saúde (Abreu, 2007).

O mesmo autor admite que cada organização é detentora de uma cultura específica, a partir da qual é possível perceber os comportamentos, as atitudes e as escolhas dos actores que nela intervêm.

Aludindo aos trabalhos de Crozier e Friedberg (1977), acrescenta ainda que a cultura local é, por sua vez, condicionada por um sistema social mais amplo ou pelos sistemas adjacentes, pelo que coexistem de forma integrada. O seu estudo deve compreender a abordagem simultânea da cultura organizacional, relações das organizações com outras no seio da comunidade, representações, processos de aprendizagem e identidade profissionais.

O Departamento de Cirurgia (internamento)

O Hospital Geral de Santo António, EPE, é um hospital geral, central e universitário, com duzentos e vinte anos de existência. Fruto de exigências sócio-económicas, ao longo destes anos tem experimentado mudanças significativas ao nível da filosofia e organização. As últimas modificações estão relacionadas com a adesão a uma forma de gestão inovadora, com carácter empresarial, que pretende garantir o melhor acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde e fomentar o desenvolvimento dos seus profissionais.

O Departamento de Cirurgia (área de internamento) está integrado no edifício Luís de Carvalho, desde 1998. Dispõe de uma estrutura capaz de admitir simultaneamente 135 doentes, distribuídos por cinco serviços. Os doentes são admitidos através do serviço de urgência, consulta externa e outras unidades hospitalares. Os motivos de admissão mais frequentes são situações cirúrgicas associadas a patologias ao nível do tubo digestivo, endócrino, pulmonar, urológico e da mama. De referir que existe também um grande número de internamentos por razões cujo tratamento não implica intervenção cirúrgica, os quais se caracterizam por maior tempo de internamento. Os doentes submetidos a intervenções cirúrgicas, em média, permanecem na instituição entre 1 a 20 dias. Por vezes, verificam-se internamentos mais prolongados, decorrentes de

complicações cirúrgicas. As recidivas são apontadas como frequentes, na maior parte dos serviços que compõem o departamento.

Relativamente à prestação de cuidados, a instituição preconiza o método de prestação de cuidados globais ao cliente, pelo que a totalidade dos cuidados é prestada pelo enfermeiro que está afecto ao doente, em determinado turno. De um modo geral, na elaboração do plano diário do trabalho, os enfermeiros-chefes/responsáveis de turno procuram que cada um dos enfermeiros, ao longo dos diferentes turnos, acompanhe sempre os mesmos doentes, de forma a favorecer a proximidade entre o doente e o profissional de saúde.

A equipa de enfermagem é, actualmente, constituída por 99 enfermeiros. Tal como foi referido anteriormente, destes foram seleccionados aleatoriamente dois enfermeiros dos serviços de internamento de Cirurgia 1, Cirurgia Vasculuar e Urologia, e três enfermeiros dos serviços de Cirurgia 2 e 3.

Como se verifica no Quadro 1, os enfermeiros entrevistados são predominantemente do sexo feminino (75%). A média de idades é de 31,5 anos, correspondendo a mínima a 25 e a máxima a 53 anos. Na sua maioria, os enfermeiros possuem Licenciatura em Enfermagem ou equivalente legal (Bacharelato e Complemento de Formação em Enfermagem). O tempo médio de experiência profissional é de, aproximadamente, 10 anos, correspondendo o mínimo a 3 e o máximo a 35 anos. 50% dos entrevistados tem vindo a exercer a sua actividade profissional apenas na área cirúrgica; os restantes 50% tiveram oportunidade de laborar noutros contextos clínicos. 50% dos entrevistados são enfermeiros graduados; verificou-se ainda uma considerável percentagem de entrevistas a enfermeiros nível 1.

| Caracterização do Entrevistados | n | % |
|--|----------|----------|
| Idade (anos) | | |
| [20;30[| 7 | 58,3 |
| [30;40[| 4 | 33,3 |
| [40;50[| 0 | 0 |
| [50;60] | 1 | 8,3 |
| Género | | |
| Masculino | 3 | 25 |
| Feminino | 8 | 75 |
| Formação Graduada | | |
| Bacharelato | 1 | 8 |
| Bacharelato + CFE | 8 | 67 |
| Licenciatura | 3 | 25 |
| Tempo de Serviço (anos) | | |
| [0;10[| 7 | 58,3 |
| [10;20[| 4 | 33,3 |
| [20;30[| 0 | 0 |
| [30;40] | 1 | 8,3 |
| Experiência profissional | | |
| Apenas área cirúrgica | 6 | 50 |
| Área cirúrgica e outras | 6 | 50 |
| Título Profissional | | |
| Enfermeiro-especialista | 1 | 8 |
| Enfermeiro graduado | 6 | 50 |
| Enfermeiro nível 1 | 5 | 42 |

Quadro 1 – Caracterização global dos enfermeiros entrevistados

Qualidade e Acreditação

De um modo geral, em todos os países e em todos os sistemas de saúde, assinalam-se iniquidades e ineficiências na prestação dos cuidados de saúde, sob todos os pontos de vista inaceitáveis. Portugal não constitui excepção.

Conscientes desta realidade, esta instituição reúne esforços no sentido de criar as condições necessárias à prestação de cuidados de saúde, de acordo com os mais elevados padrões de qualidade, aceites internacionalmente, e a optimização da relação custo/efectividade dos serviços prestados à população.

Neste sentido, a adesão a programas de acreditação da qualidade em saúde tornou-se uma exigência do presente, como forma de garantir a avaliação sistemática dos cuidados prestados, a utilização adequada dos recursos disponíveis e os parâmetros de qualidade em todas as fases do processo; e, certamente, avista-se como um investimento no futuro.

A acreditação hospitalar consiste num sistema de avaliação periódica, voluntária e reservada, de padrões previamente definidos, e que tem por finalidade estimular o desenvolvimento na instituição de uma cultura de melhoria contínua de qualidade na assistência prestada, não pretendendo fiscalizar nem punir, apenas educar, assegurando aos usuários, profissionais e público em geral, a segurança indispensável aos serviços de saúde (Melo *et al*, 2002).

O projecto de Acreditação da Qualidade desta instituição teve início em Dezembro de 2000. Quatro anos mais tarde, obteve a Acreditação Parcial pelo KFHQS e, em 2005, obteve a Acreditação Total. Em Janeiro de 2008, voltou a desenvolver-se esforços no sentido de obter a Reacreditação da Qualidade pelo KFHQS, bem como a Certificação de alguns serviços.

De facto, quando questionados sobre o aspecto mais relevante da filosofia da instituição, os entrevistados evidenciam, unanimemente, no seu discurso, a crescente preocupação institucional em torno da prestação de cuidados de qualidade:

“A preocupação com a melhoria da qualidade de cuidados, melhor assistência ao doente” (A2)

“preocupamo-nos em prestar os melhores cuidados” (B2)

“Sem dúvida, a prestação de cuidados de qualidade, por isso, a adesão ao programa de acreditação pelo KF” (I2)

“Qualidade acima de tudo” (L2)

Salientam, ainda, que o doente constitui o centro da atenção dos profissionais de saúde, numa perspectiva holística, pelo que estes não pretendem apenas assegurar a manutenção das suas funções vitais, como também se preocupam com o meio envolvente e, acima de tudo, valorizam a sua satisfação para com os cuidados de saúde prestados:

“Agora também já nos preocupamos com o que o envolve” (B2)

“Antes não, sabíamos o diagnóstico, mas não nos preocupávamos com os antecedentes.” (D15)

“É de valorizar o esforço efectuado pelas várias equipas de profissionais que integram este plano, com o objectivo de assegurar que a recuperação contínua após o “abandono” do ambiente hospitalar” (G3)

“Também a opinião dos doentes é importante, que está a ser obtida por exemplo a partir de questionários” (G4)

Inerentemente à adesão ao programa de acreditação pelo KFHQS, emergiu um conjunto de mudanças decorrentes quer das necessidades de reorganização previamente identificadas pelo Conselho de Administração, quer das necessidades de ajustamento às exigências normativas subjacentes à acreditação King’s Fund. Obviamente, as mudanças não são, para a generalidade das instituições, processos fáceis, sobretudo se pensarmos em estruturas humanas e materiais com a dimensão e a complexidade de um hospital central.

Neste sentido, na sua maioria, os actores atribuíram uma conotação negativa às mudanças induzidas pelo processo de acreditação da qualidade e/ou consideraram que estas foram geradoras de dificuldades. De salientar que:

– 50% dos entrevistados referem que, com a adesão ao programa de acreditação da qualidade, se verifica uma grande preocupação em torno da documentação dos cuidados de saúde prestados, na medida em que, aquando das auditorias, é a partir da análise dos registos efectuados que se avalia a pertinência dos cuidados prestados e dos recursos dispendidos. Deste modo, consideram que os profissionais podem procurar documentar bem e acabar por descuidar a prestação de cuidados. Neste sentido, surgiram as seguintes afirmações:

“Acho que se tem mais cuidado no que se faz, nos cuidados que prestamos ao doente ou, pelo menos, no que registamos sobre o que fazemos. (...) Aquilo que as

peessoas podem ver, melhora-se. Há coisas que não melhoram, aquilo que não é palpável (relações humanas, tanto com o doente como com os outros profissionais), isso não melhora, porque ninguém vem avaliar; até podem vir avaliar, mas as pessoas nunca dizem que se estão realmente satisfeitas ou não. Entre amigos, familiares... mas a verdade é que isto, hoje em dia, não se verifica, as pessoas não confiam umas nas outras e muito menos vão confiar a dizer que não gostam disto ou daquilo no serviço.” (F3)

“A importância/análise dos registos efectuados no processo clínico/electrónico do doente permite de alguma forma avaliar a pertinência dos cuidados prestados.” (G4)

“cada vez mais a qualidade é números, não é aquilo que aprendi na escola. Cada vez temos menos tempo para o doente, porque somos mais obrigados a estar no computador, porque teoricamente justifica mais as nossas actividades, o que mais me apercebo é que a qualidade é números e é isso que traduz a qualidade do serviço” (J2)

“No papel, está tudo muito bem documentado, acreditado, planificado; mas na prática, muitas vezes, não é possível, devido à escassez de recursos que temos e que impossibilita de implementar” (L4)

– Reclamam que a informação relativa ao processo de acreditação, nomeadamente aquela que implique a elaboração e implementação de protocolos e procedimentos à luz das exigências normativas, seja apresentada gradualmente, no sentido de permitir que todos tenham possibilidade de a conhecer, questionar e pôr em prática. Alguns apontam mesmo a possibilidade de a informação não ser transmitida, atempadamente, a todos os profissionais da instituição.

“Também não sei muito bem quais são os parâmetros a que eles se propõem.” (E5)

“Manuais vêm para o serviço e depois é preciso ter tempo para os ler. E, em vez de serem apresentados gradualmente, é dado um enorme volume de informação para consultar ao mesmo tempo. Isso é fruto da organização! Quando chega à altura da acreditação, vêm que falta isto, falta aquilo, há que fazer os manuais e enviar para os serviços. Isso é fruto da organização! Quando chega à altura da acreditação, vêm que falta isto, falta aquilo, há que fazer os manuais e enviar para os serviços.” (H6)

“Quando notamos as mudanças, é um turbilhão de mudanças, que para nós fica tudo tão confuso, que no início não vemos grandes vantagens e só a longo prazo é que vamos ver algumas vantagens.” (H7)

Para tal, sugerem a orientação e programação de todas fases que compõem o processo de acreditação, de modo atempado, e, se necessário, o planeamento de formação em serviço, que satisfaça as necessidades dos profissionais.

Esta sugestão havia já sido considerada por Rêgo e Porto (2005). As autoras, a partir de uma análise crítico-reflexiva sobre a implementação de sistemas de qualidade na área da saúde e respectivas implicações para a prática de enfermagem hospitalar, consideram que a implementação de sistemas de qualidade deve emergir a partir de uma referência teórico-prática e desenvolvimento de competências técnicas e humanas, no sentido de os relacionar com as necessidades reais, expectativas e projectos de vida individuais comprometidos com a comunidade em si.

– 25% dos entrevistados mencionam o aumento da carga de trabalho, nomeadamente ao nível burocrático, e, conseqüentemente, um desajuste dos recursos humanos à realidade vivenciada.

“Trouxe muita burocracia” (A3)

“Por exemplo, se implicar maior dispêndio de pessoal e outros custos, eles não estão muito abertos para isso.” (H2)

“Mais negativo, a carga de trabalho que obriga.” (I3)

“têm de ter o cuidado de dar meios para atingir os objectivos, mas muitas vezes não nos dão os meios necessários para atingir essa qualidade. Muitas vezes, quanto aos recursos humanos (já não digo os recursos materiais, porque, neste serviço, não temos grandes queixas), temos algumas lacunas a preencher.” (L3)

– Consideram que é uma situação geradora de stress, na medida em que *“cada vez mais, as pessoas são mais sujeitas a pressões, para atingir objectivos” (J5).*

– Desaprovam a falta de *feedback* por parte dos gestores deste processo, pois, assim, desconhecem o impacto do seu esforço na qualidade dos cuidados prestados, o que pode constituir um maior incentivo à mudança.

