

Modelos de exercício profissional usados pelos enfermeiros em hospitais portugueses

Professional practice models used by nurses in Portuguese hospitals

Modelos de ejercicio profesional aplicados por los enfermeros en hospitales portugueses

Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro^I

ORCID: 0000-0001-9982-9537

Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins^{II}

ORCID: 0000-0001-5530-3891

Daisy Maria Rizatto Tronchin^{III}

ORCID: 0000-0003-3192-1956

João Miguel Almeida Ventura da Silva^{IV}

ORCID: 0000-0002-8794-528X

Elaine Cristina Novatzki Forte^V

ORCID: 0000-0002-6042-5006

^IEscola Superior de Saúde de Santa Maria. Porto, Portugal.

^{II}Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal.

^{III}Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem.
São Paulo-SP, Brasil.

^{IV}Centro Hospitalar de São João. Porto, Portugal.

^VUniversidade Federal de Santa Catarina.
Florianópolis-SC, Brasil.

Como citar este artigo:

Ribeiro OMPL, Martins MMFPS, Tronchin DMR,
Silva JMAV, Forte ECN. Professional practice
models used by nurses in Portuguese hospitals.

Rev Bras Enferm [Internet]. 2019;72(Suppl 1):24-31.
[Thematic Issue: Work and Management in Nursing].
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0670>

Autor Correspondente:

Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro
E-mail: olga.ribeiro@santamariasaude.pt



Submissão: 25-09-2017

Aprovação: 21-12-2017

RESUMO

Objetivo: Analisar os modelos de exercício profissional usados pelos enfermeiros no contexto hospitalar. **Método:** Estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado em 19 instituições hospitalares, com a participação de 56 enfermeiros. Para a coleta de dados, foi utilizada a entrevista semiestruturada. **Resultados:** Da análise, emergiram como categorias: prática centrada na gestão de sinais e sintomas, em que se destacaram o modelo biomédico, a prevenção de complicações e a detecção precoce de sinais e sintomas de agravamento clínico e prática centrada nas respostas humanas dos clientes evidenciando a promoção da saúde, a promoção do autocuidado, a reconstrução da autonomia, a readaptação funcional, a capacitação dos clientes, a preparação do regresso a casa e a facilitação das transições. **Considerações finais:** Apesar da evolução notada em alguns contextos, ainda há um distanciamento entre os modelos praticados e os expostos, apontando para a necessidade de mudanças que garantam a estruturação e sistematização da ação profissional.

Descritores: Enfermagem; Modelos de Enfermagem; Prática Profissional; Cuidados de Enfermagem; Hospitais.

ABSTRACT

Objective: To analyze the professional practice models used by nurses in the hospital context. **Method:** A descriptive study with a qualitative approach was carried out in 19 hospitals with 56 nurses. Data collection was carried out by means of a semi-structured interview. **Results:** The following categories emerged from analysis: a practice focused on the management of signs and symptoms, where the biomedical model, prevention of complications, and early detection of signs and symptoms of clinical worsening stood out, and a practice based on patients' human responses, emphasizing health promotion, self-care promotion, autonomy reconstruction, functional rehabilitation, patients' training, preparation to return home, and facilitation of transitions. **Final considerations:** In spite of the evolution seen in some contexts, a distance between the models practiced and those presented is still found, which indicates the need for changes ensuring structuring and systematization of the professional practice.

Descriptors: Nursing; Nursing Models; Professional Practice; Nursing Care; Hospitals.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los modelos de ejercicio profesional aplicados por los enfermeros en el ámbito hospitalario. **Método:** Estudio descriptivo de abordaje cualitativo, realizado en 19 hospitales, con la participación de 56 enfermeros. Datos recolectados mediante entrevista semiestruturada. **Resultados:** Del análisis surgieron las categorías: práctica enfocada en la gestión de signos y síntomas, donde se destacaron el modelo biomédico, la prevención de complicaciones y la detección precoz de signos y síntomas de agravamiento clínico; y práctica enfocada en la respuesta humana de los pacientes, evidenciándose la promoción de salud, promoción del autocuidado, reconstrucción de la autonomía, readaptación funcional, capacitación de los pacientes, preparación para volver a casa y facilitación de las transiciones. **Consideraciones finales:** A pesar de la evolución notada, en ciertos contextos existe aún distancia entre los modelos practicados y los expuestos, expresándose la necesidad de cambios que aseguren la estructuración y sistematización de la acción profesional.

Descritores: Enfermería; Modelos de Enfermería; Práctica Profesional; Atención de Enfermería; Hospitales.

INTRODUÇÃO

Teoricamente o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina e profissão tem acompanhado as necessidades detectadas nos contextos da prestação de cuidados. Para além disso, em Portugal, a evolução da enfermagem, do ponto de vista do enquadramento legal do exercício profissional e da evolução verificada no ensino, foi consonante com o desenvolvimento da teoria. No entanto, apesar da evidência científica e dos instrumentos de suporte ao exercício da profissão, as atitudes e práticas dos enfermeiros relacionadas aos clientes e às famílias denunciam o distanciamento entre os modelos expostos na teoria de enfermagem e os modelos de exercício profissional usados nos contextos da prática⁽¹⁾.