“Na altura, não soube de nada. Nesta aqui, já tive mais feedback, mas na primeira foi uma informação muito vaga.” (H4)

Em contraposição, surge um aspecto positivo decorrente da adesão a este processo de adesão, o qual está patente no discurso de todos os entrevistados: a melhoria geral na organização dos serviços, que compreende desde a formulação de procedimentos de actuação de acordo com padrões de qualidade internacionalmente aceites, a uniformização da linguagem utilizada, passando pela própria identificação dos recursos disponíveis:

“Positivas: mais uniformização das coisas, acho que já falamos todos mais a mesma linguagem, uniformização de procedimentos, mais organização, em termos informáticos, temos acesso à informação mais rapidamente; como há aqueles patamares na acreditação, há uma melhoria geral na organização do serviço.” (J3)

“Mais positivo, a identificação dos recursos físicos e humanos, que existem no serviço.” (I3)

Reconhecendo ainda que o nível de qualidade auferido não é definitivo, pelo que o processo de acreditação da qualidade se repete periodicamente, admitem ainda que é necessário garantir a manutenção do nível da qualidade reconhecido nos espaços de tempo compreendidos entre as auditorias, de modo a evitar oscilações nesse nível e, assim, possamos assegurar que a melhoria da qualidade é efectiva e contínua. Neste sentido, contam com a orientação e apoio das *chefias* (J4).

Contrariamente ao que seria de esperar, de um modo geral, as expectativas dos entrevistados apontam no sentido da manutenção e aprimoramento deste processo de acreditação da qualidade, no sentido de proporcionar melhores condições de trabalho aos profissionais de saúde e, simultaneamente, garantir aos cidadãos uma efectiva humanização, eficácia e eficiência na prestação dos cuidados de saúde.

Em suma, trata-se de conseguir o *equilíbrio entre a satisfação dos utentes e dos profissionais* (Afonso, 2004: 4).

2.2. SAPE: avaliação, finalidade e limitações

O sistema constitui uma ferramenta de apoio à actividade diária do Enfermeiro e tem por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), versão beta, de acordo com orientações da OE.

A CIPE® é um instrumento de informação para descrever a prática de enfermagem. É uma classificação multiaxial e compreende três classificações: Classificação dos Fenómenos de Enfermagem, Classificação das Intervenções de Enfermagem e Classificação dos resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem.

A identificação de um diagnóstico de Enfermagem - *decisão sobre um fenómeno que represente o foco das intervenções de Enfermagem*, compreende a utilização de conceitos contidos nos eixos da Classificação dos Fenómenos. Mais especificamente, o ICN (2002) recomenda que o diagnóstico de Enfermagem:

- Inclua um termo do eixo A (Foco da Prática de Enfermagem);
- Inclua um termo do eixo B (Juízo Diagnóstico) ou do eixo G (Probabilidade);
- A inclusão de termos de outros eixos para expandir ou reforçar o diagnóstico é opcional;
- Só pode ser usado um termo de cada um dos eixos.

Face a um diagnóstico de Enfermagem, é definida uma intervenção de Enfermagem - *acção realizada, num caso concreto, tendo em vista produzir resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem*. A intervenção de Enfermagem é composta pelos conceitos englobados na Classificação das Acções de Enfermagem da CIPE, mediante as seguintes orientações do ICN (1999):

- Um termo do eixo A (Tipo de acção);
- A inclusão de termos de outros eixos é opcional;
- Inclua apenas um termo de cada um dos eixos.

A terceira classificação contida na CIPE® é uma classificação virtual. Os resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem constituem os resultados decorrentes das intervenções de enfermagem, medidos ao longo do tempo, sobre as alterações detectadas no estado do Diagnóstico de Enfermagem. Utilizam as orientações relativas aos diagnósticos de Enfermagem e devem ser referenciados ao momento no tempo a que se referem.

Silva (2001) reconhece que a utilização de uma classificação multiaxial se caracteriza pela complexidade. Contudo, adverte para o facto desta característica se tornar menos relevante, se tivermos em conta que as classificações multiaxiais, são as que, em qualquer área, representam a maior flexibilidade e adequação cultural na sua utilização.

O SAPE não foi concebido exclusivamente para a documentação do processo de enfermagem; contempla também acções interdependentes. A informação, objecto de tratamento e organização neste sistema, encontra-se dividida em cinco grupos:

- Avaliação inicial do doente;
- Processo de enfermagem: diagnósticos e respectivas intervenções de Enfermagem;
- Acções que resultam das Prescrições Médicas (medicação, atitudes terapêuticas, colheita de espécimens, preparação para exames e dieta prescritas);
- Plano de trabalho por turno, o qual resulta automaticamente das prescrições registadas (médicas e de enfermagem) e onde o enfermeiro registará a implementação ou a não implementação das intervenções planeadas;
- Tabelas de Sistemas, de enfermeiros e parametrização por serviço, conjunto de tabelas onde é definida a parametrização e algumas codificações-padrão dos serviços e da instituição.

A manipulação desta informação cabe apenas aos enfermeiros, pelo que cada um tem o seu perfil de acesso. O acesso a esta informação, na sua totalidade, apenas é permitido aos enfermeiros; os médicos têm acesso ao conjunto de registos efectuados no âmbito das intervenções que implicam monitorização e vigilância de parâmetros, as quais correspondem, maioritariamente, a acções interdependentes. Este acesso é efectuado através do SAM, na medida em que estes dois sistemas se encontram integrados a este nível.

O SAPE assenta na plataforma Oracle – Base de Dados e Ambiente de Desenvolvimento. Esta plataforma tem mostrado ao longo dos anos uma forte capacidade de evolução faces às novas tendências e tecnologias disponíveis.

A base de dados Oracle é hoje o sistema gestor de banco de dados mais utilizado na Área da Saúde, sendo inclusive fornecida aos Hospitais Públicos pelo Ministério da Saúde ao abrigo de um acordo entre este e a própria Oracle.

É ideal para empresas que lidam com o processamento de um grande número de transacções on-line e o motor de base de dados Oracle é fácil de usar, é eficiente, fiável, escalável e garante grande segurança de dados em ambientes transaccionais com intensiva utilização. Fornece benefícios únicos de disponibilidade, que protegem os dados de erros humanos dispendiosos, reduz o tempo de indisponibilidade devido a manutenção de rotina e inclui funções de auto-gestão para ajudar a baixar o custo da operacionalidade. Está disponível em todos os sistemas operativos que suportam Oracle, incluindo Windows, Linux e Unix e é suportada em todas as configurações de hardware.

Mostra-se ainda vantajosa aos seguintes níveis:

- Suporta um grande número de utilizadores, permitindo a utilização simultânea da aplicação a dez mil utilizadores, em tempo real;

- Disponibiliza ainda capacidade de análise, estatística e de modelação, que podem ser facilmente acedidas; e funções de Flashback que ajudam os administradores a diagnosticar facilmente e a desfazer o efeito dos erros humanos;
- Permite uma protecção de dados incomparável, verificando-se mesmo em situações de falha na corrente eléctrica ou desastre natural.

Contudo, ainda não existe uma base de dados central que reúna a informação registada nos vários serviços. Cada hospital tem a informação respeitante a cada serviço, pelo que a informação é assim de cada instituição e cabe a essa mesmas instituições definir os perfis de acesso à informação.

O SAPE foi introduzido, pela primeira vez, nesta unidade hospitalar em 2002, sob a versão SAPE teste. Esta constituiu uma importante ferramenta de trabalho na formação que antecipou a implementação oficial do SAPE, a qual teve lugar em Fevereiro de 2005, nos serviços de Medicina 1D, Cirurgia 3 e UCIP.

Numa fase inicial, os enfermeiros mostraram-se renitentes à implementação do SAPE. A utilização de um novo instrumento de trabalho trazia consigo a incerteza e o medo do desconhecido, a insegurança e o medo de falhar. Alguns chegaram mesmo a considerar que a prestação de cuidados seria afectada pelo aparente aumento de tempo necessário à realização dos registos de enfermagem; assim o descrevem os seguintes depoimentos:

“No início, pensei que isto não ia dar nada, pensava que o doente ia ficar para trás, para termos tempo de fazer os registos”. (A13)

“Desvantagens, sentimos na adopção do novo método de trabalho. É sempre complicado. (...) Desvantagens próprias da implementação de um novo método de trabalho.” (B12)

“Para nós, antigamente, era muito fácil dar entrada a um doente, cama, medicação... Aquilo fazia-se num instante. Agora, perdemos um tempinho jeitoso com isto.” (D15)

“Temos menos tempo para o doente.” (J13)

“No início, custa a adaptação. São necessários mais recursos materiais, (computadores, impressoras, folhas), horas de formação, mais recursos humanos, não nos podemos esquecer do tempo que perdemos a fazer um bom plano de trabalho, adequado, no início, o tempo não é o mesmo de fazer notas de fim de turno “O doente mantém o mesmo estado.”. Aqui, temos sempre alterações de status, alterações de

terapêutica, que são inerentes aos nossos cuidados e que penso que está melhor hoje em dia.” (L17)

No entanto, com o avançar do projecto, essa opinião foi-se desvanecendo, acabando por reconhecer que, na saúde, a introdução dos sistemas de informação em suporte electrónico representa uma importante ferramenta, que, se utilizada de forma adequada a favorecer a qualidade da assistência ao cliente, faz com que os profissionais disponham de maior facilidade e rapidez na realização dos trabalhos burocráticos. Neste âmbito, consideremos a seguinte declaração: *“Agora o trabalho torna-se mais fácil de gerir. Perdemos menos tempo nos registos, é mais fácil” (A13).*

Tomada de decisão

À semelhança das entidades governamentais e gestores hospitalares, os enfermeiros, no contexto da sua prática, deparam-se diariamente com a necessidade de decidir. Muitas vezes, perante situações simples, habituais, as decisões entre as alternativas não carecem de uma análise cuidada e profunda. Contudo, quanto mais instáveis e ambíguos são os problemas com que se deparam, mais difícil e analítica tende a ser a estratégia da decisão. Portanto, face a uma situação menos familiar, que exija uma decisão, é impreterível uma cuidadosa reflexão sobre os factos existentes, isto é, sobre os factos que estão devidamente registados e acessíveis.

Em 2006, Teixeira, no seu estudo sobre o impacto dos SI na organização dos Serviços de Urgência Hospitalar, constatava que os enfermeiros reconhecem a importância que a informação gerada pelos SIE adquire ao nível da organização do trabalho e da instituição, da gestão de recursos e processo de tomada de decisão clínica. Para tal, contribui a organização e uniformização ao nível da documentação, o que facilita o acesso à informação em tempo útil.

De igual modo, os actores deste estudo consideram que o SAPE constitui uma mais valia, na medida em que confere uma maior organização e acessibilidade aos dados, resultante da padronização ao nível da sua colheita e registo. Acrescentam ainda que, deste modo, os dados podem ser mais fácil e globalmente analisados, facultando aos gestores e profissionais de saúde a informação necessária para a tomada de decisão. Atentemos, então, as seguintes afirmações:

“A informação está mais concentrada.” (A14)

“Temos uma forma mais organizada de realizar o nosso trabalho.” (B11)

“Fica tudo mais claro, foi uma boa aposta.” (D15)

“Permite que tudo fique mais visível, do que as notas, permite uma análise mais rápida.” (E17)

“Consegues ver os dados que queres, quando queres, nem que seja de há 2 anos, há 1 ano.” (H23)

Continuidade dos cuidados

Numa altura em que a qualidade se tornou uma dimensão incontornável na saúde e na prestação de cuidados, é impreterível assegurar a continuidade dos cuidados.

Com a implementação do SAPE, a nível institucional, dois passos já foram conseguidos, nesse sentido:

- *“Começamos todos a ter a mesma linguagem e uma linguagem que era muito falada. Toda a gente investiu nessa linguagem, porque, no fundo, era o que todos falavam, era o nosso material de trabalho” (B12); otimizando, deste modo, a partilha de informação (G16);*
- *“A informação encontra-se facilmente acessível para consulta por outros profissionais (G16), mesmo em termos de transferência de doentes para outros serviços” (I14).*

De facto, *“mesmo que não se passe tudo, está lá tudo escrito. Se a gente olhar para o plano com cuidado, e não leva muito tempo a olhar para o plano, percebemos a globalidade do doente (exames, dieta, cuidados ao doente...). É muito benéfico.” (F10).*

Contudo, a partilha de informação não se deveria limitar a promover a continuidade dos cuidados entre serviços que compõem uma determinada unidade de saúde. A informação deveria transpor esta unidade hospitalar e chegar às outras unidades de saúde que compõem o SNS, pois, assim, *a equipa de saúde que está responsável pelo doente, quer seja no hospital, quer seja no centro de saúde, quer seja no domicílio ou num centro de reabilitação, acaba por ter acesso a tudo (H23).*

Lamentavelmente, a articulação entre os diferentes contextos de cuidados de saúde não é ainda uma realidade muito presente, sendo que *“a troca de informação entre os serviços de saúde é escassa ou inexistente (...) e o acesso à informação não é extensivo a todos os profissionais de saúde, de forma rápida e eficaz” (Sousa, 2005: 55).* Além disso, *“lá fora, temos alguma incompreensão por parte de alguns colegas que não conhecem este sistema, que não estão familiarizados com este tipo de linguagem” (B11).*

De facto, estas lacunas prejudicam a tomada de decisão na continuidade de cuidados entre os diferentes contextos das práticas, na medida em que não responde às necessidades de informação sentidas pelos enfermeiros, em tempo útil. Aguarda-se, portanto, a concepção de uma *“base de dados integrada, no sistema de saúde. Desde que o programa seja bem concebido, todos esses critérios são preenchidos: se houver um SI, com uma base de dados integrada, em que todos os serviços estejam integrados, sem dúvida que contribui para a continuidade e para a segurança dos cuidados”* (H22).

No âmbito da continuidade dos cuidados, não podíamos deixar de referir o depoimento de dois participantes neste estudo, os quais referem de que modo o incumprimento da alínea d) do artigo 83º, do Código Deontológico do Enfermeiro, pode condicionar a continuidade e a qualidade dos cuidados.

Primeiro, considerando que o enfermeiro *no respeito do direito ao cuidado na saúde ou doença, assume o dever de (...) assegurar a continuidade dos cuidados, registando **fielmente** as observações e intervenções realizadas*, não podemos permitir que os enfermeiros *“cliquem para ficar clicado”* (D5). Em cada turno, do plano de trabalho constam as intervenções e acções de enfermagem previamente planeadas, as quais, no final do turno ou no decorrer deste, devem ser assinaladas como executadas ou não executadas, sendo, neste último caso, obrigatório justificar a razão pela qual determinada intervenção/acção de enfermagem não foi realizada. A referida inquirida apela à responsabilidade e honestidade dos profissionais, dizendo que é necessário *“Chegar aqui e clicar e ter a consciência de que se fez”* (D5), de forma a que as intervenções/acções assinaladas como realizadas tenham sido de facto implementadas e que, por isso, possamos concluir que os ganhos em saúde obtidos decorrem dessas mesmas intervenções/acções de enfermagem. Deste modo, estaremos a colaborar para a veracidade da informação, a qual constituirá o ponto de partida para a definição e/ou reformulação dos planos e políticas de saúde.

Segundo, tendo em conta que *“agora, as pessoas já conseguem fazer um plano mental “para este tipo de cirurgia, quais são fenómenos mais frequentes?”* (E18), não podemos consentir que *“esqueçam tudo o resto”* (E18). Esta questão foi identificada quando o enfermeiro responsável pelas auditorias aos registos de enfermagem no respectivo serviço procurou comparar os registos efectuados no SAPE com a informação transmitida na passagem de turno. Verificou, então, que os diagnósticos de enfermagem do âmbito da Pessoa (CIPE®, versão β2) eram subvalorizados ao nível dos registos no SAPE, referindo que *“sabem dizer que ele estava a chorar, estava triste, mas não registam”* (E18). Pelo exposto, a continuidade dos cuidados pode ser comprometida, pelo

que emerge a necessidade de alertar os profissionais para estas questões, de forma a que estes considerem uma mudança de atitude que promova a efectiva continuidade dos cuidados.

Segurança dos cuidados

Os clientes e famílias têm direito a cuidados seguros, pelo que a segurança deve constituir uma preocupação fundamental dos profissionais e das organizações de saúde.

O desenvolvimento da segurança implica um conjunto de medidas, que vai desde *o recrutamento, a integração e a fixação dos profissionais, a melhoria do desempenho, as medidas de segurança ambiental e a gestão de risco e isto juntando um corpo de conhecimento científico focado na segurança da pessoa e nas infra-estruturas necessárias para o garantir* (Nunes, 2006; 6-7).

A organização e acessibilidade da informação proporcionadas pelo SAPE tem permitido que *“nos vamos apercebendo de lacunas e vamos adequando os cuidados”* (J12). Mensalmente, em todos os serviços implicados neste estudo, são efectuadas auditorias aos registos efectuados, as quais têm promovido a melhoria dos registos efectuados, bem como a detecção dos erros e problemas.

Uma das participantes neste estudo considera que os resultados destas auditorias têm servido apenas para culpabilizar os enfermeiros, quando afirma que *“sou acusada por tudo e por nada. Há dias, por ter posto nas atitudes a monitorização nos três turnos e, depois, eles só queriam no turno da manhã, lá veio o chefe “a vermelho”. E foi alguém do grupo da auditoria.”* (J20).

Outros três participantes, por sinal responsáveis pela realização das auditorias aos registos de enfermagem nos respectivos serviços, referem que se procura desenvolver uma cultura de responsabilização, transparência e comunicação proactiva. Consideram que identificar e informar os erros, assim como formular algumas sugestões, constitui um passo para a redução dos erros e melhoria contínua da qualidade.

Embora não tendo sido referido pelos entrevistados, não pretendemos terminar sem referir um aspecto de extrema importância que pode comprometer a segurança dos cuidados. Este aspecto é aponte pelo IGIF Porto (Silva et al, 2008), quando reconhece que o facto de não existir uma integração automática das prescrições médicas do SAM para o SAPE (como a medicação, atitudes terapêuticas, prescrição de exames, análises e dieta), obriga a que o enfermeiro proceda à transcrição dessas mesmas prescrições, de forma a contemplar, no seu plano de trabalho, todas as tarefas a realizar. Assim, além da

duplicação de registos que torna o processo mais moroso, existe ainda um risco acrescido resultante do possível erro na transcrição da prescrição, principalmente no que respeita à medicação.

Limitações

Tal como foi referido no enquadramento teórico deste estudo, reconhece-se que, actualmente, o SAPE está tecnologicamente ultrapassado e que há necessidade de o adaptar à nova versão da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 1.0.

Sousa (2005) considera que esta necessidade de adaptação à nova versão deve ser encarada como um bom pretexto para a reflexão e discussão sobre as práticas, cujos momentos fomentarão a auto-identificação das necessidades de formação dos enfermeiros.

Este investigador participou na inclusão da CIPE® versão beta 2 e parametrização dos conteúdos por unidade de cuidados no SAPE, no contexto dos Centros de Saúde, em detrimento das versões da CIPE® anteriormente empregues. Segundo ele, desencadearam-se espaços de discussão e reflexão, procurando proceder a alguns reajustes, nomeadamente ao nível da definição de juízos diagnósticos e intervenções de enfermagem face aos fenómenos de enfermagem mais frequentes na prática clínica, da redefinição da parametrização dos conteúdos por unidade de cuidados.

Contudo, cerca de 20% dos inquiridos mostram-se cépticos quanto à implementação do SAPE. Consideram que, se as entidades governamentais perspectivam outras mudanças, que podem passar pela concepção de um sistema de informação integrado, que utilize a versão 1.0 da CIPE®, então todo o investimento desenvolvido em torno da implementação do SAPE foi e continua a ser inútil. Pensamos que esta posição está relacionada com *“a desactualização constante dos profissionais (...) pois hoje estamos a trabalhar com SAPE, daqui a alguns dias aparece outro programa, que nos troca as voltas, e temos necessidade de começar tudo de novo”* (H23), situação capaz de ameaçar a auto-estima do indivíduo e gerar insegurança no seio do grupo.

Em contraposição, uma grande percentagem dos inquiridos admite as limitações do SAPE, mas considera que, no mercado tecnológico, é a aplicação informática mais consistente e, por isso, há que tirar partido das suas potencialidades no sentido de promover a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

Outra limitação referida pelos inquiridos prende-se com o *“facto de o sistema informático ser falível e, portanto, pode acontecer que alguma informação fique indisponível para consulta durante um período de tempo ou mesmo perder-se definitivamente.”* (G16), afectando a disponibilidade dos dados e, conseqüentemente, a continuidade e segurança dos cuidados. Por conseguinte, sugerem o planeamento de alternativas, no sentido de garantir o funcionamento contínuo da aplicação informática, se se verificarem falhas ao nível da energia eléctrica e/ou nos serviços de rede.

2.3. Que conhecimentos?

Independentemente do acto profissional, exige-se por parte do enfermeiro uma acção profissional fundamentada no conhecimento teórico-prático aprofundado dos instrumentos a utilizar, das técnicas a desempenhar. A aplicação das soluções tecnológicas oferecidas pela ciência da computação não constitui uma excepção, pelo que se recomenda uma impreterível capacitação profissional, que integre conhecimentos técnico-científicos da ciência da computação e do próprio SIE a ser utilizado.

Para a Ordem dos Enfermeiros Portuguesa, a enfermagem é a *“profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”* (Ponto 1 do Art.º 4º do Decreto-Lei n.º 161/96, de 04 de Setembro, com nova redacção dada pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril).

Por outro lado, os cuidados de enfermagem são definidos como *“as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais”* (Ponto 4 do Art.º 4º do Decreto-Lei n.º 161/96, de 04 de Setembro, com nova redacção dada pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril).

Para Meleis, a disciplina de enfermagem compreende conteúdos e processos que permitem conceber, concretizar e avaliar os cuidados de enfermagem, bem como a administração, o ensino, a política ou mesmo a consultadoria. A autora acrescenta que a disciplina de enfermagem também inclui teorias próprias para descrever, explicar e prescrever, assim como evidências de investigação relacionadas com os fenómenos de enfermagem e dimensões de disciplina adjacentes na área da saúde (Meleis, 1991).

Os cuidados de enfermagem, complexos que articulam múltiplas dimensões, geram quantidades significativas de informação. Por vezes, aparentam ser “*pequenas coisas*”, mas a sistematização do conjunto de informação remete para realidades complexas que exigem “*grande atenção*” (Hesbeen, 2001). É a partir da valorização da utilidade clínica de todas essas “*informações parciais*” que tem sentido falar em sistemas de informação, espaços que agregam informação de forma sistematizada, organizada, pertinente e coerente, tendo em vista a prestação de cuidados com qualidade.

O que acaba de ser explanado é corroborado pelas declarações dos inquiridos, os quais referem que, dada a especificidade do aplicativo informático utilizado, é de fundamental importância “*conhecer os passos de cada uma das etapas do SAPE*” (E19), para garantir não só a fidedignidade da base de dados, mas também a permanência e plena utilização das mesmas.

De um modo geral, percebemos que a arquitectura do SAPE não constituiu um obstáculo à sua implementação neste departamento. “*Numa fase inicial, nem sempre foi fácil. Não tinha ainda muito presente toda a estrutura do sistema.*” (F14), mas “*hoje, já temos o sistema mecanizado*” (B14), situação coadjuvada pelo recurso a ícones de acesso às diferentes partes que compõem o sistema.

O aplicativo SAPE utiliza a linguagem CIPE® para descrever para a prática de enfermagem. O estabelecimento de uma linguagem comum para descrever a prática de enfermagem, entre outras vantagens:

- Facilita a comunicação entre os enfermeiros, anulando interpretações dúbias;
- Possibilitou a padronização do processo de recolha dos dados, o que permite uma análise mais rápida, rigorosa e com menor custo, dos mesmos.

Na medida em que a linguagem CIPE® passou a constituir um instrumento de trabalho, “*toda a gente investiu nessa linguagem, porque, no fundo, era o que todos falavam*” (B12). Contudo, “*gera algumas discussões*” (I17).

De um modo geral, os entrevistados compreendem e sabem aplicar as orientações preconizadas pelo ICN para a composição de diagnósticos e intervenções de enfermagem.

A dificuldade reside no facto de “*a linguagem ser muitas vezes ambígua*” (F13), isto é, “*às vezes, na prática, temos uma noção do foco, que é diferente da definição que está na CIPE®, às vezes, não tem nada a haver*” (K8). Por esta razão, “*a necessidade de obter consenso [ao nível da identificação dos diagnósticos e construção de intervenções] obrigou muitas vezes a discutir*” (B13), mas nem sempre tem sido um processo fácil. Assim, consideram que “*é importante que muitas decisões sejam tomadas pelo grupo e*

não pelo indivíduo” (I17), e por *grupo* entenda-se todos os enfermeiros que utilizam a CIPE® para descrever a sua prática, de modo a que todos utilizem os mesmos termos para descrever as mesmas realidades.

Dois entrevistados apontam, ainda, que na base do sucesso da utilização do SAPE está o desenvolvimento de um pensamento crítico-reflexivo, o qual conferirá ao enfermeiro capacidade de inovar, descobrir e se adaptar a este novo instrumento de trabalho, bem como capacidade de reconstruir o saber e de o comunicar.

2.4. Que competências?

A implementação de um sistema de informação constitui um processo de aprendizagem, que implica o desenvolvimento de novas competências e baseia-se na partilha de informações e experiências entre profissionais responsáveis pela concepção e gestão do sistema de informação, utilizadores do sistema e gestores.

Segundo Ruas (2001), o termo competência diz respeito ao conjunto das atitudes (saber ser/agir), conhecimentos (saber) e aptidões (saber fazer), necessários ao desempenho efectivo no processo de implementação de sistemas de informação.

Para McClelland (1973, cit. por Cidral, 2003), uma competência é uma característica que pode ser observada comportamentalmente, o que permite a sua descrição, análise, avaliação e desenvolvimento. Malglaive (1995) invoca o termo competência, para descrever um processo multidimensional, tanto individual como colectivo, subordinado a um determinado contexto e projecção da acção.

Sendo a enfermagem revestida de conhecimento prático, *“uma profissão em que a própria prática conduz necessariamente à criação de um conhecimento específico e ligado à acção, que só pode ser adquirido através do contacto com a prática, pois trata-se de um conhecimento tácito, pessoal e não sistemático”* (Clandinin, 1986: 20), as competências só podem ser verificáveis e concretizadas no contexto da acção clínica, que dá corpo à prática profissional e ao saber agir. O saber agir não consiste apenas em saber travar um incidente, mas também em saber antecipá-lo. Saber agir é saber interpretar, é saber o que fazer, é saber julgar, é saber reagir (Le Boterf, 1997).