Historicamente, apesar da forte influência de Florence Nightingale durante a primeira metade do século XX, no período que antecede o desenvolvimento das teorias, o exercício da enfermagem encontrava-se subordinado à medicina. A prática de enfermagem era prescrita por outros profissionais e realçada pelas tarefas de carácter ritualista. Nesse sentido, o trabalho inicial dos teóricos visou esclarecer o que era a enfermagem, o que faziam os enfermeiros e o que distinguia a enfermagem da mera realização de tarefas⁽²⁾.

Efetivamente, pela análise da resenha histórica do que têm sido as conceptualizações na enfermagem, constatamos que, a partir da década de 50, inseridas nas diversas escolas de pensamento, algumas teóricas criaram modelos conceptuais de enfermagem, com intuito de explicitar o “que” fazem e “porque” fazem os enfermeiros. Os diferentes modelos, ao constituírem explicações formais do que é a enfermagem⁽³⁻⁵⁾, têm em comum uma ruptura com o modelo biomédico e a afirmação e valorização dos cuidados de enfermagem autônomos.

Em Portugal, as investigações efetuadas nesta área têm revelado que, apesar do caminho percorrido, há a percepção de que o modelo biomédico, no qual os enfermeiros atribuem as prioridades à gestão de sinais e sintomas das doenças e às atividades de colaboração com a medicina, é dominante e que há dificuldades em introduzir aspectos característicos dos modelos expostos, que emergiram do desenvolvimento disciplinar da enfermagem, nos modelos em uso nas práticas profissionais, o que efetivamente também foi confirmado noutros países⁽⁶⁾.

Nos últimos anos, a enfermagem foi marcada por uma franca evolução académica e profissional, dispondo, conseqüentemente, dos recursos para se afirmar mais convictamente, enquanto profissão autônoma. Para além disso, o contexto da prestação de cuidados nas instituições hospitalares tem-se alterado significativamente nos últimos anos. O envelhecimento da população e os seus problemas inerentes, nomeadamente as doenças crônicas e as incapacidades físicas, têm aumentado e agravado progressivamente a necessidade de cuidados de saúde, cuja satisfação não está relacionada com a doença já diagnosticada nem com o tratamento médico já prescrito, mas sim com os cuidados de enfermagem prestados no âmbito dos processos de transição vivenciados pelos indivíduos, sejam eles pacientes e/ou famílias^(1,7).

Nesse contexto, apesar da necessidade da máxima competência dos enfermeiros ante o seu papel colaborativo com a medicina no diagnóstico e tratamento das doenças, as necessidades de

cuidados percebidas pelos profissionais e/ou manifestadas pelas pessoas, pacientes e/ou famílias, apelam, cada vez mais, à enfermagem exposta nos modelos teóricos^(1,4,7). Todavia, numa instituição em que o principal objetivo continua a ser o tratamento da doença, a constatação da elevada variabilidade das práticas dos enfermeiros compreendeu um importante estímulo para a realização deste estudo.

A dicotomia entre os modelos expostos na teoria de enfermagem e os modelos em uso no contexto hospitalar tem sido confirmada em várias investigações realizadas no país, desconhecendo-se, no entanto, particularidades dos diferentes modelos em uso pelos enfermeiros. Considerando esta lacuna, integrado numa investigação mais ampla desenvolvida num contexto nacional e intitulada “Contextos da prática hospitalar e concepções de enfermagem”, delineou-se este estudo, no qual se pretende responder à seguinte questão: Como expressam os enfermeiros os modelos de exercício profissional em uso nas instituições hospitalares de Portugal continental?

OBJETIVO

Analisar os modelos de exercício profissional usados pelos enfermeiros no contexto hospitalar.

MÉTODO

Aspectos éticos

Durante a realização do estudo, foram atendidas as normas nacionais e internacionais de ética para pesquisas envolvendo seres humanos. O estudo foi aprovado pelas comissões de ética e pelos conselhos de administração dos 19 Centros Hospitalares envolvidos.

A todos os participantes foi solicitado que assinassem o consentimento informado, declarando que aceitavam participar do estudo e autorizavam a gravação da entrevista. Ficou claro que a sua participação seria voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que por isso viessem a ser prejudicados. Para garantir o anonimato, todas as entrevistas foram codificadas, utilizando-se para tal a letra inicial da palavra entrevistado, seguida de uma ordem numérica de 1 a 56.

Tipo de estudo

Partindo do pressuposto de que a compreensão das práticas profissionais dos enfermeiros no contexto hospitalar é uma atividade complexa, importa referir que, neste estudo, nos interessou perceber a realidade dos fenômenos, tal como percebida e experienciada pelos enfermeiros. Nesse sentido, foi realizado um estudo descritivo com abordagem qualitativa.

Cenário do estudo

Foram convidados a participar do estudo os 21 Centros Hospitalares de Portugal continental, enquadrados no modelo de gestão de Entidade Pública Empresarial (EPE). Considerando que duas dessas instituições hospitalares não aceitaram participar, foram envolvidos neste estudo 19 Centros Hospitalares.

Fonte de dados

Para a identificação dos participantes, a técnica de amostragem usada foi intencional. De forma a garantir um maior aprofundamento e compreensão dos fenômenos em estudo, no grupo de participantes, estavam elementos representantes de enfermeiros gestores, enfermeiros especialistas e enfermeiros. Atendendo à intencionalidade da amostra, os três informantes de cada uma das instituições hospitalares foram referenciados pelo Enfermeiro Diretor da respectiva instituição. Como critérios de inclusão, definimos: “exercer a sua atividade profissional na instituição hospitalar num período de tempo igual ou superior a seis meses, nos departamentos de medicina e especialidades médicas, cirurgia e especialidades cirúrgicas ou medicina intensiva e urgência”.