Da análise das respostas obtidas durante as entrevistas, verifica-se que três competências são unanimemente apontadas como fundamentais para o sucesso na utilização dos SIE:

Técnicas

Do estudo de Teixeira (2006), pode verificar-se que o contacto prévio com a TIC facilita a interacção com o SI, pois esse implicou o desenvolvimento das competências técnicas ao nível da sua utilização.

Numa era em que o uso das TIC se estendeu em larga escala a vários domínios, uma grande parte dos entrevistados, mais especificamente 75%, refere utilizar frequentemente o computador fora do contexto hospitalar, facto que apontam como importante em relação a uma melhor adaptação e aceitação do SAPE. De salientar, *“primeiro, têm que ter conhecimentos de informática. Muitas pessoas não tinham sequer experiência de trabalhar com computadores, quanto mais com um programa tão específico”* (E19).

Os restantes entrevistados, que *“na altura, não funcionava[m] muito com o computador”* (J15) ou *“nunca tinha[m] visto um computador à frente”*(D8), consideram que a reduzida experiência ao nível da utilização do computador constituiu um obstáculo ao sucesso na implementação e utilização do SAPE.

Saber cuidar

Diariamente, os enfermeiros são confrontados com desafios inesperados: mudanças súbitas no estado de saúde de um doente, prioridades que entram em conflito, eventos adversos. De que modo estes profissionais respondem a estes desafios?

Actualmente, os enfermeiros têm procurado reflectir sobre a sua prática clínica e incorporar os resultados da investigação em enfermagem, em detrimento de uma atitude meramente tecnicista, que evidencia a necessidade de cuidados interdependentes, centrados essencialmente na doença.

O exercício profissional dos enfermeiros centra-se na promoção da saúde, prevenção da doença e promoção dos processos de readaptação, através da satisfação de necessidades humanas fundamentais e estímulo da máxima independência na realização das actividades de vida. Os cuidados de enfermagem centram-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas e desenvolvem-se ao longo de todo o ciclo vital destes.

No âmbito do seu exercício profissional, os enfermeiros inserem-se num contexto de actuação multiprofissional. Por isso, as acções de enfermagem interdependentes, as quais decorrem da tomada de decisão de outro técnico da equipa e na qual o enfermeiro

assume a responsabilidade da sua implementação, não podem ser menosprezadas, mas o seu exercício autónomo tem vindo a ser valorizado.

A tomada de decisão do enfermeiro implica uma abordagem sistémica e sistemática. Passa pela identificação das necessidades e/ ou problemas relevantes para a sua prática, ao que se segue o planeamento das intervenções de enfermagem susceptíveis de produzir ganhos em saúde.

A implementação de um SIE veio agilizar o processo da tomada de decisão em enfermagem. A organização e acessibilidade dos dados conferida pelo SIE em suporte electrónico permitem uma análise dos dados, em tempo real, subsidiando oportunamente o planeamento e intervenção em saúde.

Contudo, o SIE constitui apenas um instrumento de trabalho, na medida em que o enfermeiro apenas mobiliza para a aplicação informática o seu processo de pensamento, desde a identificação dos diagnósticos de enfermagem, planeamento das intervenções de enfermagem até aos resultados sensíveis aos cuidados prestados, conferindo-lhe organização.

É preciso *maturidade profissional* (J14), de modo evitar a perpetuação de rotinas, protocolos e automatização do processo de registo, muitas vezes desajustados ao contexto local. *Bons cuidados* significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, procurando-se os mais elevados níveis de qualidade do exercício e da satisfação dos clientes (OE, 2003: 7).

Relativas à atitude

Na conjuntura actual de mudanças induzidas pela implementação de um SIE em suporte electrónico, os enfermeiros percebem a necessidade de desenvolver um conjunto de competências, tendo sempre em vista a excelência do exercício. “*Manter-se actualizado*” (H24) é, pois, condição *sine qua non* para um bom desempenho, qualquer que seja o SIE seleccionado (Alínea c), artigo 88.º do Código Deontológico do Enfermeiro).

De acordo com as opiniões dos entrevistados, os momentos de formação definidos e proporcionados pela instituição nem sempre tiveram em consideração os diferentes ritmos de aprendizagem, pelo que, para além dessa formação, permaneceram algumas dificuldades ou surgiram outras pontualmente. Impossibilitados de garantirem a

disponibilidade do formador 24h/dia, foram os colegas melhor informados e mais habilitados, que proporcionaram a orientação necessária.

Neste sentido, a abertura e a disponibilidade para o trabalho em equipa contribuíram grandemente para o sucesso da implementação do SIE.

2.5. Modalidades e momentos de formação em contexto de trabalho

Os enfermeiros desenvolvem a sua actividade profissional num contexto social muito complexo, onde se cruzam as lógicas dos clientes, dos gestores e dos profissionais de saúde. Abreu (2003: 21) acrescenta ainda que o contexto de trabalho dos enfermeiros se encontra em *profunda mutação*, facto decorrente das alterações sistemáticas ao nível dos conhecimentos científicos e das formas de gestão e organização.

Sá-Chaves (2000a: 96) introduz aqui a *inevitável desactualização permanente*, caracterizada por uma *emergência contínua de novo conhecimento, bem como a sua quasi-instantânea divulgação e consequente facilitação no acesso*. Esta questão torna-se ainda mais inquietante, se pensarmos na enorme quantidade de informação continuamente disponibilizada, a qual compromete a capacidade de processamento na íntegra, por cada indivíduo.

Estamos certos, portanto, de que a maioria dos conhecimentos adquiridos na formação inicial estão desactualizados ou incompletos, o que confere extrema complexidade aos processos formativos e total instabilidade e imprevisibilidade relativamente às condições futuras do exercício profissional. Consequentemente, é de todo impossível planear formações do tipo *standard*, para contextos diferenciados e singulares.

Quanto ao nível de formalização da formação, Canário (1999) considera o processo educativo como um continuum que inclui e articula:

- um nível formal cujo protótipo é a formação fornecida pela escola, que pressupõe a existência de processos avaliativos e certificação e que se baseia na assimetria professor-aluno;
- um nível não formal baseado vulgarmente no funcionamento da organização e caracterizado pela flexibilidade de horários, programas e locais, em que há a preocupação de construção de situações educativas, embora não estruturadas como tal;

- um nível informal que se baseia em todas as situações potencialmente educativas, até não conscientes nem intencionais, correspondendo a situações pouco ou nada estruturadas e organizadas.

Na medida em que, em Portugal, as discussões em torno da necessidade de conceber os SIE, se acentuaram no final do século XX e princípio do presente século, logo se depreende que a maior parte dos enfermeiros em actividade não teve qualquer contacto com os SIE durante a sua formação inicial, o que remete a formação para o espaço de trabalho e, por vezes, momentos não estruturados, como momentos formais. Esta conjectura foi confirmada pelas entrevistas realizadas, tendo-se verificado que apenas um enfermeiro contactou com o SAPE na sua formação inicial e dois enfermeiros já haviam contactado com outro SIE, contudo esse contacto decorreu já na sua actividade profissional.

Tal como aponta Alarcão (1997: 7, cit. por Sá-Chaves, 2000a: 97), *cada ser humano trilha o seu próprio percurso de formação, fruto do que é e do contexto vivencial que lhe permite que seja, fruto do que quer e do que pode ser.*

Constituindo uma opção estratégica, no âmbito da promoção da excelência/eficiência na prestação de cuidados, a instituição em estudo objectivou impulsionar fortemente o desenvolvimento das tecnologias, por forma a dotar o Serviço de Enfermagem de um sistema informático de documentação dos cuidados de enfermagem (SAPE), capaz de, face a indicadores pré-definidos, demonstrar a existência de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Assim, anteriormente à implementação do SAPE nos serviços, todos os serviços integraram um plano de formação, de cariz formal e obrigatório, tendo em vista a transmissão de conhecimentos e o desenvolvimento competências que concorressem para o sucesso na utilização do aplicativo informático. Posteriormente, à medida das suas necessidades, cada serviço foi reformulando o seu plano de formação em serviço, procurando que todos esclarecessem as suas dúvidas, apresentassem sugestões no sentido da optimização do SAPE e acompanhassem a sua evolução.

Simultaneamente, necessidades pessoais e pontuais despoletaram o cruzamento de abordagens não formais com modalidades informais de formação, numa via que conduziu à autonomia e capacidade de, livre e responsabilmente, desempenhar os seus deveres.

Formação formal

Os serviços que compõem o departamento em estudo integraram o plano de formação projectado pela instituição em momentos distintos. O Serviço de Cirurgia 3, juntamente com os serviços de Medicina 1D e UCIP (pertencentes a outros departamentos do hospital), constituiu o grupo-piloto, em Maio de 2002. Tratando-se dos primeiros actores a contactar com o SAPE nesta instituição, compreende-se que o seu processo de desenvolvimento profissional tenha sido mais moroso, pelo que recorreram inclusive à experiência de outras instituições (serviço de Cirurgia C da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE), de forma a partilhar as suas dificuldades, perceber o percurso percorrido pelos colegas e discutir soluções/alternativas estratégicas para os obstáculos encontrados.

Todos os enfermeiros participaram obrigatoriamente numa formação de 90 (elementos que compuseram o grupo-piloto) ou 60 horas (restantes elementos), distribuídas ao longo de três a cinco meses, ocupando sensivelmente um dia por semana.

A equipa de formadores era composta por enfermeiros que desempenhavam a sua actividade profissional no Hospital Padre Américo – Vale do Sousa. Neste hospital, a implementação do SAPE já havia decorrido há algum tempo, pelo que se entendeu que estes enfermeiros, seguramente mais experientes e informados no âmbito dos SIE, poderiam orientar outros no seu desenvolvimento humano e profissional.

A formação contemplou dois momentos:

- Componente teórica, dedicada à apresentação, fundamentação e exposição dos princípios orientadores da utilização da CIPE®, bem como à introdução da estrutura do SAPE. Um entrevistado lamenta que não tenha sido contemplada a apresentação do percurso que levou à concepção do SAPE, referindo que *“faltou as bases: como é que se chegou lá, como se chegou ao SI em si... Apresentaram-nos CIPE® e o SAPE, mas eu nunca percebi como é que se chegou lá”* (H10);

- Componente prática. Aponte por todos como a parte mais relevante para a utilização efectiva do sistema, lamentando, por isso, que a esta componente tenha sido dedicado um menor número de horas de formação, no total das 90 horas referidas. Este desejo de conferir um maior número de horas à componente prática vai de encontro ao que nos diz Freire (2001): a teoria implica uma contextualização na realidade, uma aproximação analítica com o real, para poder comprová-lo e vivê-lo plenamente.

Nesta parte prática, beneficiaram com a possibilidade de interacção com o programa, na sua versão teste. A partir da apresentação de situações hipotéticas, os enfermeiros eram orientados pelos formadores, no sentido de documentar essas situações no SAPE. Preconizava-se que os formadores apresentassem as linhas orientadoras e fundamentais na utilização deste SIE, contudo sem procurar dar um receituário de soluções que permitisse a elaboração de planos de cuidados standard. Formadores e formandos procuravam interagir, no sentido de que aos formandos fosse esclarecida a complexidade do SIE e eles percebessem o seu dinamismo, passo essencial à posterior procura de soluções adequadas caso a caso. De igual modo, não pretendiam desvalorizar a experiência clínica dos intervenientes, pois *“quem deu a formação, pode não ter pensado em tudo; só em conjunto é que se pode chegar a alguma conclusão”* (F9).

Após esta formação, os serviços enveredaram pela elaboração de um *padrão de documentação de enfermagem*, o qual constituiu um SIE em suporte de papel. A sua elaboração teve como ponto de partida a arquitectura e linguagem preconizadas pelo SAPE, pretendendo-se que os enfermeiros se familiarizassem com estas. Deste modo, estar-se-ia a contribuir para que, no momento da utilização oficial do SAPE, os enfermeiros fossem correctos e eficazes na documentação dos cuidados prestados.

Simultaneamente, cada serviço dividiu a sua equipa de enfermagem em grupos de trabalho, a fim de identificarem os focos de atenção mais frequentes no respectivo serviço, bem como as intervenções de enfermagem mais comumente implementadas, trabalhos que culminaram na parametrização do SAPE para cada serviço.

A esta altura, os esforços partiam basicamente dos profissionais desta instituição, embora outros enfermeiros, externos à instituição e/ou ligados à docência em enfermagem, tivessem verbalizado disponibilidade para dar o seu contributo a este nível.

Finda esta fase, procedeu-se à introdução progressiva dos dados no SAPE. Numa fase inicial, os dados eram duplamente registados, procurando-se que, de facto, nenhum dado importante fosse perdido. Assim que os gestores deste processo consideraram que estavam adquiridas as competências necessárias à utilização do SAPE, este foi efectivamente implementado.

Realmente, a recomendação do IGIF dirige-se nesse sentido: numa fase inicial, não devem procurar efectuar os registos relativos a todos os doentes; devem, antes, começar por um ou dois doentes. Deve ser um processo faseado. Nos primeiros dois meses, pode verificar-se um caos, mas depois o computador passa a ser uma ferramenta de trabalho e não um drama (Silva et al, 2008).

Os inquiridos consideram que o tempo que mediou a formação inicial, a utilização do padrão de documentação de enfermagem e a utilização exclusiva do SAPE, foi muito prolongado, tendo contribuído para que a destreza adquirida inicialmente ao nível da utilização do SAPE (versão teste) tivesse sido comprometida. Atentemos o seguinte depoimento:

“Eu sempre fui contra o padrão de papel, penso que devíamos passar o menos tempo possível pelo papel, porque se iria ficar e se íamos entrar sempre em contacto com rato do computador, era no computador que tínhamos que treinar. Treinávamos logo muito mais. Eles não concordaram... Estivemos algum tempo com o papel, acho que resultou bem, as pessoas foram identificando um pouco a linguagem, foram-se identificando elas próprias com o meio que utilizavam para trabalhar essa linguagem.”
(L11)

Para além da formação inicialmente concedida, no início do ano, cada serviço, na pessoa do formador em serviço, elabora o seu projecto de formação em serviço com base nas propostas temáticas dos elementos da equipa de enfermagem. Estes planos de formação em contexto de trabalho são, posteriormente, analisados pelo Departamento de Ensino, Formação e Investigação, sob o ponto de vista da sua pertinência para o desempenho da instituição e respectivos profissionais.

Dada a imprevisibilidade das interrogações dos intervenientes neste processo, sabe-se que, mensal a bimestralmente, está reservado um momento de discussão de aspectos relacionados com a CIPE®/SAPE, muitas vezes impulsionado pela apresentação e análise de casos. Podemos afirmar que os enfermeiros se empenham como investigadores e formadores em serviço, embora verbalizem dificuldades, como a falta de tempo disponível para conciliar a prática clínica com a educação profissional. Toda a formação em serviço programada é convenientemente divulgada, pelo que todos são convocados.

Por vezes, tem-se verificado uma baixa adesão a estas acções formais de educação permanente, facto que os enfermeiros relacionam com a dificuldade em ajustar os tempos de formação com a prestação de cuidados e a falta de incentivos institucionais:

“Houve várias formações em serviço ao longo desse intervalo de tempo, que calhavam sempre nas minhas folgas e que, por isso, não estive presente em muitas.”
(F9)

Formação informal e não-formal

Determinada a utilização exclusiva do SAPE, a maior parte dos serviços optou por disponibilizar uma “capa” (J10), num local acessível a todos os enfermeiros, na qual todos poderiam registar as suas dúvidas e sugestões, bem como consultar as orientações do grupo responsável pelas auditorias aos registos de enfermagem, sempre no sentido da optimização do sistema. Esta foi uma estratégia encontrada para permitir colmatar o facto de não ser possível manter, no serviço, durante 24 horas, um elemento mais informado, capaz de responder às solicitações dos colegas, em tempo real.

De igual modo, as conversas informais, muitos frequentes nos momentos de trabalho, permitem a troca de experiências e conhecimentos, sobretudo se os colegas se encontram melhor informados. Estes são aqueles que:

- Pelo interesse pessoal em torno dos SIE, tentaram as mais variadas formas de formação contínua (seminários, congressos, etc.) ou apostaram numa formação autodidacta e/ou

- Tendo desenvolvido a sua actividade laboral noutras instituições, beneficiaram de outros projectos de formação relativos à implementação do SAPE.

Sem dúvida, estes enfermeiros são considerados por todos os inquiridos como uma mais-valia para os serviços, pela transmissão de conhecimentos teórico-práticos.

“Havia uma colega da Cirurgia 3, que veio cá uma vez ou duas, informalmente, para algumas noções. Mas, formações, formações, as pessoas iam procurando e nós temos um elemento que estava, na altura, em recibo verde aqui e que estava também no H. Pedro Hispano, que também foi fazendo formação informal às pessoas.” (K6)

“Aqueles que percebiam mais, explicavam àqueles que percebiam menos. Aquele que sabia mais de uma coisa e menos de outra, depois era colmatada essa falha com outro colega, que sabia mais daquela parte e menos da outra. Quem sabia um bocadinho era o enfermeiro-especialista, que esteve bastante envolvido no desenvolvimento do padrão.” (L21)

Com a implementação do SIE nos serviços, emergiram várias dúvidas ao nível da utilização da CIPE®/SAPE e até necessidades de proceder a ajustes do sistema às próprias características de cada serviço. Contudo,

“Foi um processo totalmente nosso. Deram-nos a formação, ela disse que, quando precisássemos, lhe ligássemos, mas nunca mais foi um processo acompanhado. Depois foi uma coisa nossa, muito autodidacta, toda gente teve que caminhar por si, aprender por si, nós próprios tivemos que desenvolver mecanismos para aprender.” (L10)

As passagens de turno foram muito valorizadas pelos entrevistados, tendo sido consideradas momentos privilegiados de formação, com importância fulcral ao nível do desenvolvimento pessoal e profissional.

“Na passagem de turno, íamos discutindo e mesmo entre colegas. Foram oportunidades importantes, para esclarecer dúvidas.” (F9)

“Nas passagens de turno eram bastante discutidos, cada punha as suas ideias, punha aquilo que achava melhor, para o futuro e para nós.” (L14)

Nestes momentos, os enfermeiros questionam e procuram soluções para situações concretas que, pelo seu significado, atraíram a sua atenção e mereceu a sua análise reflexiva. Estão conscientes de que, na medida em que o *“programa em si, porque também tem as suas imperfeições”*, encontram *“ali obstáculos que têm de ser diluídos com o tempo”* (L12).

Tratando-se de momentos de formação formal, informal ou não formal, convém salientar que, para além de promoverem o desenvolvimento de competências essenciais ao êxito na utilização dos SIE, tais momentos visam ainda a uniformização ao nível da documentação dos cuidados de enfermagem prestados, a qual constitui condição essencial à projecção de tendências sobre prestação de cuidados de enfermagem, gestão dos recursos disponíveis em função das necessidades diagnosticadas, desenvolvimento do conhecimento em enfermagem e satisfação dos padrões de qualidade.

Enquanto parte integrante de uma unidade de cuidados e, de uma forma global, da instituição hospitalar, os enfermeiros são influenciados através da formação para

mudanças individuais, as quais se repercutirão na organização. Neste sentido, a formação deve ser entendida como um vector de mudança (Dias, 2004).

3. DINÂMICAS E COMPETÊNCIAS SUPERVISIVAS

O desenvolvimento da tecnologia e as frequentes alterações que daí advém, nomeadamente ao nível do conhecimento e competências pessoais, erguem um conjunto de questões relacionadas com a necessidade de adaptação a estas rápidas mudanças, de novas aprendizagens. Neste contexto, cabe ao supervisor sustentar o desenvolvimento pessoal e profissional, através da reflexão e aconselhamento, da promoção da integração das experiências práticas com o conhecimento teórico e do apoio emocional (Bond e Holland, 1998; Žorga, 2002).

Nesta instituição, palco do nosso estudo, não se pratica a SCE da forma como é descrita e estruturada pelos autores consultados. No entanto, encontramos nos depoimentos dos intervenientes no estudo referências importantes a práticas supervisivas.

3.1. Supervisão e estilos de relação supervisiva

À luz do pensamento de Alarcão e Tavares (2003) e Brocklehurst (1997, cit. por Abreu, 2002), o êxito do processo supervisivo depende da qualidade da relação estabelecida entre supervisor e supervisando. Consideram, portanto, que deve assentar num ambiente favorável, caracterizado pela reciprocidade, entreaajuda, abertura, espontaneidade, autenticidade, cordialidade, empatia, colaboração e solidariedade.

Sloan (1999) alerta também para o facto de, embora a maior parte dos modelos de SCE prestarem especial atenção às características do supervisor (Ellis, 1991), na prática estas nem sempre são consideradas, tendo em vista o sucesso do processo de supervisão.

O supervisor

Quando procuramos conhecer a figura do supervisor, a maior parte dos estudos consultados situa-se, essencialmente, na supervisão de alunos em ensino clínico. Contudo, interpretando esses estudos no contexto deste estudo, julgamos pertinente apresentar o contributo de Rauen (1974, cit. por Carvalhal, 2003): este autor considera que o supervisor assume uma tríade de papéis: professor, enfermeiro e pessoa.

Catmur (1995, cit. por Sloan, 1999) considera que constituem características do supervisor as capacidades de comunicação, competências de apoio e conhecimentos especializados.

Neste estudo, os entrevistados percebem a figura do supervisor como aquele que é responsável pela gestão dos departamentos.

Quando questionados sobre a existência de uma figura responsável pelo apoio, suporte e/ou consulta ao nível da utilização dos SIE, no serviço, departamento e instituição, numa fase inicial muito preponderante, a resposta foi peremptória:

“A nível do serviço não existe uma pessoa... é essa a grande dificuldade, porque isso no Pedro Hispano isso não acontecia. Eles já tinham ou o enfermeiro-chefe ou especialista que já tinham uma formação muito maior e, então, qualquer dúvida que tinhas, podias perguntar a eles.” (E23)

“Eles estão dispostos a ajudar, mas, no momento, no dia-a-dia, não temos ninguém.” (E26)

“Não tivemos uma figura de referência, a tal pessoa teórica que, às vezes, faz falta para nos pôr no carril correcto.” (H29)

“Seria o ideal, centralizar nessa pessoa as dúvidas do departamento. Eu posso ter uma dúvida aqui no serviço de Cirurgia 3, às tantas na Urologia é mesma e na medicina; depois, andamos três serviços a discutir a mesma coisa e, quando um chega a uma conclusão, outro chega a outra e outro a outra. Pelo menos, encaminhávamos para uma pessoa, ela apercebia-se que existia um problema em alguns serviços, até reparava que algum serviço nem tinha reparado que aquele problema existia, e chegar a um consenso.” (H31)

Nas palavras de Abreu (2002), o supervisor clínico não pode ser imposto pela organização, na medida em que a SCE é um processo contratual aceite por ambas as partes, nem deve estar comprometido com a hierarquia organizacional e deve, obrigatoriamente, desenvolver a prática clínica.

De facto, alguns inquiridos referem que, espontaneamente, alguns elementos da equipa de enfermagem começaram a desempenhar, de certo modo, a função de supervisor clínico. Para tal, contribuíram:

- Conhecimentos especializados no domínio da utilização dos SIE, resultantes, tal como foi referido anteriormente, quer da experiência anterior noutras instituições de saúde, quer de processos de formação autodidacta. Nesta última situação, destacamos,

essencialmente, os enfermeiros-chefes e os enfermeiros-especialistas. O enfermeiro-chefe, e muitas vezes o enfermeiro-especialista em sua substituição, responsáveis pela coordenação das actividades desenvolvidas no serviço, tem o dever de, gerindo adequadamente os recursos disponíveis, exigir a máxima qualidade ao nível do desempenho dos seus enfermeiros subordinados e, recorrendo às palavras de um elemento entrevistado, *“quem não sabe, não pode exigir”* (E24).

- Desenvolvimento de um clima de entreajuda e solidariedade.

Actualmente, a criação dos grupos responsáveis pela realização de auditorias aos registos efectuados veio facilitar a identificação de figuras-chave ao nível da orientação e consulta para a utilização eficaz dos SIE:

“Há duas colegas que andam sempre a trabalhar sobre isso. (...) São as “salvas-vidas”. Posso não ir às reuniões, mas quando elas chegam pergunto logo o que é que disseram lá.” (D12,13)

“Têm-nos acompanhado bem. Se temos qualquer dúvida, esclarecem-nos na altura ou, se não sabem, vão procurar.” (I19)

Nos seus discursos, os entrevistados atribuem ao supervisor os seguintes papéis:

- Facilitar a aprendizagem;
- Negociar;
- Co-gerir a formação;
- Co-experimentar o SI;
- Co-observar;
- Co-avaliar.

Moreira (2004), resultante do seu estudo, acresce dois outros papéis de extrema importância:

- Estimular a investigação na sua área profissional;
- Ser um investigador em supervisão e em didáctica.

Intervenção autoritária

Segundo os modelos desenvolvidos por Heron (2001) e Glickman (1980, cit. por Sá-Chaves, 2000), com o objectivo de perceber a relação supervisiva estabelecida, o supervisor pode intervir autoritariamente ou de acordo com uma atitude de facilitação.

A intervenção autoritária ou directiva assenta nas seguintes categorias:

- Prescritiva, caracterizada por influenciar directamente o comportamento do supervisando, conduzindo-o e aconselhando-o;
- Informativa, quando o supervisor concede informação ou instrução;
- Confrontativa, se o supervisor desafia a opinião ou comportamento do supervisando.

Dos relatos obtidos, três entrevistados inserem a relação desenvolvida com o supervisor neste estilo supervisivo.

O seguinte discurso evidencia uma intervenção do tipo confrontativa:

“O enfermeiro-chefe tinha um papel “tipo patrão”, se ele não concordasse, era como ele queria. Não havia muita discussão. Quando colocávamos as dúvidas a essa colega, aí é que discutíamos, mas às vezes também não havia consenso. Ela percebia a nossa parte, nós percebíamos a dela. (...) Era uma relação próxima, estávamos à vontade para falar com ele, mas (...) Chegamos ao cúmulo de “É assim, porque eu acho que é assim!”. (...) Era uma pessoa que estava aberta e que queria investir na CIPE®/SAPE, mas para chegar a fins não olhava a meios. Era capaz de se preocupar, mas tinha que ser, tinha de ser, o que interessava era chegar à meta, se vinhas de rastos, se tinhas uma perna partida, se vinhas de ambulância, isso não interessa, tinhas de chegar lá.” (H19, 32, 33).