Uma vez que se recorreu ao conhecimento que os Enfermeiros Diretores tinham dos seus enfermeiros, após a indicação dos potenciais informantes, eles foram contactados pela pesquisadora, com o intuito de validar a decisão de participar no estudo. Numa das instituições hospitalares, um enfermeiro gestor recusou-se a participar, constituíram então o grupo de informantes do estudo um total de 56 enfermeiros.

Coleta e organização dos dados

A coleta de dados foi concretizada por meio de entrevista semiestruturada. O encontro com os participantes foi previamente marcado, tendo sempre em consideração as suas disponibilidades. As entrevistas foram realizadas de agosto de 2015 a fevereiro de 2016, pela própria pesquisadora, em espaços reservados em cada uma das instituições hospitalares e tiveram uma duração média de 60 minutos. De modo a explorar a existência de dificuldades na interpretação das perguntas, foram realizadas entrevistas prévias. Após autorização dos participantes, todas as entrevistas foram gravadas. Posteriormente, foi enviada por correio eletrónico, a cada participante, a transcrição da respectiva entrevista, de modo que validassem o conteúdo da mesma. É de salientar que, de acordo com a codificação definida, de E1 a E19 foram entrevistas realizadas com enfermeiros, de E20 a E38 corresponde a entrevistas realizadas com enfermeiros especialistas e de E39 a E56 refere-se a entrevistas realizadas com enfermeiros gestores.

Análise dos dados

A análise de conteúdo foi efetuada seguindo-se as orientações de Bardin⁽⁶⁾ e com recurso ao *software Atlas.ti.*[®] versão 7.5.10. Neste contexto, a análise dos discursos dos participantes dividiu-se em três fases: pré-análise, exploração do material e, por fim, inferência e interpretação. Na sequência da utilização do *Atlas.ti.*[®], às unidades de registo (*quotations*, na linguagem do *software*) foram atribuídos códigos identificadores (*codes*), tendo sido posteriormente organizadas as categorias (*families*).

RESULTADOS

Relativamente aos 56 participantes, constatamos que a maioria era do gênero feminino (73,2%). A distribuição das idades

mostrou o predomínio entre 30 e 35 anos e entre 50 e 55 anos, sendo a idade média de 42,5 e o desvio padrão de 9,9. O estado civil majoritário foi Casado/União Estável (73,2%). Em relação à condição em que exercia a profissão, atendendo à intencionalidade da amostra, a distribuição foi quase uniforme, pois existiam 19 enfermeiros (33,93%), 19 enfermeiros especialistas (33,93%) e 18 enfermeiros gestores (32,14%). No que concerne ao grau académico, verificou-se que a graduação é largamente majoritária (76,8%), seguindo-se o mestrado (21,4%) e o doutorado (1,8%).

Aquando da análise dos dados, nos discursos dos participantes, no âmbito da área temática modelos orientadores da prática profissional, salientaram-se duas perspectivas, uma centrada na gestão de sinais e sintomas e outra centrada nas respostas humanas dos clientes (Quadro 1).

Quadro 1 - Modelos orientadores da prática profissional, Porto, Portugal, 2017

Categorias	Subcategorias
Prática centrada na gestão de sinais e sintomas	- Prevenção de complicações
	- Detecção precoce de sinais e sintomas de agravamento clínico
	- Modelo biomédico
Prática centrada nas respostas humanas	- Promoção da saúde
	- Promoção do autocuidado
	- Reconstrução da autonomia
	- Readaptação funcional
	- Capacitação do cliente
	- Capacitação do prestador de cuidados
	- Preparação do regresso a casa
- Facilitação das transições	

No que concerne a modelos focados na gestão de sinais e sintomas, a prática centrada na *prevenção de complicações* foi frequentemente evidenciada nas narrativas:

Tudo aquilo que é o nosso trabalho no dia a dia foca-se essencialmente em prevenir complicações. (E26)

Acho que é um bocadinho a nossa essência, ser enfermeiro é estar sempre a pensar em evitar o que pode acontecer. (E46)

Nos serviços de cirurgia e especialidades cirúrgicas, a prevenção de complicações pós-operatórias foi dos aspectos mais salientados:

Há coisas que são extremamente básicas num serviço cirúrgico e que de serem tão básicas, já estão de tal forma enraizadas... que trabalhando num serviço cirúrgico, todos nós sabemos quanto é importante um levante precoce. (E39)

Para além disso, ao longo da implementação das intervenções, ficou evidente que o foco continua a ser a prevenção de complicações:

No pós-operatório, nós também lidamos com a dor do doente cirúrgico [...] E todos nós sabemos, que qualquer um de nós se tem dor, limita a mobilidade [...] portanto, temos que prever as complicações [...] se for necessário administram-se analgésicos, porque vai dar mais conforto ao levante. (E39)

Sendo transversal a todos os contextos, a prevenção de complicações associada à administração de fármacos e hemoderivados, bem como a procedimentos técnicos, também foi abordada pelos participantes:

Há coisas aqui que são chave no nosso serviço: suporte transfusional... administração de terapêutica citostática... administração de antibióticos... Se nós conhecermos esses três campos, se conhecermos os riscos, que já estão identificados, podemos minimizar [...] Aplicando isto aos vários campos, estamos a prevenir 70 a 80% das complicações [...] Depois temos as partes das técnicas, punções venosas periféricas, colaboração na inserção de cateteres centrais, nos mielogramas, nas punções lombares... O importante é conhecer os riscos, fazer tudo para evitar que eles apareçam e minimizar as consequências [...] quando acontecem coisas mais graves, o que nós temos de ter é rapidez de atuação [...] e agir rapidamente de acordo com o grau da complicação. (E12)

De fato, nos casos em que não é possível prevenir as complicações, a identificação precoce de sinais e sintomas pode minimizar os efeitos, sendo a rapidez da ação dos enfermeiros fundamental:

Se eu estiver atenta àquele doente, posso rapidamente identificar os primeiros sinais de alerta e minimizar as complicações, ou seja, não as previno, mas minimizo as consequências delas. (E12)

Nos serviços de medicina e especialidades médicas, a prevenção de infecção, a prevenção de quedas e a prevenção de úlceras de pressão adquiriram uma relevância significativa nas narrativas:

Estamos muito sensibilizados para a questão da prevenção de infecções. (E26)

Se o doente tem risco de queda, temos que colocar a pulseira [...] e as grades na cama (E34)

Já está enraizado em todos os elementos do serviço [...] essas orientações para prevenir as úlceras de pressão. (E53)

Em contextos da prática profissional complexos, como é o caso da medicina intensiva e urgência, foi notório que a ênfase é frequentemente colocada na *detecção precoce de sinais e sintomas de agravamento clínico*:

Pelo menos na parte de que temos de manter as pessoas vivas, quando é para manter vivas [...] e saber ler os sinais e sintomas e as complicações que estão a surgir... mesmo sabendo que a ajuda que virá, deverá ser de outro profissional [...] temos que saber antecipar as situações. (E3)

Na verdade, ainda que em algumas situações a ação dos enfermeiros esteja quase exclusivamente restrita à coleta de dados de agravamento clínico e à execução de intervenções prescritas

pelos médicos, o mencionado pelos participantes revelou o significado atribuído a este domínio.

O problema é que, mesmo em contextos menos complexos, quando da análise dos dados, constatamos que, apesar das evoluções verificadas nos últimos anos, há uma percepção generalizada de que a enfermagem continua a ser impulsionada pelo *modelo biomédico* orientado para a realização de tarefas:

O que se nota é uma focalização no problema agudo [...] em que estamos só a atender a alterações sistemáticas nos sistemas orgânicos [...] e a responder a prescrições [...] É o tal modelo biomédico por excelência, que é o médico que prescreve, o enfermeiro faz, e o que interessa é dar resposta a essas prescrições. (E33)

No seguimento do referido, ficou claro que a prática não tem traduzido a evolução teórica da enfermagem:

Na última década, [...] têm surgido vários estudos na área da enfermagem... tem-se tentado traduzir esses estudos na prática, só que realmente ainda não conseguimos [...] continuamos a trabalhar muito no modelo biomédico. (E52)

Para além da prática focada na gestão de sinais e sintomas, no âmbito de uma prática centrada nas respostas humanas dos clientes, a preocupação de alguns enfermeiros em aproveitar o internamento para promover estilos de vida saudáveis foi evidente nos achados:

Embora a pessoa possa estar numa situação aguda de doença, tentamos que saia daqui sempre [...] com algumas ideias daquilo que deve fazer para promover a saúde... (E18)

Importa salientar que, perante a intencionalidade de atuar no âmbito da *promoção da saúde*, a informação transmitida pelos enfermeiros aos clientes teve frequentemente em consideração o processo patológico que justificou a internação, bem como os fatores potenciadores de outros processos patológicos:

Surge a preocupação por parte dos enfermeiros de olhar o doente do ponto de vista do que o trouxe cá [...] mas também tudo o que tenha a ver com outros aspectos em termos da promoção da saúde que não são efetivamente bem concretizados pelos doentes. (E40)
Doentes com uma doença crónica, que têm vários internamentos, a gente aproveita para promover [...] hábitos saudáveis... (E1)

Para além da prática centrada na promoção da saúde, foi notório o investimento na *promoção do autocuidado*, fundamentalmente relacionada com os clientes que, previamente ao internamento, apresentavam algum grau de dependência relacionada com alterações físicas e/ou essencialmente cognitivas. A ênfase centrada nas capacidades dos clientes para o autocuidado, em detrimento de uma perspectiva predominantemente centrada no fazer pelos clientes, emergiu como uma preocupação dos enfermeiros:

Temos que saber ler as dependências do autocuidado... e temos que saber substituir quanto baste, e promover quando possível (E3)

Por exemplo, se o doente tem capacidade, de nos cuidados de higiene, lavar a parte superior, o tronco, os braços, não vou ser

eu a lavar por ele e, enquanto o doente vai lavando essa parte, se calhar eu vou ajudá-lo na parte inferior, porque normalmente é aí que eles têm mais dificuldade. (E33)

Apesar de demonstrarem preocupação, os enfermeiros reconheceram a existência de situações em que tendencialmente pode ser adotado o padrão de fazer pelo cliente:

Tenho a noção que às vezes o doente poderia fazer mais do que o que faz.... só que, às vezes, para poupar algum tempo é feita alguma coisa por ele. (E37)

As desvantagens de serem dois enfermeiros a prestar os cuidados aos doentes também foram mencionadas pelos participantes:

Não andamos dois a dois, porque isso seria impraticável [...] aí é que substituem o doente completamente, não dão hipótese, porque querem é seguir para a frente e despachar. (E33)

Sendo o autocuidado uma área em que algumas tarefas são delegadas aos assistentes operacionais, ficou claro que a avaliação e priorização das situações pelo enfermeiro podem fazer a diferença. Assim, de modo a evitar as repercussões de uma abordagem centrada no fazer pelo cliente, os participantes revelaram a preocupação em ensinar e instruir estratégias adaptativas numa atuação congruente com os modelos expostos:

A escolha é: estes dois ou três doentes precisam de mim por isto, e não porque têm complicações, mas porque quero mostrar aos senhores que eles podem fazer isto! Agora, sistematicamente com um auxiliar a dar-lhes banho, nunca ninguém lhes vai mostrar isso! (E3)

No seguimento do referido, em relação aos clientes com potencial de autonomia que possuem capacidades cognitivas, de tomada de decisão, de mobilidade e de comunicação, foi abordada pelos participantes uma prática centrada na *reconstrução da autonomia*:

Muitas vezes, doentes [...] que de alguma forma, ajudamos também a iniciar este processo de reconstrução da autonomia. (E21)

Algumas pessoas vêm com muitas limitações [...] mas eu quero é que aquela pessoa se torne autônoma o mais rapidamente possível. (E29)

Decorrente da valorização de situações de dependência transitórias em que a necessidade de ajuda naquilo que o doente não consegue iniciar ou completar é vista como temporária, os enfermeiros tentam

Promover a autonomização do doente o mais precocemente possível e essa autonomia é feita sempre com muitos ensinamentos... (E12)

A relevância atribuída pelos enfermeiros aos “ensinos” pretende explicitar a sua intencionalidade, no sentido de desenvolver as competências de autocuidado dos clientes, ensinando, instruindo e treinando as estratégias adaptativas para a concretização das atividades inerentes a cada domínio do autocuidado.

Apesar da política de internações cada vez mais curtas e, conseqüentemente, de um menor contato com os clientes, a intencionalidade de uma prática centrada na *readaptação funcional* também foi abordada:

Eu trabalho todos os dias com doentes que têm problemas respiratórios e que têm que aprender [...] a viver. (E20)

O explicitado refere-se a situações em que a intervenção dos enfermeiros não está direcionada à resolução da condição apresentada pelo doente, mas sim à intenção de ensinar estratégias que promovam a adaptação do cliente à sua condição:

Todos os dias temos que ensinar estratégias para quando eles estiverem em casa, como é que vai estender a roupa, a senhora, como é que vai lavar a louça... isto, no fundo, é uma readaptação, todos os dias temos que ensinar estratégias para a pessoa no domicílio conseguir desenvolver as suas atividades de vida diárias (E20)

Tento promover nos doentes [...] estratégias para eles se adaptarem à sua incapacidade e eles acabam por aceitá-la e acabam por evoluir na sua recuperação (E23)

Por exemplo, os doentes amputados vão ter que conviver com a falta de um membro e [...] reaprender a viver com aquela condicionante... E, portanto, a enfermagem tem aqui uma intervenção solene. (E39)

Dos constrangimentos associados à concretização da readaptação funcional, foi referido pelos participantes a falta de tempo e a impossibilidade de manter a continuidade:

Existem lacunas, porque é uma área que necessita de tempo e necessita de continuidade [...] no meu ponto de vista, alguém que trabalhe especificamente isto e que vá vendo a evolução dos doentes, é essencial nos serviços. (E38)

De modo a garantir o tempo e a continuidade necessários à readaptação funcional, é consensual que, no contexto hospitalar, essa área tem sido atribuída à enfermagem de reabilitação.

Aqui, nós “delegamos” muito no enfermeiro de reabilitação. (E14)

O reconhecimento de competências destes enfermeiros especialistas para promover ganhos em saúde na área em questão foi também identificado:

Uma elevada percentagem de doentes que nós tínhamos que entravam pelo próprio pé e acabavam por sair acamados ou pelo menos com limitações consideráveis e hoje em dia temos muitos doentes que [...] entram com algumas limitações e saem melhor [...] do que inclusive entraram. Fruto do investimento dos enfermeiros de reabilitação. (E10)

Ainda no âmbito de uma prática centrada nas respostas humanas, foi relevado o investimento na *capacitação dos clientes*:

Temos que partir à conquista daquela capacitação do doente que depende, realmente, da intervenção da enfermagem [...] há doentes em que é difícil chegarmos a este patamar [...] depende muito da idade, da condição mental ou até mesmo da preparação e da

formação prévia e depois, acima de tudo, acho que depende muito do trabalho da enfermagem. (E39)

Efetivamente, apesar de ser importante a capacidade dos clientes para incorporar a informação, o papel do enfermeiro é fundamental:

Os doentes saem daqui a saber os cuidados [...] para administrar as enoxaparinas. (E51)

Quando o doente é colostomizado [...] os ensinamentos são sempre estruturados [...] depois fazemos o treino... a pessoa tem de fazer na nossa frente para ver se está apta ou não. (E8)

Nesse processo, destacaram-se dois momentos distintos, por um lado, a transmissão de informação teórica, que tradicionalmente os enfermeiros portugueses designam por “ensinos” e que se refere a intervenções do âmbito do informar e do ensinar, e, por outro lado, o treinamento de aspectos essencialmente técnicos, enquadrados nas intervenções do tipo treinar. A um nível intermediário, não foram mencionadas intervenções do tipo instruir, isto porque, frequentemente, a demonstração das técnicas pelo enfermeiro está incluída naquilo que os participantes designam por “ensinos”. Importa, no entanto, destacar a referência a ensinamentos estruturados.

Decorrente de uma política de internações cada vez mais curtas que não permitem a recuperação total dos clientes, as famílias têm-se confrontado com a alta dos seus familiares doentes, frequentemente com uma condição de saúde diferente da que tinham antes da internação, exigindo, ao membro da família que vai assumir o papel de prestador de cuidados um conjunto de conhecimentos e capacidades para lidar com a situação. Em consonância com o referido, da análise dos discursos, emergiram, como uma das primeiras preocupações, a identificação da pessoa que desempenhará o papel de prestador de cuidados:

É uma preocupação logo desde o início [...] porque o doente pode ter alguns problemas... vai ficar com muitas limitações, sendo importante perceber quem vai fazer o seguimento em casa. (E31)

A relevância da *capacitação do prestador de cuidados* para tomar conta da pessoa que fica dependente foi claramente evidenciada nos discursos:

Deve ser cada vez mais caro aos enfermeiros esse papel na preparação dos prestadores de cuidados. (E21)

De fato, os enfermeiros, para além de constituírem um recurso profissional para a pessoa doente, têm de ajudar os membros da família prestadores de cuidados a lidar com a situação de tomar conta, com tudo o que isso implica. Certo é que a ajuda profissional é fundamental ao exercício do papel de prestador de cuidados e à aquisição de mestria no desempenho do mesmo.

Embora os relatos evidenciem o investimento na capacitação do prestador de cuidados, os participantes deixaram também transparecer a importância dessa dimensão autónoma, vinculando-se à ideia de que o enfermeiro é o profissional de saúde que melhor prepara o membro da família prestador de cuidados para assistir a pessoa doente nos autocuidados:

Quer sejam esposas, quer sejam mães, temos de perceber o quanto somos significativos para essas pessoas e perceber que não há mais ninguém que [...] prepare os prestadores [...] para assistir estes utentes em casa nos seus autocuidados. (E21)

Uma vez reconhecido o valor da capacitação do prestador de cuidados, os enfermeiros integraram, na sua prática, a *preparação do regresso a casa*:

O que nós tentamos fazer [...] quando estão cá internados é prepará-los para ir para casa. (E12)

Nesse âmbito, constatou-se uma preocupação com a adaptação do domicílio àquilo que são as necessidades da pessoa doente e concomitantemente do membro da família prestador de cuidados:

Quando o doente vai para o domicílio, tento fazer a avaliação do espaço físico, falo com a família [...] para poder mostrar à pessoa o que é que se adapta melhor naquela situação. (E35)

O contributo dos enfermeiros para a *facilitação das transições* também foi referenciado:

Queremos ajudar as pessoas a ter uma transição saudável para atingirem novamente um ponto de equilíbrio. (E20)

Das propriedades relevadas pelos participantes, destacamos: a *conscientização*:

Sem dúvida, que o nosso papel é importantíssimo nos primeiros passos, que é a consciencialização do doente para a sua nova condição de saúde. (E21)

O *envolvimento*:

Mas depois se fomos falar [...] no que é o envolvimento no problema. (E20)

A *mudança*:

Um doente que ficou com limitações ou com incapacidade [...] é um doente que, se não interiorizar essa nova situação, não vai ser saudável, porque vai ter sempre ali um problema, vai andar contrafeito, se calhar porque nunca interiorizou aquela mudança. (E39)

A *diferença*:

Quando têm uma ostomia, os doentes confrontam-se com algo muito diferente. (E4)

O *período de tempo*:

Doentes que demoram mais tempo para essa adaptação. (E33)

E o *evento crítico*:

Às vezes antes da cirurgia pensam que é provisório, mas quando, no pós-operatório, o médico diz que é definitivo, eles percebem que é melhor aprender. (E4)

No âmbito das condições facilitadoras e inibidoras, foram identificados dados relativos às condições pessoais:

Os significados atribuídos pelos doentes à doença, ao internamento, bem como as suas crenças, são aspectos que, muitas vezes, dificultam uma evolução favorável. (E4)

No que diz respeito aos padrões de resposta, destacaram-se os indicadores de resultado, nomeadamente a mestria:

À medida que os dias de internamento vão passando, percebemos que como resultado dos nossos ensinamentos, a capacidade dos doentes para cuidar da colostomia melhora. (E4)

E a identidade integradora fluída:

Se nós ajudarmos um doente a conviver com a limitação ou [...] com o que vai ficar em definitivo [...] no futuro temos a certeza que ele já fez a aceitação daquela nova situação, porque está a desenvolver a sua aprendizagem e até a sua identidade. (E39)

Para além da transição dos clientes que passam de um estado de saúde para um estado de doença, emergiu a transição vivenciada pela família, cuja mudança se manifestará de forma mais intensa no elemento que assumir a responsabilidade de tomar conta:

Temos que ser significativos para as famílias, temos que encontrar na família alguém que assuma um papel que, muitas vezes, não pensou desempenhar tão cedo... (E21)

DISCUSSÃO

Independentemente dos contextos de prestação de cuidados, partilhamos da ideia de que existem práticas de enfermagem diferentes⁽⁹⁾ e, neste sentido, não há um único modelo em uso, mas sim vários modelos assistenciais em uso. Do estudo realizado, constatamos que os modelos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros, no contexto hospitalar, são influenciados por duas perspectivas, uma teórica e uma prática.

No âmbito da perspectiva teórica, há uma dupla influência, que resulta essencialmente dos referenciais teóricos que foram surgindo ao longo do desenvolvimento conceptual da enfermagem num contexto internacional, bem como dos instrumentos reguladores que emergiram durante o desenvolvimento da profissão de enfermagem em Portugal. Relativamente à perspectiva prática, a influência decorre essencialmente do desenvolvimento profissional da enfermagem em proximidade com a medicina, numa tendência clara para o modelo biomédico.

Efetivamente, há um número significativo de contextos em que as práticas estão tendencialmente centradas na prevenção de complicações e na detecção precoce de agravamento clínico, tradutoras de alterações nos processos corporais. Como consequência, os cuidados de enfermagem no contexto hospitalar têm vindo a estar comprometidos, uma vez que refletem uma atuação focada em sinais e sintomas⁽¹⁰⁾, prevalecendo a lógica dos serviços em detrimento das necessidades dos clientes⁽¹¹⁾. Nesse contexto, decorrente de uma prestação de cuidados centrada nas tarefas, vão predominando práticas fragmentadas e automatizadas que dificultam o afastamento do modelo biomédico.

Já em 2003, quando da apresentação do modelo de cuidados de qualidade, foi referido que a enfermagem continua a ser impulsionada pelo modelo biomédico⁽¹²⁾. Mais recentemente, numa investigação realizada no contexto hospitalar, os enfermeiros verbalizaram que o seu percurso académico e profissional tinha sido muito direcionado para o desenvolvimento de competências essencialmente centradas na gestão de sinais e sintomas das doenças e numa proximidade muito clara ao modelo biomédico⁽¹³⁾. De fato, os modelos centrados na gestão de sinais e sintomas e na colaboração com o médico no tratamento das patologias parecem concorrer atualmente para as dificuldades experimentadas pelos enfermeiros⁽¹⁴⁾.

Apesar de o longo percurso de teorização deixar claro um progressivo distanciamento do modelo biomédico, a aplicação destes pressupostos nos cuidados prestados às pessoas não traduz a mesma evolução. Em Portugal, as práticas dos enfermeiros continuam a orientar-se para a gestão de sinais e sintomas e para a prevenção de complicações associadas a cirurgias, medicação e patologias, tal como constatado nos achados deste estudo.

Todavia, o modelo biomédico que sustentou, e ainda sustenta em algumas instituições, uma concepção de cuidados restrita à gestão de sinais e sintomas tem-se mostrado insuficiente para atender às mais recentes necessidades dos clientes^(9,14). Na verdade, nos últimos anos, no contexto hospitalar, a prestação de cuidados pontuais e despersonalizados, dirigidos ao caso, e não à pessoa e família, numa intervenção preferencialmente dedicada à resolução de doenças agudas⁽¹⁾, tem-se revelado profundamente desajustado às reais necessidades da população⁽¹⁵⁾.

Acresce ainda que, no âmbito de uma prática centrada na prevenção de complicações, o fato de a prevenção de infeções, a prevenção de quedas e a prevenção de úlceras de pressão constituírem indicadores no âmbito de processos de acreditação da qualidade implementados nas instituições hospitalares faz com que o enfermeiro sustente a sua prática em procedimentos da instituição, em detrimento da identificação de diagnósticos de enfermagem baseados na relevância dos dados inerentes à condição dos clientes.

No âmbito dos modelos de exercício profissional orientados para as respostas humanas, a ênfase de uma prática centrada na promoção da saúde e na readaptação funcional evidencia a preocupação dos enfermeiros em atuar em congruência com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem⁽¹⁶⁾. Por outro lado, modelos orientadores centrados no autocuidado e nas transições denunciam que os pressupostos inerentes à teoria de médio alcance das transições⁽¹⁷⁾ e à teoria do défice no autocuidado⁽³⁾ têm vindo a ser aplicados na prática⁽¹⁸⁾.

Limitações do estudo

Na sequência de uma amostragem intencional, recorreu-se ao conhecimento que os enfermeiros diretores tinham dos seus enfermeiros, podendo o perfil de enfermeiros selecionados influenciar os resultados do estudo. No entanto, no global, os achados evidenciam os modelos de exercício profissional usados pelos enfermeiros nos contextos hospitalares de Portugal continental.

Contribuições para a área da Enfermagem

Apesar da relevância atribuída a áreas de atenção no âmbito da disciplina de enfermagem, ao longo da realização do estudo,

ficámos com a percepção de que as práticas não refletem o desenvolvimento da enfermagem, verificando-se um distanciamento entre os modelos praticados no contexto profissional e os modelos expostos. Apesar de o referido estar dependente de aspectos relacionados com os ambientes da prática, acreditamos ser fortemente influenciado pelos enfermeiros. Do mencionado, emerge a necessidade de identificar os fatores que determinam ou condicionam a orientação para uma prática centrada na gestão de sinais e sintomas ou para uma prática centrada nas respostas humanas dos clientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora, em alguns contextos, seja notória a integração, na prática, de aspectos inerentes à teoria exposta, de que é exemplo

a ênfase colocada no autocuidado, nos processos de transição, na preparação do regresso a casa, no papel de membro da família prestador de cuidados, emergiu simultaneamente, dos discursos dos participantes, aspectos que acabam por condicionar a necessária estruturação e sistematização da ação profissional, cuja repercussão é evidente na descrição de práticas incompletas e fragmentadas, frequentemente ancoradas em argumentos frágeis e, por vezes, pouco consistentes, o que exige reflexão e, consequentemente, mudanças nas práticas.

Em suma, verifica-se que a enfermagem portuguesa, embora com diferenças entre as instituições hospitalares, vive um momento de transição entre uma prática ainda fortemente inspirada no modelo biomédico e uma prática já visível, apesar de não expandida a todos os contextos, em que é notória a influência dos referenciais teóricos da disciplina de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes CS, Gomes JA, Martins MM, Gomes BP, Gonçalves LH. The Importance of Families in Nursing Care: Nurses' Attitudes in the Hospital Environment. *Rev Enf Ref* [Internet]. 2015 [cited 2017 Fev 05];IV(7):21-30. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn7/serIVn7a03.pdf> Portuguese
2. McEwen M, Wills EM. *Theoretical Basis for Nursing*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014. 592 p.
3. Shah M. Compare and Contrast of Grand Theories: Orem's Self-Care Deficit Theory and Roy's Adaptation Model. *Int J Nurs Didac*. 2015;5(1):39-42. doi: <http://dx.doi.org/10.15520/ijnd.2015.vol5.iss01.28.39-42>
4. Salviano MEM, Nascimento PDFS, Paula MA, Vieira CS, Frison SS, Maia MA, et al. Epistemology of nursing care: a reflection on its foundations. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 01]; 69(6):1172-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/en_0034-7167-reben-69-06-1240.pdf
5. McCrae N. Whither Nursing Models? The value of nursing theory in the context of evidence-based practice and multidisciplinary health care. *J Adv Nurs* [Internet]. 2011 [cited 2017 Fev 24]; 68(1):222-9. Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2011.05821.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER
6. Zarzycka D, Dobrowolska B, Wron'ska I, Cuber T, Pajnkihar, M. Theoretical foundations of nursing practice in Poland. *Nurs Sci Q*. 2013;26(1), 80-84. doi: 10.1177/0894318412466736
7. Paiva A. Prefácio. In: Martins T, Araújo MF, Peixoto MJ, Machado PP, organizadores. *A pessoa dependente e o familiar cuidador*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2016. p. 5-7.
8. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2015.
9. Rodrigues FRA, Pereira MLD, Amendoeira J. Paradigmatic transition of health and reflections in nursing as a discipline. *Rede Cuidados Saúde* [Internet]. 2015 [cited 2017 Mar 03]; 9(1):01-08. Available from: <http://publicacoes.unigranrio.com.br/index.php/rcs/article/view/2516/1281>
10. Benedet SA, Gelbcke FL, Amante LN, Padilha MI, Pires DEP. Nursing process: systematization of the nursing care instrument in the perception of nurses. *Rev Pesqui Cuid Fundam* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 02];8(3):4780-8. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4237/pdf>
11. Souza MF, Santos AD, Monteiro AI. The nursing process in the opinion of the nursing staff of a teaching hospital. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2017 Mar 03];66(2):167-73. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/03.pdf>
12. Duffy JR, Hoskins LM. The Quality-Caring Model©: Blending Dual Paradigms. *Adv Nurs Sci*. 2003;26(1):77-88. doi: 10.1097/00012272-200301000-00010
13. Padilha JM. Promoting self-care management in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): a path of action research. *Interface Comun Saúde Educ* [Internet]. 2015 [cited 2017 Fev 03];19(52):201-2. Available from: http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n52/en_1807-5762-icse-19-52-0201.pdf
14. Sousa MR, Martins T, Pereira F. Reflecting on the practices of nurses in approaching the person with a chronic illness. *Rev Enf Ref* [Internet]. 2015 [cited 2017 Fev 21]; IV(6):55-63. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn6/serIVn6a07.pdf>
15. Ribeiro OM, Pinto CA, Regadas SC. People dependent on self-care: implications for nursing. *Rev Enf Ref* [Internet]. 2014 [cited 2017 Fev 07];IV(1):25-36. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn1/serIVn1a04.pdf>
16. Martins MM, Gonçalves MN, Ribeiro OM, Tronchin DM. Quality of nursing care: instrument development and validation. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Fev 27];69(5):864-70. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/en_0034-7167-reben-69-05-0920.pdf

17. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Messias DK, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Adv Nurs Sci* [Internet]. 2000 [cited 2017 Fev 22]; 23(1):12-28. Available from: https://www.researchgate.net/publication/12352146_Experiencing_Transitions_An_Emerging_Middle-Range_Theory
 18. Ribeiro OMPL. Contextos da prática hospitalar e concepções de enfermagem: olhares sobre o real da qualidade e o ideal da excelência no exercício profissional dos enfermeiros [Thesis on the Internet]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; 2017 [cited 2018 Aug 31]. 400 p. Available from: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/105835/2/202221.pdf>
-