O supervisor desafia a opinião dos supervisandos e tenta impor a sua. Pelo exposto, se depreende que apesar de Heron considerar que este tipo de interacção pode mostrar-se útil em determinadas situações, os intervenientes consideram que, nesta circunstância, constituiu um factor de desmotivação para o trabalho conjunto.

Desaprovam a ausência de espaço para discutir os aspectos que melhor contribuem para a comunicação entre os profissionais, bem como aqueles que permitem melhor descrever os cuidados de enfermagem prestados, na medida em que se consideram os maiores intervenientes e usufrutuários dos SIE. Sentem-se, portanto, pouco envolvidos neste processo.

Lamentam, ainda, que o supervisor apenas enalteça os resultados finais, desvalorizando todo o percurso desenvolvido no sentido do alcance desses mesmos resultados, e que os erros detectados concorram para a atribuição de culpa e humilhação dos profissionais.

Intervenção de facilitação

A intervenção de facilitação ou colaboração, dominante nas experiências verbalizadas, caracteriza-se pelas seguintes categorias:

- Catártica, em que o supervisor apoia o supervisando na expressão de emoções;
- Catalítica, vocacionada para a autonomização e desenvolvimento de uma atitude reflexiva por parte do supervisando;
- De suporte, pela valorização das competências, atitudes e acções do supervisando.

Sem dúvida que, no discurso da maioria dos intervenientes no estudo, está patente a opção por uma estratégia supervisiva que garanta abertura e reciprocidade, promovendo, assim, o trabalho conjunto e a minimização das dificuldades encontradas:

“Facilitou o esclarecimento de dúvidas. Estabeleceu-se uma relação de reciprocidade relativamente à comunicação de erros, identificação de problemas e identificação de necessidades de formação.” (G23)

“Muito neutro, a opinião de todos contava, era incentivador à discussão.” (L23)

Este relato evidencia ainda que a tomada de decisão beneficia da reflexão conjunta entre supervisor e supervisando, na procura de soluções para as adversidades emergentes. O supervisor, estando consciente das limitações pessoais do supervisando, é capaz de analisar e adequar a sua intervenção.

A formação contínua, baseada numa abordagem reflexiva das práticas clínicas, valoriza a capacidade crítica e de intervenção criativa dos intervenientes e admite a natureza incerta, mutável e indeterminada das situações e problemas.

Os supervisandos são conduzidos a mobilizar e integrar conhecimentos teóricos e práticos. Assim, por um lado, desenvolverão capacidades e atitudes que permitem questionar a teoria, mobilizá-la ou rejeitá-la conscientemente e adequada às situações

concretas. Por outro lado, evitará que “as pessoas que já conseguem fazer um plano mental “para este tipo de cirurgia, quais são fenómenos mais frequentes?” (...) esqueçam tudo o resto” (E18) e favorecerá a documentação fiel e consciente dos cuidados prestados, impossibilitando o desenvolvimento de uma prática mecanicista, automática e inquestionável.

Neste sentido, consentem a opinião de Nóvoa e Finger (1988), os quais nos alertavam para o facto de, face às rápidas mutações tecnológicas e à desactualização constante dos conhecimentos, pouco importava fornecer aos indivíduos uma sólida base de conhecimentos, cuja utilidade seria nula amanhã. Importa, sim, preparar o profissional para a auto-formação e para a autonomia.

Nas citações anteriormente apresentadas, está ainda patente a necessidade de apresentar o feedback relativamente ao trabalho desenvolvido, de modo a que os supervisandos possam aperceber-se dos erros que cometeram. Deste modo, poderão reestruturar assim o seu pensamento e conhecimento, no sentido de o utilizar em situações futuras.

A importância do feedback para o sucesso do processo supervisivo foi também descrita por Saleem *et al* (2005), quando identificaram um conjunto de factores que podem facilitar o uso dos SIE.

Em suma, aceita-se que o profissional possa experimentar, errar, mas também consciencializar-se dos erros e tentar ultrapassá-los, desenvolvendo, assim, aptidões que conduzam à sua progressiva autonomia profissional.

Neste contexto, a supervisão é percebida como um processo mediador dos processos de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal e profissional do supervisor e do supervisando.

3.2. Perspectivas para o futuro

Reconhecidas as limitações e desactualização do actual SIE, aguardam-se novos investimentos a este nível. A necessidade de adaptação à nova versão da CIPE® e de realizar o *upgrade* das aplicações existentes, convergindo sempre na tentativa de conceber um sistema de informação integrado, fazem conjecturar mudanças próximas, as quais implicarão todos aqueles que gerem e utilizam estes aplicativos.

O contexto em que nos movimentamos em termos orçamentais, de necessidade de redução de custos, que passa muitas vezes pela redução de efectivos, mas

obrigatoriamente mantendo o mesmo nível de qualidade na prestação de cuidados, e de dispormos de técnicos altamente qualificados numa área em que a mudança tecnológica é permanente, obriga-nos a ter que encontrar novos modelos de trabalho e de organização. É importante continuar a assegurar que valorizamos o cuidar e a personalidade, contribuindo, assim, para a excelência dos cuidados prestados.

À luz do exposto, os entrevistados encaram de modo pessimista o futuro da supervisão clínica em enfermagem, em Portugal. Consideram que há um grande trabalho a desenvolver na formação dos supervisores clínicos e na garantia de que estes possam conciliar a prestação de cuidados com as funções de supervisor, sem que qualquer uma das áreas seja prejudicada em detrimento da outra.

Relativamente às práticas supervisivas, os inquiridos consideram que estas devem responder às necessidades formativas, motivações, competências e capacidades dos enfermeiros, as quais orientarão a intervenção do supervisor.

Sabemos que a mudança e, conseqüentemente, o abandono de hábitos estabelecidos, é um processo árduo e, por isso, frequentemente, evitado e abandonado pelos profissionais. Desafios que contribuem para a valorização das competências dos intervenientes e atribuição de incentivos são apontados como factores de adesão e motivação para a melhoria do desempenho de cada um.

A este nível, uma participante do estudo considera extremamente importante que supervisor e supervisando desenvolvam o “*espírito de grupo*” (J21), conducente a um maior envolvimento relacional, no sentido de que a mudança assente num percurso comum de cooperação, bem-estar e aumento da satisfação profissional.

Além disso, vários entrevistados acrescentam que não basta o supervisor clínico verbalizar a sua disponibilidade para colaborar no processo de formação e aprendizagem. Consideram que é de extrema importância o desenvolvimento de uma atitude que demonstre efectivamente disponibilidade, empatia e interesse pelo desenvolvimento pessoal e profissional do supervisando, evitando, assim, que este assumira uma postura de defesa e desconfiança perante o que lhe vai sendo apresentado.

Referenciamos, ainda, a valorização atribuída pelos intervenientes à reflexão sobre a acção, capaz de evitar aplicações rotineiras de regras e processos já conhecidos e de facilitar a resposta a situações novas e/ou problemáticas.

A reflexão sobre a acção foi considerada um processo de desenvolvimento pessoal e profissional mútuo, pelo que os enfermeiros pretendem que os seus questionamentos e confrontação dos conhecimentos teóricos com a sua experiência prática não ameacem a segurança, a auto-estima e o auto-conceito daqueles que

exercem a função de supervisor, mas antes constituam um desafio para o aprofundamento e consciencialização do saber do profissional.

Neste âmbito, Jesus (2000, cit. por Rodrigues *et al*, 2007) refere que um supervisor, enquanto orientador do processo de formação, deve mostrar-se empenhado, confiante, motivado e persistente. Deste modo, aumenta a probabilidade de sucesso no seu desempenho enquanto agente de mudança.

De salientar que este conceito de reflexão sobre a acção não é um conceito actual; vem sendo trabalhado por Schön desde a década de 80. Contudo, os entrevistados acusam negligência por parte da instituição de saúde. Estas precisam de repensar as suas políticas, definir opções estratégicas, organizar e potencializar os seus recursos, de forma a saber e conseguir conduzir o seu grupo profissional no sentido do crescimento profissional, isto é, no sentido da excelência do cuidar.

Schön (1987, cit. por Alarcão, 1996) salienta o valor epistemológico da prática e revaloriza o conhecimento que vem da prática reflectida. Desafia a construção de novos saberes, a partir da resposta a questões novas e problemáticas, situando o conhecimento na acção.

Por último, é possível verificar no discurso dos entrevistados que há um grande trabalho a desenvolver nas escolas que organizam a formação inicial dos enfermeiros. Defendem a uniformização dos Cursos de Licenciatura em Enfermagem, já que alguns concedem a oportunidade de utilização e reflexão sobre a CIPE® e SIE em suporte electrónico, em contexto de sala de aula e em contexto clínico, enquanto outros não contemplam essa componente.

Neste sentido, Abreu (2003), aludindo às investigações desenvolvidas por Campbell e outros (2001), considera, por um lado, que há necessidade das instituições de saúde apresentarem de forma sistemática às escolas o perfil de competências que desejam, contribuindo para a racionalização do recrutamento de pessoal, mas sem colocar em causa a autonomia científica das escolas. Por outro lado, defende um desenvolvimento profissional consistente, apoiado numa relação simbiótica entre estudantes, enfermeiros das unidades de saúde e docentes. Para tal, mostrar-se-ia útil o aumento de actividades de investigação conjuntas, publicação de trabalhos individuais e colectivos e a apresentação pública de estudos integrados, contribuindo-se, assim, para a partilha de saberes e responsabilidades.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo, propusemo-nos compreender a supervisão das práticas clínicas, enquanto processo impulsionador do sucesso ao nível da implementação dos SIE, em suporte electrónico, num contexto específico.

Para a Ordem dos Enfermeiros (2007), a opinião segundo a qual a “*Informação de Enfermagem*” é importante para a governação na saúde é consensual. Tal relevância resulta não apenas dos imperativos de natureza legal e ética dos sistemas de informação, como dos que decorrem da sua importância para as decisões clínicas, para a continuidade e qualidade de cuidados (na perspectiva individual ou de grupo), para a gestão, a formação, a investigação e para os processos de tomada de decisão.

Os Sistemas de Informação em Enfermagem, entretanto, permitindo maior visibilidade dos cuidados de enfermagem geram ganhos para a saúde da população. Verifica-se que a visibilidade dos cuidados de enfermagem nas estatísticas, nos indicadores e nos relatórios oficiais de saúde é, de algum modo, incipiente; tal realidade impossibilita a descrição e a verificação do impacto dos mesmos nos ganhos em saúde das populações (OE, 2007). No entanto, mais recentemente, tem-se verificado, por parte do Ministério da Saúde, um conjunto de iniciativas visando estimular os responsáveis das organizações e os profissionais, por um lado, e as empresas do sector, por outro, a promoverem o desenvolvimento de aplicações informáticas de suporte ao subsistema de informação de enfermagem; por tudo isto, toma-se necessário garantir que os sistemas de informação da saúde integrem os dados relativos aos cuidados de enfermagem (OE, 2007). Esta é uma necessidade cada vez mais premente, mas que necessita por parte das organizações uma supervisão que permita potenciar e não desvirtuar a utilização dos Sistemas de Informação.

Procuramos conhecer e analisar as representações dos enfermeiros sobre a utilização dos SIE, num hospital central em processo de acreditação da qualidade, e caracterizar o tipo de acompanhamento proporcionado nesse processo, de modo a contribuir para o desenvolvimento de um modelo que consigne estratégias supervisivas que promovam a utilização racional dos SIE, tendo em vista a implicação pessoal, a qualidade em saúde e a investigação.

Procederemos, em seguida, à exposição dos contributos que, na nossa perspectiva, este trabalho poderá ter gerado e, finalmente, apresentaremos ainda considerações de ordem prática.

A adesão ao programa de acreditação da qualidade pelo KFHQS trouxe uma maior preocupação em torno dos cuidados de saúde prestados, procurando enquadrá-los nos mais elevados padrões de qualidade internacionalmente aceites, garantindo segurança e gestão eficaz de recursos e otimizando a relação custo/efectividade.

A visão dos profissionais não se limita às funções vitais do doente; procura, holisticamente, perceber as suas necessidades e concede especial relevo à sua satisfação.

Conseguiu-se, também, uma melhor organização de todo o trabalho desenvolvido na instituição, através da formulação de procedimentos de actuação, uniformização da linguagem utilizada e identificação dos recursos disponíveis. E acredita-se que poderá ainda proporcionar melhores condições de trabalho aos profissionais de saúde.

Todo este processo implicou e continua a implicar uma ruptura relativamente aos padrões anteriormente considerados, pelo seu carácter provisório. É um processo de mudança, que importa orientar e planear, no sentido de promover a integração de todos os implicados.

Associada a esta vontade de garantir a segurança e qualidade dos cuidados, a instituição sentiu necessidade de evidenciar os cuidados de saúde que presta e reconhecer aquilo que a distancia dos padrões de referência. Face à inexistência de um sistema de informação da saúde integrado, planeou e implementou o SAPE, por forma a garantir a informação fundamental para a tomada de decisão, continuidade dos cuidados e promoção da segurança dos cuidados de enfermagem.

O SAPE estabelece padronização e utilização de uma linguagem classificada para descrever os cuidados. Estes factos conferem maior organização e acessibilidade aos dados, pelo que estes podem ser mais facilmente analisados. É com base nessa análise que governantes e administradores revêem políticas nacionais e institucionais, gerem recursos, planeiam a formação contínua.

A utilização da linguagem da CIPE® veio ainda facilitar a comunicação entre os enfermeiros, na medida em que partilham termos e conceitos. Contudo, a comunicação interinstitucional é, por vezes, dificultada, pelo facto de outras instituições não utilizarem a mesma linguagem ou não preconizarem a sua utilização.

Sem dúvida que a utilização de um SIE reúne um conjunto de condições que contribuem para a segurança e qualidade dos cuidados. Porém, não garante, por si só, que os registos evidenciam efectivamente os cuidados prestados. Convém avaliar sistemática e periodicamente todo o processo de implementação e utilização do SIE, no sentido de alertar os enfermeiros para os erros detectados, detectar as necessidades de

formação dos profissionais, bem como auferir a necessidade de actualização do sistema face às especificidades do contexto e aos novos conhecimentos.

Para o sucesso ao nível da utilização do SIE, considera-se que os seus utilizadores, para além de dominarem conhecimentos sobre o SAPE e a CIPE®, devem desenvolver três competências fundamentais.

Em primeiro lugar, enunciam-se as competências técnicas, as quais estão relacionadas com a destreza e habilidade manual ao nível da utilização do computador. A maioria dos enfermeiros já contactou anteriormente com o computador noutras situações do quotidiano e, à partida, esta é uma competência já adquirida.

Seguem-se as competências ao nível do saber cuidar. O enfermeiro deve ser capaz de identificar as necessidades do utente no que diz respeito a cuidados de enfermagem, intervir de forma eficaz, garantindo ganhos em saúde para a pessoa, família, comunidade, bem como documentar e avaliar todo o processo de enfermagem. O SAPE constitui apenas um importante instrumento de trabalho a este nível, na medida em confere organização e acessibilidade a todos os dados provenientes da sua actividade profissional, subsidiando oportunamente a tomada de decisão.

Por último, consideram-se as competências relativas à atitude. O enfermeiro, responsável pessoal e profissionalmente, procurará manter-se actualizado. Será ainda capaz de solicitar ajuda, mediante algum problema, ou prestar ajuda, se melhor informado ou mais habilitado, evidenciando espírito de equipa.

Reconhecendo à partida que a maior parte dos enfermeiros não havia contactado com o SAPE, nem utilizado a CIPE®, a instituição desenvolveu um plano de formação, de cariz formal e obrigatório, procurando transmitir conhecimentos e desenvolver competências essenciais à utilização do SIE. De ressaltar que os enfermeiros atribuem grande importância à aprendizagem pela experiência, pelo que reclamavam que a componente prática, no mínimo, igualasse a componente teórica, no que diz respeito ao *timing* estabelecido.

Posteriormente, à medida das suas necessidades, cada serviço foi reformulando o seu plano de formação em serviço, procurando que todos esclarecessem as suas dúvidas, apresentassem sugestões no sentido da optimização do SAPE e acompanhassem a sua evolução.

Em simultâneo, necessidades pessoais e pontuais despoletaram o cruzamento das abordagens formais com modalidades informais e não formais de formação, numa via que conduziu à autonomia e capacidade de, livre e responsabilmente, desempenhar os seus deveres.

Nesta fase, em alguns serviços, sentiu-se a necessidade de um enfermeiro de referência, dotado de conhecimentos teóricos e competências técnico-relacionais, cuja inexistência constituiu um obstáculo à adesão dos enfermeiros a este projecto. Estes não se sentiam devidamente acompanhados nesta fase do seu percurso profissional, de forma a conseguir ultrapassar as dificuldades emergentes.

Preconiza-se, portanto, que as instituições de saúde encarem a supervisão, não enquanto função administrativa e de gestão, mas procurando acompanhar os profissionais no seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Espera-se que os supervisores sejam formalmente seleccionados de acordo com a sua vontade e o seu perfil profissional, formador e relacional, reunindo, por isso, conhecimentos e competências na sua área profissional, em didáctica e supervisão. É necessário que exerçam a sua capacidade de persuasão perante os mais renitentes, enalteçam os comportamentos positivos, bem como constituam um exemplo pessoal de utilização do SI.

Mediante o contexto clínico e os profissionais que nele desenvolvem a sua actividade, o supervisor poderá optar por um estilo mais ou menos directivo, de acordo com a natureza e responsabilidade das situações.

Contudo, os enfermeiros preferem que o supervisor intervenha numa atitude de facilitação ou colaboração, a qual promove uma participação mais activa de todos os intervenientes, incentiva a comunicação dos erros e, a partir de uma análise crítico-reflexiva sobre esses ou casos da prática clínica, fomenta a negociação de decisões e clarificação de intenções, visando sempre a melhoria contínua da prática clínica.

Este estilo de supervisão contribui, grandemente, para o desenvolvimento de uma relação de confiança, abertura, entreajuda e empatia. Deste modo, o enfermeiro sentir-se-à motivado a reconhecer e investir no seu processo de formação e desenvolvimento contínuos, de uma forma mais informada e consciente.

Para finalizar, serve-nos de mote a seguinte citação:

“Professional development is like a journey, a long voyage, at the end of which we find ourselves back at the beginning, but with much more knowledge of the route and having had the trip of a lifetime, because professional development is about moving forward through a greater understanding of where we are now by reflecting on how we got to be here.” (Curtis, cit. por Bailey et al, 2001: 247)

Face ao caminho percorrido e aos resultados obtidos, queremos partilhar as seguintes sugestões que nos ocorreram após a análise dos mesmos:

- Apesar de estudos anteriores o referirem, é importante continuar a incentivar a participação dos enfermeiros no processo de concepção ou selecção dos SIE, no sentido de que estes se adequem às suas reais necessidades;
- Fomentar a participação activa dos enfermeiros no processo de implementação, utilização e avaliação dos SIE;
- Clarificar o papel dos supervisores nas instituições de saúde;
- Continuar a avaliar o projecto supervisivo das instituições, realçando as suas potencialidades formativas, identificando as suas fragilidades e definindo estratégias que melhorem a qualidade das práticas clínicas;
- Intensificar a planificação, monitorização e avaliação das práticas supervisivas;
- Seleccionar os supervisores de modo criterioso, procurando reunir, pelos menos, três aspectos: vontade do enfermeiro ser supervisor, formação específica em termos profissionais e de supervisão;
- Fomentar a colaboração entre as escolas e as instituições de saúde, procurando a adequação dos currículos académicos às realidades clínicas;
- Proporcionar momentos de reflexão e colaboração entre profissionais, tornando-os verdadeiros parceiros de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal e profissional;

Enquanto limitações do estudo, evocamos, em primeiro lugar, o factor tempo, o qual constituiu um constrangimento na disponibilidade de alguns entrevistados para colaborar na realização das entrevistas, embora todos tivessem manifestado a sua disponibilidade.

Em segundo lugar, consideramos a dimensão do grupo de participantes, a qual não permitirá extrapolação dos dados a outras populações, embora também não fosse esse o objectivo do estudo. Contudo, poderá constituir um pretexto para posteriores pesquisas nesta área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, W. (2002). Supervisão clínica em enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. *Sinais Vitais*, 45.
- ABREU, W. (2003). Supervisão, qualidade e ensinios clínicos: que parcerias para a excelência em saúde? Coimbra: Sinais Vitais.
- ABREU, W. (2007). *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico: fundamentos, teorias e considerações didácticas*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde.
- AFONSO, G. (2004). Aumentar a qualidade em todas as vertentes. *Revista do Instituto da Qualidade em Saúde*, n.º 9, Março.
- ALARCÃO, I. (1996). *Formação reflexiva de professores: estratégias de supervisão*. Porto: Porto Editora. 9-62.
- ALARCÃO, I.; RUA, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*. Vol. 14, n.º 3.
- ALARCÃO, I.; SÁ-CHAVES, I. (2000). Supervisão de Professores e desenvolvimento humano: uma perspectiva ecológica. In SÁ-CHAVES, I. (2000) *Formação, Conhecimento e Supervisão. Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 143-159.
- ALARCÃO, I.; TAVARES, J. (1987). *Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Almedina.
- ALARCÃO, I.; TAVARES, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica. Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Almedina.
- AMADO, J. (2000). A Técnica de Análise de Conteúdo. *Referência*, 5, 53-63.
- AMARAL, L.; VARAJÃO, J. (2000). *Planeamento de Sistemas de Informação*. Lisboa: FCA – Editora de Informática.
- ANDROWICH, I. et al (2003). *Clinical Information Systems: A Framework for Reaching the Vision*. Washington: American Nurses Publishing.

- BAILEY, K; CURTIS, A.; NUNAN, D. (2001). *Pursuing Professional Development: The Self as Source*. Ontario: Heinle & Heinle/ Thomson Learning.
- BARDIN, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- BARROS, A.; LEHFELD, N. (2000). *Fundamentos de Metodologia: Um guia para iniciação científica*. São Paulo: Editora Makron.
- BERNARD, J.; GOODYEAR, R. (1998). *The fundamentals of clinical supervision*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon. 2.^a Edição.
- BISCAIA, J. (2000). Qualidade em Saúde: uma perspectiva conceptual. *Revista Qualidade em Saúde*. Ano 1, n.º 0, p. 6-10.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- BOND, M.; HOLLAND, S. (1998). *Skills of clinical supervision for nurses: a practical guide for supervisees, clinical supervisors and managers*. USA: Buckingham: Open University Press.
- BRONFENBRENNER, U. (2002). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. (1998). The ecology of development process. DAMON, W.; LERNER, R. (Eds) *Handbook of child psychology*. New York: Wiley, 1, pp. 993 – 1028.
- CANÁRIO, R. (1994). Centros de formação de associação de escolas: que futuro?. *Escolas e mudança: o papel dos centros de formação*. Lisboa: Educa.
- CANÁRIO, R. (1999). *Educação de adultos: um campo e uma problemática*. Lisboa: Educa.
- CARMO, H; FERREIRA, M. (1998). *Metodologia da Investigação: Guia para Auto-Aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- CARVALHAL, R. (2003). *Parcerias na Formação. Papel dos Orientadores Clínicos: Perspectivas dos Actores*. Loures: Lusociência.

- CLANDININ, J. (1986). *Classroom Practice. Teacher Images in Action*. London: Flamer Press.
- CLOTHIER, C. *et al* (1994). *The Allit inquiry: independent inquiry relating to the deaths and injuries on the children's ward at Grantham and Kesteven General Hospital during the period February to April 1991*. London: HMSO.
- CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO. Diário da República. I Série – A. N.º 93. 21-4-1988.
- CONSELHO DE ENFERMAGEM (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- CONSELHO DE ENFERMAGEM (2005). *Padrões de Qualidade dos Cuidados e sistemas de informação de enfermagem: instrumentos para a melhoria contínua da qualidade*. [Documento WWW]. URL http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/Parceria_Padroes_Qualidade.doc (consultado em 6 de Junho de 2006).
- COTTRELL, S.; SMITH, G. (2005). *The Development of Models of Nursing Supervision in the UK*. [Documento WWW]. URL <http://www.clinical-supervision.com> (consultado em 6 de Setembro de 2006).
- CUTCLIFFE, J.; PROCTOR, B. (1998). *An alternative training approach to clinical supervision*. *British Journal of Nursing* 7, pp. 344 – 350.
- DECRETO-LEI n.º 437/91 de 8 de Novembro.
- DECRETO REGULAMENTAR n.º 3/88 de 22 de Janeiro
- DIAS, J. (2004). *Formadores: que desempenho?* Loures: Lusociência.
- DIAS (2007). *Sistemas de Informação em Saúde em Portugal: uma visão para o futuro*. [Documento WWW]. URL <http://www.acss.min-saude.pt> (consultado em 6 de Outubro de 2007).
- DOEHRMAN, M. (1976). *Parallel Processes In Supervision And Psychotherapy*. *Bulletin Of The Menninger Clinic*, 40, pp. 1-104.
- DUSSAULT, G. (1970). *A Theory of Supervision on Teacher Education*. New York:

Teachers College Press.

EPSTEIN, A. (1993). *Training for quality: Improving early childhood programs through systematic in service training*. Ypsilanti: High/Scope Press.

ESTRELA, A. (1994). *Teoria e Prática de Observação de Classes: uma estratégia de formação de professores*. Porto: Porto Editora. 4.^a Edição.

FORSYTH, I. (1996). *Teaching and Learning Materials and the Internet*. London: Kogan Page.

FORTIN, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à prática*. Loures: Lusodidacta. 3.^a Edição.

FOWLER, J. (1996). The organization of clinical supervision within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 23, pp. 471-478.

FRANÇA, M. (2004). Cultura da Qualidade gera mudança organizacional. *Revista Qualidade em Saúde – Especial “Acreditação de Hospitais”*.

FREIRE, A. (2001). *Concepções orientadoras do Processo de Aprendizagem do Ensino nos Estágios Pedagógicos*. Actas do Seminário Modelos e Práticas de Formação Inicial de Professores, Lisboa.

GAZDA, G. et al (1983). *Human Relations Development: A Manual for Educators*. Boston: Allyn and Bacon.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. (1992). *O Inquérito: Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora.

GOMES, M. (2003). Formação Contínua no Domínio do E-Learning: um estudo de caso. *Revista Galego-Portuguesa de Psicología e Educación*. N.º 8 (Vol. 10), Ano 7.

GORDON, M. (1998). Nursing Nomenclature and Classification System Development. *Online Journal of Issues in Nursing*, vol. 3, n.º 2.

GRAVES, J.; CORCORAN, S. (1989). The study of nursing informatics. *Journal of Nursing Scholarship*, Vol. 21, n.º 4, pp. 227-231.

GRAY, W. (2001). Clinical governance: combining clinical and management supervision.

Nursing Management, vol. 8

- GUERRA, A. (2004). *Relatório de auditoria ao tratamento de informação de saúde nos hospitais*. [Documento WWW]. URL http://www.cnpd.pt/bin/relatorios/outros/Relatorio_final.pdf (consultado em 24 de Maio de 2006).
- FOWLER, J. (1995). The organization of clinical supervision within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of Advance Nursing*, Vol. 23 - 3, 471-478.
- HAWKINS, P.; SHOHET, R. (1989). *Getting the support and supervision you need: supervision in the helping professions*. Milton Keynes: Open University Press.
- HESBEEN, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- HOLLOWAY, E. (1995). *Clinical supervision: a systems approach*. London: Sage Publications.
- ICN (2002). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta2*. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- ICN (2006). *Dotações seguras salvam vidas*. [Documento WWW]. URL <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.images/contents/uploaded/File/sededestaques/IICongressoOE/DotaesSegurasSalvamVidas.pdf> (consultado em 7 de Novembro de 2006).
- LE BOTERF, G. (1997). *De la compétence à la navigation professionnelle*. Paris: Les Editions d'organisation.
- LESSARD-HÉBERT, M.; GOYETTE, G.; BOUTIN, G. (1990). *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget. (Tradução: Maria João Reis)
- LYTH, G. (2000). Clinical supervision: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 31: 722-729.
- MACHADO, J. *et al* (2007). *Engenharia do Conhecimento*. [Documento WWW]. URL <http://gia1.di.uminho.pt> (consultado em 28 de Dezembro de 2007).
- MALGLAIVE, G. (1995). *Ensinar Adultos*. Porto: Porto Editora.

- MARQUES, I.; MARIN, H. (2002). Sistemas de Apoio à Decisão em Enfermagem. *Revista Paul Enf.*, v. 21, n. 2, p. 156-62. [Documento WWW]. URL http://www.abensp.org.br/repen/v21_n2/sad.pdf (consultado em 2 de Outubro de 2006).
- MARR, S., STEELE, K., HICKMAN, M. (2001, December). *Professional Issues in Nursing*. [Documento WWW]. URL <http://eutopia.unn.ac.uk:nurse.htm> (consultado em 04 de Fevereiro de 2003).
- MELEIS, A. (1991). *Theoretical Nursing: Developments and Progress*. Philadelphia: Lippincott. 2.^a Edição.
- MELO, K.; TIPPLE, A.; AFONSO, M.; PRADO, M.; SOUZA, A. (2002). *Acreditação hospitalar: um indicador de qualidade da prevenção e controle das infecções hospitalares - Actas do Congresso* (Curitiba).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (s.d.). *Informatização Clínica dos Serviços de Urgência – linhas básicas de orientação*. [Documento WWW]. URL <http://www.igif.minsaude.pt/nr/rdonlyres/5fcbb28b-46e0-477a8fff1db718494bcb/4561/circularnormativaanexocn012005.pdf> (consultado em 12 de Maio de 2007).
- MOSHER, R.; PURPEL, D. (1972). *Supervision: The Reluctant Profession*. Boston, Massachusetts: Houghton Mifflin.
- MOREIRA, M. (2004). O Papel da Supervisão numa Pedagogia para a Autonomia. In VIEIRA, F. et al (2004). *Pedagogia para a autonomia: resistir e agir estrategicamente*. Actas do Encontro do Grupo de Trabalho – Pedagogia para a Autonomia, 2, Braga, Portugal, 2003. Braga: CIEEd.
- MORIN, E. (1999). *Os sete saberes para a educação*. Lisboa: Instituto Piaget.
- NEVES, J. (1996). Pesquisa Qualitativa – características, usos e possibilidades. *Cadernos de Pesquisas em Administração*. São Paulo. V. 1, n.º 3.
- NÓVOA, A.; FINGER, M. (1988). *O método (auto)biográfico e a formação*. Lisboa: Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos.
- NUNES, L. (2005). *Ética na Investigação em Enfermagem*. [Documento WWW]. URL <http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta.htm> (consultado em 5 de Outubro de 2006).

- NUNES, L. (2006). *Perspectiva ética da gestão do risco: caminhos para cuidados seguros*. [Documento WWW]. URL <http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta.htm> (consultado em 5 de Outubro de 2006).
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006a). Entrevista à Dr.^a Carmen Pignatelli, Secretária de Estado Adjunta e da Saúde “A CIPE vai ser utilizada em todos os aplicativos em que haja a prática de Enfermagem”. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, n.º 21, 4-9.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006b). *Tomada de Posição sobre Segurança do Cliente*. [Documento WWW]. URL [http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sededestaques/TomadaPosio_segurancadoente\(1\).pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sededestaques/TomadaPosio_segurancadoente(1).pdf) (consultado em 7 de Novembro de 2006).
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006c). *Condições do exercício profissional: presente e futuro*. [Documento WWW]. URL http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sededestaques/OE_Mo_%20Exercicio_Profissional_AG.pdf (consultado em 30 de Setembro de 2006).
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007). *Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE). Princípios básicos de arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais*. [Documento WWW]. URL http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/94_ordemenfermeiros-sie-principiosbasicosarq+requisitostecfunc-abril2007.pdf. (consultado em 1 de Março de 2008).
- PEREIRA, F. (2004). *Dos Resumos Mínimos de Dados de Enfermagem aos indicadores de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem: o caminho percorrido*. Ordem dos Enfermeiros. Suplemento da Revista n.º13.
- PIRES, R. *et al* (2004). Supervisão Clínica de Alunos de Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, n.º 54.
- PORTUGAL, G. (1992). *Ecologia e Desenvolvimento Humano em Bronfenbrenner*. Aveiro: CIDInE.
- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 3.^a Edição. Lisboa: Gradiva.
- RASCÃO, J. (2001). *Sistemas de Informação para as Organizações: A Informação Chave para a Tomada de Decisão*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda., 2001.

- RÊGO, M.; PORTO, I. (2005). Implantação de sistemas de qualidade em instituições hospitalares: implicações para a Enfermagem. *Acta Paul Enferm*, Vol. 18, n.º 4, pp. 434-8.
- RODRIGUES, A. *et al* (2007). *Processos de formação na e para a prática de cuidados*. Loures: Lusociência.
- RODRIGUES FILHO, J. (2001). The complexity of developing a nursing information system: a brazilian experience. *Computers in Nursing*, Vol. 19, Nº 3, p. 98-104.
- RUAS, R. (2001). Desenvolvimento de competências gerenciais e contribuição da aprendizagem organizacional. In FLEURY, M.; OLIVEIRA Jr., M. (2001). *Gestão estratégica do conhecimento: integrando aprendizagem, conhecimento e competências*. São Paulo: Atlas.
- SÁ-CHAVES, I. (1999). *Supervisão: concepções e práticas*. Conferência de abertura da semana da prática pedagógica das Licenciatura em Ensino. Aveiro: Universidade de Aveiro, CIFOP.
- SÁ-CHAVES, I. (2000a). *Formação, Conhecimento e Supervisão: Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais*. Aveiro: Universidade de Aveiro, Campus Universitário de Santiago.
- SÁ-CHAVES, I. (2002). *A Construção do Conhecimento pela Análise Reflexiva da Praxis*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- SÁ-CHAVES, I.; ARAÚJO E SÁ, M.; MOREIRA, A. (2006). *Isabel Alarcão: percursos e pensamento*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- SABA, V. (1988). *Nursing Information Systems. Policy issues in information and communication technologies in medical applications. Symposium Record*. [Documento WWW]. URL <http://ieeexplore.ieee.org/iel4/5476/14748/00669585.pdf> (consultado em 10 de Março de 2008).
- SABA, V. (2001). Nursing informatics: yesterday, today and tomorrow. *International Nursing Review*. N.º 48, pp. 177-187.
- SALEEM, J. *et al* (2005). Exploring Barriers and Facilitators to the Use of Computerized Clinical Reminders. *Journal of the American Medical Informatics Association*, vol. 12,

n.º 4, p. 438-447.

SANTOS, M.; ÉVORA, Y. (2002). *A introdução da informática na prática de enfermagem: possibilidade de mudanças na gestão do processo de trabalho*. Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, An. 8, Maio.

SANTOS, S. (2005). System of Information in Nursing: Interaction of the knowledge tacit-explicit. *Online Brazilian Journal of Nursing* (objn-issn 1676-4285). [Documento WWW]. URL <http://www.uff.br/nepae/objn401santos.htm> (consultado em 6 de Junho de 2007).

SERVIÇO DE BIOESTATÍSTICA E INFORMÁTICA MÉDICA (FMUP) (2003). *Segurança em Sistemas de Informação na Saúde*. [Documento WWW]. URL <http://www.dcc.fc.up.pt/MI/MI2004/seguranca.pdf> (consultado em 6 de Outubro de 2006).

SILVA, J. (2003). Internet applied to nursing. *Online Brazilian Journal of Nursing* (OBJN- ISSN 1676-4285). Vol. 2, N.º3. [Documento WWW]. URL <http://www.uff.br/nepae/objnsilva.htm> (consultado em 6 de Junho de 2006).

SILVA, P. et al (2008). *SAPE: Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem*. [Documento WWW]. URL <http://www.forumenfermagem.org> (consultado em 6 de Abril de 2008).

SLOAN, G. (1999). Understanding clinical supervision from a nursing perspective. *British Journal of Nursing*. 8: 524-8.

SMITH, R. (1998). All changed. Changed utterly. British medicine will be transformed by the Bristol Case. *British Medical Journal*, 316, pp. 1234-1240.

VÁZQUEZ, A. (1997). *Ética*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 15.ª Edição.

WEBER, P. (2003). *Overview of Nursing Informatics in Europe. Congress of the Slovenian Society for Medical Informatics (23-03-2006)*. [Documento WWW]. URL <http://www.drustvo-sdmi.si/mi2003/BB02.pdf> (consultado em 9 de Setembro de 2006).

YIN, R. (1989). *Case Study Research - Design And Methods*. USA: Sage Publications Inc.

ZEICHNER, K. (1993). *A formação reflexiva de professores: ideias e práticas*. Lisboa: Educa.

ŽORGA, S. (2002). Supervision: the process of life-long learning in social and educational professions. *Journal of Interprofessional Care*, vol. 16, n.º 3.

DISSERTAÇÕES DE MESTRADO E DOUTORAMENTO

BARBOSA, D. (2006). *Sistemas de Informação em Saúde: A Percepção e a Avaliação dos Profissionais directamente envolvidos na Atenção Básica de Ribeirão Preto/ SP*. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina Social, da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas.

BENITO, G. (2001). *Concepção de um Sistema de Informação de apoio à supervisão da assistência em enfermagem hospitalar: uma abordagem da ergonomia cognitiva*. Tese de Doutorado: Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina. [Documento WWW]. URL <http://teses.eps.ufsc.br/result.asp?Regs=10&AnoDef=2001&Ordem=Data&ComTexto=1&Pag=1> (consultado em 6 de Dezembro de 2006).

CIDRAL, A. (2003). *Metodologia de aprendizagem vivencial para o desenvolvimento de competências para o gerenciamento de projetos de implementação de sistemas de informação*. Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Engenharia de Produção. [Documento WWW]. URL <http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/5914.pdf> (consultado em 6 de Dezembro de 2006).

CORREIA, M. (2004). *Identidade Profissional dos Enfermeiros Chefes e Responsáveis de Serviço na Supervisão das Práticas Clínicas*. Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Supervisão – Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa.

GARRIDO, A. (2004). *A supervisão clínica e a qualidade de vida dos enfermeiros*. Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Supervisão – Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa.

- PEREIRA, F. (2001). *Teor e Valor da Informação para a continuidade nos cuidados de enfermagem*. Tese de Mestrado apresentada no ICBAS. Porto. Disponível no centro de documentação da ESEnfSJ.
- PIRES, R. (2004). *Acompanhamento da actividade clínica dos enfermeiros: contributos para a definição de uma política organizacional*. Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Supervisão – Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa.
- SILVA, A. (2001). *Sistemas de Informação em Enfermagem: uma teoria explicativa de mudança*. Tese de Doutoramento apresentada no ICBAS. Porto. Disponível no centro de documentação da ESEnfSJ.
- SOUSA, P. (2005). *O Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo*. Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- TEIXEIRA, M. (2006). *Impacto dos Sistemas de Informação na Organização dos Serviços de Urgência Hospitalar: Estudo de Caso*. Dissertação apresentada à Universidade de Évora para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde.