



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

PERCURSOS DE PRÁTICA PERITA DE ENFERMEIROS A TRABALHAR NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Sandra Manuela Freitas Torres Pereira e Cunha



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

Sandra Manuela Freitas Torres Pereira e Cunha

**PERCURSOS DE PRÁTICA PERITA DE ENFERMEIROS A TRABALHAR NUMA UNIDADE DE
CUIDADOS INTENSIVOS**

IV Curso de Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica

**Trabalho efetuado sob a orientação do
Professor Doutor Luís Graça**

Março, 2017

RESUMO

Em cuidados intensivos, a experiência e a perícia dos enfermeiros são determinantes para a qualidade dos cuidados de enfermagem e obtenção de resultados positivos nas pessoas em situação crítica. A presença de peritos nesta área de cuidados assume uma importância crucial, pelo fato das suas tomadas de decisões e o cuidado que prestam terem implicações significativas na vida ou morte dos doentes.

Benner [et al] (2009) retratam o enfermeiro perito como detentor de uma vasta experiência e conhecimento, evidenciando um julgamento clínico ágil e intuitivo na identificação dos problemas do doente/família, prestando cuidados holísticos.

O estudo tem como objetivos: (i) Descrever os percursos de construção da perícia profissional no cuidar da pessoa em situação crítica, de enfermeiros que trabalham numa unidade de cuidados intensivos; (ii) Descrever características pessoais, profissionais e institucionais que intervêm na construção da perícia. Deste modo, trata-se de um estudo de natureza qualitativa, descritivo-exploratório e transversal.

No estudo participaram 6 enfermeiros peritos da prática clínica a trabalhar numa unidade de cuidados intensivos polivalente dum hospital da região norte, selecionados através de uma técnica bola de neve, tendo sido utilizado como instrumento de recolha de dados, a entrevista semiestruturada.

Para a análise de dados utilizou-se a análise de conteúdo, segundo Bardin, constituindo-se as unidades de análise e as unidades de sentido.

Emergiram como áreas temáticas: Alicerces na construção da identidade profissional do enfermeiro, com as categorias: características pessoais, características profissionais e características do contexto; Processo de maturidade pessoal e profissional; Domínios do enfermeiro perito e Reconhecimento da perícia.

Em síntese, torna-se evidente que a perícia do enfermeiro é compreendida como um processo dinâmico e gradual, interagindo múltiplos fatores de ordem pessoal, profissional e do contexto. É alcançada através da passagem do tempo, acumulação de experiências na abordagem da pessoa em situação crítica, bem como, pelo investimento pessoal contínuo em processos de formação, quer individual como coletivo. O auto-reconhecimento da sua perícia, bem como, o reconhecimento pelos pares/equipa multiprofissional é alcançado pela prestação de cuidados de excelência.

O reconhecimento social acontece sobretudo pela qualidade da relação interpessoal estabelecida com o doente/família e pela prestação de cuidados holísticos.

Palavras – chave: Perícia Clínica; Cuidados intensivos; Enfermagem.

ABSTRACT

In intensive care, the experience and the expertise of nurses are determinants for the quality of nursing care and obtaining positive results in people in critical situation. The presence of experts in this area of care is of crucial importance because their decision-making and the care they provide have significant implications in the life or death of patients.

Benner [et al] (2009) portray the expert nurse as having extensive experience and knowledge, demonstrating an agile and intuitive clinical judgment in identifying patient / family problems, providing holistic care.

The objectives of the study are: (i) Describe the routes of professional expertise in the care of the person in critical condition of nurses who work in intensive care unit; (ii) Describe personal, professional and institutional characteristics involved in building expertise. Thus, this is a qualitative, descriptive-exploratory and cross-sectional study.

In the study, 6 nurse practitioners from the clinical practice working in a multipurpose intensive care unit of a hospital in the northern region were selected using a snowball technique and the semi-structured interview was used as a data collection instrument.

For the analysis of data was used content analysis, according to Bardin, constituting the units of analysis and the sense units.

They emerged as thematic areas: Structures in the construction of the professional identity of the nurse, with the categories: personal characteristics, professional characteristics and characteristics of the context; Process of personal and professional maturity; Domains of the expert nurse and Recognition of expertise.

In summary, it becomes evident that nurses' expertise is understood as a dynamic and gradual process, interacting with multiple personal, professional and context factors. It is achieved through the passage of time, accumulation of experiences in approaching the person in critical situation, as well as by continuous personal investment in processes of formation, both individual and collective. The self-recognition of their expertise, as well as, recognition by the peer / multiprofessional team is achieved by providing excellence care. Social recognition is mainly due to the quality of the interpersonal relationship established with the patient/family and provides holistic care.

Keywords: Clinical Expertise; Intensive care; Nursing.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, estou grata a Deus pela minha existência humana e permitir que eu chegasse ao fim desta caminhada...

À Irmã Ana de Jesus, pelos ensinamentos de fé que me transmitiu, pela oração e conforto das suas palavras...

À minha família, de uma forma especial, aos meus filhos: Francisco e Manuel, pelos sorrisos e abraços que tanto me reconfortaram e deram força para não desistir...

Aos meus amigos Rui e Fernanda Silva pela amizade e apoio incondicional...

Ao Professor Luís Graça, pela sua exigência, pela sua sabedoria e por acreditar sempre que eu era capaz...

A todos os enfermeiros peritos que participaram neste estudo e permitiram saber algo mais sobre este domínio do conhecimento....

A todos os enfermeiros que cuidam e ambicionam alcançar a perícia, que este trabalho lhes sirva de inspiração e motivação para a conquistar...

Muito obrigada

Pensamento

“Parece então que é fundamental manter uma postura de humildade para a construção da perícia, pois é através dela que encontramos a motivação para procurar continuamente o conhecimento”.

Martins (2009)

SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

AACCN – American Association of Critical Care Nurses

CNES – Clinical Nursing Expertise Survey

CNQ – Conselho Nacional de Qualidade

ENA – Emergency Nurses Association

EOT – Entubação Oro-traqueal

ERC – European Resuscitation Council

EUA – Estados Unidos da América

ICN – International Council Nurses

IQS – Instituto Qualidade em Saúde

NMC – Nursing and Midwifery Council

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPQCE – Programa dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

SCE – Supervisão clínica em enfermagem

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

INDICE GERAL

RESUMO

ABSTRAT

AGRADECIMENTOS

PENSAMENTO

SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO | 17 |
| CAPÍTULO I – ENFERMAGEM E O DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL | 21 |
| 1.1 – CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM | 21 |
| 1.2 – ABORDAGENS TEÓRICAS ACERCA DO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL | 26 |
| 1.2.1 – Teoria de Benner e a aquisição da perícia pelos enfermeiros | 29 |
| 1.2.2 – Teoria da intuição do perito “Temp T” de Gobet e Simon | 31 |
| 1.2.3 - Modelo de maturação cognitiva na prática de enfermagem de O`Neil e Dluhy | 33 |
| CAPÍTULO II – PERÍCIA EM ENFERMAGEM | 35 |
| 2.1 – TIPOLOGIA DA PERÍCIA DOS ENFERMEIROS | 35 |
| 2.2 – DETERMINANTES DA PERÍCIA | 37 |
| CAPÍTULO III – O ENFERMEIRO E O CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA | 47 |
| 3.1 –A UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS E A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA | 47 |
| 3.2 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CUIDADOS INTENSIVOS | 48 |
| 3.3 – PRÁTICA AVANÇADA EM ENFERMAGEM | 53 |
| CAPÍTULO IV – OPÇÕES METODOLÓGICAS | 61 |
| 4.1 – FINALIDADES E OBJETIVOS | 62 |
| 4.2 – TIPO DE ESTUDO | 63 |
| 4.3 – CONTEXTO DO TRABALHO E PARTICIPANTES | 64 |
| 4.4 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS | 67 |
| 4.5 – ANÁLISE DOS DADOS | 69 |
| 4.6 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS | 70 |

| | |
|---|------------|
| CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 73 |
| CONCLUSÕES | 145 |
| BIBLIOGRAFIA | 149 |
| ANEXOS | 163 |
| ANEXO A - Pedido de autorização institucional para a realização do estudo | 165 |
| ANEXO B – Autorização do Centro acadêmico/Comissão de ética para a realização do estudo. | 167 |
| ANEXO C – Termos de responsabilidade dos investigadores | 169 |
| APÊNDICES | 171 |
| APÊNDICE 1 - Pedido de Consentimento informado aos participantes | 173 |
| APÊNDICE 2 - Guião de entrevista aos enfermeiros peritos UCIP | 175 |
| APÊNDICE 3 – Representação esquemática das áreas temáticas, categorias e subcategorias | 177 |

INDICE DE FIGURAS, TABELAS, QUADROS

FIGURAS

Figura nº1 - Modelo de integração de conhecimentos em cuidados ao doente crítico **57**

Figura nº 2 – Esquematização dos dados resultantes da análise aos discursos dos peritos **143**

TABELAS

Tabela nº 1 – Domínios do conhecimento do enfermeiro de prática avançada **56**

QUADROS

Quadro nº 1 - Matriz de análise **75**

INTRODUÇÃO

A enfermagem vista como uma ciência, disciplina e profissão tem procurado responder aos desafios da sociedade em constante mudança, através do desenvolvimento de um corpo de conhecimentos próprio, de forma a encontrar respostas adequadas e em tempo oportuno às novas solicitações, que permitam tomar decisões cada vez mais complexas sobre os cuidados a prestar ao doente.

O enfermeiro ao longo do seu exercício profissional faz desenvolvimentos em que visa atingir o estadió de perito. No entanto, nem sempre toma consciência dessa mesma aquisição, talvez porque nunca parou para refletir profundamente sobre o assunto nem se sente “reconhecido” pelos seus pares/instituição de saúde pela sua conduta de excelência.

A abordagem à importância e ao valor da perícia clínica dos enfermeiros nos vários contextos de saúde teve a sua “máxima” nos anos 80, do século XX, tendo sido Patricia Benner, a figura de maior destaque no mundo científico da época, por ter desenvolvido um estudo, cuja população alvo eram enfermeiros a trabalhar em vários serviços de hospitais dos EUA, aplicando e validando o Modelo Dreyfus relativo ao desenvolvimento da perícia, em que defendeu que o conhecimento clínico do enfermeiro não passa somente pela formação académica, mas também pelo conhecimento adquirido através da experiência e reflexão sistemática das suas práticas. Estas conclusões contribuíram para valorizar o conhecimento do enfermeiro adquirido em contextos da prática.

Basicamente este modelo preconiza que o enfermeiro até alcançar a perícia, passará por vários estadios antecessores, sendo eles: iniciado, iniciado avançado, competente e proficiente.

Benner (2001, 2005) e Benner [et al] (2009) caracterizam os enfermeiros peritos como aqueles que conseguem identificar as respostas clínicas inesperadas e os potenciais problemas; através de uma compreensão intuitiva, apreendem a situação no seu todo e diagnosticam com precisão, não perdendo tempo com possibilidades ineficazes. Devido a esta performance superior, estes enfermeiros são, frequentemente, consultados pelos seus colegas e referidos pelos superiores. Mais afirma que, apesar de muitos enfermeiros progredirem no nível de competência, muitos nunca se tornam peritos. Assim, para que o enfermeiro atinja o nível de perito é necessário o seu envolvimento em situações clínicas e a posterior reflexão sobre o seu desempenho. O que o diferencia dos restantes é o seu conhecimento proveniente da experiência e a sua capacidade de raciocínio crítico, para

responder livremente em cada situação, sendo esta resposta uma importante fonte de conhecimento (Benner et al, 2009; Day, 2009).

A abordagem e a realização de estudos sobre a perícia clínica em enfermagem, assume um valor inestimável, quando se clama, cada vez mais, na necessidade de produzir cuidados mais seguros, eficazes e eficientes.

Amaral e Ferreira (2014) nesta linha de pensamento advogam que num ambiente complexo de prestação de cuidados de saúde, a experiência e a perícia dos enfermeiros são determinantes para a qualidade do atendimento e para a obtenção de resultados positivos nos doentes.

A não compreensão desta ideia pode levar ao que, em economia da saúde, se designa por substituição entre fatores de produção, isto é, por exemplo, substituição de enfermeiros por outros profissionais menos qualificados numa enganosa perspetiva de obtenção de ganhos de eficiência (Hewitt-Taylor, 2004).

Os enfermeiros peritos prestam cuidados de excelência qualquer que seja o seu contexto de trabalho. Particularmente, a enfermagem centrada no doente em cuidados intensivos é distinta de outras áreas da saúde pela especificidade destas unidades, caracterizadas pela situação crítica das pessoas, onde a presença da finitude da vida é uma constante e sem esquecer as exigências psicossociais desafiadoras a que estes enfermeiros estão sujeitos. Daí que a prática de enfermagem avançada é cada vez mais uma realidade emergente e imprescindível, para poder dar respostas efetivas a situações complexas, as quais exigem tomadas de decisões clínicas seguras, rápidas e eficazes. Por conseguinte, a presença dos enfermeiros peritos nestes domínios de intervenção são fulcrais e indispensáveis.

No seguimento deste pressuposto consideramos que vale a pena conhecermos profundamente os fatores intervenientes no processo de construção da perícia de alguns enfermeiros na abordagem à pessoa em situação crítica, e o modo como interpretam e relacionam o conceito consigo próprio e com os outros.

Pela pesquisa efetuada percebemos que ainda existem lacunas de conhecimento neste domínio, particularmente em Portugal, apesar da existência de alguns estudos de relevo. Citamos o trabalho de Queirós (2015) que basicamente consistiu na identificação das características peritas dos enfermeiros; no de Amaral e Ferreira (2014) que traduziram e validaram para a literatura portuguesa a *Clinical Nursing Expertise Survey* (CNES) criada por Lake em 2002, e refinada em 2007, de modo a avaliar a perícia clínica dos enfermeiros.

Também Cunha (2011) no seu estudo anterior, já se interessava em perceber como os enfermeiros retratavam a sua perícia à luz das suas histórias de vida. Pretendemos assim

dar continuidade e novos subsídios para um melhor entendimento acerca desta problemática.

Deste modo e para o presente estudo, formulou-se a seguinte questão de partida: **“Como constroem os enfermeiros, a perícia profissional no cuidar da pessoa em situação crítica, em cuidados intensivos?”**

Que por vez, deu origem a subquestões no intuito de ajudar a nortear a nossa investigação, tais como:

- Qual o percurso dos enfermeiros peritos?
- Como é que o enfermeiro perito na sua prática diária, reconhece e descreve a sua perícia?
- Quais são as características pessoais, profissionais e do contexto, fundamentais para se alcançar a perícia?

Em conformidade com esta questão, traçaram-se os seguintes objetivos gerais:

- Descrever os percursos de construção da perícia profissional no cuidar da pessoa em situação crítica, de enfermeiros a trabalhar numa unidade de cuidados intensivos;
- Descrever características pessoais, profissionais e institucionais que intervêm na construção da perícia.

Relativamente à justificação da pesquisa, consideramos que esta tem uma importância elevada, pelos contributos que pode trazer para um conhecimento mais profundo deste fenómeno no contexto de trabalho dos enfermeiros que cuidam da pessoa em situação crítica. Desta forma, possibilitámos o enriquecimento da disciplina neste âmbito de saber, pois, embora seja evidente uma maior preocupação pela comunidade científica portuguesa em realizar pesquisas nesta área, continuamos a admitir que ainda estamos numa fase embrionária, no que toca a estudos da perícia nas várias áreas de intervenção do enfermeiro, nomeadamente, de enfermeiros a trabalhar em unidades de cuidados intensivos. Pensamos igualmente que, através do desenvolvimento deste estudo, promovemos uma maior consciência, tanto individual como coletiva dos enfermeiros, valorizando o seu papel e a sua importância nas equipas de trabalho numa UCI pela garantia da qualidade dos cuidados. Pretendemos também desta forma, sensibilizar órgãos de gestão das instituições de saúde, da necessidade da presença de enfermeiros peritos nos serviços /equipas de trabalho, na perspetiva de garantia de cuidados de saúde seguros e eficazes, capazes de se traduzirem em ganhos, quer para os doentes como para a instituição.

O trabalho está dividido em 5 capítulos. No primeiro, abordamos a forma como os enfermeiros, nos vários contextos da prática desenvolvem as suas competências profissionais, numa perspetiva de evolução crescente até ao alcance da perícia clínica. De seguida, damos ênfase a algumas considerações teóricas sobre o desenvolvimento

profissional dos enfermeiros. No segundo capítulo, abordamos a perícia dos enfermeiros, mais concretamente, a sua tipologia e quais as determinantes para o seu alcance. No terceiro capítulo focalizamos a atenção para a construção da perícia clínica do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica. Iniciamos por descrever algumas características deste contexto, como especificidades dos cuidados de enfermagem que se prestam. Esboçamos como o enfermeiro vai adquirindo as competências profissionais neste domínio e o contributo do seu papel no seio das equipas de trabalho. Ainda incluído neste capítulo, abordamos algumas considerações teóricas sobre a prática avançada em enfermagem no contexto de cuidados intensivos. No quarto capítulo, apresentamos as opções metodológicas, nomeadamente, finalidades e objetivos, tipo de estudo, contexto do estudo e participantes, instrumento de colheita de dados, a análise dos dados e as considerações éticas. O quinto capítulo é relativo à apresentação e discussão de resultados, e por fim, segue-se as principais conclusões sustentadas nos resultados da investigação, para terminarmos com a bibliografia.

Ao longo do trabalho, de forma a manter alguma coerência, iremos utilizar os termos: enfermeiro, quando nos referimos a qualquer elemento do grupo profissional dos enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem; pessoa em situação crítica, quando nos referimos ao doente, alvo dos cuidados de enfermagem.

CAPÍTULO I – ENFERMAGEM E O DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

1.1- CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM

O desenvolvimento profissional do enfermeiro, ocorre de forma gradual e contínua, à medida que, vai adquirindo experiência e conhecimento oriundo do empirismo, mas também, da prática clínica diária. Este processo ocorre em simultâneo com o desenvolvimento pessoal. Como nos retrata Queirós (2013) no caminho do desenvolvimento profissional, a forma como se encara o que é **ser enfermeiro** poderá ser bastante diferente no primeiro ano, no quarto ano ou ao longo dos anos de exercício. Existem algumas teorias explicativas sobre a aquisição de competências ao longo do tempo, os fatores intervenientes e as características de uma performance perita do enfermeiro, as quais serão abordadas ao longo deste trabalho.

Tal como noutras profissões, também na Enfermagem, o conceito de competência tem sido amplamente discutido, embora ainda não se tenha chegado a um entendimento comum ou uma definição.

Oliveira, Queirós e Castro (2015) realizaram um estudo cujo objetivo central era de mostrar a relevância e a importância das competências profissionais dos enfermeiros portugueses. Consideraram que existiam poucos estudos em Portugal sobre as competências dos enfermeiros, e admitiram que as organizações públicas e privadas começaram a perceber que o sistema tradicional de gestão de pessoas, não dava as respostas adequadas às suas necessidades, não conseguindo traduzir a realidade, cada vez mais complexa.

Os mesmos autores defendem que os enfermeiros porque cuidam de pessoas ao longo de todo o ciclo vital, cuidando dos doentes e das suas famílias em vários contextos, requerem competências gerais e específicas.

Na atualidade, associa-se o conceito de competência profissional à qualidade em saúde, sendo que, nos últimos anos, este fenómeno adquiriu o estatuto de noção mediática. Serrano, Costa e Costa (2011) consubstanciam o conceito de competência como pilar fundamental das organizações, sobretudo devido a fatores como: a existência de uma sociedade repleta de constrangimentos sociais e económicos; a profissionalização dos cuidados; as especificidades dos saberes (saber, saber-fazer e saber-ser) e a crescente exigência em saúde, associada a novos desafios de gestão moderna.

Tal como afirmam Oliveira, Queirós e Castro (2015) para chegar à excelência na prestação de serviços, no atual contexto socioeconómico, as organizações definem como requisito de qualidade, o reconhecimento e desenvolvimento das pessoas, já que estas

são as que fazem a diferença. Este modo de encarar o funcionamento das organizações leva os gestores a repensarem o papel das pessoas no processo de trabalho, colocando-as como agentes realmente valiosos. São as pessoas que geram efetivamente o diferencial para a busca de excelência. Não basta que a organização possua colaboradores talentosos. É preciso que mobilize os conhecimentos, habilidades e atitudes, e que as estratégias sejam viabilizadas a partir do uso adequado desses talentos, dentro de um modelo de gestão alinhado com os objetivos da organização.

Tal como referem Cowan [et al] (2005) a prática de enfermagem requer a aplicação de combinações complexas de conhecimentos, habilidades, valores e atitudes.

Na área da enfermagem, a generalidade dos estudos sublinha que o conjunto de competências decorrentes do profissional não é um adquirido intrínseco ao sujeito e muito menos uma entidade estática. O enfermeiro, no decurso da sua experiência, forma-se no confronto com o contexto e com os outros, que só se traduz em mudança, na medida em que, se confronta permanentemente consigo próprio, filtrando, transformando e enriquecendo o seu património cognitivo e afetivo (Abreu, 2007).

A Ordem dos Enfermeiros (2003) refere-se ao conceito de competência, como a capacidade do enfermeiro para praticar de forma segura e eficaz, os cuidados de enfermagem, exercendo a sua responsabilidade profissional. Acrescenta que demonstrar competência é “saber mobilizar e combinar recursos, ter capacidade de integrar saberes diversos e heterogêneos para realizar atividade” (OE, 2011, p.6).

Assim, os enfermeiros, na complexidade do seu agir, adquirem competências quando se integram em processos de aprendizagem e formação contínua que possam dar respostas às necessidades do indivíduo, família e pessoas significativas, tal como é referido pela Unesco (1976) e pela OE (2006, p. 3): “o enfermeiro educa-se (...) desenvolve as suas aptidões, conhecimentos, melhora as suas qualificações técnicas e profissionais (...)”. O enfermeiro cria, portanto, estratégias para a promoção da qualidade de desempenho no seu agir. Corroborando com Dias (2004, p. 58) “a formação é um processo de transformação individual que envolve a dimensão do saber (conhecimentos), do saber-fazer (atitudes e comportamentos) e do saber-aprender (evolução das situações e a atualização) ”.

Uma ideia comum e transversal aos vários autores consultados, é que a formação e a forma como o enfermeiro articula os seus saberes profissionais e a experiência clínica, estão diretamente ligadas ao conceito de competência profissional.

Destacamos Queirós (2013) quando refere que, é através da experiência e da formação, que desenvolvemos conhecimentos, capacidades e habilidades, que se integram em padrões morais e legais e caracterizam uma prática competente. Não obstante a diversidade e os contextos diferentes em que a desenvolvem, todos os enfermeiros

seguem uma mesma finalidade, que é a prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

Também Menoita (2011) advoga que a competência implica um *transfer* de saberes necessários para pensar, decidir e agir e não somente a aquisição de conhecimentos. Este desenvolvimento de competências só será conseguido através de um ciclo de produção, isto é, uma ligação entre a teoria e a prática, a prática e a experiência e a experiência como fonte do saber, sustentada numa disposição reflexiva.

Por outras palavras, as competências profissionais são um veículo dinâmico da aplicabilidade que assumem na prática as teorias e modelos, e que explicam o agir do enfermeiro, mas ao mesmo tempo, a prática deve ser geradora de novos saberes que se traduzirão em novas teorias.

Para Le Boterf (2004), de acordo com o contexto em que são desenvolvidas, as competências podem resultar de três fatores: i) o saber agir que prevê a combinação e a mobilização de recursos; ii) o querer agir que decorre da motivação pessoal do indivíduo dentro de contextos mais ou menos estimulantes; e iii) o poder agir que engloba uma escolha, uma organização que permite que o sujeito corra riscos e assuma responsabilidades dentro de um contexto.

Ressalta daqui que a motivação para querer ser competente; a mobilização e articulação dos vários saberes profissionais perante as várias situações vividas e percebidas do contexto; e a possibilidade de tomada de decisão autónoma dentro de uma equipa possibilitará o crescimento profissional e a confiança do enfermeiro nas suas decisões.

A prática competente do enfermeiro é percebido pelo próprio e é notado pelos demais, quando ele procura conjugar na ação, um esforço de saberes e de consciência crítica que permite uma atitude reflexiva constante e coerente de (re) construção continuada dos próprios saberes, das práticas interventivas e reflexivas e dos níveis de consciencialização quanto à interferência do agir individual nos sentidos do agir coletivo (Sá-Chaves, 2007).

De certo modo, conforme a autora, toda a informação a que o sujeito está exposto, tem que ser refletida, para posteriormente, ser compreendida e, só esta compreensibilidade é que vai possibilitar que a pessoa cresça no seu processo de conhecimento, abrindo espaços para desenvolver novos e/ou diferentes saberes. Assim, quanto maior for a consciencialização por parte do indivíduo, das lacunas presentes nos seus espaços de saber, maior será a sua capacidade de mudança, ampliação e transformabilidade do seu conhecimento, ou seja, reconstruir o seu conhecimento, enriquecendo desta forma, a sua dimensão pessoal, social e profissional.

Também Queirós (2013) quando aborda a competência profissional, refere que, a mesma assume características multidimensionais. Aquilo que cada um espera (e considera que

os outros valorizam na sua ação) vai sendo modificado pelas experiências vividas e refletidas. Este é um processo individual pois a dimensão do ser e tornar-se, desenvolve-se de uma forma singular em cada um, ainda que, reconhecendo a influência dos outros nesse processo. Afirma que é neste sentido, que o ato de Enfermagem se assemelha ao desempenho de um papel que cada um de nós interpreta de forma diferente - há um estilo pessoal que se constrói, relacionado com a reflexão sobre o vivido e a vontade de adequar os comportamentos e atitudes. E, porque somos pessoas, também relacionado com as virtudes que cada um se empenha em desenvolver.

Advoga que, em determinadas circunstâncias, o nosso papel parece estar (in) definido e hesitamos quanto ao que fazer. É nessas alturas que nos socorremos de alguns pontos de apoio como a experiência, a formação, a criatividade e a sabedoria pessoal (idem). Consideramos que estes elementos constituem um verdadeiro património individual, que podemos capitalizar quando partilhamos com os outros.

Já Carper (1978) defendia outras formas de conhecimento, além do empírico, o que representou um passo importante para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem e ajuda a explicar as várias formas de atuação dos enfermeiros.

A autora refere que os padrões de conhecimento utilizados pela enfermagem, para além do empírico, são: o pessoal, o estético e o ético. Menciona também que todos eles são interrelacionados e interdependentes e, em que nenhum deles é mais importante do que o outro. O conhecimento **empírico** é caracterizado por ser sistematicamente organizado em leis gerais e teóricas, cujo propósito é o de descrever, explicar e predizer fenómenos de interesse especial. O conhecimento **estético** é conhecido como a arte da enfermagem. Expressa-se através das ações, comportamentos, atitudes, condutas e interações da enfermagem com as pessoas. O conhecimento **pessoal** compreende a experiência interior de tornar-se um todo, um *self* consciente. Para isso é necessário absorver-se na totalidade da experiência conscientemente e fazer introspeção, criando-se um significado pessoal interior, que é formado através das experiências da vida, ou melhor, experiências vividas. O conhecimento **ético** é considerado o conhecimento moral da enfermagem. Envolve julgamentos éticos constantes e, frequentemente, implica confrontar valores, normas, interesses ou princípios.

Posteriormente foram acrescentados mais dois padrões: **reflexivo e sociopolítico**, sendo o conhecimento reflexivo relativo à reflexão sobre a experiência, permitindo abertura à aprendizagem e ao desenvolvimento profissional do enfermeiro, e o sociopolítico, relaciona-se com o poder, o contexto, a compreensão de quando e onde os enfermeiros devem agir em contexto de enfermagem e saúde (Carper, 1992; Carper, 2006 citado por Queirós 2016).

Este trabalho de Carper continua muito relevante, na medida em que, permite valorizar a prática clínica e os contextos onde os enfermeiros trabalham, como fonte de conhecimento e saberes, permitindo alargar a teoria existente ou modificá-la.

A estes padrões, outros autores acrescentam outras formulações, enfatizando outros saberes incorporados, como sejam **cultural, tácito, intuitivo, processual**.

Benner (2001) aborda os padrões de conhecimento dos enfermeiros como integradores de várias formas de saber, que se interligam e se relacionam com as evidências científicas. A sua sensibilidade e a forma pessoal de cuidar do outro, a ponderação ética, a utilização da capacidade relacional, as características próprias da personalidade, a constante reflexão, e o próprio conhecimento do contexto onde trabalha, são formas de conhecimento que se desenvolvem, recriam-se e treinam-se, na caminhada de desenvolvimento de competências, desde iniciado a perito.

Estas diferentes formas de conhecimento estão na prática clínica, constituindo-se como conhecimento privado, do domínio de cada um, que ao ser sistematizado e validado se torna em conhecimento público (Kim, 2010 cit. in Queirós, 2016).

Tal como reforça Queirós (2016) a pluralidade de conhecimentos de saberes que são colocados em ação no processo de cuidar, cuidar integral profissionalizado, são de natureza plural, estruturam-se numa interligação entre conhecimento investigado e sistematizado – o conhecimento público, e os saberes da experiência, da intuição, da sensibilidade, da resposta imediata e altamente contextualizada - o conhecimento privado. Esta operação só é possível, quando entendida como conhecimento que surge da ação, por isso situado, contextualizado, que pode ser sistematizado e usufruir de sistematizações anteriores.

A este propósito vale a pena lembrar Benner, Tanner e Chelsa (2009), quando alertam que as disciplinas sofrem com a obscuridade do conhecimento prático ou clínico, já que o conhecimento científico formal e a tomada de decisão técnica racional, tendem a ser as únicas formas legítimas de conhecimento.

A enfermagem sendo uma disciplina com uma forte componente prática, faz sentido cada vez mais, valorizar o conhecimento oriundo da experiência profissional dos enfermeiros, pois a mesma, incorpora a “existência de um conhecimento implícito que se ativa com a ação da enfermeira e que permite o reconhecimento instantâneo de situações problemáticas e respostas intuitivas” (Moya, 2005, p.489).

Em síntese, encaramos a enfermagem como disciplina científica, onde os saberes de natureza empírica se articulam com outros saberes de igual valia. Realçamos desta forma, a importância da clínica, no âmbito de uma prática reflexiva. O conhecimento clínico mostra-se pelo reconhecimento de padrões, compreensão das mudanças na

resposta humana ao longo do tempo, na capacidade de fazer distinções qualitativas, num reconhecimento muitas vezes tácito, na identificação de subtis mudanças no doente, entre outros aspetos.

Assim, adquirir competência é ter capacidade de agir eficazmente numa determinada situação, apoiada em conhecimentos, e este conhecimento resulta da experiência pessoal, do senso comum, da cultura, pesquisa tecnológica e científica. Implica assim, um saber responsável e assertivo. O saber em Enfermagem é um saber de ação ao longo da vida, que implica investimento pessoal através da formação, e requer vasta experiência no contexto. Só assim, é possível alcançar altos níveis de desempenho, de perícia e almejar a qualidade em saúde, desígnio das entidades nacionais e internacionais ligadas à saúde.

1.2 – ABORDAGENS TEÓRICAS ACERCA DO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Patrícia Benner na sua obra "From Novice to Expert" deu um contributo importante na descrição e explicação da variabilidade da perícia clínica entre os enfermeiros, e no efeito que esta tem, na conceção dos cuidados e no exercício da autonomia na tomada de decisão. Para esta autora, a perícia clínica é um híbrido entre o conhecimento teórico formal e o conhecimento prático (de experiência). A capacidade de tomar decisões clínicas, perante situações complexas, é o elemento diferenciador dos enfermeiros relativamente à sua perícia, alcançando-se a perícia a partir da passagem por cinco níveis: iniciado; iniciado avançado; competente; proficiente e perito.

Este estudo foi impulsionador para outros estudos, no sentido de compreender a prática dos enfermeiros peritos. Podemos afirmar que, o estudo de Benner foi determinante para reconhecer o valor e a natureza da prática perita e o seu impacto na qualidade dos cuidados de enfermagem.

Para Benner (2004) a presença efetiva de enfermeiros peritos nos contextos da prática é necessária e crucial, dada a presença de situações de saúde cada vez mais complexas, as quais exigem tomadas de decisões clínicas seguras, rápidas e eficazes, que deem respostas efetivas aos problemas dos doentes, e promovam a sua satisfação.

A autora (idem) advoga que um enfermeiro perito que trabalha em determinado contexto ou domínio é competente e exhibe uma *performance* perita nessa área de atuação, e isto é conseguido pela mobilização de todo um conjunto de saberes, que farão a diferença e resultarão em ganhos em saúde.

Reitera igualmente que durante muito tempo o valor do conhecimento oriundo da prática desenvolvida pelos enfermeiros era subestimado comparativamente ao conhecimento científico produzido pela teoria. Para a autora (idem), é chegado o momento de dar voz aos enfermeiros da prática clínica, valorizar e reconhecer o seu papel no contributo e melhoria da condição dos doentes e, de igual forma, atribuir importância ao conhecimento clínico resultante das práticas clínicas.

Benner (2005) insiste que a profissão de enfermagem está em evolução, estando ainda pouco preparada a reconhecer e a valorizar a excelência, sobretudo no meio hospitalar, referindo que, a perícia clínica não foi adequadamente descrita ou apresentada em enfermagem, e essa falha, contribuiu para a falta de reconhecimento e de retribuição, face à prática da enfermagem.

Naturalmente já se passaram muitos anos e, atualmente, existe uma grande preocupação, quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial de Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por, organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde, numa procura incessante em alcançar a qualidade dos cuidados de saúde e, particularmente a excelência dos cuidados de enfermagem (Dias, 2014).

Também a Ordem dos Enfermeiros (2001) reconhece e proclama a necessidade da criação de sistemas de qualidade em saúde considerando-a uma ação prioritária. Esta tem desenvolvido esforços para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, e para isso, contribuiu com a definição dos “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” publicados nesse ano, que se constituem como um referencial que estrutura e orienta o exercício profissional dos enfermeiros em Portugal. A sua implementação resulta num programa de intervenção macro (Programa dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros PPQCE), mas de replicação metodológica local ao nível das organizações de saúde aderentes.

Para Dias (2014) assume-se que a excelência do exercício profissional, nunca é acidental. Exige compromisso e dedicação dos profissionais (Enfermeiros) associados ao esforço e ao compromisso das organizações prestadoras de cuidados de saúde.

Neste sentido, a autora refere-nos que é essencial a conjugação de múltiplas variáveis, em especial, a existência de estratégias de liderança que motivem o envolvimento participante das pessoas (profissionais de saúde) e impulsionem vínculos de ligação entre a organização e os clientes. É também fundamental que sejam conhecidos os comportamentos, as atitudes, os processos e estar atento aos detalhes, que são por vezes, o marco diferenciador, mantendo a avaliação sistemática como tônica para a continuidade, evolução e garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Múltiplas evidências encaram que a experiência e a perícia dos enfermeiros são determinantes para a qualidade do atendimento e para a obtenção de resultados positivos nos doentes (Benner, 2005; Lake, 2007).

Neste sentido, muitos investigadores têm procurado perceber algo mais sobre o desenvolvimento da perícia dos enfermeiros prestadores de cuidados.

Em Portugal, Queirós (2015) desenvolveu um estudo sobre o saber dos enfermeiros peritos e a racionalidade prático-reflexiva, em que questionou a um conjunto de 49 enfermeiros a iniciar cursos de mestrado “que características e competências diferenciam um enfermeiro iniciado de um perito?” onde pretendia conhecer o que caracterizava o enfermeiro perito. Daqui resultou a identificação de vários atributos do enfermeiro perito, diferenciadores dos enfermeiros iniciados, dos quais destacamos: possuidor de conhecimentos aprofundados, capacidade de liderança, funções de supervisão clínica, capacidade de gerir a mudança, capacidade de comunicação, agir reflexivo, avaliação diagnóstica precisa, destreza técnica, segurança nos cuidados, visão global das situações; capacidade de gerir conflitos; articula teoria e prática; cria conhecimento através da investigação, responde a questões complexas, capacidade de decisão, e rapidez na ação.

Também Amaral e Ferreira (2014) com a finalidade de conhecer o perfil de competência dos enfermeiros e das suas implicações, quer nas dinâmicas para a construção de ambientes de prática favoráveis, quer nos resultados obtidos a partir da prática, adaptaram e validaram para a população de enfermeiros portugueses, a escala *Clinical Nursing Expertise Survey* (CNES). Esta escala criada em 2002 e refinada em 2007 por Lake, tem por base os papéis e funções de enfermagem expressos por Benner. A mesma contempla 34 itens que correspondem aos vários papéis e funções de enfermagem.

Para os autores, existem poucos instrumentos de medida para monitorizar a perícia clínica dos enfermeiros e não se conhecia nenhum validado em Portugal, daí que, a utilização deste instrumento, se revela promissor para investigar a perícia dos enfermeiros e associá-la com a qualidade dos cuidados e os resultados nos doentes.

Acrescentam que a sua utilização e os resultados que podem ser obtidos, pode ser uma fonte interessante para a gestão do conhecimento.

Para melhor compreendermos a forma como o enfermeiro progride pelos vários estadios de desenvolvimento até ao alcance da perícia, apresentamos a teoria de Patrícia Benner, sustentada no modelo Dreyfus de aquisição de competências, bem como, outras teorias e/ou considerações acerca do fenómeno, que nos permitiram uma visão mais aprofundada sobre o mesmo.

1.2.1 – Teoria de Benner e a aquisição da perícia pelos enfermeiros

Patrícia Benner no desenvolvimento do seu estudo de investigação em 1984, em que observou a prática clínica dos enfermeiros que trabalhavam em vários hospitais dos EUA, baseou-se no Modelo de Aquisição de Competências do matemático e analista de sistemas Stuart Dreyfus e do filósofo Hubert Dreyfus, aplicando-o e adaptando-o à Enfermagem.

Benner, na sua teoria, serve-se destes conceitos, para compreender as diferenças de comportamento no que tange à competência clínica do enfermeiro.

Afirma a autora que a mudança no nível de competência é o reflexo de quatro aspetos; o primeiro, refere-se à utilização de experiências concretas do passado como paradigmas; o segundo, quando o pensamento analítico, baseado nas normas, é substituído pela intuição; o terceiro, quando o enfermeiro consegue perceber a situação como um todo e focaliza-se apenas às partes relevantes; o quarto e último aspeto, demonstra o envolvimento do indivíduo na situação; ele faz parte da situação e não é apenas um observador (Benner et al, 2009).

O modelo de aquisição de competências é progressivo, mas não é necessariamente linear. O desenvolvimento de um profissional pode passar por “planaltos”, retrocessos, estagnação, bem como saltos. Alguns indivíduos não progredem para o nível de perito porque não se envolveram suficientemente com a sua prática clínica (Hamric et al, 2008). Para Benner [et al] (2009) o discernimento clínico deve ser aprendido na prática, uma vez que a memorização das características e elementos de um diagnóstico, contidos num livro, não é o mesmo que reconhecer quando e como essas características se manifestam em pacientes específicos. Mais reitera que, os profissionais não podem ser culpados por aquilo que nunca vivenciaram ao longo de sua prática clínica, e estes podem trabalhar em parceria com os colegas, para que possam fazer uso da sabedoria clínica obtida experiencialmente

A autora, no seu modelo aplicado à enfermagem, esboça os seguintes cinco níveis de aquisição de competências:

- Iniciado

Neste nível de competência, o enfermeiro não possui nenhuma experiência prévia das situações que terá que enfrentar, apresenta dificuldade em discernir entre os aspetos relevantes e irrelevantes de uma situação, é inflexível e muitas vezes limitado nas suas ações. Em geral, este nível é reconhecido em estudantes de enfermagem. No entanto,

não são os únicos, pois todos os enfermeiros que integram um novo serviço desconhecido podem encontrar-se nesse nível.

Para ensinar e permitir que os iniciados consigam a experiência necessária à aquisição das suas competências, é preciso descrever-lhes situações em termos objetivos que permitam conhecer a condição de um doente. Tudo isso, porque a aquisição da competência, ocorre em áreas onde o indivíduo não possui compreensão da situação clínica. Além disso, os parâmetros, as diretrizes fornecem um ponto de partida seguro para o aprendizado nas situações clínicas, e não exigem uma experiência prévia.

- Iniciado avançado

Este pode demonstrar um comportamento aceitável, uma vez que já enfrentou situações reais o suficiente para perceber, ele próprio ou sobre a indicação de um preceptor, os componentes significativos que se reproduzem em situações idênticas, e que o modelo de Dreyfus denomina de “aspectos da situação”. Neste sentido, é necessário ter experiência anterior para os reconhecer.

Os iniciados avançados sentem-se muito responsáveis pelos cuidados aos doentes, no entanto, ainda dependem da orientação de enfermeiros mais experientes, seguem as regras e orientam-se pelas tarefas que devem realizar, e apresentam dificuldades em dominar a situação numa perspetiva mais ampliada.

O iniciado avançado, ou a pessoa que orienta os iniciados, pode estabelecer princípios que ditam as ações em termos de aspectos e atributos de uma situação. O enfermeiro nesse nível de competência ainda tende a dar a mesma importância para estes termos.

- Competente

O nível competente desenvolve-se quando o enfermeiro começa a ver as suas ações em termos de metas ou planos a longo prazo. Estes planos ditam os atributos e aspectos de uma situação (presentes ou previstos) que merecem atenção e aqueles que podem ser ignorados. Tipicamente é classificado como competente, o enfermeiro que trabalhou de dois a três anos com as mesmas situações clínicas.

Neste nível, o enfermeiro não possui a maleabilidade nem a rapidez de um proficiente, porém, sente que tem conhecimento e que é capaz de fazer frente a muitos imprevistos que não são habituais na sua prática de enfermagem. O planeamento consciente e deliberado, que caracteriza este nível de competência, auxilia o profissional a ganhar eficiência e organização.

- Proficiente

O enfermeiro proficiente apreende as situações como um todo, recorre à percepção e as suas ações são guiadas por máximas. Entretanto, necessitam de um bom entendimento da situação, antes de poder utilizá-las.

Os enfermeiros proficientes aprendem melhor por meio de um método indutivo, onde eles possam utilizar os seus meios de compreensão da situação. Isso pode ser concretizado a partir de casos clínicos emergidos da prática dos enfermeiros, pois para serem eficazes devem ter níveis de complexidade e similaridade às situações reais. Ao abordar situações que excedem a compreensão pelo enfermeiro proficiente, descobre-se um domínio virgem, onde a aprendizagem é necessária.

- Perito

Ser perito corresponde à capacidade de dar uma resposta adaptada à situação e que a solução seja a mais correta. Isto é devido a uma compreensão global da situação, da valorização holística e qualitativa, que passa por três características: esquemas de reconhecimento (padrões); sentido de proeminência (destaque) e consciência situacional. Ou seja, o enfermeiro perito não se apoia em princípios analíticos (regras). Percebe a situação como um todo, em virtude das situações reais vivenciadas, e assim vai direto ao problema, sem perder tempo com soluções alternativas ou diversos diagnósticos, e consegue prever problemas e antecipar ações com extensa assertividade. Além disso, possui uma vasta experiência e compreende cada situação de modo intuitivo.

Os enfermeiros peritos não são difíceis de reconhecer por colegas e doentes, porque, na grande maioria das vezes, oferecem opiniões clínicas ou resolvem situações complexas de uma maneira admirável.

Para Benner [et al] (2009), os conhecimentos incluídos na perícia clínica, são a chave do progresso, da prática e do desenvolvimento da ciência em enfermagem.

- 1.2.2 - Teoria da intuição do perito “Temp T” de Gobet e Simon

A teoria “Temp T” de Gobet e Simon (2000) apresenta-se como uma teoria alternativa à teoria de Benner, em que explica as principais características da intuição.

A teoria de Benner tem sido bastante debatida pelos teóricos, tendo conquistado alguns seguidores mas também opositores. Ao longo do tempo, tem revelado algumas fragilidades, existindo vários autores com diferentes perspectivas relativamente ao

processo de desenvolvimento da capacidade intuitiva e da perícia clínica nos enfermeiros.

Gobet e Chassy (2008) revelaram alguns dos pontos fracos da teoria de Benner identificados por vários autores. Para estes autores, a teoria de Benner não explicita bem como a intuição e a perícia se desenvolvem, quando comparado com os dados empíricos. Reiteram ainda que, a mesma refere a progressão por estádios, mas os mesmos estão pouco aprofundados na literatura.

Apresentamos de seguida algumas dessas contestações e os seus fundamentos.

Para Rickers (2002) citado por Gobet e Chassy (2008) a relação e o significado de cada um dos estádios não é clara. Isto pode implicar que, os indivíduos possam ser categorizados inequivocamente, existindo bastantes evidências que mostram que os indivíduos podem ser peritos num domínio, mas em outros, não.

Outras discussões em torno da teoria foram relativas ao tempo que leva a alcançar a perícia, considerado por alguns autores, um aspeto de pouco relevo (Effken, 2001; English, 1993 cit in Gobet e Chassy, 2008).

A teoria assume que a aprendizagem nos primeiros estádios ocorre principalmente através da instrução explícita, no entanto há ampla evidência de que há domínios em que as competências são conseguidas implicitamente, sem a mediação da instrução verbal (Johnstone e Shanks, 2001; Reber, 1993 cit in Gobet e Chassy, 2008).

Para Gobet e Chassy (2008) no que toca ao conhecimento implícito, características dos enfermeiros peritos, levanta um paradoxo – se o conhecimento é intuitivo, perceptivo e inexpressivo, a metodologia utilizada por Benner e colaboradores não pareceu apropriada (narrativas às enfermeiras e pequenos grupos) porque se torna limitativo. Segundo os autores, a teoria de Benner é muito simples para retratar o processo complexo de fenómenos ligados à intuição dos peritos.

Gobet e Simon (2000) apresentam a teoria “Temp T” para explicar a natureza súbita e perceptual da intuição; o seu caráter holístico; de que forma as emoções se relacionam com a intuição, e perceber a razão porque as decisões clínicas tomadas são as mais adequadas. Advogam com esta teoria que, os peritos têm os mesmos limites cognitivos que os iniciados, do mesmo modo, propõem que os peritos e os iniciados utilizam essencialmente os mesmos métodos de resolução de problemas, só que os iniciados para se tornarem peritos precisam de reconhecer um maior número de padrões, ou seja unidades de perceção e significado. A perceção rápida é explicada pelo reconhecimento de padrões, em que a experiência acumulada ao longo do tempo fica armazenada na memória a longo prazo. Quando acontece algo semelhante a experiências anteriores, ela é reconhecida e, portanto, a ação ao problema em questão é obtida automaticamente. Segundo estes autores, num estádio de iniciados, esta solução só poderia ser obtida

através da instrução ou explicitação dos mecanismos de resolução de problemas. Como perito, a solução é acedida automaticamente através da memória.

Esta teoria tem fortes implicações na prática, no que toca, por exemplo, a treino de competências. Mas denota-se que, as relações humanas e as emoções desempenham um papel muito maior para compreender o modo de agir do enfermeiro perito.

Ambas as teorias defendem que a intuição é um fenómeno genuíno, que vale a pena estudar, sendo a intuição caracterizada pela rápida perceção, compreensão holística da situação, falta de consciência dos mecanismos que desencadeiam uma ação e em que participam as emoções.

Ambas as abordagens reconhecem o papel predominante da perceção na prática perita, que é automática, perante o reconhecimento de padrões.

1.2.3– Modelo de maturação cognitiva na prática de enfermagem de O’Neil e Dluhy

O’Neil e Dluhy (1997) baseados em trabalhos de Elstein [et al] (1978, 1990), Benner (1984), Schön (1987), Patel [et al] (1988, 1991), Tanner (1989), Benner [et al] (1996) apresentam um modelo de maturação cognitiva na prática de enfermagem que inclui quatro componentes: o nível de experiência clínica, a aquisição de conhecimentos, o arquivo e utilização do conhecimento e o estudo do raciocínio que predomina em cada nível de experiência. Este modelo baseia-se nos pressupostos de que os enfermeiros clínicos, adquirindo habilidades de raciocínio diagnóstico em enfermagem, progredem através de etapas que são caracterizadas por mudanças nas representações do conhecimento na memória. Essas representações do conhecimento, construídas numa prática extensiva, tornam-se mais densas durante o curso do desenvolvimento do enfermeiro clínico e são protótipos e representações exemplares de problemas de saúde dos doentes anteriormente observados. O conhecimento configura assim, um pré-requisito fundamental para o desenvolvimento do pensamento crítico e do raciocínio diagnóstico.

Este modelo de O’Neill e Dluhy (1997) considera que a transição se opera em três níveis ou estadios de desenvolvimento da prática: estudante, clínico principiante e clínico experiente.

- No **nível estudante** com o seu conhecimento limitado, predomina o raciocínio baseado em regras. Regras simples, tais como: “se x estiver presente, então fazer y” que

constituem a base da prática. O estudante possui um pequeno repertório de opções de apreciação que pode incluir o recurso a outras pessoas se a ação não resultar;

- No nível de **clínico principiante**, com a duração de três anos aproximadamente, os enfermeiros desenvolvem compreensões acerca das manifestações práticas de sinais e sintomas, e de um conjunto de situações de resposta humana. O raciocínio neste período afasta-se progressivamente de regras rígidas e segue um padrão analítico racional deliberado, o qual envolve o exame dos dados do doente, tais como, os sinais e os sintomas e a sua combinação lógica para chegar à formulação do juízo crítico;

- Ao nível do **clínico experiente**, depois de aproximadamente três anos de experiência de domínio específico, o enfermeiro foi exposto a muitas variações em resposta a situações específicas. Esta prática considerável favorece o desenvolvimento de modelos. Para além de uma rede significativa de exemplos de domínio específico, os enfermeiros possuem um efetivo sistema organizado, e também, um mecanismo de reconhecimento para comparar a presente situação com padrões na memória e identificar semelhanças entre eles. Então, numa questão de segundos, exemplares e protótipos podem ser acedidos na memória e as ações empreendidas.

Para O'Neil e Dluhy (1997) o raciocínio do enfermeiro experiente ocorre através de um *continuum* analítico-intuitivo. Nesta fase, o raciocínio é contingente, dependente da natureza do problema e do conhecimento do enfermeiro em relação a ele. Se o enfermeiro tiver uma representação mental do problema, o raciocínio intuitivo irá predominar, se não, reverterá para o modo de pensamento analítico.

Em síntese, podemos dizer que estes três modelos relativos ao desenvolvimento profissional, cujo último patamar é a perícia, completam-se e permitem um conhecimento mais aprofundado sobre o tema. Permite-nos considerar que os conhecimentos, competências e habilidades de um perito/clínico experiente são adquiridos ao longo de uma carreira clínica, promovidos pelos encontros da aprendizagem prática refletida, complementados pelos estudos académicos. Eles são refinados e afinados pela experiência clínica. De fato, partindo do pressuposto de que quanto mais sabemos, mais percebemos que não sabemos, o estado da perícia nunca poderia ser alcançado.

CAPÍTULO II – PERÍCIA EM ENFERMAGEM

A perícia dos enfermeiros assume diferentes configurações ou tipologias, tendo em conta, o contexto onde os enfermeiros trabalham, as suas características pessoais e profissionais. Neste capítulo, apresentamos alguns estudos que se debruçaram sobre os vários tipos da perícia, e também, abordamos algumas das suas determinantes para a alcançar.

2.1 – TIPOLOGIA DA PERÍCIA DOS ENFERMEIROS

Constatamos que a perícia não obedece a um único modelo ou padrão e, que é possível encontrar diferentes perfis de peritos. Conforme Conway (1998) existem quatro tipos de especialização ou perícia. A autora concluiu que os peritos são influenciados pelo ambiente organizacional do serviço onde trabalham, o seu domínio de especialização e a visão que sustentam sobre os cuidados de enfermagem que prestam.

As características que definem cada tipo de enfermeiro perito foram apresentadas pela autora da seguinte forma:

- **Tecnologistas** – apresentam uma extensa amplitude de conhecimentos, incluindo o conhecimento antecipatório, o conhecimento diagnóstico, o “know-how”, bem como, monitorizam o conhecimento advindo dos colegas mais inexperientes.

Reforça a ideia de que estes peritos têm habilidade em interpretar cenários. Também interpretam acontecimentos, colocando-os num plano em que seja possível a compreensão por outros enfermeiros.

- **Tradicionalistas** – a expertise é apresentada em termos de “sobrevivência”. A preocupação destes peritos, é de prestarem cuidados de acordo com a orientação médica. O desenvolvimento da sua prática é sustentada num registo biomédico, sendo considerados assistentes dos médicos. Por sua vez, os médicos reconhecem o seu poder e prestígio. De qualquer forma, estes enfermeiros são peritos porque “são bons” no que fazem, no entanto, não é pela reflexão sobre a ação realizada, mas sim, por força de uma ação continuada no tempo.

Estes enfermeiros peritos tradicionalistas não reconhecem valor na sua prática e referem que têm pouco poder de influência. Acrescentam ainda que a educação é considerada uma opção extra, não sendo o ponto central da sua prática.

- **Especialistas** – estes peritos prescrevem regimes de tratamento, recomendam medicação e alargam os seus papéis. Alguns critérios tidos em conta para serem incluídos como especialistas foram: possuírem conhecimento e valores que ampliam o conhecimento-base, funcionarem como consultores para outros enfermeiros, desenvolverem a autonomia no seu trabalho, serem criativos e inovadores nas suas práticas, e os protocolos que desenvolvem e/ou implementam, permitem o alargamento destes papéis. Normalmente a relação com os médicos é boa. É importante referir que sendo o estudo desenvolvido nos EUA, as funções que correspondem a estes enfermeiros são diferentes das funções definidas para o enfermeiro especialista português.
- **Humanístico-existencialistas** – são peritos muito dinâmicos, cujos cuidados são centrados fortemente no modelo de enfermagem, em que encaram a abordagem à pessoa, de forma holística, sendo defensores de uma filosofia humanista. São peritos que procuram constantemente a atualização das suas práticas e exercem um enorme poder e influência junto dos seus colegas da equipa. São “apaixonados” pela prática de enfermagem, procurando a melhor evidência do cuidado.

A autora defende que o enfermeiro perito humano-existencialista é o mais adequado para responder às complexidades do mundo presente.

Entretanto outros autores, com base no trabalho de Conway, ampliaram-no com novos conhecimentos sobre a tipologia dos enfermeiros peritos. Manley [et al] (2005) identificam nos peritos novas características que lhes permitiram tipificá-los, sendo eles: reflexividade, organização de cuidados, autonomia e autoridade, relações interpessoais, reconhecimento pelos outros, sustentando-os com as noções de cuidado, intuição e a empatia.

Como síntese, consideramos que as características dos peritos podem encaixar numa tipologia ou em várias. Parece-nos que a mais abrangente é a humano-existencialista que configura um cuidado de enfermagem mais integrador, holístico. De qualquer forma, é possível encontrar peritos nos vários contextos de trabalho, com diferentes perfis: uns com alto nível de peritagem técnica, outros na vertente da comunicação, gestão, entre outros.

2.2 – DETERMINANTES DA PERÍCIA

Na incursão pelos vários artigos publicados sobre o tema em estudo, foi-nos possível perceber que a presença de fatores de ordem pessoal, contextual e profissional, permitem que o enfermeiro possa mais facilmente atingir a perícia, ou pelo contrário, inibi-la. Abordamos alguns aspetos considerados importantes relativamente aos factores internos e externos que interagem ao longo do seu desenvolvimento pessoal e profissional, podendo ter um impacto potenciador/inibidor no desenvolvimento da perícia.

- **Fatores internos**

Os factores internos correspondem a todos os aspectos inerentes à pessoa. O tipo de personalidade do enfermeiro, a sua forma de ser e de estar perante si, os outros e a profissão, são aspetos relevantes para o desenvolvimento da perícia.

Características pessoais

Benner [et al] (2009) advoga que cada pessoa traz a sua própria história, o seu caminho intelectual e a sua vontade de aprender quando está perante uma situação clínica particular. As transições criadas por este conhecimento pessoal e as ações clínicas, determinam então, as ações e as decisões que se tomam.

Formação ao longo da vida

As aceleradas mudanças que se verificaram no último meio século, decorrentes da evolução social, tecnológica e informacional, fizeram emergir a formação como um instrumento essencial, quer para fazer face às diferentes mutações a que se assiste, quer para produzir e gerir mudanças deliberadas (Canário, 2003).

Benner (2005) refere que existem poucos programas de formação contínua que respondam às necessidades dos enfermeiros peritos. Se mais esforços fossem feitos neste domínio, a qualidade de cuidados aumentaria. A autora considera que é necessário muito tempo para atingir a perícia, e não será, nem económico nem prático fazer esse ensino de forma formal nas escolas ou nas ações de formação.

Este enunciado distancia-se um pouco da atualidade e da realidade portuguesa. Em Portugal, como em grande parte dos países desenvolvidos, a disciplina de enfermagem evoluiu, como também, a exigência pela qualidade dos cuidados prestados nos contextos da prática. Em Portugal, a política da formação dos profissionais de saúde,

concretamente os enfermeiros, é muito significativo. Na grande parte das instituições de saúde, existem departamentos de formação que se articulam com os vários serviços de especialidade e promovem ações de formação com base nas necessidades sentidas ou expressas pelos profissionais. Nos serviços, também desenvolvem formações com vista à atualização de conhecimentos específicos da área de intervenção, pelo que, cada vez mais, se valoriza a formação ao longo da vida.

Neste mesmo sentido se expressa a Ordem dos Enfermeiros (2004) quando refere que, ao enfermeiro é atribuída a responsabilidade pela sua aprendizagem contínua e pela manutenção e aperfeiçoamento das suas competências. Acrescenta que, o reconhecimento das necessidades de formação, a revisão sistemática das práticas de cuidados e a colaboração no processo de tutoria e de supervisão clínica são considerados aspetos essenciais no desempenho do enfermeiro.

Também Abreu (2007) profere que, os novos enfermeiros, para além dos conhecimentos e competências já adquiridos, devem ser detentores de um interesse para a aprendizagem contínua, assumindo-se como agentes de mudança da enfermagem enquanto profissão e enquanto ciência.

Oliveira, Queirós e Castro (2015) nesta linha de continuidade afirmam que, o desenvolvimento científico e tecnológico determina, naturalmente, a necessidade de atualização contínua, de forma a desenvolverem adequados perfis de competências. A Enfermagem, tem ampliado o seu campo científico, e a formação contínua realizada nos serviços/departamentos é frequente, tendo como objetivo principal, aprofundar o desenvolvimento pessoal e profissional.

Segundo Simões (2008) o conceito de formação contínua é considerado por alguns autores como complexo e ambíguo, podendo ser definido como: “a aprendizagem dirigida aos adultos” já situados na vida profissional, integrando-se nesta definição termos como: formação profissional contínua e formação em serviço (Veiga et al, cit in Simões, 2008, p. 93).

O autor refere-nos que, a Enfermagem é uma profissão em que é impossível acreditar que a formação de base consegue fornecer os conhecimentos necessários ao longo da carreira profissional. Acrescenta ainda que, a formação contínua surge da necessidade de resposta às solicitações de uma sociedade em constante mudança e evolução, da desatualização permanente e da incapacidade de processamento da imensidão de informação constantemente disponibilizada, exigindo-se do enfermeiro uma adaptação constante.

Neste sentido, não há nenhuma formação que dê resposta a todas as exigências da sociedade. O objetivo é que o enfermeiro esteja preparado para aprender ao longo da vida.

Nunes [et al] (2001, p.23) consideram que “aprender a aprender ao longo da vida deve ser considerada a atitude moral que conduza os profissionais de Enfermagem para níveis progressivamente mais exigentes, com reflexos no percurso profissional”.

Nesta linha de pensamento, a formação ao longo da vida está muito relacionada com a perícia. A este propósito, Jasper (1994) refere que a educação contínua é um aspeto comum que identifica os peritos, e que o alto nível de educação produz autoconfiança, criatividade e vontade de assumir riscos, que por sua vez são características associadas à experiência.

Também Benner (2004) considera que a aprendizagem teórica só por si não é suficiente para gerar a perícia, pelo que a formação em enfermagem tem uma grande componente clínica, que é fundamental para um bom juízo clínico.

Em reforço das ideias anteriores, para Day (2009) a formação/instrução é uma variável que influencia a perícia ao providenciar uma base teórica e de conhecimento prático, que pode ser aplicado e testado em situações reais.

Sintetizando, o processo de formação contínua assume uma importância fundamental para os enfermeiros, pois permite responder positivamente aos desafios colocados, e à complexidade de problemas que têm que enfrentar as pessoas e as sociedades. Os enfermeiros, como agentes ativos e participativos na sociedade, precisam de adquirir ao longo da vida, os saberes necessários para produzir competências, com qualificações válidas no espaço social e profissional, e desta forma, alcançar a perícia.

Experiência Profissional

Aiken [et al] (2003) realizaram um estudo onde avaliaram a influência que a média de anos de experiência entre os enfermeiros têm na mortalidade dos doentes cirúrgicos de 168 hospitais, tendo concluído que a experiência não é um preditor significativo.

Também Christensen e Hewitt-Taylor (2006) referem que a experiência é uma condição necessária, mas não suficiente para a perícia, pois nem todos os enfermeiros experientes são peritos. Enquanto uns a desenvolvem, outros, com experiências similares aderem a rotinas.

Na mesma linha de pensamento, Redman (2008) refere que a experiência, por si só, não é suficiente para predizer alto nível de performance, bem como, o número de anos de experiência num determinado domínio particular, é um pobre preditor da performance.

Assim, a experiência e perícia são conceitos relacionados, mas distintos. A experiência pode ser definida como a possibilidade de refinar ou refutar as noções preconcebidas e

as expectativas através do tempo da prática e da autorreflexão (Benner e Tanner, 1987 citado por Benner et al, 2009).

Para que o enfermeiro atinja o nível de perito, é necessário o seu envolvimento em situações clínicas e a posterior reflexão sobre o seu desempenho. O que o diferencia dos restantes é o seu conhecimento proveniente da experiência e a sua capacidade de raciocínio crítico, para responder livremente em cada situação, sendo esta resposta uma importante fonte de conhecimento (Day, 2009).

Benner (2001, 2009) vê a experiência incorporada na prática e considera que os cuidados de enfermagem produzidos pelos peritos são holísticos.

Acumular experiências

Um enfermeiro perito na avaliação do doente utiliza mudanças subtis (pistas) que observou e que lhe servem para antecipar problemas subjacentes. Os anos de experiência são, um fator importante para a qualidade dos cuidados de enfermagem, porquanto, proporcionam o reconhecimento de muitas pistas que, permitem reconhecer padrões (casos paradigmáticos) e estabelecer planos de intervenção mais eficazes, promovendo níveis de desempenho superiores (Benner et al, 2009; Aiken, 2009).

Benner [et al] (2009) também observou que muitos anos de trabalho em situações idênticas ou similares podem gerar competência, no entanto, a passagem de tempo e a vivência de ocorrências, de eventos e interações, não conferem, automaticamente a perícia.

Concluíram que existe uma descontinuidade ou salto entre os conhecimentos ao nível competente, proficiente e perito.

Juvé [et al] (2007) abordam a perícia como associada tradicionalmente a uma formação intensa numa determinada área do conhecimento, mas a perícia, baseia-se mais no conhecimento tácito que no explícito, em que os padrões de reconhecimento resultam das ligações neurais que explicam a intuição, como o resultado de um complexo processo de aprendizagem (que não exclusivamente de formação) e de integração e confronto de experiências.

Por este motivo, para estes autores, os níveis mais elevados de perícia só se conseguem com experiência ativa e uma prática reflexiva, em que, as interpretações das experiências formam uma rede conceptual relacional a nível cerebral, de desenvolvimento progressivo, que permitem os processos de resolução de problemas em situações de ambiguidade, de incerteza, de stress ou de urgência. É por esta razão que a tomada de decisões por parte dos profissionais proficientes ou peritos ultrapassa e/ou omite, em muitos casos, a norma.

Em síntese, e conforme Simões (2008) as experiências e os acontecimentos funcionam como base para a formação do sujeito, prolongando-se ao longo do seu ciclo vital tornando-se o processo de formação indissociável do processo de construção do indivíduo.

- **Fatores externos**

Os factores externos são todos os aspectos que intervêm na pessoa enfermeiro, no âmbito do domínio profissional, e que, influenciam o seu desempenho profissional e, mais concretamente o desenvolvimento da sua perícia. Falamos por exemplo, da passagem do tempo que abordamos de seguida, considerado como um fator importante para a aquisição da perícia.

Passagem do tempo

Segundo Benner (2005, p.31) “O conhecimento prático adquire-se com o tempo, e as enfermeiras nem sempre se dão conta dos seus progressos”. É ao longo do tempo que um enfermeiro adquire a «experiência» e que o conhecimento clínico se desenvolve.

Para McHugh e Lake (2010) existem poucos estudos quantitativos capazes de capturar, simultaneamente, a natureza transaccional e temporal da experiência e muitos limitam a sua medição aos anos de prática.

Enfermeiros mais experientes reportam a realização de funções mais complexas do que aqueles que têm menos experiência e, portanto, os anos de experiência estão associados com a perícia (Bobay, Gentile e Hagle 2009).

Outros estudos revelam que, o desempenho dos enfermeiros especialistas alcançado com a passagem do tempo, e os anos de experiência numa determinada área, não é condição suficiente para ser considerado perito, sendo necessário aspectos pessoais, como a motivação e investimento pessoal para alcançar essa performance perita. (Van Gog, Ericsson, Rikers e Paas, 2005; Whyte et al, 2009)

Contextos Organizacionais

Relativamente aos contextos organizacionais, Benner [et al] (2009) referem que a enfermagem é praticada em contextos reais, com dificuldades, possibilidades e recursos reais. Os ambientes de trabalho, podem criar constrangimentos às habilidades de resposta que cada pessoa possui, e por isso, o nível de colaboração, os recursos, as estruturas organizacionais e os processos disponíveis no momento, são determinantes para a perícia. Acrescentam que os gestores de cuidados e os enfermeiros clínicos

podem criar um ambiente que seja facilitador das práticas de cuidados, dado que a aprendizagem experiencial é reforçada nas comunidades que apoiam a aprendizagem. Sobre isto, Jusé [et al] (2007) advogam que algumas hipóteses sustentam que se estabelece uma relação de dependência inversa entre a perícia e o contexto, de maneira que, o nível de influência desta relação no desenvolvimento da competência individual tem menos peso, quanto mais elevado é o nível de perícia de um indivíduo.

Protocolos/Guidelines

Benner [et al] (2009) apontam a utilização de guidelines e protocolos, como tendo um lugar na formação da perícia. Para as autoras, os enfermeiros iniciados necessitam de utilizar os protocolos e/ou procedimentos para o cuidado, enquanto os enfermeiros peritos confiam no seu julgamento clínico.

Alguns dos autores são da opinião que a prática de enfermagem regida por protocolos e guidelines podem pôr em risco o desenvolvimento da perícia.

A este propósito, Juvé [et al] (2007) defendem que as mudanças políticas da saúde hoje institucionalizadas, com introdução de protocolos e guidelines, podem pôr em risco ou mesmo colocar o enfermeiro perito, como um ícone do passado. Advogam que, os enfermeiros peritos têm uma extensa fonte de pesquisa e um alto nível de proficiência. A menos que estes valores sejam articulados, existe um risco dos enfermeiros se sentirem substituídos pela prescrição de protocolos e guidelines, que não garantem a individualidade e o cuidado holístico, cuja expertise determina.

Na opinião de Day (2009), embora a prática padronizada seja importante para garantir a segurança das pessoas e uma mínima de qualidade na prestação, a adesão restrita ao protocolo, não considerando as especificidades da situação, limita o desenvolvimento da perícia.

A prática e o saber que o enfermeiro mobiliza, sendo um saber construído pela experiência e na ação, é de importância fulcral, pois a singularidade de cada situação não se compadece com a aplicação de procedimentos estandardizados (Canário, 2001 cit in Correia, 2013).

Outros autores, por sua vez, encaram os protocolos como um complemento. Benner [et al] (2009) consideram que a maior parte dos protocolos e diretivas, têm por objetivo garantir aos doentes que serão cuidados com segurança, por enfermeiros com um mínimo de competências. Acrescentam que um enfermeiro perito não rejeita guidelines ou protocolos, mas considera-os instrumentos auxiliares para a tomada de decisão.

Também Melling e Hewitt-Taylor (2003) defendem que o conceito sobre a expertise em enfermagem, não é incompatível com as guidelines e protocolos de cuidados, mas

advertem que o seu uso, e a ênfase dada à importância de os seguir escrupulosamente podem conduzir ao risco de reduzir a assistência de enfermagem a uma série de tarefas, e minimizar/condicionar o papel do enfermeiro.

Também o Instituto Nacional de Excelência dos EUA (2004), reportando-se a esta particularidade, refere que, os protocolos não se destinam a substituir o uso do julgamento clínico, nem as necessidades individuais da pessoa em situação crítica. Aliás, se assim fosse, corria-se o risco de não promover o cuidar holístico.

Processo de mobilidade interna

Sobre processo de mobilidade dos enfermeiros, Christensen e Hewitt-Taylor (2006) referem-se à expertise como algo que inclui conhecimento, experiência, a assimilação das duas com o contributo da intuição e a habilidade de a usar, o que irá permitir a tomada de decisões rápidas e apropriadas por parte dos enfermeiros. Por conseguinte, uma enfermeira perita não é uma “mercadoria” que pode ser transferida para outras áreas ou especialidades levemente. As enfermeiras peritas são peritas no seu campo de atuação e o seu maior valor reside aí.

Também Benner [et al] (2009) corroboram esta ideia quando consideram que os enfermeiros eventuais que mudam constantemente de serviço, não chegam a atingir a perícia, porque não ficam o tempo suficiente no mesmo ambiente para apreenderem todos os elementos e particularidades de uma determinada competência. Além disso, um enfermeiro não se torna perito, sem que seja confrontado durante o tempo suficiente com situações similares.

Modelos/Mentores da Prática Clínica

A presença de modelos de referência no que toca a cuidados de excelência são essenciais para o desenvolvimento progressivo da perícia do enfermeiro. Este fato é defendido por Benner [et al] (2009) ao afirmar que a Enfermagem sendo uma Ciência com uma forte componente prática, necessita da existência de pessoas peritas nos vários contextos clínicos, para modelar e facilitar as transições dinâmicas entre o conhecimento pessoal e a ação clínica dos enfermeiros que estejam em processo de desenvolvimento profissional.

Para Benner (idem), os enfermeiros em processo de desenvolvimento profissional não podem ser penalizados por existirem variações subtis nos dados clínicos do doente que eles nunca viram ao longo da sua prática, mas podem trabalhar em colaboração com os seus colegas, para fazerem o melhor uso da sabedoria clínica obtida experiencialmente. Afirmam que os recém-licenciados necessitam de ser enquadrados por clínicos

especializados, capazes de lhes oferecer uma formação prática. É então necessário apoiar os recém-licenciados na procura da aquisição de conhecimentos clínicos.

Promoção e Reconhecimento Público

O conhecimento e a experiência são elementos chave para a perícia, mas para Bonner (2003) só por si, são insuficientes para afirmar que a perícia existe, sendo necessário, o reconhecimento pelos outros.

Benner [et al] (2009) referem que os enfermeiros consideram importante o reconhecimento da credibilidade junto dos médicos. Por extensão, também o reconhecimento pelos pares se revela importante.

Dada a capacidade destes peritos, no que toca, ao domínio do conhecimento, e à sua enorme experiência, as autoras (idem) referem ainda que as mesmas, devem ser sinónimo de cuidados mais complexos e de diversidade nas suas funções, desempenhando novos papéis ou encarando novos projetos. Ou seja: “ [...] o reconhecimento formal das capacidades acrescidas de julgamento clínico deverá acompanhar a promoção das competências clínicas” (p.191).

Também se confirma, através do trabalho de Sholes (2006), que os doentes e suas famílias que experienciam um internamento em unidades de cuidados intensivos, reconhecem a perícia do enfermeiro, pois, proporciona confiança e otimismo na recuperação, que por sua vez, se torna gratificante e motivador para os enfermeiros almejarem níveis mais elevados de excelência no cuidar.

Portanto, a perícia clínica deve ser reconhecível por doentes/famílias, alunos, colegas e outros profissionais.

Prática deliberada

O enfermeiro que trabalhe numa unidade de cuidados intensivos, tem necessidade de desenvolver uma prática avançada em enfermagem. Para adquirir tais competências recorre a uma prática deliberada, que conforme Ericsson [et al] (1993), desenvolver um desempenho de alto nível requer prática deliberada, que é específica e sustentada, sendo frequentemente utilizada em ambientes de simulação.

Haag-Heitman (2008) refere que um enfermeiro que consistentemente cuida de um doente ventilado, torna-se hábil em fornecer uma sedação e manutenção da pressão arterial adequada e isto é aprendizagem advinda da experiência. A autora revela que, a prática deliberada proporciona oportunidades para a formação contínua dos enfermeiros através do desenvolvimento profissional, programas ou atividades autodirigidas.

Whyte [et al] (2009) analisaram as diferenças no nível de desempenho de enfermeiros iniciados e enfermeiros experientes, especificamente no controle da deterioração fisiológica da componente respiratória em ambiente simulado. Esta pesquisa identificou atividades de prática deliberada que os enfermeiros realizavam para alcançar performance de peritos. Apresentando um cenário típico na UCI, onde um doente intubado tem uma saturação de oxigénio de 85%, espera-se que o enfermeiro de cuidados intensivos: (a) observe e avalie a necessidade de aspiração de secreções; (b) avalie o posicionamento correto do tubo endotraqueal, e/ou, (c) aumente a oxigenação, complementando com oxigénio.

A precisão e velocidade de avaliação são componentes críticos da responsabilidade do enfermeiro nestas situações, e pode ser diferente com base na experiência. É razoável supor que o iniciado irá requerer mais tempo para estabilizar o doente do que o enfermeiro experiente.

Para além dos fatores anteriormente referidos, Norris e Melby (2006) relativamente a ambientes de cuidados intensivos, destacam outros factores como barreiras ao desenvolvimento da perícia, nomeadamente: a **perda de valores fundamentais inerentes à profissão; obstrução da equipa sénior na sua transição a novos papéis** na equipa de saúde, ou até mesmo, **fragilidades ao nível do corpo clínico/equipas de saúde**. Assim, o enfermeiro de prática avançada pode-se sentir incompreendido com diferentes expectativas, gerando conflito na equipa.

Em síntese, para o desenvolvimento da perícia contribui grande multiplicidade de factores, sendo de natureza inerente ao profissional, mas também às condições do contexto de prestação de cuidados.

CAPITULO III – O ENFERMEIRO E O CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Numa unidade de cuidados intensivos onde se encontram as tecnologias de ponta, e os enfermeiros prestam cuidados complexos à pessoa em situação crítica, encontram-se doentes e suas famílias que, pelos seus níveis de criticidade e ansiedade, depositam toda a esperança e confiança nos profissionais, pelo que se torna necessário que os mesmos tenham um elevado nível de perícia.

Christensen e Hewitt-Taylor (2005) referem que o conceito de perícia em enfermagem pode ser relacionado a um quadro teórico que ajuda a delinear a organização dos cuidados, para uma evolução positiva dos utentes. No plano teórico e empírico, a perícia dos enfermeiros está associada aos resultados dos cuidados e à qualidade global dos cuidados de saúde, existindo crescente investigação que evidencia uma relação positiva entre os níveis de perícia dos enfermeiros e os resultados dos cuidados.

Para Aitken (2003), os melhores profissionais tendem a manter-se nas melhores equipas de trabalho, sendo a perícia fundamental para a realização das funções não clínicas, como, por exemplo, a coordenação de equipas.

3.1- A UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS E A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

As unidades de cuidados intensivos foram criadas a partir da necessidade de atendimento de pessoas, cujo estado crítico, exigia assistência e observação contínua de médicos e enfermeiros. Esta preocupação iniciou-se com Florence Nightingale, durante a guerra da Crimeia, no século XIX, que procurou selecionar doentes mais graves, acomodando-os de forma a favorecer o cuidado imediato (Lino e Silva, 2001).

As unidades de cuidados intensivos definem-se como estruturas qualificadas para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunção de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências, com implicações vitais (SPCI 2004). É considerado doente crítico, aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica (SPCI, 2008).

A Ordem dos Enfermeiros (2011) apresenta no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica, uma definição idêntica, quando descreve a pessoa em situação crítica, como: “aquela

cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p.8656).

Complementarmente, a OMS (2008) descreve que a pessoa que vive uma situação crítica, é aquela que por doença, ferimentos ou por outras circunstâncias, se encontra em perigo iminente/imediato de vida, a menos que seja instituído um tratamento de emergência com monitorização adequada à sua situação clínica, por forma a transportar o doente para os locais/estruturas mais adequados, com intuito de privilegiar os meios de diagnóstico distinto ou providenciar o tratamento médico mais dirigido.

O European Resuscitation Council (ERC) (2011), e a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2013) reforçam que o atendimento especializado destes doentes, cujas condições são de risco de vida e que necessitam de atendimento diferenciado e com monitorização constante, geralmente deve ser oferecido em unidades de cuidados intensivos.

Numa situação de crise, é fundamental uma boa gestão de meios/recursos/planos. Para isso, e numa perspetiva de gerir e minimizar os riscos, devem ser providenciadas medidas que envolvam o indivíduo e o ambiente circundante, integrando nelas não só as necessidades de emergência, mas também as atitudes de prevenção (de riscos, por exemplo), as respostas e as estratégias de recuperação (OMS, 2008).

Neste sentido, estas UCIs atendem pessoas em situação complexa, possuindo recursos diferenciados, em que a perícia e a elevada competência são fundamentais.

3.2 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CUIDADOS INTENSIVOS

Em algumas áreas da enfermagem existe uma forte incorporação de técnicas, que requerem destreza e treino, como é o caso das UCI. Para Queirós (2016), as técnicas pela diferenciação que comportam e segurança que permitem, têm forte atratividade, tornam os especialistas em verdadeiros técnicos, aplicadores de elevado desempenho, numa racionalidade técnica, em que, o padrão de conhecimento empírico se torna dominante em detrimento de outras formas de saber. No entanto, alerta que a obsessão pela prática desvirtua a clínica, que mobiliza conhecimento estético, ético, processual, tácito, de contexto. Afirma que a Enfermagem configura-se numa ecologia de saberes: saberes científicos e saberes de outra natureza, contextualizados, situados, ecologicamente considerados, a contribuir para uma ação e resultantes dessa ação, permitindo o cuidar integral.

O cuidar em Cuidados Intensivos consubstancia-se como um campo relativamente recente, que emergiu a partir da segunda metade do século passado alicerçado na indispensabilidade de prestar cuidados especializados a pessoas em situação crítica (Nascimento e Erdmann, 2009).

Assim, os cuidados intensivos têm por clientes, doentes extremamente instáveis (elétrica e/ou hemodinamicamente), com elevado risco de vida, e cujas condições de saúde se podem alterar constantemente (Urden, Stacy e Lough, 2008). Estas unidades, são locais de elevada complexidade tecnológica, dotadas de instrumentos e aparelhagem sofisticada que, por si só, não resolvem os problemas de saúde dos doentes. Concomitantemente, Marques [et al] (2006) defendem que as UCI se encontram envolvidas de ambientes altamente tecnológicos devido à necessidade de prestação de cuidados a pessoas em estado crítico, impondo aos profissionais que aí trabalham, intervenções rápidas e eficazes.

Nesta lógica, depreende-se que a prestação de cuidados nas UCI é um trabalho exigente, complexo e intenso, onde o enfermeiro ocupa um papel relevante, devendo estar permanentemente capaz de cuidar de pessoas com alterações de saúde importantes, as quais exigem um conjunto de conhecimentos específicos, sólidos e consistentes, bem como, um enorme poder de decisão em tempo útil (Vargas e Braga, 2007).

Nesta linha de pensamento, a *Emergency Nurses Association* (ENA) (2008) admite que os profissionais de enfermagem que exercem funções em contexto de emergência, detêm uma responsabilidade acrescida para com os doentes. No contexto nacional, a Ordem dos Enfermeiros (2003) defende que, o desenvolvimento de competências dos enfermeiros, tem como propósito, a prestação de cuidados de qualidade, baseada na premissa “coisas diferentes para pessoas diferentes”, requerendo por parte do enfermeiro, sensibilidade para lidar com essas diferenças.

Assim, torna-se capital projetar e instituir normas de boas práticas, a fim de direcionar os cuidados prestados, servindo cumulativamente como forma de monitorização.

A existência de normas e padrões, claros e específicos, neste campo de atuação espelham a ambiência singular do contexto de emergência, distinta da prestação de cuidados de enfermagem noutros contextos hospitalares (ENA, 2008). Nesta ótica, os enfermeiros das UCI, devem desenvolver competências através de formação contínua, na medida em que, o beneficiário final é sempre o doente.

Tal como defende Martins (2009), um dos semblantes e inquietações dominantes para os profissionais de enfermagem é o de caminharem ininterruptamente no sentido do aperfeiçoamento e da perícia, para que, tanto a nível individual, como na gestão

operacional, se reconheça um sucessivo desenvolvimento de competências, desde a sua integração nas UCI e ao longo de todo o seu percurso profissional.

A inexistência de qualificação profissional na prestação de cuidados a pessoas em estado crítico, afigura-se uma rutura na qualidade do padrão assistencial, fragilizando o desempenho dos enfermeiros, podendo colocar em risco a vida do doente e sujeitando os profissionais a riscos morais, éticos e mesmo legais. Daí que, cada enfermeiro deva construir o seu percurso profissional, assumindo deste modo, a responsabilidade e a orientação pela sua aprendizagem (Barão e Henriques, 1999). Os autores acrescentam que é o próprio que estabelece o que lhe é útil e essencial para a resolução de problemas no seu exercício profissional. A consciencialização das suas motivações e dos seus espaços de não-saber, encaminhá-lo-ão na busca de formação concordante com as suas necessidades, permitindo-lhe assim, um nível elevado de aquisição e desenvolvimento de competências, e conseqüente melhoria do seu desempenho profissional.

Neste momento, existem diferentes áreas da prática de cuidados especializados, nomeadamente a especialização no domínio do “cuidar a pessoa em situação crítica”. Aparece numa perspectiva de responder às necessidades atuais na procura de um melhor cuidado dos doentes críticos.

O Regulamento nº124/2011 da OE tem o propósito de regular o exercício da profissão ao definir o Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, bem como, as competências e conceitos a este associado, como sejam:

- “Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação;
- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (p.8656).

Assim, pretende-se que o enfermeiro preste cuidados altamente qualificados, de uma forma contínua, numa perspetiva holística, à pessoa em situação crítica, contribuindo para a formação dos seus pares, por forma a darem também uma resposta às necessidades de uma ou mais funções vitais em risco imediato, permitindo mantê-las, prevenindo outras complicações e limitando incapacidades, tendo em vista uma recuperação total (OE, 2010).

Na orientação das competências específicas do enfermeiro especialista na abordagem à pessoa em situação crítica, a OE (2011, p. 8657) definiu unidades de competência, destacando, em associação ao descrito anteriormente:

- “Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos;
- Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas;
- Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença, e/ou falência orgânica;
- Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;
- Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica”.

Estamos perante a necessidade de um profissional diferenciado, competente, com capacidade de decisão e com mobilização de multiplicidades de saberes.

Para Martins (2009), no processo de formação profissional contínua do enfermeiro de Cuidados Intensivos a instrumentalização assume um papel elementar, principalmente numa fase inicial. Contudo, importa que seja detentor de um conjunto de habilidades e competências que lhe permitam atender no imediato qualquer situação de emergência, tais como, a identificação precoce de sinais de gravidade, implementação de medidas por forma a prevenir situações de paragem cardiorrespiratória, medidas de suporte básico e avançado de vida, adoção do papel de *team leader*.

Igualmente, a *American Association of Critical Care Nurses (AACCN)* (2008) refere-se às responsabilidades e aos padrões da prática profissional dos enfermeiros de Cuidados Intensivos, reconhecendo que a formação destes profissionais (básica e contínua) impõe a aquisição de aptidões e habilidades que os capacitem para determinadas competências, que conforme Urden, Stacy e Lough (2008) devem ter na promoção da prestação de cuidados eficazes e eficientes, com elevada qualidade, utilizando as tecnologias apropriadas, abordagens psicossociais e holísticas adaptadas à realidade atual e à pessoa em situação crítica.

Fabião [et al] (2005) referem que a formação não garante, por si só, a melhoria do desempenho e concretização profissional. Não se constitui como um meio suficiente para gerar mudança, mas opera como um instrumento de apoio à mesma, consubstanciando-se como um meio para alcançar determinada finalidade, assumindo um carácter estratégico. Na procura da excelência, são igualmente indispensáveis fatores que se prendem com a experiência profissional, atitude reflexiva e pensamento crítico. São

atitudes que preparam o enfermeiro para lidar com situações idênticas, adaptando o seu exercício às circunstâncias, promovendo uma prestação de cuidados mais eficaz e segura.

Podemos assim concluir que, a formação constitui uma ferramenta em si mesma e, não apenas um resultado, isto é, a formação detém um valor intrínseco, não podendo ser considerada, única e exclusivamente, como uma ferramenta para atingir resultados palpáveis. Deve ser criada num contexto mais abrangente e dinâmico, e encarada como um poderoso instrumento para a mudança, no sentido da excelência do cuidar em enfermagem.

Varela (2016) reforça a ideia de que os enfermeiros têm que ter um domínio de conhecimentos amplo e saber mobilizá-lo, atendendo a que, as UCI, caracterizadas pelo uso de tecnologia altamente sofisticada, quando esta é usada isoladamente torna-se inadequada se não lhe associarmos o corpo de conhecimentos que confira competências para o exercício de enfermagem, colocando o profissional frente ao desafio de integrar a tecnologia no cuidado, dominando os princípios científicos que fundamentam toda a sua utilização.

Acrescenta (idem, ibidem) que, perante o aumento das expectativas de acesso a padrões de cuidados de enfermagem de mais elevada qualificação técnica, científica e ética para satisfazer níveis de saúde cada vez mais exigentes, o enfermeiro de cuidados intensivos deve ser um profissional com grande capacidade de análise, raciocínio clínico e pensamento crítico, atento, reflexivo, com um papel ativo no processo de tomada de decisão, assegurando sempre a sua prática dentro dos princípios éticos da profissão, bem como, aliar ao corpo de conhecimentos científicos, sustentados e baseados na evidência, uma capacidade de liderança e de trabalho, iniciativa, responsabilidade, autonomia, maturidade e manter a estabilidade emocional.

Neste contexto, e perante as características específicas das unidades de cuidados intensivos, o trabalho em equipa torna-se crucial. A complexidade das situações apresentadas pela pessoa em situação crítica, o desenvolvimento tecnológico e a explosão e fragmentação do conhecimento nas unidades de cuidados intensivos, dão origem a que, nos nossos dias, seja impossível trabalhar isoladamente. Desta forma, equipa e trabalho em equipa são noções que fazem parte da mitologia intrínseca a estas unidades. Neste sentido, o trabalho em equipa valoriza o contributo específico de cada disciplina, na paridade, sendo o enfermeiro um par muito reconhecido e valorizado (Varela, 2016).

Leach [et al] (2009) a respeito da importância dos enfermeiros nas equipas das UCI referem que, face às particularidades que este tipo de doentes apresenta é deveras importante que exista uma enfermagem especializada na gestão das pessoas em

estados críticos. A avaliação, a monitorização contínua e a administração de fármacos, os domínios do conforto através da analgesia, os cuidados de higiene, o posicionamento e os cuidados com a pele, a nutrição, a prevenção de complicações, como infeções associadas aos diversos cuidados prestados, o suporte psicológico e familiar, a assistência com a comunicação e o apoio legal, o suporte para uma adequada articulação entre a equipa multidisciplinar, são papéis vitais da enfermagem que têm um profícuo efeito nos resultados.

Pese embora, o foco do cuidado de enfermagem na UCI seja o doente, a família enfrenta significativos desafios. Os enfermeiros são os profissionais que, pela sua presença assídua junto do doente, criam uma relação ímpar com os familiares.

Para Varela (2016) o enfermeiro especialista na pessoa em situação crítica, sem dúvida, ostenta um “know-how”, refletindo-se positivamente na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados em áreas de intervenção específicas nestas unidades.

Assim, podemos dizer que, o papel do enfermeiro especialista na abordagem à pessoa em situação crítica é “Cuidar” dela e da sua família, de forma integrada e contínua, com os membros da equipa multidisciplinar, garantindo um atendimento de alta qualidade, fomentando as boas práticas, rentabilizando recursos, e conseqüentemente, gerando ganhos em saúde, uma vez que, detém competências acrescidas e específicas, que lhe permite intervir a um nível de complexidade mais elevado.

3.3 – PRÁTICA AVANÇADA EM ENFERMAGEM

O enfermeiro numa unidade de cuidados intensivos, através de uma prática reflexiva, assume um domínio de conhecimentos de prática avançada em enfermagem sendo fundamental para o cuidado integral à pessoa em situação crítica.

Benner [et al] (1999) referem que, para cuidar a pessoa em situação crítica de forma eficaz, o enfermeiro tem que possuir altos níveis de motivação, resiliência emocional e um amplo conhecimento para fazer frente às dinâmicas do contexto e mudanças rápidas da condição do doente.

Grande parte dos cuidados à pessoa em situação crítica envolvem tecnologias de ponta, medicamentos e modalidades do tratamento, que aumentam a necessidade do profissional reforçar o seu leque de conhecimentos, refinar a sua capacidade de julgamento clínico e, de uma forma global, a sua perícia profissional (Tichen e Higgs, 2001).

Sholes (2006) descreve a perícia do enfermeiro que trabalha numa UCI, como ser capaz de responder a situações complexas com facilidade, precisão e fluidez, que inspiram confiança nos outros. E, isto é demonstrado por profissionais que têm domínio de conhecimento científico, competência técnica, e que demonstrem o domínio do seu ambiente de prática e da tecnologia. Desta maneira, a perícia clínica é transitória e por vezes, indescritível. Refere ainda que, cada enfermeiro que trabalhe em cuidados intensivos deve-se esforçar continuamente para desenvolver e demonstrar conhecimentos na esfera da sua prática, e construir um repertório de habilidades e conhecimentos, em linha com os últimos avanços tecnológicos.

Alguns autores, consideram o conceito de prática avançada como fundamental para o desenvolvimento da enfermagem clínica, e tem vindo a assumir múltiplas formas, dependendo da sua utilização em cada contexto. Para muitos, tornou-se sinónimo de trabalho para o enfermeiro perito, enquanto para os outros, é um processo de desenvolvimento profissional contínuo e de aquisição de competências (Wilson-Barnett et al, 2000; Por, 2008).

A definição de prática avançada em enfermagem tem sido objeto de discussão. Para Mantzoukas e Watkinson (2006) o enfermeiro de prática avançada não deve ser considerado exclusivamente para um único papel, mas sim para uma multiplicidade de papéis.

Dowling [et al] (2013) numa tentativa de clarificarem o conceito de **prática avançada em enfermagem**, segundo o método Rogeriano, constataram que há diferentes perspetivas e terminologias, dificultando desta forma, a evolução dos papéis do enfermeiro em prática avançada em enfermagem, havendo por isso necessidade de uma definição clara do conceito, requisitos educacionais e abordagens reguladoras, para a implementação do papel do enfermeiro em prática avançada.

Através da pesquisa realizada por Dowling [et al] (2013), foi possível identificar como **antecedentes** para a prática avançada: o ensino superior e a experiência clínica. Constataram que cinco anos de experiência clínica a trabalhar dentro de uma especialidade, é geralmente aceite para consolidar competências especializadas, como preparação para a enfermagem de prática avançada.

Identificaram como **consequentes** de prática avançada: a viabilidade futura da prática avançada refletida na prestação de cuidados de saúde de qualidade. Referem que existem poucos estudos relativos aos resultados sensíveis produzidos por estes enfermeiros, pois como trabalham muito em regime de colaboração com a equipa multidisciplinar, e dada a complexidade dos cuidados prestados, é difícil avaliar individualmente o seu contributo, no seio da equipa, e na melhoria da condição clínica do doente.

Como **atributos** da prática avançada em enfermagem, explicam que há consenso que é alcançada por meio da especialização, expansão e atualidade do conhecimento. A identificação destes atributos foram conseguidos após pesquisa de trabalhos anteriormente desenvolvidos, em que apresentavam competências genéricas e essenciais que um enfermeiro de prática avançada deve possuir, tais como: Perito na sua área de atuação (Mantzoukas e Watkinson, 2006); Liderança (Fairley e Closs, 2006; Spross e Lawson, 2009); *Coaching* e capacidades de mentor (Por, 2008); Habilidades de pesquisa (Mantzoukas e Watkinson, 2006, 2007; Fairley e Closs, 2006; Spross e Lawson, 2009); Uso do conhecimento clínico (Mantzoukas e Watkinson, 2007; Nursing and Midwifery Council [NMC], 2004); Competências na tomada de decisão e julgamento clínico; Mudança na prática (Mc Gee e Castledine, 2003; Mantzoukas e Watkinson, 2007) Experiente (Nursing and Midwifery Council [NMC], 2004), Ágil no pensamento clínico e analítico (Mantzoukas e Watkinson, 2007); Autonomia profissional (Norris e Melby, 2006); Consultadoria (Por, 2008; Spross e Lawson, 2009); Colaboração; Cuidados de Enfermagem ajustados; Tomada de decisão ética (Spross e Lawson, 2009).

Mc Gee e Castledine (2004) sugerem que a prática avançada em enfermagem, é um estado de maturidade profissional, onde os profissionais são incrementadores na inovação e desenvolvimento de novas práticas de cuidados de saúde.

De acordo com a Nursing and Midwifery Council [NMC] (2004), o desenvolvimento das funções do enfermeiro de prática avançada evoluiu a partir de influências do ambiente sociopolítico, das necessidades dos cuidados de saúde, da oferta e procura de profissionais de saúde, da política governamental e apoio intra/interprofissional, do desenvolvimento da formação em enfermagem e da documentação da eficácia do seu papel. Referem ainda que, estes enfermeiros são considerados como membros de uma equipa, altamente experientes e instruídos, e que são capazes de diagnosticar e tratar as necessidades de cuidados do doente ou encaminhá-lo para um especialista apropriado, se necessário. No entanto, a autonomia, independência, perícia clínica e liderança, são essenciais para o papel. Para tal, considera os seguintes pressupostos:

- Ação tendo por base um conhecimento especializado e competência clínica;
- Uma habilidade para tomar decisões clínicas complexas usando um julgamento clínico seguro;
- Membro essencial numa equipa multiprofissional, cujo papel é determinado pelo contexto em que trabalha.

Na tentativa de quantificar o conhecimento necessário para os enfermeiros de prática avançada, Rolfe (1998) citado por Christensen (2011) apresenta os vários tipos de conhecimento, que interagem em simultâneo, no momento em que o enfermeiro age

perante uma situação clínica, sendo eles: o conhecimento científico, experiencial e pessoal, conforme a tabela que se segue (tabela nº1).

Tabela nº 1 – Domínios do conhecimento do enfermeiro de prática avançada

| Domínio do conhecimento | Conhecimento teórico (Knowing that) | Conhecimento prático (Knowing how) |
|----------------------------------|---|---|
| Conhecimento científico | Aspetos que são conhecidos e aprofundados através de livros, jornais, palestras | Aspetos que podem ser realizados, aprendidos com os livros, revistas, diretrizes ou protocolos de atendimento |
| Conhecimento experiencial | Aspetos que são conhecidos pela própria experiência | Coisas que podem ser realizadas com base na experiência |
| Conhecimento pessoal | Aspetos que se relacionam com situações específicas das pessoas descoberta através da sua própria experiência | Coisas que podem ser realizadas, tendo por base, experiências prévias em situações similares. |

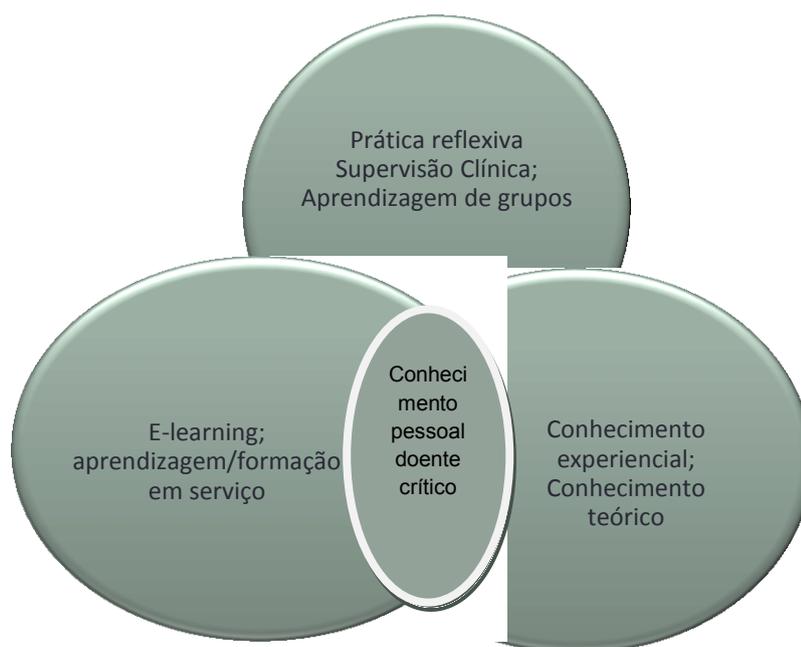
Para Rolfe (1998), o conhecimento clínico é a culminação destes três tipos de conhecimento, os quais contribuem fortemente para uma prática baseada nas evidências. Acrescenta ainda o autor (idem, ibidem), que o conhecimento clínico do enfermeiro de prática avançada consiste em 3 variáveis distintas: o saber fazer (*knowing how*), que incorpora o conhecimento prático e experiencial; o saber porque (*knowing why*) que engloba o conhecimento empírico e teórico e, por fim, sabendo o que (*knowing what*) que é traduzido pelo reconhecimento de padrões face à situação clínica presente, conduzindo a uma tomada de decisão clínica eficaz.

Fulbrook (2003) no que toca a esta particularidade, refere que todos os tipos de conhecimento são importantes na prestação de cuidados, no entanto, considera que podem existir constrangimentos para a prática avançada na abordagem à pessoa em situação crítica, dada a dominância médica, pelo que, o uso de diferentes conhecimentos do enfermeiro pode estar comprometido no sentido de desenvolver e aprimorar a sua prática avançada.

Christensen (2011) apresenta-nos um modelo que permite uma compreensão mais profunda, da complexidade da prática dos enfermeiros em cuidados intensivos. Este

modelo, assume uma visão global da aprendizagem e reflexão, em torno do desenvolvimento da prática e da performance dos enfermeiros em cuidados intensivos. Abrange uma série de estratégias de aprendizagens diferentes, para aprofundar situações complexas, e analisar criticamente a perspectiva teórica para a sua aplicação na prática. As estratégias de aprendizagem passam por discussões/reflexões em grupo, intra e interprofissionais, formação em serviço, supervisão clínica, programas *e-learning*, pesquisas efetuadas, práticas simuladas, entre outras, tal como se apresenta, na figura que se segue.

Figura nº1 - Modelo de integração de conhecimentos em cuidados à pessoa em situação crítica



Fonte: Christensen, 2011

Para Christensen (2011), a epistemologia pragmática defende a visão de que, a experiência/perícia clínica, juntamente com uma abordagem eclética para “prática baseada na evidência”, culmina numa assistência eficaz e global ao doente.

Num estudo de Robertson [et al] (1996) in Dunn [et al] (2000), com o propósito de desenvolverem padrões de competências para enfermeiros especialistas em cuidados intensivos, descreveram as características destes enfermeiros, para depois os observarem, tendo como pressupostos, que os mesmos cuidaram dos doentes com pouca ou nenhuma supervisão dos pares, e serviram como recursos para os enfermeiros menos experientes, no seu ambiente de cuidados intensivos. Daqui foram descritos como atributos destes enfermeiros especialistas: prioriza as necessidades de cada doente; respeitado pelos pares e outros; modelo de cuidados; utiliza uma base sólida de conhecimentos na aplicação e integração da sua prática clínica; responde eficazmente a um ambiente em constante mudança; utiliza a pesquisa na prática; suporte de equipas menos experientes e exibe uma sensibilidade apurada em se aperceber das necessidades da equipa; é proativo; demonstra habilidades de comunicação efetiva; demonstra um alto nível de habilidades de avaliação de situações; interpreta situações complexas e atua como coordenador de cuidados.

Existem outros contributos, nomeadamente de Sholes (2006) que identificou outras características nos enfermeiros a trabalharem em UCI, como sejam: a presença e proximidade, calma, atenção total e envolvimento com o doente e família, para aliviar o sofrimento e o desconforto. Apesar destas características puderem estar presentes em enfermeiros a trabalhar noutras áreas de cuidados, aqui têm uma tónica mais expressiva. Também Benner (1999) identificou domínios do enfermeiro perito nos cuidados à pessoa em situação crítica. Desses domínios, destacam-se seis aspetos do julgamento clínico e do comportamento do enfermeiro perito, tais como: pensamento em ação e raciocínio em transição, conhecimentos técnicos de elevada perícia, prática baseada na evidência, representação – mediação, agudeza percetiva, compromisso emocional interpessoal com o doente e ligação clínica e ética.

Num outro estudo desenvolvido por Correia [et al] (2015), cujos participantes eram enfermeiros dos cuidados intensivos, foram identificadas competências necessárias ao enfermeiro, para trabalhar nos cuidados intensivos. Destacam-se: o conhecimento e desempenho técnico/tecnológico, o conhecimento científico, a tomada de decisões, a liderança, o trabalho em equipa, o relacionamento interpessoal, a comunicação, o planeamento, a organização e o equilíbrio emocional. Dentro destas, como competências essenciais, sobressaiu o conhecimento técnico e científico, a liderança, o equilíbrio emocional e a tomada de decisão.

Em síntese, os profissionais de enfermagem que cuidam de pessoas em situação crítica, em contexto de cuidados intensivos, deparam-se com a complexidade, sendo que para

tal, necessitam de mobilizar múltiplas áreas de conhecimento e grande diversidade de competências.

Sendo profissionais qualificados, para além da formação académica, é no contexto da prática clínica que vão desenvolvendo a perícia. Neste sentido, torna-se pertinente o conhecimento mais aprofundado acerca da construção da perícia.

CAPÍTULO IV – OPÇÕES METODOLÓGICAS

A investigação é um processo sistemático assente numa base racional, cujo propósito é o de promover e validar novos conhecimentos. O facto de produzir novos saberes e de clarificar e validar conhecimentos previamente existentes, permite que possa ser utilizada numa diversidade de disciplinas (Fortin, 2009).

A Enfermagem, como disciplina em evolução e em constante procura de melhoria dos cuidados, encontra na investigação contributos preciosos, com o objetivo de atingir a excelência dos cuidados.

Compreender a natureza da perícia clínica dos enfermeiros nos vários contextos onde se inserem, tem sido uma preocupação que remonta há mais de 3 décadas. Patrícia Benner, em 1984, com a sua investigação foi um marco histórico e referencial neste processo, considerada por muitos autores, a que mais se aproximou de um conceito da perícia em enfermagem.

A abordagem relativamente ao modo de construção da perícia clínica dos enfermeiros nos mais diversos contextos, tem tido uma relevância e interesse crescente por parte da comunidade científica, quer nacional como internacionalmente, sendo evidenciado pelo aumento da produção científica neste domínio. Alguns dos autores portugueses que se debruçaram por esta temática, foram: Cunha (2011); Amaral e Ferreira (2014); Queirós (2015), entre outros.

O presente estudo vem na continuidade de um estudo da autora (Cunha, 2011), no âmbito do Mestrado em Ciências de Enfermagem, cujo objetivo se centrava em perceber como é que os enfermeiros peritos retratavam a sua perícia, à luz das suas histórias de vida. Integrou enfermeiros da prática clínica, do âmbito hospitalar e de cuidados de saúde primários. Sem pretendermos que este trabalho seja uma réplica do anterior, consideramos que foi valiosíssimo para projetar este trabalho.

É nosso entendimento que a problemática se mantém pertinente e relevante, uma vez que em Portugal ainda existem poucas investigações neste domínio, que nos permitam uma compreensão profunda do fenómeno. Assim, mantemos a convicção de que é possível dar visibilidade à excelência de cuidados produzida pelos enfermeiros peritos, com repercussões na valorização e reconhecimento destes profissionais, nomeadamente, na abordagem à pessoa em situação crítica em unidades de cuidados intensivos.

Ao longo deste capítulo, descrevemos os procedimentos metodológicos realizados e as justificações para as opções tomadas, no sentido de responder à questão central orientadora da presente investigação, definida como:

- Como constroem os enfermeiros, a perícia profissional no cuidar da pessoa em situação crítica, em cuidados intensivos?

Que por vez deu origem a **subquestões** no intuito de nortear a condução da nossa investigação, tais como:

- Qual o percurso dos enfermeiros peritos?
- Como é que o enfermeiro perito na sua prática diária, reconhece e descreve a sua perícia?
- Quais são as características pessoais, profissionais e do contexto, fundamentais para se alcançar a perícia?

Para Fortin (2009), esta etapa do projeto de investigação comporta a escolha do desenho apropriado ao problema de investigação, o recrutamento dos participantes e a escolha dos instrumentos mais apropriados para efetuar a colheita de dados de modo a assegurar a credibilidade dos resultados.

Assim, neste capítulo abordamos as finalidades e objetivos, o tipo de estudo, as características do contexto e os participantes, o instrumento de colheita de dados utilizado, a análise dos dados e, por fim, as considerações éticas.

4.1 – FINALIDADES E OBJETIVOS

Com base na problemática e nas questões de partida, o presente estudo tem como finalidade:

- Contribuir para enriquecer a disciplina de Enfermagem no que respeita à construção da perícia do enfermeiro que cuida da pessoa em situação crítica numa UCI ;
- Valorizar o papel do enfermeiro perito nas UCI e o seu impacto na eficácia e eficiência dos cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e sua família;
- Sensibilizar órgãos de gestão institucional/serviço/coordenação de equipas de enfermagem em cuidados intensivos para as mais-valias da integração de enfermeiros peritos na constituição das equipas de trabalho.

De acordo com (Fortin, 2009, p. 160) “o enunciado do objetivo de investigação deve indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue. Ele especifica as variáveis chave, a população junto da qual serão recolhidos dados e o verbo de ação que serve para orientar a investigação”

Assim neste contexto, foram delineados os seguintes objetivos:

- Descrever os percursos de construção da perícia profissional no cuidar da pessoa em situação crítica de enfermeiros que trabalham numa unidade de cuidados intensivos;
- Descrever a perceção dos enfermeiros peritos, acerca da sua perícia;
- Descrever características pessoais, profissionais e institucionais que intervêm na construção da perícia.

4.2 – TIPO DE ESTUDO

Face à natureza do problema e ao estado do conhecimento sobre o fenómeno, desenhou-se um estudo de cariz qualitativo, não experimental, exploratório e descritivo e transversal.

O problema em estudo insere-se no âmbito: percursos da construção da perícia clínica de enfermeiros a trabalhar numa UCI, sendo este campo propício à adoção de metodologias **qualitativas** devido à natureza singular dos fenómenos, à complexidade envolvida e às múltiplas interações que proporciona entre os diferentes participantes nos ambientes naturais em que se desenvolve o fenómeno.

O significado é de importância vital na abordagem qualitativa. Os investigadores privilegiam, essencialmente, a compreensão dos comportamentos a partir da perspectiva dos sujeitos da investigação, estando interessados no modo como as pessoas dão significado às coisas e às suas vidas, e em aprender as perspectivas dos participantes (Bogdan e Biklen, 2010).

Como dizem LoBiondo-Wood e Haber (2001) estes estudos são usados quando o pesquisador deseja construir o quadro de um fenómeno ou explorar acontecimentos, pessoas ou situações, à medida que eles ocorrem naturalmente.

É um estudo **não experimental**, pois não houve manipulação nem controlo sobre variáveis. O nosso estudo baseia-se nos relatos de enfermeiros que trabalham na

unidade de cuidados intensivos e a forma como interpretam e vivenciam o fenómeno em estudo.

É considerado **exploratório**, pois apesar da produção de alguns estudos em Portugal neste domínio do conhecimento, consideramos que temos um longo caminho a percorrer para uma compreensão profunda e integral deste fenómeno, e de todas as particularidades e complexidades que o mesmo assume.

Conforme Fernandes e Gomes (2003), este tipo de pesquisa é utilizada quando existe pouco conhecimento anterior sobre o tema, quando se pretende aprofundar com vista a identificar novas variáveis, ou quando, por falta de familiaridade com o problema, se necessite de um estudo prévio que oriente a direção a ser seguida.

É **descritivo** pois pretendemos descrever, analisar e apontar as relações do fenómeno em estudo, que é a prática perita dos enfermeiros e a forma como é vivido, percebido por cada um dos sujeitos.

É **transversal** pois “ consiste em examinar simultaneamente um ou vários cohortes da população, ou um ou vários grupos de indivíduos, num determinado tempo, em relação com o fenómeno presente no momento da investigação.” (Fortin, 2009, p.252), sendo que, no caso em estudo, a colheita de dados ocorreu num único momento.

4.3 – CONTEXTO DO ESTUDO E PARTICIPANTES

- **Características do espaço**

O contexto onde se desenvolveu o estudo é uma UCI polivalente, de uma Unidade Hospitalar da região norte de Portugal, fundada em 19 de Novembro de 1992 com lotação para 6 doentes. A escolha por este hospital, e concretamente, por esta UCI não foi propositada, pois não tínhamos qualquer relação de proximidade ou vinculação de trabalho à instituição. As razões prenderam-se sobretudo pelo fato do Hospital onde exercemos funções, não possuir no conjunto das suas valências, uma UCI, onde pudessemos desenvolver este estudo e existir abertura da instituição para a realização do estudo.

Neste hospital, existem 2 UCI. Uma UCIP, pela qual optamos para a realização deste estudo, dado o carácter abrangente de especialidades médicas e cirúrgicas que contempla, implicando uma mobilização rápida de saberes múltiplos no cuidado à pessoa em situação crítica e a exibição de uma prática perita do enfermeiro em todos os seus domínios; e a UCI Cardiotorácica, que abrange exclusivamente os doentes do foro

cardíaco. Os doentes neurocríticos não fazem parte do cuidado de enfermagem na UCIP, sendo referenciados, quando necessário, para o hospital de referência.

A UCIP fica localizada no 2º Piso do hospital. O seu acesso é restrito apenas aos profissionais que lá trabalham, mantendo a porta sempre fechada. Trata-se de um espaço fechado onde há silêncio de quem trabalha, para dar lugar ao barulho provocado pelos alarmes e outros equipamentos, sendo um espaço carregado de uma simbologia associada a alto risco, a situações com gravidade.

- **População e participantes**

A nossa população alvo incluiu todos os enfermeiros da prática clínica que exercessem funções na UCIP. A partir daqui, optou-se por uma técnica de recrutamento dos participantes capaz de se ajustar a uma melhor compreensão do fenómeno que pretendíamos estudar.

A equipa de enfermagem é constituída por 19 elementos, sendo uma enfermeira chefe. Dos enfermeiros exclusivamente da prestação de cuidados é maioritariamente constituído por mulheres (16 enfermeiras e 2 enfermeiros).

As idades variam entre os 27 e os 51 anos, sendo uma equipa experiente, cujo elemento mais novo, já conta com um tempo de exercício profissional na UCI, de pelo menos 10 anos, o que significa para nós, que qualquer um deles podia ser um potencial perito na área, e desta forma, ampliar a possibilidade de recrutamento de participantes e enriquecer a nossa investigação.

Os mesmos encontram-se distribuídos por turnos de trabalho, cuja relação é: 3 elementos no turno da manhã, 3 no turno da tarde e 3 no turno da noite, estabelecendo o rácio de 1 enfermeiro para 2 doentes, sendo que em situações muito pontuais e específicas, o rácio possa ser de 1 enfermeiro para 1 doente.

Como metodologia de trabalho privilegiam o método individual, prestando cuidados integrais ao seu doente e família.

Para Fortin (2009) a amostragem refere-se ao estudo de uma proporção da população, devendo o investigador escolher o contexto e a amostra, de modo a descobrir tantas realidades quantas o fenómeno compreende.

Conscientes de que cada sujeito, pela sua individualidade, pode assumir perspetivas diferentes dos demais, acerca da mesma realidade ou fenómeno, pretendíamos que a técnica de seleção dos participantes fosse capaz de garantir o acesso a fontes com perspetivas diversas sobre o tema. Para tal, entendemos que a técnica tipo ***bola de neve (amostra exponencial)***, que se integra nos métodos não probabilísticos, utilizados na

pesquisa qualitativa, é das que melhor se ajustava e nos proporcionava as melhores respostas em matéria da riqueza dos dados.

Este tipo de amostragem é uma técnica que consiste em juntar a um núcleo de indivíduos, todos os que estão em relação a eles, e assim sucessivamente (Beaud in Gauthier, 2003).

Foi desta forma que se selecionaram os participantes indo ao encontro dos enfermeiros peritos, que iam aumentando em número, de forma gradual, à medida que o estudo avançava. Com o decorrer das entrevistas, e à medida que um novo elemento perito participava no estudo, era-lhe pedido que identificasse outro enfermeiro que para si era perito. Isto permitiu não só, o reconhecimento e a validação da perícia do outro aos olhos do enfermeiro avaliador, como ao mesmo tempo, transmitiu uma sensação de segurança à investigadora relativamente à condução da investigação. Como enfermeira da prática clínica e detentora de algum conhecimento acerca desta matéria, por estudo de investigação anteriormente realizado, foi possível, sem conhecer previamente quem iria entrevistar a seguir, validar a informação, e ao mesmo tempo, ter a possibilidade de um maior escrutínio no que diz respeito ao fenómeno em estudo.

Assim, os critérios de inclusão eram determinados e definidos pelos enfermeiros entrevistados, tendo por base, as suas perceções, conhecimentos e conceções, sobre a perícia e o modo de ser perito, na abordagem à pessoa em situação crítica.

O encontro com o primeiro perito no seu contexto de trabalho, foi assumido inicialmente como uma preocupação. Procuramos então encontrar formas que possibilitassem que o primeiro contato entrevistador-entrevistado fosse agradável. Após autorização formal da instituição, ativamos contatos, oriundos das nossas relações pessoais e profissionais, com uma enfermeira chefe que trabalha há muitos anos noutra serviço do mesmo Hospital, mas que internamente conhecia as características do contexto, como também as características dos enfermeiros que lá trabalhavam, assumindo neste processo, um papel mediador nestes contatos intraprofissionais. Este procedimento revelou-se facilitador, pois permitiu-nos uma maior envolvimento e aceitação no grupo. Foi notório a disponibilidade para colaborar, por parte de todos os enfermeiros peritos identificados e posteriormente entrevistados, revelando um grande interesse pelo tema, e uma oportunidade de falarem sobre as suas experiências e as especificidades das suas práticas cuidativas.

O número de participantes dependeu da qualidade das informações obtidas através das entrevistas. Deste modo, a colheita de dados só foi encerrada, à medida que, os dados obtidos começaram a tornar-se repetitivos ou não acrescentavam factos novos aos relatos anteriormente obtidos. Consideramos que atingimos o ponto de saturação dos dados após a realização da sexta entrevista, encerrando desta forma a colheita de dados.

Conforme Bogdan e Biklen (2010, p.96): “os investigadores qualitativos aferem a altura em que terminaram o estudo quando atingem aquilo que designam por saturação de dados, o ponto de recolha de dados a partir do qual, a aquisição da informação se torna redundante.”

4.4 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Segundo Gauthier (2003, p.281) “A entrevista consiste numa interação verbal entre pessoas que se envolvem voluntariamente em igualdade de relação, a fim de partilharem um saber experienciado, e isto, para melhor compreender um fenómeno de interesse para as pessoas implicadas.” Da mesma forma, a seleção do instrumento de colheita de dados deve ter em consideração as características da população, o tipo de estudo e os objetivos.

Assim, optamos por uma entrevista semi-estruturada. O mesmo autor (idem, p.282) define-a como: “(...) uma interação verbal animada de forma flexível para o investigador. Este deixar-se-á guiar pelo fluxo da entrevista com o objetivo de abordar, de um modo que se assemelha a uma conversa, os termos gerais sobre os quais deseja ouvir o respondente, permitindo assim extrair uma compreensão rica do fenómeno em estudo.”

A construção do instrumento tem por base os objetivos. Neste sentido, elaboramos um guião de entrevista, com várias questões orientadoras que foram baseadas em temas-chave identificados a partir da literatura e na experiência profissional da investigadora. A entrevista sofreu alterações, à medida que, a recolha dos dados foi sendo realizada. Dados pertinentes foram sendo conhecidos e integrados através da formulação de novas questões. O carácter dinâmico incutido no instrumento permitiu explorar situações que não eram conhecidas *a priori*. O resultado final, foi um instrumento sensível ao participante e sem prejuízo do rigor que é necessário na colheita de dados (ver apêndice nº 2).

Na condução da entrevista tivemos em consideração alguns princípios, nomeadamente: proporcionar um clima de maior privacidade possível, respeitando a vontade e a escolha do local do entrevistado. Adotamos uma atitude de informalidade e proximidade, com uma abordagem ativa e assim, apresentámos sumariamente o projeto de estudo, deixando espaço a questões que pudessem surgir, e cujas dúvidas pudéssemos esclarecer.

Procurámos adequar a nossa disponibilidade à disponibilidade dos enfermeiros. O espaço onde realizámos a entrevista foi diversificado, em função das possibilidades e preferências dos entrevistados. Alguns optaram por ser no gabinete de enfermagem da

UCIP, outros deslocaram-se ao local de trabalho da investigadora, pela proximidade, e outros, optaram por espaços mais amplos, de lazer, concretamente em esplanadas de centros comerciais, por referirem que se sentiriam mais à vontade para discursar sobre o tema.

A colheita de dados foi realizada de Abril a Julho de 2016. As entrevistas tiveram uma duração variável entre 55 e 120 minutos, numa média de 65 minutos. Foram realizadas 6 entrevistas em profundidade, num único encontro, sendo que a primeira, tal como referimos, foi conseguida através da referência de uma enfermeira chefe, externa ao serviço que identificou o perito, encarando-o como uma referência no serviço e na instituição. Esta opção pareceu-nos válida para iniciação de todo este processo, uma vez que, fazia-nos transparecer a ideia de que a perícia, não só era visível pela equipa de trabalho no contexto onde o enfermeiro se insere, como também, era reconhecida pela instituição. De igual forma, este processo inicial também se mostrou facilitador para a investigadora, dado não trabalhar na instituição e não ter conhecimento prévio da realidade do contexto, nem sequer dos profissionais.

A partir daqui, todas as outras entrevistas decorreram tendo como pressuposto, a referência do enfermeiro perito antecessor. O contato dos peritos a entrevistar posteriormente foi efetuada após o contato do primeiro entrevistado e a respetiva autorização de cada um para a sua integração no estudo.

O facto de sermos enfermeiros, pela nossa experiência e formação profissional, foi facilitador não só na utilização de uma linguagem e terminologia comum ao entrevistado, como numa grande proximidade e entendimento do que estava a ser partilhado.

Foi explicado aos participantes, as implicações e a responsabilidade decorrentes de aceitar colaborar no estudo. Neste sentido, foram assegurados princípios éticos, como a garantia do anonimato e da confidencialidade, assim como, a garantia de utilização das informações exclusivamente para uso no contexto da investigação, solicitando o preenchimento do consentimento informado (ver apêndice nº1); depois de discutidas as questões da privacidade e questões éticas implícitas, foi sugerido nomes fictícios e autorização para a gravação da entrevista. Foi ainda assegurado que o processo de transcrição da entrevista seria efetuado pela investigadora, pelo que não haveria acesso por outras pessoas aos dados.

Após a realização de cada entrevista, procedemos à sua transcrição e análise global, de forma a permitir proceder a reajustes do guião, caso fosse necessário.

4.5 – ANÁLISE DOS DADOS

A análise de conteúdo é a estratégia mais adequada de análise de dados qualitativos, abrangendo um conjunto de técnicas com o objetivo último de descobrir sentidos nos discursos dos participantes (Campos e Turato, 2009).

Assim, permite agrupar o conteúdo manifesto nos discursos, num conjunto de categorias de significação, com o fim de objetivar significados (Amado, 2000).

Para a análise, segue-se um conjunto de passos que conferem rigor e profundidade ao processo, na tentativa de dar resposta aos objetivos do estudo (Amado, 2000).

Segundo Bardin (2011), a análise de conteúdo decorre ao longo de três fases: a pré-análise, a exploração do material, e por último, o tratamento de dados, a inferência e a interpretação.

Na fase de pré-análise, pretende-se a organização dos dados a analisar (Bardin, 2011), começando-se por efetuar uma leitura flutuante do “corpus” de análise, para se estabelecer um primeiro contacto com as informações (Bardin, 2011; Campos e Turato, 2009), no sentido de serem percecionados antecipadamente padrões e tendências, e desta forma, direcionar a pesquisa, sempre que necessário (Polit, Beck e Hungler, 2004). Assim, é identificar temas emergentes nos discursos dos participantes com especial relevância para os objetivos do estudo, o que permite fazer um esboço das áreas temáticas (Amado, 2000).

Posteriormente procedeu-se à exploração do material, fase em que ocorre a categorização e codificação da informação obtida, e tem como objetivo, facultar uma representação simplificada dos dados.

A última fase do processo de análise proposta por Bardin (2011), é o tratamento de resultados, que visa tornar significativos os dados resultantes do processo de tratamento, dotando-os da capacidade de serem válidos e significativos. Nesta fase, o investigador pode deduzir inferências e apresentar propostas de interpretação dos dados, tendo como marcos, os referenciais teóricos que conferiram suporte ao estudo (Coutinho, 2011).

No que respeita ao estudo, realizamos inicialmente um pré teste, para percebermos se as questões iam ao encontro dos objetivos, e se a formulação das mesmas eram compreendidas pelo entrevistado. As entrevistas realizadas foram transcritas na íntegra pela investigadora.

Uma vez transcritas, foi efetuada uma leitura flutuante do material recolhido, o que permitiu apreender e organizar, os aspetos mais relevantes do discurso dos participantes. Posteriormente, seguiu-se um período extenso de leituras mais meticolosas que

permitiram a exclusão de dados com menor relevância, bem como os elementos que, de alguma forma, pudessem identificar o participante, tendo sido constituído o corpus da análise.

Concluída a seleção das unidades de análise, procedeu-se à definição de domínios, identificação de categorias e subcategorias, e à classificação e codificação das mensagens dos participantes, em unidades de contexto e de registo.

No decurso deste exercício, estiveram presentes as características a que deve obedecer uma categoria: a exclusividade, a exaustividade, a homogeneidade, a pertinência, a objetividade e a produtividade (Bardin, 2011).

Este processo envolveu a desconstrução e reorganização de categorias, tendo em conta o reagrupamento das unidades de registo, de acordo com indicadores de significado, que no final, se revelaram satisfatórios e válidos, tendo em consideração os critérios que presidiram à análise (ver apêndice nº 3).

Para facilitar a compreensão, procedeu-se à transcrição dos excertos dos discursos e utilizou-se alguns códigos ou símbolos semânticos, nomeadamente:

- ... pausa do discurso ou hesitação;
- (...) – excertos da transcrição original que não foram relevantes para a análise e palavras que descrevessem linguagem corporal das participantes;
- [...] – termos que constassem nas unidades de registo, que de alguma forma pudessem identificar as participantes e palavras de ligação com as unidades de registo.

4.6 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Conforme Fortin (2009) a qualquer investigação estão subjacentes questões morais e éticas, pelo que, um estudo de investigação implica a responsabilidade pessoal e profissional de assegurar a solidez do mesmo.

As preocupações éticas que emergem da investigação, relacionam-se sobretudo com a proteção dos direitos dos participantes, e com o reconhecimento explícito da dignidade como valor central da pessoa (Polit, Beck e Hungler, 2004; Fortin, 2009).

Como direitos fundamentais dos sujeitos, Fortin (2009) reconhece os seguintes: o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, o respeito pelos grupos vulneráveis, o respeito pela vida privada e pela confidencialidade, o respeito pela justiça e pela equidade, o equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes, a redução dos inconvenientes e a otimização das vantagens.

Este estudo considerou os princípios éticos enumerados e procurou salvaguardar todos os direitos das pessoas envolvidas em todas as fases do processo de investigação. Neste sentido, foi solicitada a autorização para a colheita de dados na UCIP da instituição hospitalar, tendo obtido parecer favorável, no final do mês de Março, (anexos nº A e B) sendo que só após este, é que se iniciou o processo de colheita de dados. Quanto aos participantes, foram informados dos objetivos e após devidamente esclarecidos acederam à participação no estudo.

CAPITULO V – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente capítulo é relativo à apresentação e discussão dos resultados, iniciando-se por uma breve caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes, seguida da apresentação, análise e discussão dos dados, resultantes das 6 entrevistas realizadas, apresentando as áreas temáticas, categorias, subcategorias e os enunciados mais significativos que emergiram da análise de conteúdo efetuada, tendo em consideração os objetivos e as questões de investigação.

Relativamente à caracterização dos nossos participantes: têm idades compreendidas entre os 42 a 50 anos, cujo tempo de exercício profissional situa-se entre os 20 e os 29 anos, apresentando cada um deles uma vasta experiência na abordagem da pessoa em situação crítica, em contexto de cuidados intensivos, cuja média encontra-se entre os 16 e os 25 anos. Relativamente às suas habilitações académicas/qualificações profissionais, 2 dos enfermeiros possuem para além do seu curso de Licenciatura, a especialidade em enfermagem de reabilitação e 1 enfermeiro possui uma pós graduação em Bioética. Todos eles possuem uma vasta formação ligada à área dos cuidados intensivos, promovida internamente pela instituição/serviço, como procurando externamente, participando em diversas formações ligadas à área.

Alguns enfermeiros peritos participantes do estudo iniciaram a sua carreira numa UCI, enquanto a maioria tiveram experiências variadas do cuidar em diferentes domínios de intervenção de enfermagem.

São enfermeiros cuja formação inicial, já decorreu há mais de vinte anos e, no seu percurso procuraram adquirir novos saberes dentro da área de cuidados. À época, a formação inicial destes enfermeiros, não contemplava a abordagem à pessoa em situação crítica com profundidade, nem tão pouco, se colocava a hipótese ao aluno para realizar estágio numa área tão específica de cuidados. Tivemos a possibilidade de percorrer a história de vida de cada um, sobre a forma como se construíram e como se identificam peritos onde para além de longas carreiras profissionais coexiste o investimento na formação ao longo da vida e o gosto pela área da prestação de cuidados onde exercem funções.

De modo a facilitar a estruturação deste trabalho, apresentamos no quadro que se segue, as quatro áreas temáticas identificadas com as respetivas categorias e subcategorias, que emergiram dos discursos dos peritos.

Quadro nº 1 - Matriz de análise

| ÁREAS TEMÁTICAS | CATEGORIAS | SUBCATEGORIAS |
|--|---|--|
| Alicerces na construção da identidade profissional do enfermeiro | Características pessoais | Aprender |
| | | Espírito desafiador |
| | | Maturidade emocional |
| | | Calma |
| | | Motivação pela área |
| | | Capacidade de Liderança |
| | | Agilidade |
| | | Organização/Método |
| | | Facilidade de relacionamento interpessoal |
| | | Sentido de Humor |
| | Características do contexto | Ambiente tecnológico |
| | | Estratégias de Liderança |
| | | Processo de integração |
| | | Modo de organização das equipas |
| | | Modo de organização dos cuidados |
| | | Políticas institucionais de qualidade |
| | | Ambiente de trabalho favorável |
| | | Mentores/modelos de prática clínica |
| | | Dotações seguras |
| Recursos físicos e materiais | | |
| Características profissionais | Acumular experiências no cuidar da pessoa em situação crítica | |
| | Conceção de cuidados mediada pela tecnologia | |
| | Especificidade dos cuidados | |
| | Prática Avançada em Enfermagem | |
| | Processo de mobilidade interna | |
| Processo de maturidade pessoal e profissional | Ser experiente/autónomo | Confiança em si/Segurança nos cuidados |
| | | Conhecimento pessoal |
| | | Conhecimento experiencial |
| | | Conhecimento científico |
| | Perícia como processo dinâmico e contínuo | |
| Domínios do enfermeiro perito | Capacidade de resolução de problemas | Adaptação a cenários complexos |
| | | Gestão da mudança |
| | | Capacidade em lidar com contextos emergentes, de gravidade e instabilidade constante |
| | | Discernimento na prioridade do cuidado e rapidez de ação |
| | | Capacidade de antecipação |
| | Atenção total | |
| | Consultor | Coordenação da equipa |
| | | Liderança |
| | | Modelos de cuidados |
| | | Supervisão clínica de pares |
| | | Ter/procurar oportunidades/ assumir novos papéis |
| | Envolvimento | Presença |
| | | Capacidades de comunicação |
| | Julgamento clínico intuitivo | |
| | Prática Baseada na Evidência | |
| | Prática profissional reflexiva | Sistemas de informação |
| Postura e responsabilidade ética | | |
| Reflexão na/sobre a ação | | |
| Trabalho em equipa | Colaboração interprofissional | |
| | Colaboração intraprofissional | |
| Reconhecimento da perícia | Autoreconhecimento | |
| | Reconhecimento da perícia pela equipa/instituição | |
| | | |
| | Reconhecimento social | |

Uma das áreas temáticas identificadas foi: **Alicerces na construção da identidade profissional do enfermeiro.** Esta área temática emergiu, quando os enfermeiros relatavam que o caminho construído desde a sua admissão na UCI até ao alcance da sua perícia no cuidar da pessoa em situação crítica/família, foi cimentado por uma multiplicidade de fatores impulsionadores do seu crescimento e desenvolvimento, permitindo desta forma a construção da sua identidade profissional.

Assim, desta área temática resultaram as seguintes categorias: **Características pessoais; Características do contexto e Características profissionais.**

As **características pessoais** foram marcadamente referidas por todos os participantes como um fator importante para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, encarando-o como o “motor de arranque” para a evolução enquanto pessoas e enquanto profissionais. Percecionamos estes atributos pessoais como sendo as suas imagens de marca, conferindo-lhes um estilo ou modo de trabalhar dentro da profissão, representativo da sua identidade profissional. Destacam a disposição e a vontade de querer investir, de gostar do que se faz, da postura perante si próprio, os outros e a profissão, como aspetos facilitadores do desenvolvimento da perícia.

Tal como nos fala um enfermeiro perito:

(E2) (...) para sermos bons enfermeiros depende sem dúvida muito da pessoa, do querer investir, do feitio da pessoa (...) se gosta do que faz, se vai para lá só para ganhar o dinheiro, ou seja, depende de muita coisa!

No retrato que fazem de todo o percurso profissional, revelam-nos os aspetos pessoais que foram determinantes para o alcance da sua perícia e que continuam ainda hoje, a serem essenciais para manter elevados níveis de perícia no cuidado à pessoa em situação crítica.

O aprender foi uma das características presentes nos discursos. Atualmente, exige-se aos profissionais de saúde em geral e aos enfermeiros em particular, uma prática de cuidados baseada na qualidade e na excelência. Assim, em contextos complexos, com doentes com grandes necessidades de cuidados, os novos enfermeiros, para além dos conhecimentos e competências já adquiridos, devem ser detentores de interesse pela aprendizagem contínua, assumindo-se como agentes de mudança da enfermagem enquanto profissão e enquanto ciência (Abreu, 2007).

A Ordem dos Enfermeiros (2004) corrobora esta conceção defendendo que, ao enfermeiro é atribuída a responsabilidade pela sua aprendizagem contínua e pela manutenção e aperfeiçoamento das suas competências. Acrescenta que, o reconhecimento das necessidades de formação, a revisão sistemática das práticas de

cuidados e a colaboração no processo de tutoria e de supervisão clínica são aspetos essenciais no desempenho do enfermeiro.

De fato, a humildade de reconhecerem que nunca sabem tudo impulsiona-os para uma procura dos saberes sistemática e contínua. Essa disposição e disponibilidade para a aprendizagem contínua conduziu-os à não acomodação, e a terem iniciativa na procura sistemática do conhecimento. Referem que a vontade pelo saber nunca se desmoronou ao longo dos anos de prática clínica, e consideraram-na fundamental para a aquisição e aprimoramento de competências no cuidado à pessoa em situação crítica. Mantêm a perspectiva que a “chama” que alimenta o conhecimento permanecerá acesa até ao fim da sua atividade como enfermeiros. É de salientar que, quando foram convidados a integrar a equipa da UCI, não existiam na altura, referenciais de cuidados que os auxiliassem nas suas tomadas de decisões. Este crescimento profissional foi paulatinamente conseguido no dia-a-dia, à medida que iam adquirindo experiências no cuidado à pessoa em situação crítica. Aliás, poder-se-á afirmar que o crescimento se deu também de uma forma coletiva, pois todos os peritos que fazem parte deste estudo foram os que inauguraram a UCI. Desta forma, a necessidade premente de conhecimentos específicos na área, aliada à responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, despertava um sentimento de exigência e de um investimento muito maior em cada um deles, tal como se apresenta no discurso de alguns enfermeiros peritos:

(E3) Acho que essencialmente é sabermos aquilo que queremos e é isso que depois nos conduz, independentemente se vamos ter as condições adequadas ou não. Eu posso dizer que cresci de uma forma...não vou dizer ...facilitada, porque não, ninguém nos dá nada! Tudo o que foi a minha formação académica tive que investir nela e com grandes sacrifícios, até familiares. Tenho vontade de aprender muito mais! (...) Ter mesmo mente aberta e, pensar: eu vou aprender tudo de novo! Porque, se vêm com uma atitude: Ai, eu faço assim, então porque fazer de outra forma!? (...) As pessoas podem ter uma mentalidade, e depois chegam cá, e revelam-se de uma outra forma. Eu acho que é isso mesmo – a pessoa tem que aprender a construir-se aqui dentro! (...) Eu considero-me uma pessoa muito fácil às mudanças, se perceber que esse é o rumo que devemos tomar. Adapto-me muito bem, não me causa constrangimento ter que mudar a minha forma de atuação.

O processo de aprender e da procura da aprendizagem está relacionado com a formação ao longo da vida. Esta é encarada pelos peritos, como uma construção natural, inerente aos processos da vida, assente na reflexão sobre si mesmo e nas respostas ao que o

rodeia, interligada com a procura de respostas a necessidades formativas relacionadas com o cuidado à pessoa em situação crítica.

Rocha (2014) considera que os enfermeiros investem na aprendizagem ao longo da vida, que pressupõe a aquisição contínua de competências, crucial no seu desenvolvimento profissional.

Contudo, frequentemente decorre quase exclusivamente do esforço dos enfermeiros sendo pouco participado e incentivado pelas instituições, tal como é retratado por um dos peritos:

(E5) Em termos pessoais, eu gostava que o serviço/instituição que me desse mais horas de serviço para a minha formação. (...) Fui com as minhas próprias horas: foi um bocadinho de “ginástica”! Acho que há formações fundamentais, e acho que, o serviço se deveria preocupar: os programas na sua maioria são anuais. A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos tem um congresso europeu nesta área, outros abordam a área da nutrição entérica e parentérica, que é anual, e é o Hospital de Santo Estevão que organiza, ...há vários eventos que são certos! A direção do serviço deveria fazer uma certa programação, e dizer assim: vamos proporcionar a ida de 10 enfermeiros a este evento, outros 10 enfermeiros a outro, e assim sucessivamente! E depois, cruzamos informação e partilhamos coisas

De referir que, a Ordem dos Enfermeiros (2003) preconiza que o profissional leve a efeito uma revisão regular das suas práticas; assuma responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências; atue no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua; contribua para a formação e desenvolvimento profissional de estudantes e colegas; atue como um mentor/tutor eficaz e aproveite as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.

Aprender congrega o interesse e investimento do enfermeiro com a responsabilidade que este assume para dar respostas de qualidade às necessidades de cuidados à pessoa em situação crítica.

Relacionado com o investimento na aprendizagem está o espírito desafiador. Este foi relatado por alguns dos participantes, quando se referem à necessidade que sentiram em se desafiarem sobre as suas capacidades para integrarem aprendizagens num domínio de maior complexidade. Esta ambição de se envolverem em novos projetos profissionais, culminou para grande parte deles, num convite da Direção de Enfermagem para trabalharem na UCI. Este espírito desafiador advém da vontade determinada de cada um, em se sentir preparado para desenvolver uma Enfermagem Avançada. Dos enfermeiros entrevistados, 4 vieram de outros serviços e dois, começaram a sua carreira profissional,

na UCIP. Estes 4 enfermeiros já contavam com uma experiência profissional prévia de vários anos, em setores de internamento, tais como: Medicina, Pediatria, Consulta externa, entre outros. Daí, afirmarem que a UCIP surgiu-lhes como um desafio e como uma oportunidade de prestarem cuidados de prática avançada que nenhum outro serviço lhes poderia oferecer, tal como é possível constatar do relato de E(3) quando refere:

[...] eu queria algo mais, queria intervir, queria estar apta e sentir-me apta a intervir em qualquer situação de maior ou menor perigosidade para o doente. Por isso, é que me levou a vir para aqui, para os cuidados intensivos! Sentir-me que era capaz, depois aprender e ultrapassar e agir em qualquer situação. Isso, para mim foi, em termos pessoais o que me incitou a vir para os cuidados intensivos, porque eu queria saber muito mais, não queria estar confinada a uma Medicina: a posicionar os doentes; a administrar; a entubar; a algaliar...Eu queria mesmo era estar apta, porque tínhamos situações de emergência lá em cima, e que eu me sentia impotente, porque eu não estava preparada para pensar no que era preciso a seguir! E eu queria ter essa segurança, saber o que vem a seguir, o que eles me vão pedir, o que é que eu tenho que fazer a seguir!

Manter o espírito de desafio no cuidado à pessoa em situação crítica, em que os sucessos e/ou fracassos são sempre encarados como oportunidades de aprendizagem é referido por E (1),

(...) Eu até gosto do doente grave. Dá muito trabalho mas é um desafio maior do que preparar um doente que está bem para ir embora....eu até gosto de ensinar, mas é mais um desafio no doente que está instável (...).

Os cuidados mais complexos e os doentes com maior exigência são para alguns considerado um desafio.

(E2) Era verdade que nós ficávamos com os doentes mais difíceis que era para aprender, mas há gente que hoje, considera isso uma ofensa. A mim, nunca me chateei por ficar com um doente mais difícil!

Os enfermeiros peritos que após a formação inicial iniciaram a sua carreira na UCIP sentiram-se, numa fase inicial, “desorientados” pelo destino lhes ter “pregado uma partida”, pois não possuíam experiência profissional. Esta circunstância gerou sentimentos de medo, ansiedade, receio de não conseguir prestar cuidados à pessoa em situação crítica. Hoje, apesar dos contratemplos iniciais, gostam do cuidado à pessoa em

situação crítica, e contam já com uma longa carreira profissional, conforme E(5) quando refere:

(...) para mim era uma novidade...eu nem sequer sabia o que era uma unidade de cuidados intensivos! E então, pensei: algo novo para mim...porque não? Se as outras áreas não me cativam, quem sabe esta me cativa!? E então, juntei-me ao grupo literalmente!.

Relativamente a controvérsia face a admissão de recém-formados nas equipas da UCIP, emergiram opiniões distintas, entre os participantes. Há enfermeiros que alegam que o rigor e a qualidade dos cuidados, poderão ser comprometidos quando os enfermeiros não trazem adquiridas as competências genéricas de base, e também porque consideram que existe diversidade de planos de estudos, sendo que em alguns, a ausência de abordagem teórica ao cuidado à pessoa em situação crítica é perceptível. Sem dúvida que, o excerto desta informação é revelador da dificuldade no cuidado à pessoa em situação crítica, quando um dos peritos se encontrava no início da sua carreira.

(E2) (...) vou eu, saída da escola e quando entrei, tudo me meteu medo! A minha sorte é que uma colega que tinha acabado o curso comigo tinha ido para lá 2 meses antes. Foi, sem dúvida, o meu apoio!

O mesmo perito, fruto da sua vivência anterior tem hoje, a consciência que as equipas têm que ter equilíbrio na sua constituição, relativamente a colegas séniores e mais jovens, de forma a garantir a prática de cuidados seguros.

(E2) Eu acho que a constituição das equipas tem que ter gente com mais idade e gente nova. Nós temos que ensinar os outros e os outros ensinar-nos a nós. Se for só gente nova, aquilo não correrá bem!

Um perito considera que não é pelo fato de um colega ser inexperiente que não pode ser integrado numa UCI, mas sim, o tempo que irá necessitar de integração é que tem que ser efetivamente mais ajustado, prolongado.

(E6) Eu acho que toda a gente pode vir trabalhar para uma UCI. Decerto, o serviço tem sim que lhe dar mais o fator tempo, para essa pessoa ganhar as competências e desenvolvê-las. Nós temos que perceber que são seres humanos, e não uma coisa de “encher chouriças”. Eu não concordo atualmente com as novas políticas da saúde. Como lhe disse, eu fiz uma integração de meio ano e agora, é só de um mês, e certamente, no

futuro ainda será menos! Não há justificção para o enfermeiro não poder vir trabalhar para cá!

Parece então que a capacidade de enfrentar os desafios é um fator de ordem pessoal para a confrontação com a exigência dos cuidados à pessoa em situação crítica.

Segundo Sholes (2006) os cuidados de enfermagem na abordagem à pessoa em situação crítica em cuidados intensivos, exigem envolvimento na interação com os doentes /famílias e colegas de trabalho, pelo que é necessário maturidade emocional.

Estes enfermeiros, pelo fato de estarem em constante convivência com a dor, a morte, o sofrimento, a tristeza e situações de stress, têm que saber gerir estes sentimentos, implementando estratégias resilientes, no sentido de responder positivamente aos insucessos presentes no cuidado à pessoa em situação crítica. A maturidade emocional é perceptível no discurso dos participantes. A reflexão sobre o percurso de vida, e a busca pela compreensão sobre a sua função e o modo de a exercer, encontram as respostas que sustentam a resiliência necessária a cada novo dia. Tal como pudemos perceber pelo discurso de E(2) quando refere:

(...) Vivencio o problema dos doentes, mas graças a Deus, só lá, pois venho-me embora e não penso neles. Quando lá estou, ESTOU, mas depois de sair do hospital, nunca pergunto nada sobre o doente, como ele está ou não. Simplesmente não quero saber! É uma estratégia pessoal para lidar com tudo isto, porque vemos tanta desgraça, que não nos podemos envolver demasiado. (...) Se assim não for, a gente dá em tola, claro! (...) Embora a experiência e o passar dos anos ajudem, mas eu sinto na mesma e sinto muito mais quando entra uma pessoa nova.

Entende-se que com os anos, os enfermeiros vão gerando mecanismos que salvaguardem a sua saúde mental e o bem-estar.

Outra das características pessoais é a calma, que alguns autores apontam como um aspeto importante no cuidado à pessoa em situação crítica. Vargas e Braga (2007) referem-nos que o enfermeiro deve ser uma pessoa tranquila, ágil, de raciocínio rápido, de forma a adaptar-se, de imediato, a cada nova situação, o que exige conhecimento científico e competência clínica (experiência).

A calma está bem patente no discurso de alguns participantes, por perceberem que no meio da imprevisibilidade, a precipitação dos seus atos, pela sua ansiedade ou falta de auto controlo, podem levar a efeitos indesejáveis. Também sobressai a ideia de que, a calma do enfermeiro é sustentada pelo sentimento de confiança nos que fazem equipa com eles, em cada turno, tal como nos refere E(2),

Eu sou uma pessoa calma, claro que às vezes perante algumas situações mais complexas, fico mais stressada, mas no geral, sou calma. (...) Já me disseram na brincadeira que só me viram uma vez nervosa e, foi com a parte médica, apenas uma vez por aquilo que me disseram. (...) As pessoas agitadas acabam por não raciocinar devidamente: umas dizem umas coisas, outras dizem outras, por isso, é que digo que num ambiente mais calmo, as coisas acabam por correr muito melhor!

A incerteza que subsiste durante todo o turno, ligada à instabilidade da pessoa em estado crítico e à eventual admissão de novo doente, “põe à prova” não só o autocontrolo e autoconfiança do enfermeiro, como também, a confiança nos outros elementos do grupo de trabalho. A sua existência parece-nos indispensável, porque tranquiliza de algum modo, oferece segurança e deixa “ancorar” alguma certeza de que todos juntos “farão o melhor”, tal como nos relatam estes enfermeiros.

A calma também se desenvolve com os processos de aprendizagem e com o tempo, tal como é expresso por E(5),

(...) Aprendi a respirar fundo porque sou muito compulsiva! E tive aquela fase de: ao mais pequeno alarme, saltava da cadeira! (...) De momento, não! (...) É preciso ter calma, porque há enfermeiros que gostam de ação e reagem compulsivamente. Primeiro, ser uma pessoa calma que consiga pensar no meio da confusão (...) Essencialmente, auto controlo, no sentido de não se precipitar pela excitação do momento (...) Só a partir deste autocontrolo é que vai pensar, discernir, raciocinar...pensar passo por passo, sem correr, porque muitas vezes, não se salva um doente, só porque corremos de um lado para o outro. Tem que ter calma!

A motivação pela área é das características pessoais, que surge como característica intrínseca ao enfermeiro, desde que faz a escolha desta área de cuidados para trabalhar, como E(5),

Desde o início da minha carreira que fui eu que escolhi trabalhar numa UCI. Foi há 25 anos! (...) Gostei desde o início e, sinceramente não me vejo a gostar doutra área. Não vou dizer que não gosto, que não me adapto, porque nunca experimentei! (...) O maior fator facilitador foi: o gostar da área, gostei do doente!

Noutros casos, não havendo uma forte motivação inicial, esta foi evoluindo ao longo do tempo,

A motivação foi gradual, crescente ao longo do tempo. (...) tive o pedido de transferência há cerca de 10 anos atrás, vieram-me perguntar se eu ainda estaria interessado em sair. E eu disse que não, que me queria manter na UCI! (E6).

Há enfermeiros que referem as características do cuidado à pessoa em situação crítica, o motor da motivação,

(...) fui gostando, ou seja, sempre gostei destas especificidades do cuidado ao doente crítico! Já estive para sair de lá mas não quis, pois gosto muito de lá estar. (...) tem que gostar do que faz! (...) quando lá estou, estou de corpo e alma, a cem por cento!(E2)

A motivação ligada ao acreditar, sentir-se capaz, habilitado para aprender, também são aspetos que ressaltam dos discursos destes peritos.

(E5) (...) identifiquei-me com o tipo de intervenção de enfermagem, porque achei que não era aquela enfermagem rotineira que a gente estava habituada a ver (...) e isso facilitou o gostar e o evoluir.

A exigência do cuidado à pessoa em situação crítica aliada à competência do profissional, exigente consigo é um motivo para a opção por esta área de cuidados e para a continuidade. O prazer de cuidar e o desenvolvimento da perícia são uma motivação constante.

A capacidade de liderança, entendida como, a capacidade de orientar os outros para determinada direção, fazendo com que os outros adotem determinados comportamentos e posições, de forma a alcançar os objetivos pretendidos (Santos, 2014), é uma característica que estes enfermeiros valorizam. No mundo do trabalho, as pessoas interagem de modo dinâmico, necessitando constantemente de orientação, correção, de aplauso e reconhecimento, que se pode constituir como oportunidade para o desenvolvimento profissional, como também, da liderança.

O perfil de líder ainda que possa ser apreendido, aparece nos discursos como algo inato, gerador de iniciativa, criatividade, empenho, exigência, vontade de participar. Na opinião dos participantes, a vontade de ser e de querer fazer, foi muito significativo para alcançar a perícia, tal como E (5) nos relata,

Na altura, houve grupos de trabalho para criar diretrizes de atuação. Nós fomos elaborando isso por escrito: aspiração de secreções, colheita de espécimes...tudo, tudo, tudo! Fizemos um dossier para termos uma orientação na prestação dos cuidados e

tivemos o primeiro doente, dia 22 de Novembro de 1992. Oficialmente, a unidade abriu nesse dia!

A agilidade, de que nos falam os peritos tem a ver não só com a destreza na execução de técnicas adquiridas pelo acumular de experiências, como também, com a rapidez no raciocínio que permite eficácia nas intervenções. Faz-nos depreender que a personalidade calma destes peritos tem que ser bem doseada, estando despertos para “apertar o gatilho” a qualquer momento.

(E3) É impossível ficarmos calmas, nós temos que ter sempre um pico de adrenalina, ali. Mas é assim que nós trabalhamos, sempre com a adrenalina em cima. A adrenalina também nos ajuda a isso mesmo, ou seja, a agir muito mais rapidamente.

A organização/método introduz-se numa lógica de competência, em função da resposta face às necessidades das pessoas, com os cuidados necessários e aos recursos disponíveis. Os enfermeiros peritos encaram os cuidados à pessoa em situação crítica como algo que requer avaliação sistemática, minuciosa e profunda, o que requer disponibilidade de tempo, e disponibilidade mental, para sequenciar as intervenções inerentes ao cuidado integral do doente. É possível perceber pelos relatos dos enfermeiros peritos que, o serem organizados e com método de trabalho é facilitador para o cuidado à pessoa em situação crítica. A este propósito E (2) refere,

Ser organizado, ser metódico (...) [ainda que haja] gente que não é assim e, também faz, esforça-se e fica bem! Um doente que entre na UCI, tem que ter tudo direito: os fios...eu não gosto de confusão! (...) As pessoas já me conhecem, eu gosto de ter o meu doente na perfeição! Não gosto dos doentes que estejam, por exemplo, sujos ou com barbas grandes, eu não gosto que estejam com mau aspeto, pelo menos no que toca à parte de enfermagem.

A exigência consigo e com os outros é outra das características destes profissionais, na busca da perfeição e da excelência do cuidar.

(E3) Sou exigente, mas comigo, também o sou. Porque eu tenho sempre a preocupação de deixar o meu doente estável, com tudo organizado. A unidade do doente organizada porque eu detesto confusão! Sou perfeccionista... não sei, mas sou exigente comigo e gosto que os outros o sejam. Ou seja, coisa do género: deixa as coisas, tal como eu te deixei! Porque não gosto de confusão!

A qualidade do cuidado depende da competência técnica, mas sendo a Enfermagem uma profissão de relação, também depende da capacidade de interação e comunicação que deve ser um processo participativo e de encontro do “outro” como sujeito que interage no seu contexto (Brás e Ferreira, 2016).

É neste sentido que emerge a categoria facilidade de relacionamento interpessoal, cujos excertos retratam a facilidade com que estes peritos estabelecem relação com os demais, apontando este fator como importante para o trabalho de equipa intra e interprofissional, bem como, na obtenção de resultados positivos com os doentes e famílias, estabelecendo laços de confiança. Para alguns enfermeiros a relação com a família e equipa são muito relevantes:

(...) conheço melhor as famílias do que alguns colegas meus. Digo isto porque às vezes estamos sentadas naquela parte a que lhe chamam: “o aquário” e, eles às vezes entram e cumprimentam-me sempre a sorrir. Falam comigo e perguntam-me: então, Sra^a enfermeira está tudo? está outra vez cá? Então você nunca sai daqui? Eles reconhecem isso e dão-me ideias que gostam de mim (...) Também este enfermeiro tem que se dar muito bem com a equipa, pois acho que temos que colaborar uns com os outros. (...) Não gosto de gente que vá para lá mal-humorada. Gosto muito de comunicar, de um bom “parla pie” com toda a gente, desde médicos, colegas, doentes, famílias, enfim, com toda a gente! (E2)

Outros, percebendo a situação de vulnerabilidade do doente, procuram estabelecer relações que “amortiçam” o impacto dum serviço fechado e assustador.

(E6) Quando o doente está consciente, começo logo por “quebrar o gelo”. Sou das pessoas que mais brinco com eles. Às vezes, os doentes são 5 horas da manhã, e não conseguem dormir, e eu vou para a beira deles, e converso com eles, de qualquer assunto. (...) Muitos doentes vivem sozinhos e vão parar para uma UCI e olham para o “teto”!

Na relação com os outros e para confrontação com acontecimentos adversos no cuidar da pessoa em situação crítica, o sentido de humor é uma das características referidas pelos enfermeiros.

É neste sentido que, Tainam, Tanre e Reime (2012) referem que o humor é uma forma terapêutica para cuidar do doente. Pode ajudar a diminuir o *stress* e prevenir o Burnout, pode ajudar o enfermeiro a sentir-se mais confiante na forma de comunicar com o doente, pois facilita a proximidade, e pode auxiliar na avaliação do doente. Também para a equipa de saúde, promove um bom ambiente de trabalho. Para os doentes/famílias,

pode facilitar a expressão de sentimentos, aumentar a capacidade de lidar com situações stressantes, e quando o doente sente que a equipa de saúde está mais próxima, pode-se tornar mais participativo. O relato de E (2) traduz a importância do humor perante os doentes e suas famílias.

(...) ser uma pessoa bem-disposta, ter humor, pois nós passamos por coisas tão más, vê-se tanta desgraça, tanta desgraça que se o enfermeiro for mal disposto já é mau, muito mau! Nós temos que dar sempre o nosso melhor, pois os doentes já estão lá a sofrer tanto, bem como, as suas famílias. Nós, não podemos ser mal-humorados com a família.

Uma segunda categoria que emergiu foi as **características do contexto**, que se referem a aspectos externos do enfermeiro, estando sobretudo relacionado com políticas, recursos e organização do trabalho.

Aiken [et al] (2004) consideram que os modelos de organização que valorizam e garantem maior autonomia da enfermagem, e que encorajam melhores relações entre enfermeiros e médicos, possuem melhores resultados alcançados pelos doentes, incluindo melhor satisfação, menos complicações e menor mortalidade. A evidência mostra que existe associação entre os melhores rácios de enfermagem e uma menor taxa de mortalidade. (Aiken, Smith, e Lake, 1994; Al-Hader e Wan, 1991; Hartz et al., 1989; Van Servellen e Schultz, 1999; Shortell e Hughes, 1998).

Procuramos perceber através dos discursos dos participantes, de que modo o contexto clínico influenciou o desenvolvimento profissional, e conseqüentemente, foi promotor do bom desempenho.

A situação crítica da pessoa exige recursos diferenciados, sendo evidente um ambiente altamente tecnológico.

Para Júnior e Oliveira (2016) o cuidado de enfermagem em cuidados intensivos, constitui-se parte de um trabalho destinado ao tratamento de doentes graves, que necessitam de cuidados complexos e monitorização contínua. Esse trabalho, que cada vez mais recorre à tecnologia permite aos profissionais maior controle das situações de risco, rapidez na tomada de decisões e agilidade no desempenho de ações mais efetivas em situações críticas.

Isto requer preparação técnica dos profissionais que manuseiam os equipamentos.

Dois dos enfermeiros peritos que lidam estes equipamentos referem que é preciso gostar de cuidar de doentes, que pela sua complexidade, necessitam de estarem ligados às máquinas, e que frequentemente dificultam o estabelecimento de uma comunicação efetiva. Quem trabalha numa UCI deve ser capaz de lidar de uma forma natural com a tecnologia fazendo dela sua “parceira” na conceção dos cuidados, encarando-a como uma ferramenta auxiliadora na tomada de decisão do enfermeiro. Para E1,

*(...) é preciso gostar de trabalhar com um doente que na maior parte das vezes não fala!
(...) É preciso gostar também da parte técnica. Há uma componente técnica muito grande em termos de equipamentos...!*

Para E6, a tecnologia auxilia no cuidado à pessoa em situação crítica e é sinónimo de segurança.

(...) a tecnologia, os protocolos/normas nunca foram “um bicho-de-sete-cabeças”. Entrar no serviço e começar a trabalhar em máquinas, não me causou grande “aflição”. (...) Por ser um ambiente controlado é tudo muito mais previsível. Se calhar, trabalhar noutra serviço é que é imprevisível! (...) Aqui, só se não ligares aos sinais, é que as coisas te ocorrem!

O trabalho e o desenvolvimento da perícia no cuidar da pessoa em situação crítica, faz-se através de processos de auto formação, de formação académica, mas também da co-formação através da aprendizagem em grupo.

“Aprender juntos para trabalhar juntos por uma saúde melhor” abre o documento “Marco para a ação na educação interprofissional e práticas colaborativas” da OMS (2010).

Trata-se de um processo promotor do desenvolvimento dos profissionais, das profissões e das disciplinas, com impactos positivos nos doentes e famílias.

Os enfermeiros entrevistados referem a necessidade de uma atualização constante das suas práticas, de modo a se sentirem preparados para darem as melhores respostas. Inserem-se em equipas multidisciplinares e encaram que todos os elementos da sua equipa multidisciplinar são importantes para atingirem objetivos comuns: a recuperação da saúde da pessoa em situação crítica. Daí que, o envolvimento na aprendizagem/formação contínua não se perspectiva unicamente para um grupo profissional, mas para a equipa, em que cada um contribui dentro da área do seu saber. É desta forma partilhada que E2, se refere ao processo de formação.

Assumo o papel de formadora mas a nível da formação por temas! Todos os anos, a gente tinha um plano de formação e havia uma enfermeira que pertencia a um grupo, juntávamos com a equipa médica e fazíamos a formação.

Para além da formação mais estruturada, E3 refere-se às passagens de turno,

Fazemos a passagem de turno com a técnica “SBAR”, os “briefings” médicos, pois eles também assistem à nossa passagem de turno, o plano do doente e o nosso plano de enfermagem, que é a renovação ou a revalidação dos diagnósticos depois da nossa avaliação, junto do doente.

A formação no seio da equipa não se reduz à dimensão técnica, pois E4 relata que,

Como formadora, a minha experiência vai mais no sentido da ética em cuidados intensivos (...) Mais para trás, também estive como formadora ou co formadora com outras colegas noutra tipo de formações ligadas cá à nossa área.

As organizações no atingimento da sua missão, têm presente estratégias de liderança. Amaral (2014) refere que compreender como é que as pessoas reagem no contexto das organizações, promover a sua motivação, perceber as suas aspirações e problemas proporcionando-lhes oportunidades ou incentivando-as para a formação, é essencial em qualquer estratégia de coesão e de sucesso na consecução de objetivos. Acrescenta que, o estilo e as estratégias utilizadas pelo enfermeiro chefe na liderança da equipa, é influenciado pela motivação no desempenho da função, e assenta, no crédito e confiança que detém no “seu” grupo de enfermeiros, no sentido de poder promover e valorizar a iniciativa, quer individual quer de grupo, dinamizando e facilitando o empoderamento com vista a alcançar os objetivos e projetos que definiram para o serviço.

E6, tem dificuldade em compreender a razão pela qual as chefias não aproveitam as potencialidades do grupo de trabalho, reiterando que existem colegas mais especializados que podiam dar um contributo maior no cuidado aos doentes mais complexos. Na sua opinião, traria mais-valias para o doente, bem como, para os enfermeiros na valorização e no reconhecimento de novos papéis, contribuindo para uma maior satisfação e motivação no trabalho.

A política do nosso serviço é: os doentes mais complicados são cuidados pelos elementos mais novos. Porquê, se os elementos mais diferenciados podem oferecer mais em termos dos cuidados que prestam? É a idade, entendida como posto/estatuto? No meu serviço, temos 2-3 enfermeiras especialistas em reabilitação: porque não fazem reabilitação aos nossos doentes? Mas isso tem a ver com outra política, a nossa diretora de serviço! Eram de fato, uma mais-valia para o doente e serviço! (E6)

O trabalho nestas unidades de cuidados, pela complexidade dos doentes e pela especificidade da tecnologia, exigem um processo de integração frequentemente longo e progressivo.

Segundo Carvalho (2012) integrar, só pode entender-se como uma mais-valia, que comporta complementaridade entre todos os envolvidos. Inclui os saberes contextuais, desde o equipamento até ao sistema organizacional, com as suas características e códigos sociais.

A integração dos enfermeiros, num contexto de trabalho específico, em período variável, foi entendido pelos peritos como balizador, e em que a confiança, apoio e reforços são referidos como necessários para uma resposta adequada às situações de imprevisibilidade, diversidade e gravidade com que os enfermeiros se deparam. Dos peritos entrevistados, quatro manifestaram que na altura da sua admissão na UCI, tinham interesse e desejo de trabalhar em cuidados intensivos, trazendo experiências de prática clínica de outras especialidades; os restantes, eram recém-cursados e foram colocados na UCI, sem que o tivessem planeado nem previsto, tal como nos reporta E2,

(...) vou eu, saída da escola e quando entrei, tudo me meteu medo! A minha sorte é que uma colega que tinha acabado o curso comigo tinha ido para lá 2 meses antes. Foi, sem dúvida, o meu apoio!

O fato de serem inexperientes e terem a possibilidade de contar com a colaboração de colegas mais experientes, foi muito importante pois possibilitou uma relação mais próxima e vinculativa, ficando como um referente. Alguém de quem, ainda hoje continuam a querer escutar o conselho ou a indicação mais perita, num ou noutro procedimento ou tomada de decisão. Nos relatos dos enfermeiros é possível perceber a valorização atribuída à experiência e à relação de segurança que a presença dos mais experientes confere.

(...) enquanto elementos em integração continuávamos com a equipa onde estivemos inseridos durante o período de integração. E isso era muito bom porque adaptávamos, pois tínhamos um método de trabalhar que nos identificava e sabíamos que podíamos contar sempre com esse grupo (...) Eu, enquanto elemento na minha integração, houve momentos em que senti pânico, mesmo! Momentos em que recorri muitas vezes aos meus colegas para me ajudarem, e até, a confirmarem se realmente o que fiz estava correto ou o que ia fazer estava correto. (E3)

Neste processo de integração, a duração e o apoio da equipa são elementos fundamentais, havendo frequentemente sentimentos ambivalentes. Neste sentido é o relato de E4,

Acho que aprendi imenso neste serviço com toda a gente: com os enfermeiros que cá estavam na altura (...)a integração eram três meses, e eu, nesses três meses entrei apavorada e pensei: Oh meu Deus, como é que eu iria conseguir dominar tudo! Custava-me um bocado porque era tudo muito minucioso: as aminas, os alarmes, os limites das tensões, das frequências cardíacas; a troca das seringas e tudo, que tinha que ser muito rigoroso! Os balanços e aqueles números todos! E então, quando acabou a minha

integração eu lá fui evoluindo (...) fui-me autonomizando mais, com maior segurança em mim própria. (...) Assustou-me numa fase inicial, porque achava que os meus colegas sabiam muito mais do que eu, eu sentia-me muito “pequenina” ao pé deles e pensei: como é que eu vou conseguir chegar ao lugar, ao topo, onde eles estão?

O cuidar da pessoa em situação crítica sustenta-se num trabalho multiprofissional, sendo relevante o modo de organização das equipas, com peritos a trabalharem com iniciados, competentes ou proficientes.

Varela (2016) afirma que, em cada contexto de trabalho, vigoram orientações comuns a toda a instituição hospitalar, e especificamente, a cada grupo profissional que tem regras, no sentido em que, estas permitem expectar e identificar a maneira de atuar que caracteriza cada grupo. É possível observar que cada enfermeiro tem formas particulares de planear, decidir e avaliar os cuidados. A sua atuação mobiliza competências decorrentes da sua experiência acumulada e do coletivo, onde pode encontrar apoio.

Para estes peritos, a confiança é assumida como crucial para a obtenção de resultados positivos, em que, uma prática clínica orientada por procedimentos de atuação, vem permitir que o doente beneficie dos cuidados de enfermagem que tem em consideração a sua situação clínica. O conceito de equipa tem por base que todos trabalham em torno de um objetivo comum, cuja responsabilidade é de cada um e do coletivo. Daí entenderem que, elementos mais novos não apresentam as condições iniciais que permitem satisfazer as necessidades integrais do doente, bem como, da equipa.

Atualmente, estes peritos são elementos coordenadores de equipas de trabalho, em que retratam os colegas do serviço como possuidores de uma significativa experiência, traduzindo-se em confiança e segurança dos cuidados prestados. É isto que é referido por E6,

A equipa de enfermagem já é uma equipa com muitos anos de experiência, em que o elemento mais novo terá por volta dos 7-8 anos, os outros andam na casa dos 20 anos ou mais. Acabamos por ter uma longa experiência de uma maneira de trabalhar e que vamos mantendo.

Para alguns peritos, um enfermeiro para cuidar da pessoa em situação crítica, necessita de experiência prévia.

(E3) (...)eu diria a uma pessoa que venha de novo para aqui ou que está a começar a sua carreira: é que aqui não é o momento de começar uma carreira, de todo, porque a equipa tem que trabalhar e tem que estar em sintonia. E, termos um elemento novo a trabalhar connosco, não é que ele não seja capaz, mas não está à altura para poder dar-nos a

resposta que nós precisamos, enquanto equipa para trabalhar. Para este tipo de especificidade de doente é muito complicado!

Como elementos coordenadores de equipas, consideram que a constituição das equipas deve ser ponderada, integrando elementos com menos experiência, mas também, elementos séniores, auxiliares de tomadas de decisões clínicas seguras.

Eu acho que a constituição das equipas tem que ter gente com mais idade e gente nova. Nós temos que ensinar os outros e os outros ensinar-nos a nós. Se for só gente nova, aquilo não correrá bem!(E2)

Em cuidados intensivos, as características da situação clínica da pessoa têm influência no modo como se faz a construção do cuidado, nomeadamente, quando estamos face a eventual instabilidade clínica, por vezes com intercorrências súbitas e de difícil equilíbrio e/ou com alterações do nível de consciência. Neste sentido, é importante o modo de organização dos cuidados.

O cuidado à pessoa em situação crítica, implica uma planificação flexível face a alterações que se instalam, e exige, para além do conhecimento de base, um conhecimento amplo de procedimentos específicos, que terão de ser mobilizados e adequados na particularidade de cada pessoa, de acordo com o modo particular do enfermeiro organizar os cuidados, face à avaliação das situações.

O planeamento de cuidados é feito tendo como referência a informação que receberam na passagem de turno, o plano dos cuidados de enfermagem, a reflexividade que mobilizam na análise da informação, que podem completar colocando questões e que validam com a observação junto da pessoa complementando-a com a informação monitorizada. Este planeamento, integra igualmente a família sendo uma fonte de informação preciosa, quando por exemplo, o doente não é capaz de comunicar. É neste sentido que se expressa E1,

O cuidado é em função do tipo de doente que se apresenta (...) A minha definição de plano, tem em conta, prestar os cuidados de acordo com aquilo que a minha colega me sugere em termos de cuidados tendo em conta o ABCDE, complementando com o outro lado do ABCD, como seja o acolhimento, a comunicação com o doente e com a família.

Os enfermeiros consideram fundamental a intencionalidade de cada procedimento, pois na fundamentação da ação aliada à atitude de querer saber, reside um pilar essencial da excelência do profissional.

A aplicação de protocolos de procedimentos, com normas elaboradas a partir de *guidelines* consensuais e conformes com o “estado da arte”, visam favorecer a

cooperação e partilha de competências, na resposta mais adequada à situação do doente. Contudo, a sua aplicação é perspectivada como orientadora, sem comprometer a adequação dos cuidados à singularidade de cada pessoa, em cada situação. Isto exige saber observar e mobilizar conhecimentos, e poderá implicar, a alteração na sequência dos passos do procedimento, ou suscitar a reflexão do enfermeiro e/ou da equipa sobre a pertinência da sua aplicação, tal como nos refere um perito,

(...) as normas e protocolos condicionam a minha atuação, mas é facilitador no sentido em que nos orienta e sabemos o que fazer, sabendo que estamos coerentes com estudos, etc.(E5)

No sentido de tornarem os cuidados mais estruturados, os enfermeiros da UCIP desenvolveram rotinas de trabalho. Estas rotinas, muito frequentes em cuidados de saúde, são consideradas por estes peritos como benéficas, pois facilitam a organização dos cuidados, permitindo um cuidar mais atento e minucioso da pessoa em situação crítica, tal como nos descreve E2,

(...) o que interessa é que temos um plano que tem que ser verificado em todos os turnos (...) e portanto, em todos os turnos temos que verificar ao pormenor o nosso doente: o nível de consciência; os pensos, as drenagens, a integridade cutânea, tudo! (...) nós temos muitas regras e muitos protocolos de atuação, lá isso temos! Mas isso é importante para que toda a gente trabalhe da mesma maneira. Para todos os cuidados que fazemos ao doente temos sempre um protocolo ou uma norma e, temos que cumprir isso, mesmo que se desvie um bocadinho. (...) Considero que é muito fácil para o enfermeiro vir a trabalhar no nosso serviço, porque nós temos tudo padronizado, tudo! Pois no nosso computador está um plano feito e temos que obedecer àquele plano. E então, obedecendo àquele plano está o trabalho quase feito.

De qualquer maneira, o cuidado mais padronizado não deixa de constituir preocupação de um enfermeiro perito, por entender que este corre o risco de ser desumanizado.

Eu acho que os protocolos, as normas ajudam-nos muito, orientam-nos muito! Ou seja, não precisamos de pensar muito, aquilo está ali, utilizamos e pronto! Temos dúvidas, vamos ao papel, vamos ao computador e está lá tudo! (...) é ótimo pois permite que trabalhem todos da mesma forma, porque quando se fazem normas é porque se chegou à conclusão que aquilo é o ideal...mas, por outro lado acho que “cega” um bocadinho as pessoas de alargarem os seus conhecimentos, de investigarem por elas próprias esse tipo de coisas. E depois, acho que também “tornam os doentes todos iguais” ou parece que estamos a fazer tudo da mesma forma para todos, e nós mais do

que ninguém sabemos que cada caso é um caso, cada situação é uma situação diferente ou pode desenrolar-se numa situação diferente!! (...) É feito sempre daquela maneira e todos têm que ser capazes! Não se nota aqui as diferenças entre um enfermeiro especialistas dum não especialista! (E4)

A implementação sistemática de processos de gestão da qualidade nos hospitais contribui para a disciplina das metodologias de trabalho, para a racionalização de recursos, assim como para a minimização das debilidades e erros e prevenção de potenciais problemas (Abreu, 2007). Desta forma, as políticas institucionais de qualidade podem contribuir para a qualidade de cuidados.

No discurso dos peritos, o processo de acreditação hospitalar trouxe benefícios, essencialmente para o doente, mas também, para os profissionais porque é promotor de uma cultura de qualidade, exigindo cuidados de excelência. No entanto, o processo é tão burocrático, com tantas exigências de registos documentais, que se torna “sufocante”, por perceberem que pode limitar o tempo para a prestação de cuidados diretos ao doente. É neste sentido que se expressa E4,

(...) há muita parte de registos, muitos trabalhos exigidos pela parte da acreditação da instituição, dos projetos em que o serviço se vai envolvendo, em que exige registos "daqui e de acolá", e portanto, às vezes sentimos que para darmos conta de dois doentes e darmos ao mesmo tempo, conta de todo o recado, de todas as exigências, nomeadamente: da higienização das mãos, do tempo que demora, cumprindo tudo direitinho...começa a escassear os recursos humanos, já se fazendo poucos!

De qualquer forma, os processos de gestão da qualidade segundo E2, contribuem para a melhoria dos cuidados,

Eu até posso ser muito boa naquilo que faço, mas, os meus colegas podem não seguir o que eu faço. Agora, se houver alguém que faça auditoria aos cuidados... e, agora, estamos numa fase que se faz auditorias a tudo [...] Mas de fato, as auditorias fazem-nos crescer e faz mudar muitas coisas. É precisamente com as auditorias que a gente muda os hábitos de trabalho! Por exemplo: ao nível das infeções estávamos bem no que toca aos cuidados do CVC, as algaliações da urina nem sempre, ora, se a gente não pesquisasse e não tomasse conhecimento das coisas, para nós estaria tudo bem! Eu acho muito importante para saber se o serviço é bom nisso!

A qualidade dos cuidados é facilitada pelas relações estabelecidas entre os elementos da equipa, as políticas da organização, e um ambiente de trabalho favorável.

Para Dias (2016) a gestão emocional tem consequências organizacionais e individuais positivas ou negativas, como por exemplo, a satisfação e bem-estar do doente ou a exaustão do enfermeiro. Um clima organizacional/social apropriado conduz a uma gestão emocional favorável à organização e ao indivíduo.

A mesma autora refere que, os serviços de saúde têm um carácter muito especial dado a proximidade, frequência e intensidade das relações entre funcionários e clientes, sendo um tipo de serviço que exige uma especial preocupação e dedicação nas interações com os “clientes/doentes”.

A gestão de serviço e a organização, tem de ter uma atitude cuidativa que Honoré (2004) elencava com três dimensões: as pessoas, o funcionamento global do serviço/ instituição e o ambiente.

O contexto é caracterizado por elementos de distinta natureza e define-se na dinâmica das interações que nele têm lugar, assim como, com a organização. Pelos relatos dos participantes, percebemos o valor das relações de trabalho em que todos contribuem com os seus saberes e domínios de intervenção para a recuperação da pessoa em situação crítica. O espírito de entreajuda é significativo e dominante no discurso dos peritos, tal como podemos constatar de E2,

Há situações que são muito más mas que conseguimos resolver. Há uma mais agitada que outra, mas perante situações mais emergentes, a gente junta-se. Por exemplo: temos uma paragem e nós, deixamos tudo o que estamos a fazer aos doentes e vamos ajudar a pessoa. Como estamos todos mais juntos, conseguimos melhor resultado. A relação de trabalho na equipa ajuda muito e também depende muito da parte médica. Se nós tivermos um médico mais calmo, irá facilitar. Se este for mais stressado, isso interfere. (...) temos que ter boas relações de trabalho, porque já estamos lá fechados e, se a gente não tem uma boa relação com toda a gente é muito mau. Isso é muito importante: não é só com a parte médica mas também com as assistentes operacionais. Nós somos uma equipa, pois eles são tão importantes como nós a trabalhar. Nós, se tivermos a trabalhar com um mau assistente operacional também as coisas não correm bem. Daí eu dizer que temos que nos dar bem com todos. Um bom clima é muito importante! (...) se tivermos todos bem-dispostos, o turno até pode ser terrível em que não se lancha nem janta, mas saímos de lá bem, com a sensação de: hoje fizemos bem o nosso trabalho! Fisicamente saímos de lá de rastos mas o bom relacionamento permite que tudo corra bem.

No mesmo sentido se expressa E4,

Haver uma boa relação de equipa, uma boa relação entre médicos e enfermeiros, auxiliares, em que as pessoas se sintam bem neste ambiente fechado, porque as pessoas quando vêm para aqui, até a nível da refeição têm sempre que ir um de cada vez (...) convivemos muito pouco! (...) quando as pessoas são mal recebidas começam logo a desmotivar desde o início, de não quererem investir, e isso implica depois no futuro, a experiência e a perícia (...) Mas uma boa relação entre a equipa é fundamental, trabalhámos mais motivadas, com mais afinco (...) quando estamos com pessoas mais mal dispostas, a gente quase que não se fala...!

Por outro lado, E5 tem uma opinião contrária relativamente às atuais relações de trabalho. Para ele, já não se vive o espírito de unidade da equipa em que o contributo de todos era importante. Considera que a fragmentação da equipa e a conflitualidade intra e interdisciplinar é uma realidade presente e pode ser ameaçadora para a obtenção de resultados favoráveis.

O ambiente na minha UCI é mau neste momento, e isso, não é favorecedor!

Em todos os processos de construção da identidade profissional existem modelos/mentores da prática clínica. Para Macedo (2012), o sucesso da integração de enfermeiros depende também das características do supervisor, enquanto pessoa detentora de características próprias.

De acordo com Cottrell (2000), as competências dos supervisores clínicos devem alicerçar-se num conjunto de características entre as quais se destacam: a perícia clínica; a experiência, a aceitabilidade por parte do supervisionado, e que sejam detentores de conhecimentos profundos na área de cuidados.

Os enfermeiros aprendem com os seus modelos nos contextos da prática. Quando a UCI foi fundada em 1992, nenhum enfermeiro daquela instituição estava capacitado para trabalhar nesta área, pois faltava-lhe “quase tudo”, como seja: falta de preparação técnica para o manuseamento dos equipamentos, pouca ou nenhuma experiência no cuidado à pessoa em situação crítica/família, bem como, domínio do conhecimento a vários níveis. Por conseguinte, este processo de construção da perícia foi gradual, em função do tempo no contexto, atribuindo o atual domínio de competências às experiências vividas e refletidas na prática, e ao contributo da formação contínua, tal como nos relata E1,

Tivemos um estágio no S. João durante 8 semanas, mas isso não dá nada. O estágio foi feito aqui! Isso não dá experiência a ninguém. Doente que está desadaptado ao ventilador a gente olha e vê, agora, na altura sempre que o ventilador alarmava, nós

olhávamos para tudo quanto era sítio, mas não víamos nada, tínhamos que ir a qualquer sítio para tentar resolver! A gente olhava mas não via nada!

Outros participantes tiveram oportunidades de aprendizagem diferentes. A equipa de enfermagem já possuía enfermeiros mais experientes e permitiu que os processos de integração fossem mais planeados e favoráveis aos colegas que eram admitidos na UCI. Percebemos pelos relatos destes peritos que este aspeto foi favorecedor, permitindo a assimilação progressiva dos múltiplos saberes que este domínio de intervenção exige. Características pessoais e profissionais do supervisor são destacadas pelo impacto que causaram na formação da identidade profissional dos supervisados, que hoje são peritos, nomeadamente: a aceitação do supervisor no seu processo de aprendizagem, a relação estabelecida entre os dois, a sua identificação ao registo pessoal e profissional, as quais permitiram uma motivação e implicação no cuidado à pessoa em situação crítica determinante para serem enfermeiros exemplares.

Eu fui integrada por uma colega que na altura era das mais velhas. Era muito disciplinada, muito perfeccionista, muito "dramática"...! Eu tinha que fazer tudo ao rigor, ao minuto, ao segundo! (...) A parte boa foi, tudo aquilo que ela me ensinou: aquilo que tinha que estar atenta, desperta, o perfeccionismo dela, aquela arte que ela tinha e, que alguns colegas têm mais do que outros, mas penso que também estaria aliado à minha personalidade, de ser mais de detalhe. Identifiquei-me muito ao modo de trabalhar dela, embora depois cada um envereda na sua forma de trabalhar, mas foi uma pessoa que me marcou muito neste serviço, de positivo. (E4)

Esta afirmação é corroborada por E2,

A gente aprende com quem nos ensina, com os modelos. E então, eu fui leve, fresquinha e tudo o que aprendi foi com ele. E então é muito, muito importante! (...) somos assim porque alguém foi bom e foi passando aos outros e, os outros, vão ensinando...foram os modelos referenciais! Isto faz toda a diferença nos serviços: o modelo para os enfermeiros. (...) tive sorte de ter na equipa enfermeiros que sabiam muito, que foram referenciais e que conseguiram incutir a exigência e, isto faz toda a diferença termos um modelo que nos ajude, que saiba fazer as coisas e que a gente aprenda a fazer bem, pois se é bem feito, também temos que aprender a fazer igual.

Uma organização/serviço que promove a aprendizagem contínua, que incute aos seus profissionais a prestação de cuidados de excelência, sustentada numa prática baseada na evidência foram igualmente importantes para o percurso destes peritos, tal como nos refere E1,

Depois ajudou muito o diretor de serviço, na altura quando cheguei, que me ensinou muito! Foi tudo feito por ele, éramos uma equipa pequenina e então isso foi uma ajuda; foi um crescimento...!(...) Digamos que na minha vida profissional, se calhar, estar com as pessoas certas no momento certo teve o seu peso. Pessoas que nos entendíamos, um diretor de serviço que era uma ótima pessoa que puxou muito pela equipa.

As dotações seguras são uma preocupação das associações profissionais, com influência na qualidade dos cuidados. Segundo a OE (2014) as cargas de trabalho elevadas conduzem a insatisfação, desmotivação e *Burnout* dos profissionais, bem como, colocam em causa a qualidade exigida por cada cidadão na prestação de cuidados de saúde. Refere ainda que em defesa da segurança dos cidadãos que necessitam de cuidados de saúde, e no respeito pela dignidade do exercício profissional dos enfermeiros, todas as organizações prestadoras de cuidados de saúde, devem pugnar pelo cumprimento da dotação adequada de enfermeiros, com as adequadas competências, no lugar certo e no tempo necessário.

Várias evidências têm relacionado as dotações de enfermeiros com a qualidade e segurança dos cuidados e com os ganhos de saúde.

Aiken [et al] (2012), num estudo que envolveu doze países europeus e os Estados Unidos da América, concluíram que a dotação de enfermeiros e a qualidade do ambiente de prática clínica estavam diretamente associados com a satisfação dos clientes, a qualidade e segurança dos cuidados, e os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Mais recentemente o Karolinska Institut (2014), com base num estudo que envolveu nove países europeus, concluiu que, o aumento de um doente na carga de trabalho dos enfermeiros, para além do considerado adequado, aumentava em 7% a probabilidade de um doente hospitalizado morrer no prazo de 30 dias a contar da admissão. Esta pesquisa demonstrou a importância, quer do número de enfermeiros, quer do seu nível de qualificação, em relação à mortalidade dos doentes.

Os enfermeiros peritos deste estudo consideram que o serviço cumpre o rácio estabelecido pela OE, conseguindo prestar no seu turno de trabalho, os cuidados de enfermagem necessários à pessoa em situação crítica e sua família. No entanto, advertem que a crescente exigência atribuída aos profissionais de saúde no que concerne aos registos no processo clínico do doente, como outros registos no âmbito do processo da qualidade, deixa antever alguma dificuldade na gestão dos cuidados globais a prestar ao doente. Esta ideia é referida por E4,

Acho que, neste serviço não há desculpas para se trabalhar mal, só se forem mesmo maus profissionais, porque aqui estão reunidas todas as condições para se trabalhar bem

(...) A nível de recursos humanos, também. O nosso rácio é um enfermeiro para dois doentes, praticamente em todas as unidades é assim, embora estamos a achar que o ideal era: um enfermeiro para um doente (...).

Trabalhar numa UCI é considerado, por grande parte dos peritos um privilégio, quando analisam as condições de trabalho dos colegas em serviços de internamento, em que normalmente são poucos para cuidarem de muitos doentes. Na opinião dos peritos, esta falta de conformidade no cumprimento de rácio por especialidades médicas, compromete a qualidade dos cuidados de enfermagem.

(E2) Muitas vezes o doente sai de lá e depois mais tarde, é inglório...a gente trata-os e depois vemo-los cá fora e não têm os mesmos cuidados que nós temos lá dentro. Fazemos toda a diferença! Nós, por exemplo, só temos 1 a 2 doentes atribuídos e, então, também temos que fazer o melhor. Ali, temos que fazer o melhor do melhor! Às vezes, dizem assim: Vocês só têm um doente? Mas, já que temos só um doente, nós temos que fazer o melhor que pudermos! (...) Nós estando lá, temos tempo, e daí, temos que ser bons no que fazemos. Não podemos fazer as coisas só pela metade. (...) Trabalhamos o pormenor, algo que nos outros serviços não têm hipótese, pois têm muitos doentes e, nós ali, qualquer coisa com o doente no pós-operatório, que seja fora do normal, nós, em 5 – 10 min, a gente dá logo conta! No internamento era impossível!

Para além dos recursos humanos, também os recursos físicos e materiais são fundamentais para a qualidade de cuidados e o desenvolvimento da perícia.

A elevada expectativa e as representações que os enfermeiros atribuem à UCIP, é descrita como um contexto organizado, bem equipado, com material diversificado que lhes oferecem condições para prestar cuidados com segurança, exigindo grande disponibilidade e entrega.

É salientado pelos enfermeiros como motivador e estimulante, o poder dispor de equipamento adequado. Existe igualmente o material técnico necessário à prestação de cuidados, que não se encontra usualmente tão disponível e tão variado noutros serviços. Sinteticamente E5 refere que,

As condições físicas do serviço são, neste momento, facilitadoras.

E3 explora a ideia quando nos diz que,

Nós não adaptamos nada, nós temos que ter o material específico para todos os procedimentos. Não adaptámos uma algaliação como no internamento: quando não há um equipamento, por exemplo, o kit da algaliação, vamos algaliar com isto ou com aquilo

e, adaptamos os campos esterilizados. Aqui, não! Obrigatoriamente temos que ter o material todo. Estou a falar de um procedimento básico! (...) Nós, em termos de condições, devemos ser o serviço que no hospital reúne as condições todas. De fato, nunca senti falta de condições, mesmo nos momentos de maior contingência, nós nunca tivemos falta do que quer que fosse.

Tal como considera E6, estes serviços são altamente diferenciados, caricaturando com o desporto automóvel.

Nós conduzimos carros da fórmula 1, há outros colegas que conduzem carros de rali e ainda outros, umas “chafarricas”.

Outro dos vértices da pirâmide que sustenta a perícia, são as **características profissionais**, que entendemos como, todos os aspetos ligados à profissão, que participam na construção pessoal e profissional do enfermeiro. Nesta categoria emerge o acumular experiências no cuidar da pessoa em situação crítica.

Para Day (2009) o enfermeiro perito baseia-se nas suas experiências anteriores e similares, para atuar numa situação que lhe parece semelhante. Mobilizam o conhecimento que aquelas lhe proporcionam para agir.

Os enfermeiros relevam como maior oportunidade para o seu desenvolvimento de competências, as necessidades de cuidados da pessoa doente e da sua situação crítica. A necessidade de saber e fazer o melhor, parte deste estímulo, que é o foco essencial para os enfermeiros. Reportam o fator tempo, como uma condição indispensável para a aquisição e desenvolvimento de competências no cuidado à pessoa em situação crítica.

(E1) A nossa maturidade aos 5 anos aqui é completamente diferente. Eu não lhe consigo dizer se foi no ano A, B ou C, isso é muito difícil. É um processo contendo melhoramentos, contínuo! Se calhar 10 anos. Eu não lhe consigo dizer objetivamente, mas os primeiros 5 anos para mim foram problemáticos. Foi um processo em que ninguém tinha experiência e fomos aperfeiçoando as coisas com o tempo!

O tempo, associado ao suporte de outros colegas é também referido por E4,

(...) com o tempo, a pessoa vai ganhando traquejo e destreza e depois acaba por perceber que também consegue! Acho que há pessoas que realmente transmitem segurança e, é meio caminho andado para a gente se sentir segura ao pé desse enfermeiro, mas nem sempre a coisa é assim! Eu penso que, no dia-a-dia do trabalho, o

enfermeiro perito se vai tornando perito, sem saber disso, até! (...) Não é de um dia para o outro, vai-se tornando perito ao longo do tempo (...).

A especificidade da pessoa em situação crítica, com frequente instabilidade hemodinâmica exige perícia do enfermeiro e tecnologia avançada, tendo emergido a subcategoria conceção de cuidados mediada pela tecnologia.

Com o crescente avanço tecnológico incorporado no cuidado ao doente, torna-se fundamental que os enfermeiros detenham saberes relativamente às tecnologias que manipulam. Assim, a qualificação profissional dá-se pela educação permanente, com o objetivo de dominar a linguagem tecnológica e cuidar a pessoa em situação crítica de forma integral, de tal modo que beneficie quer o doente quer o profissional (Viana et al, 2014).

Podemos compreender como para alguns peritos, o equipamento é visto como meio de proporcionar melhor qualidade nos cuidados, que não substitui o enfermeiro.

(E3) É um complemento, ajuda-nos a crescer! Aqui este ambiente faz parte, é natural. Nós temos que nos preparar e orientar a nossa prática mediante aquilo que nos é exigido e, é isso que temos feito e aperfeiçoar durante estes anos todos. A parte tecnológica faz parte, é o nosso ambiente, é o nosso trabalho...é aquilo que nós necessitamos para ajudar o doente a recuperar. É um complemento do cuidar dele!

Cumulativamente é algo que dá segurança ao enfermeiro no cuidado.

(E4) Quando se entra ao serviço, a primeira coisa que fazemos é ver se os alarmes estão em conformidade com aquilo que se pretende para aquela situação e, nós estamos sossegados se o monitor não alarma. Se alarmar, das duas uma: ou porque estamos a realizar alguma técnica ou está com problemas de mau contato, ou então, porque o doente saiu dos parâmetros normais, e aí, começamos a preocupar-nos. A partir daí, é ver o que está a falhar, é contactar o médico (...) A minha estratégia é sempre essa, ou seja, tentar ter o meu doente o mais equilibrado possível, o mais estável possível, para não causar stress nem problemas.

Vargas e Braga (2015) referem-nos que o aspeto humano do cuidado de enfermagem, com certeza, é um dos mais difíceis de ser implementado. A rotina diária e complexa que envolve o ambiente de cuidados intensivos faz com que os enfermeiros, na maioria das vezes esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está à sua frente.

A atenção muito dirigida aos monitores, remete-nos para o risco de um certo tecnicismo, que pode dar lugar a alguma perda de qualidade na interação humana, tal como nos refere E1,

A tecnologia aqui é muito relevante, mas eu posso olhar para o monitor e não ver nada! O doente continua a ser o centro dos meus cuidados. (...) O monitor diz-me que o doente está taquicárdico, o monitor faz essa leitura mas muitas vezes não é verdadeiro! Se só olho para cima (monitor) sem ver o doenteO resto tem que ser visto sempre como complementos, ajudas.

Também para E5, o foco é a pessoa, ainda que possa levar a alguns “descuidos” e ao encarniçamento terapêutico.

Primeiro, tem uma pessoa. As máquinas vêm em segundo plano, pelo menos é a minha política. Todo o suporte mecânico que nós temos, dirige-se ao suporte dos órgãos vitais, (...) mas de resto, continua a ser um doente/ pessoa que está ali e que deve ser tratada como tal. Se eu conseguisse retirar as máquinas e a sofisticação toda, eu se calhar via o doente como uma pessoa diferente! Dava-lhe talvez mais atenção. Suponhamos que estávamos numa fase de pré-morte, se calhar, havia um toque, uma palavra, uma assistência mais de cariz emotivo e humanitário. Com esta tecnologia toda, esqueça! (...) Tenho a situação de um doente que reanimámos muitas vezes e ele revertia, e depois ele ficava a olhar para nós com ar de clemência! Ele parava novamente e nós voltávamos a “saltar-lhe em cima”. Não houve ali um período em que alguém dissesse assim: parou! Quando ele reverter vamos falar com ele, tipo: o seu coração está fraquinho, confortá-lo...Não! O senhor parava e a gente continuava..., mas porquê? Porque é a tecnologia: se não a houvesse, o senhor parava e o cuidar humano era muito diferente!

As unidades de cuidados intensivos possuem características como: a convivência diária dos profissionais com pessoas em situação crítica, a ênfase no conhecimento técnico-científico e na tecnologia para a assistência biológica, com o objetivo de manter o ser humano vivo, a constante presença da morte, a ansiedade dos doentes, dos familiares e dos profissionais, as rotinas muitas vezes, rígidas e inflexíveis, e a rapidez de ação no cuidado (Nascimento, 2014), que levam à especificidade dos cuidados.

Dada a especificidade dos doentes e a complexidade de cuidados que requerem, reforça a ideia de que os profissionais que lá trabalham têm que evidenciar altos níveis de preparação técnica e de conhecimentos. No início dos seus percursos profissionais, os

enfermeiros referiram que a maior dificuldade que tiveram foi no reajustamento da prática clínica à complexidade da pessoa em estado crítico. É neste sentido que se refere E3,

(...) a fazer os cuidados básicos (...) parece que estamos a aprender de novo a trabalhar com o doente. Podemos considerar, por exemplo: um cuidado de higiene que é totalmente diferente. Nós termos um doente com dispositivos médicos invasivos, a nossa abordagem é totalmente diferente de um doente de lá de cima do internamento, que é praticamente autónomo ou se é um doente dependente, não apresenta este tipo de dispositivos médicos! A nossa abordagem é totalmente diferente. Por isso, eu se lhe disser: eu aprendi tudo de novo, tudo de novo! (...) Somos nós que executamos todas as atividades do doente. Substituímos por completo o doente, porque quando ele está em coma induzido, não tem as suas faculdades mentais para colaborar maioritariamente em qualquer situação. Por isso, mesmo um simples procedimento aqui, era gerador de stress. Dizer: o que é que vem primeiro, e em segundo agora, e em terceiro...isto foi uma readaptação constante, constante! (...) a relação que estabeleço é totalmente diferente do doente que está em estado comatoso, do doente facilmente desperto e colaborante. (...) nós não podemos transportar o que aprendemos noutra serviço para aqui, podemos transportar o conhecimento, mas, reaprendemos tudo de novo aqui. A forma de vermos o doente é outra; a forma de o avaliarmos é outra; a forma de intervirmos; a forma de convivermos...tudo! É tudo diferente! As condições são outras e exigem-se aqui cuidados de excelência.

As necessidades do doente, a sua instabilidade, e certamente as dotações de enfermeiros, levam a que E4 refira,

(...) Temos que ser um bocadinho mais perfeccionistas: os pensos são mais “bem feitos”, porque um penso “mal feito” não resulta para aqui! Os doentes têm um maior risco de infeção, e por isso, o mesmo tem que estar aderente, sempre limpo. (...) um enfermeiro que trabalhe numa urgência ou em emergência pré-hospitalar lá fora, de rua, têm que ter aquela capacidade de fazer no ato, pensar rápido e depois encaminhar. Nós aqui não!

A pessoa em situação crítica exige uma prática avançada em enfermagem na área.

Na UCI prestam-se cuidados de alta complexidade a doentes com graves desequilíbrios hemodinâmicos, mas com hipóteses de recuperação. Deste modo, para cuidar destes doentes, os enfermeiros necessitam deter um corpo de conhecimentos específico, exercitando competências e habilidades, mobilizando-as em tempo útil, evidenciando uma elevada capacidade de tomada de decisão, baseada na melhor evidência.

Alguns destes peritos revelam que, em determinado momento das suas carreiras profissionais, sentiram o desejo e vontade de dominar técnicas e conhecimentos a um nível mais elevado, que os capacitassem para cuidar a complexidade das pessoas em situação crítica, sendo a UCI a área de eleição. É neste sentido que se expressa E3,

[...] eu queria algo mais, queria intervir, queria estar apta e sentir-me apta a intervir em qualquer situação de maior ou menor perigosidade para o doente. Por isso, é que me levou a vir para aqui, para os cuidados intensivos! Sentir-me que era capaz, depois aprender e ultrapassar e agir em qualquer situação. Isso, para mim foi, em termos pessoais o que me incitou a vir para os cuidados intensivos, porque eu queria saber muito mais, não queria estar confinada a uma Medicina: a posicionar os doentes; a administrar; a entubar; a algaliar...Eu queria mesmo era estar apta, porque tínhamos situações de emergência lá em cima, e que eu me sentia impotente, porque eu não estava preparada para pensar no que era preciso a seguir! E eu queria ter essa segurança, saber o que vem a seguir, o que eles me vão pedir, o que é que eu tenho que fazer a seguir!

Outra das subcategorias que emerge é o processo de mobilidade interna.

A carreira de enfermagem contempla processos de mobilidade de enfermeiros, considerando que a gestão de recursos é uma função e uma preocupação inerente ao desempenho profissional. A mobilidade é decidida por um superior hierárquico da mesma área funcional considerando-a adequada, atendendo ao seu conhecimento das competências do profissional a mobilizar, e à avaliação das necessidades em cuidados que irá suprir.

Quando a UCI em estudo foi criada, a equipa de enfermagem foi constituída por convites da Direcção de enfermagem a alguns elementos oriundos dos vários serviços da instituição. Alguns destes enfermeiros ainda permanecem no serviço. Dos enfermeiros entrevistados, dois foram por mobilização interna e tinham trabalhado nos serviços de Cardiologia e Medicina, três foram mobilizados de outras instituições, e tinham experiências diversas, nomeadamente, Pediatria, e UCI, e por fim, o último perito não tinha experiência prévia noutros setores, tendo sido admitido após o término do curso.

Estes percursos vividos, a experiência adquirida ao longo do tempo e as oportunidades que tiveram nos vários contextos laborais, foram percecionados pelos peritos, como uma mais-valia para a adaptação ao novo contexto, para aquisição de destreza técnica e saberes específicos nesta área de intervenção.

Neste mesmo sentido se expressa Benner [et al] (2009) que referem que as experiências de cuidados não se constituem vivências isoladas no momento e no tempo em que

ocorrem. Elas comportam tempos já passados, com referências de ordem profissional, mas também, de natureza pessoal, e fazem parte de um contínuo experiencial do sujeito, podendo refletir a sua relação com essas vivências.

Este processo de aprendizagem ao longo do tempo e da mobilidade é referido por E6,

Eu acho que a mobilidade institucional é muito positivo, as pessoas não podem cristalizar. Não compreendo como é possível, as pessoas trabalharem em determinado sítio, e reformarem-se desse mesmo sítio. Sou a favor da mobilidade, porque ajuda as pessoas a vivenciarem experiências diferentes. Nós, nos cuidados intensivos somos bons, mas decerto, o hospital tem elementos que se estivessem 5 anos nos cuidados intensivos, certamente seriam muito melhores do que nós! E nunca lhes foi dada essa oportunidade, pois sei que há muita gente que quer ir para os cuidados intensivos, mas parece que são muitas mulheres! (risos)

A experiência anterior é relevante, mas a confrontação com uma nova realidade é para E1, um desafio.

Antes de vir para cá estive na Medicina e Cardiologia e isto obriga a um processo de crescimento quer em termos técnicos, científicos, em termos da maturidade de âmbito geral (...)

No entanto, E3 refere-se à importância das experiências anteriores,

(...) É mesmo muito importante para quem cá venha, experiência profissional, tanto para a própria pessoa porque já está muito mais desperto para sinais críticos (...) percebe alguma coisa, já tem algum conhecimento, já tem alguma habilidade, alguma destreza profissional, tanto intelectual como manual, mesmo. É muito importante, porque senão é uma frustração total!

Em termos de síntese, a construção da perícia decorre da articulação e simbiose entre características pessoais que são predisponentes para o trabalho na área, a confrontação com desafio e a necessidade de melhoria contínua, as características do contexto, que podem dificultar ou facilitar o processo, e as características inerentes à profissão e aos cuidados.

A segunda área temática que emergiu dos discursos foi o **processo de maturidade pessoal e profissional**. Benner [et al] (2009) referem que a perícia só é alcançada

quando o enfermeiro atinge a sua maturidade profissional, e, em paralelo, quando o mesmo faz todo um investimento pessoal e profissional no contexto onde trabalha.

Apesar da complexidade de cuidados numa UCI, é necessário ter em atenção que cada enfermeiro tem diferentes perspectivas, experiência e formação. Uns podem ter pouca experiência nos cuidados, outros poderão ter alguma experiência, mas sentem-se pouco à vontade para cuidar em situações mais complicadas, enquanto outros poderão estar completamente à vontade para desempenhar as suas funções nas diferentes situações (Balsanelli, Cunha e Whitaker, 2009).

Pela análise dos dados fica patente a ideia de que a maturidade profissional é indissociável da maturidade pessoal, ocorrendo em simultâneo. É conseguida na sua plenitude através da passagem do tempo, da experiência adquirida e da aquisição de saberes múltiplos. Os peritos deste estudo relacionam a sua maturidade pessoal e profissional, com o estadió de desenvolvimento profissional em que se encontram, no cuidado à pessoa em situação crítica.

Desta área temática, emergiram duas categorias e as respetivas subcategorias. A primeira categoria é relativa à experiência e autonomia, nomeadamente: **ser experiente/autónomo**.

Para Bártolo (2008), os cuidados intensivos contribuem fortemente para o processo de desenvolvimento de saberes e competências, na medida em que, os enfermeiros colocam constantemente em ação saberes teóricos e saberes práticos. É desta confluência que surgem as competências profissionais, que serão sustentadas e aperfeiçoadas ao longo do tempo, tornando o enfermeiro experiente e autónomo com capacidade para avaliar situações, planear as intervenções adequadas, poder tomar as decisões mais corretas e avaliar o processo e os resultados.

Um enfermeiro perito retrata-nos a importância do tempo de serviço, como um elemento fundamental para adquirir experiência.

(E6) Ao fim de 4-5anos de eu estar no serviço, as coisas começaram a desanuiar e a melhorar! (...) Precisas e acabas por dominar tudo aquilo, mas há coisas que ocorrem muito poucas vezes, e portanto, precisas de adquirir treino e destreza em todas essas coisas, e isso, carece de tempo! Eu também acho que a integração na UCI deve demorar esses cinco anos! (...) A perícia foi gradual (...) Há 10 anos atrás, foi quando me senti totalmente integrado na equipa.

Em enfermagem, a experiência tem uma dimensão associada às situações vivenciadas, sendo, por vezes, mandatório a experiénciação em determinados contextos para poder proporcionar e validar a aquisição de competências específicas. Daí que haja peritos apologistas de que a experiência prévia noutros contextos é facilitador para a integração

e adaptação à UCI. Para alguns enfermeiros, em cuidados intensivos não devem ser admitidos recém-formados porque, consideram que a experiência é fundamental para permitir respostas rápidas e adequadas às necessidades da pessoa em risco de vida.

(E1) Ter estado seis anos na Medicina deu-me muita destreza técnica (...) acho que tem todo o benefício da pessoa passar inicialmente por um serviço de internamento geral, seja médico ou cirúrgico, para adquirir destreza em coisas muito simples, desde uma cateterização, algaliação ...em procedimentos técnicos básicos da nossa profissão: dar um banho... coisas muito básicas!

Correia (2012) reforça a ideia de que o cuidar a pessoa em situação crítica, requer dos enfermeiros um domínio de conhecimentos e mobilização de competências que lhes permitam dar respostas adequadas e ágeis.

O Conselho de Enfermagem da OE (2001) aborda o exercício do enfermeiro da UCI como sendo feito num contexto de “atuação multiprofissional”, com intervenções interdependentes (iniciadas por outro profissional de saúde, das quais o enfermeiro apenas assume a responsabilidade pela sua implementação); e intervenções autónomas, (que resultam da tomada de decisão do enfermeiro, sendo o único responsável por identificar as necessidades de cuidados de enfermagem, implementá-las e avaliar o seu efeito).

Nesta categoria, emergiu a subcategoria confiança em si/segurança nos cuidados.

Face à realidade encontrada, percebemos desde o início, que a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica exige dos enfermeiros saberes atualizados, um saber especializado na vertente técnica, relacional e de responsabilidade e, que os mesmos são sobreponíveis ao saber científico, ao saber ser e ao saber prático. Conforme refere Hesbeen (2000) os saberes mobilizados no contexto da profissão de Enfermagem, são fruto da mobilização teórica e prática de uma multiplicidade de conhecimentos especializados.

Para a mobilização e articulação de todos estes saberes, a experiência na abordagem da pessoa em situação crítica assume-se como uma pré-condição.

Sem um conhecimento profundo, os enfermeiros arriscam-se a fazer julgamentos pobres e a não possuírem as ferramentas necessárias que lhes permitam aprender com a experiência. Um sólido conhecimento aprendido agiliza a aquisição de competências através da experiência. A teoria e os princípios capacitam os enfermeiros a formular as questões certas para clarificar os problemas dos doentes e providenciar cuidados suportados em decisões adequadas (Benner, 2001, Benner et al, 2009).

O aspeto da confiança em si próprio é um sentimento presente no discurso dos enfermeiros entrevistados, como é expresso por E5,

Confiança em si mesmo, porque quando temos confiança em nós próprios, conseguimos gerir o resto. Muitas vezes, temos é falta de confiança e decidimos muitas coisas pondo um ponto de interrogação. Se fazemos, é porque temos a certeza que é assim que se faz! Isto até ao fim, ou seja, ter segurança na decisão que toma e saber defendê-la! (...) Um enfermeiro para ir para cuidados intensivos tem que estar muito seguro de si, e se não está, deve procurar por estar!

E3 acrescenta que, a confiança é um processo contínuo,

Conquistei a segurança, autoconfiança, mas ainda é preciso conquistar mais autoconfiança!

Ser experiente é também possuir um amplo leque de conhecimentos, mobilizando-os adequadamente perante cada situação clínica. Nos discursos dos enfermeiros, apercebemo-nos desse domínio de conhecimentos que lhes permite um raciocínio rápido e uma intervenção célere e eficaz. Resultou deste modo a identificação das subcategorias: conhecimento pessoal, conhecimento experiencial e conhecimento científico.

Segundo Nóbrega e Barros (2001) surgiram modelos conceptuais de Enfermagem desenvolvidos a partir da prática, que têm enfoque com a dimensão estética, entendendo o conhecimento em enfermagem como uma atividade pessoal, cada vez mais intuitiva. Exemplos deste tipo de modelo são os trabalhos de Benner (1984), Rolfe (1998), Carper, (1978) onde suas maiores preocupações são mais com modelos de como o enfermeiro aprende a ser enfermeiro, do que com modelos que os enfermeiros possam usar.

O conhecimento pessoal surge pela compreensão por parte do enfermeiro, do seu “eu” interior e, por acumular experiências vividas e refletidas durante o percurso profissional. E3 refere,

(...) acho que, sinto-me mais segura hoje. Isso para mim foi sempre muito importante. Se eu estou segura também presto cuidados seguros.

Este processo do conhecimento pessoal vai sendo construído com o tempo.

(E3) Em termos profissionais é gratificante saber que podemos ajudar a recuperar esta fase crítica do indivíduo. Por isso, é aliciante sabermos que estamos preparados para responder às exigências de cada um.

Indissociável do conhecimento pessoal é o conhecimento experiencial. O conhecimento experiencial que resulta da prática constante e efetiva no cuidado à pessoa em situação crítica, e que vai no sentido de uma compreensão interpretativa, de significados verbais e/ou não verbais do doente, conduzindo a um cuidar de enfermagem competente.

Não faço ideia...mas claro que é a experiência. Aqui, todas as situações são complexas e, tivemos casos de choques hipovolêmicos; características dos doentes que até já se assemelham umas às outras...Claro que vamos assimilando essa experiência e vamos criando essas sensações! E por vezes dizem: e a enfermeira tinha já essa sensação e de fato, é! De fato, vamos criando esse despertar para determinados sinais, essa atenção mais cuidada, mais rigorosa. (E3)

Mas o cuidar de um perito também se sustenta no conhecimento científico, onde se inclui o adquirido através de formação académica, formação contínua, palestras, conferências, pesquisas em livros, revistas científicas, etc, em que o ato de cuidar é sustentado pela evidência científica.

Frequentemente estes peritos fazem percursos de constante atualização. A título de exemplo, E1 refere,

Tenho licenciatura em enfermagem e especialidade de reabilitação. (...) A formação em serviço, os congressos, o curso fundamental em cuidados intensivos, formação de formadores (...)

Esta necessidade constante, investimento na formação decorre do interesse pessoal, mas também da necessidade de agir com competência.

Também a nível da minha parte, também tive que estudar, a gente tinha que saber- há termos que a gente não sabe! Tem-se que estudar em casa, senão...quer ao nível de doenças como as técnicas. Se não estudarmos, cito por exemplo, uma simples punção venosa central (na altura, falava-se de termos que quem vem de fora não conhecia) não conseguia perceber nem fazer as coisas como devem ser feitas. (...) tem que gostar de aprender, de saber coisas, de ir à procura do conhecimento (...). Tem que gostar do que faz e ter um espírito de autoformação. (E2)

A **perícia como processo dinâmico e contínuo** é outra das categorias que emergiu dos discursos dos participantes.

Cunha (2011) no estudo anteriormente desenvolvido concluiu que a perícia clínica é encarada como um processo e não como uma condição estanque, exigindo sistematicamente investimento pessoal e profissional.

Nesta ótica, o desenvolvimento da perícia é contínuo, tendo como principal beneficiário, o doente. Tal como defende Martins (2009), um dos semblantes e inquietações dominantes para os profissionais de enfermagem, é o de caminharem ininterruptamente no sentido do aperfeiçoamento e da perícia, para que, tanto a nível individual como na gestão operacional se reconheça um sucessivo desenvolvimento de competências, desde a sua integração nas UCI e ao longo de todo o seu percurso profissional.

Barão e Henriques (1999) referiam que a inexistência de qualificação profissional na prestação de cuidados a doentes em estado crítico afigurava-se uma rutura na qualidade do padrão assistencial, fragilizando o desempenho dos enfermeiros, podendo colocar em risco a vida do doente e sujeitando os profissionais a riscos morais, éticos e mesmo legais. Daí que, cada enfermeiro deve construir o seu percurso profissional, assumindo a responsabilidade e a orientação pela sua aprendizagem. Os autores acrescentam que é o próprio que estabelece o que lhe é útil e essencial para a resolução de problemas no seu exercício profissional.

Certamente que terão sido todos os desenvolvimentos e questionamentos na área do cuidado à pessoa em situação crítica, que fizeram emergir a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica, regulamentada pela Ordem dos Enfermeiros (2011).

O alcance da perícia pelos enfermeiros assume aqui uma estreita relação com a experiência adquirida ao longo do tempo, mas sobretudo é sustentada na reflexão crítica, na capacidade de reconhecer os limites e aceitar as dificuldades, conjugando com a humildade para pedir e aceitar a ajuda de colegas. É neste sentido que se expressa E2,

Isto de ser perito, e achar que sabe tudo, não é uma boa postura (...) a gente pode ser muito boa, mas pode existir alguém muito mais capaz do que nós. Cada situação é uma situação e não posso dizer que sou capaz de tudo. (...) Há dias de tudo! (...) Veem agora pessoas novas que nos ensinam coisas que a gente não sabe. Coisas novas que trazem da escola(...) por exemplo, os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e nós, só agora aprendemos com eles. A teoria que eles trazem, também faz toda a diferença! Um colega que veio de outro serviço trouxe um ensinamento que valeu muito e é extremamente simples: um cateter central quando obstrói, por exemplo: um gluconato de cálcio quando administrado conjuntamente com outro medicamento, cristaliza através de reações que ocorrem e, fiquei a saber que para desobstruir o CVC é com uma seringa de

insulina. Não faz tanta pressão e desobstrói muito bem. Se a gente pegar numa seringa de 10 ml já não consegue desobstruir.

Em síntese, a maturidade pessoal e profissional constrói-se com o tempo, com saberes pessoais, experienciais e empíricos, sendo um processo singular de cada enfermeiro, mas que necessita “ser alimentado” constantemente.

A terceira área temática que emergiu da análise dos dados foi os **Domínios do enfermeiro perito**, em que os enfermeiros identificaram áreas de intervenção no seu domínio do cuidado.

O conceito de prática avançada é central para o desenvolvimento de uma enfermagem avançada, tendo assumido muitas formas diferentes, dependendo da sua utilização no contexto. Para muitos, tornou-se sinónimo de trabalho do perito; outros consideram-no um processo de desenvolvimento profissional contínuo e a aquisição de competências. Além disso, torna-se intimamente ligada com o desenvolvimento da prática (Christensen e Martin, 2011).

Segundo Martins (2009), no processo de formação profissional contínua do enfermeiro de cuidados intensivos, a instrumentalização assume um papel elementar, principalmente numa fase inicial. Contudo, importa também que o enfermeiro seja detentor de um conjunto de habilidades e competências que lhe permitam atender no imediato qualquer situação de emergência, tais como, a identificação precoce de sinais de gravidade, implementação de medidas por forma a prevenir situações de paragem cardiorrespiratória, medidas de suporte básico e avançado de vida, adoção do papel de *team leader*, essencialmente se a equipa de enfermagem contemplar elementos recém-formados ou com pouca experiência na área.

Igualmente, a *American Association of Critical Care Nurses (AACCN)* refere-se às responsabilidades e aos padrões da prática profissional dos enfermeiros de cuidados intensivos, reconhecendo que a formação destes profissionais (básica e contínua) impõe a aquisição de aptidões e habilidades que os capacitem para competências avançadas. Estas adquirem ênfase na promoção da prestação de cuidados de enfermagem eficazes e eficientes, com elevada qualidade, utilizando as tecnologias apropriadas, abordagens psicossociais e holísticas adaptadas à realidade atual e à pessoa em situação crítica (Urden, Stacy e Lough, 2008).

Esta área temática emerge dos discursos dos participantes quando nos descrevem o seu papel na equipa, as suas funções e os domínios na abordagem à pessoa em situação crítica. Foram identificados oito domínios de prática perita destes enfermeiros.

A primeira categoria refere-se à **capacidade de resolução de problemas**.

A capacidade de dar resposta às situações revela-se como preocupação, e ao mesmo tempo, motivação para a aprendizagem, desencadeando nos peritos, a procura de saberes, que lhes permita agir com segurança perante as situações críticas com que se deparam.

Nesta categoria emerge a subcategoria adaptação a cenários complexos.

O cuidar da pessoa em situações críticas, caracteriza-se pela necessidade de responder de forma eficaz à diversidade e incerteza. A imprevisibilidade das situações é uma constante, não só porque os doentes internados, ainda que estabilizados estão em situação de risco, como pelo fato da admissão de novos doentes, poder ocorrer em qualquer hora, o que exige capacidade de adequação, organização e gestão na melhor resposta a cada situação.

Os enfermeiros devem, assim, ser responsáveis pelas suas decisões e pelos seus atos, uma vez que detêm conhecimentos técnicos, científicos e relacionais que lhes permitem utilizar técnicas próprias da profissão, tendo em vista a recuperação e manutenção das funções vitais da pessoa em situação crítica (OE, 2009).

Estes enfermeiros com longa carreira e detentores de uma vasta experiência conseguem responder com precisão e segurança perante cenários exigentes e imprevistos, conforme descreve E4,

(...) maioritariamente para mim, que já trabalho aqui há alguns anos, já consigo lidar com essas situações e não fico tão stressada com situações críticas. Mas digamos que, a minha estratégia principal é manter a calma e tentar sempre prevenir os problemas.

E conforme E3,

Por isso, tem mesmo que ter capacidade de aprendizagem, de adaptação (...)

A adaptação às novas situações não é inata. Decorre das características pessoais, do tempo, mas também do investimento. Neste clima de exigência, há necessidade de gestão da mudança.

Os peritos revelam que a adaptação a novas situações clínicas, ou à introdução de novas guidelines/procedimentos de atuação, é-lhes relativamente fácil encarar a mudança como um processo natural e necessário face à evolução tecnológica e à atualização sistemática do conhecimento. Surgem então, novas formas de cuidar em conformidade com as novas evidências clínicas. A partilha de conhecimento válido (empírico e/ou científico) é bem recebida, desde que promova cuidados de enfermagem de qualidade, que se traduzam

nos melhores resultados possíveis à pessoa em situação crítica/família. Podemos acompanhar o discurso prolongado de um perito (E3), relativamente a este assunto,

(...) há situações em que os colegas vindos de outras UCI faziam-no melhor, e que, também transmitem a nós, e até, acabamos por aceitar que essa metodologia até é melhor, mais eficaz, desde que cumpra todos os requisitos e as exigências, porque nós somos um hospital acreditado e temos exigências específicas dessa acreditação! Desde que se cumpra todas as orientações, nós até acabamos por achar que é uma mais-valia essas situações.[...] Eu acho que nós não acabamos... não há um termo certo para dizer: ok, já sou perita e portanto, já não preciso de me preocupar muito mais com isso. Eu acho que é uma procura constante. O Heraclides já dizia: nada é constante, exceto a mudança! A mudança é que é constante, e a mudança implica uma aprendizagem contínua, é uma adaptação contínua. Por isso, é que eu acho que ainda tenho muito para fazer. Olhe, tenho que investir muito na minha área de especialização! (...) Se me disser assim: Como enfermeira generalista acha que já é perita? Eu ainda me interrogo, nunca estamos completamente construídos! Não é dizer: estamos construídos, acabou-se. Está cá o projeto final, NÃO! A perícia está sempre em construção, em eterna mudança. Os doentes mudam todos os dias, todos os dias temos novidades, todos os dias nos adaptamos, mas a nossa capacidade de adaptação é que é muito mais fácil! [...] Por aqui, não pode haver resistência à mudança! Nós não podemos transportar procedimentos ou atitudes que tínhamos de outro serviço para aqui. [...] (...) permitir-se a ele próprio alterar comportamentos.

Esta capacidade de mudança, está intimamente associada à capacidade em lidar com contextos emergentes, de gravidade e instabilidade constante, pois o inesperado faz parte da rotina destes serviços.

Podemos verificar que os cuidados em UCI, além de tecnicamente elaborados, necessitam que os enfermeiros desenvolvam estratégias de resposta às situações com que se deparam. Desta forma, o cuidar em UCI requer muito do enfermeiro, quer a nível físico, pelo desgaste constante em termos da existência de turnos rotativos ou manifestação de situações inesperadas, quer a nível mental, pelo facto dos doentes se encontrarem em estado crítico, ou do seu estado se encontrar em constante oscilação, quer a nível emocional, pelo contacto com situações de doença grave, sequelas ou mesmo situações de morte eminente, com a família do doente e, por vezes, até na similitude com a vida pessoal.

Nesta mesma linha de pensamento, Christensen e Hewitt-Taylor (2006) referem que a prática de enfermagem é complexa e imprevisível, porque lida com pessoas. Num

ambiente de cuidados intensivos, a complexidade como a imprevisibilidade é consideravelmente muito maior, conforme se pode constatar do discurso de E2,

Por exemplo: entra um doente na UCI, é preciso entubar, porque entra em insuficiência respiratória; a seguir as tensões descem, vamos ter que meter uma artéria; a seguir temos que administrar uma noradrenalina porque ele não está a responder, o doente não está a urinar, temos que lhe por um soro, a seguir uma furosemida e, as tensões que não estão a subir, e isto, a um só doente em que muitas vezes até nos esquecemos de almoçar e lanchar porque andamos ali à volta dele!

No entanto, as experiências com que os enfermeiros se deparam, permite algum à vontade e segurança na gestão do inesperado.

Voltando atrás àquele doente que eu nunca imaginei o desfecho, foi pela patologia em si, era uma pancreatite. Depois até estava a falar com o médico acerca deste caso e, ele dizia-me que aparecendo um sinal cutâneo característico deste problema, seria um caso de muito mau prognóstico. Não entrei em pânico, sou uma pessoa calma. Claro está que a experiência acumulada ao longo destes anos todos dá-nos um à vontade e uma segurança para lidar com as situações... consigo controlar bem o stress. Neste momento, nada me mete medo! (E6)

Dos discursos emerge que o cuidar da pessoa em situação crítica exige discernimento na prioridade do cuidado e rapidez de ação.

Balsanelli, Cunha e Whitaker (2009) referem que em UCI os ambientes são dinâmicos e interativos e os enfermeiros são sujeitos a elevados níveis de carga de trabalho. Neste sentido, as decisões em termos de cuidados de enfermagem, necessitam ser assertivas e rápidas. Toda a instabilidade vivenciada aquando do tratamento de um doente em UCI exige do enfermeiro capacidade de decisão, tal como nos relata E2,

(...) tem que ter o discernimento de perceber o que é urgente do não urgente.

Esta capacidade de tomar decisões é no discurso de E3, uma situação constante.

(...) aqui temos muitas técnicas que coincidem com momentos críticos e temos que ter a percepção de todos esses momentos e agir de imediato e saber o que é que temos de fazer a seguir! (...) A minha intervenção vai sempre de acordo com o que é emergente fazer, o que é prioritário fazer, e depois, é uma questão de estabilizar o doente. A partir

do momento em que ele está estável, então é sistemático, depois é uma situação normal. Temos é que definir o que é prioritário, o que é vital naquele momento, intervir e satisfazer. Depois, flui normalmente.

Outra das características que emerge destes enfermeiros é manter o controlo da situação.

(...) primeiro lugar, manter a calma e respirar fundo, e pensar o que é que eu tenho que fazer primeiro! Depois, habitualmente também temos tudo aqui à mão: temos carros de emergência, temos um médico, temos os outros dois colegas. Eu não vou dizer que não é um serviço stressante, porque é! Uma enfermeira perita para mim, tem que fazer bem, ou seja, fazer depressa mas bem, prevendo tudo e mais alguma coisa, sabendo, justificando,...! (E4)

Os enfermeiros peritos tentam agir antes da situação crítica se instalar, tendo emergido como subcategoria a capacidade de antecipação.

A capacidade de observação que estes enfermeiros desenvolveram assim como a capacidade de avaliação holística da pessoa em situação crítica/família permitiu-lhes a identificação precoce de alterações no estado do doente, permitindo assim, uma resposta mais rápida à situação adversa evitando o agravamento do seu estado de saúde. No discurso de E4, é possível constatar que os pequenos sinais são relevantes para antecipar a intervenção.

(...) chegamos a um ponto da nossa vida profissional em que também ao mais pequeno pormenor, ao mais pequeno detalhe, nós já estamos alerta para prevenir eventuais situações de emergência. Eu posso-lhe dizer que raramente, eu presencio uma paragem cardiorrespiratória no serviço, porque antes de acontecer, nós vamos antecipando as medidas para evitar que isso aconteça! (...) nós temos que ver que embora tenhamos um médico 24 horas por dia, não é ele que está ao pé do doente as 24 horas por dia. Somos sempre nós! À partida, somos sempre nós ou normalmente somos sempre nós que detetamos o primeiro detalhe que podem originar situações mais problemáticas. Mas acontece várias vezes: aquele dreno que começa de repente a drenar em abundância, em que nós alertamos o médico para fazer um hemograma e verificamos que a hemoglobina baixou muito e às vezes, são problemas da cirurgia internamente, como ruturas, deiscências, disto e aquilo... e vai o doente ao bloco...e se previne ali uma situação mais grave, isso é muito frequente! Não digo que sou eu, somos todos no geral!

É ainda possível observar que os enfermeiros têm memória das situações significativas. E3 refere,

Recordo-me de um doente que estava a sangrar, teve uma perda sanguínea até relativamente pequena, mas tive aquela sensação de que o doente não estava bem, precisamente pela relação que nós estabelecemos, com o doente acordado, porque, o doente em estado comatoso tem outro tipo de sinal! Mas, aquele doente até estava acordado, e ele, em duas horas teve uma drenagem hemática de 200 ml. A cor do sangue era muito clara e não era o habitual. O doente estava inquieto, com mal-estar, mas calmo e sossegado. E, eu então, era durante a noite, liguei ao médico e disse-lhe: o Senhor X, não está bem, que era melhor vir vê-lo. Já tinha colhido os sangues e queria que o doutor viesse vê-lo porque realmente achava que devia intervir. E, de fato, o doente tinha uma artéria a “babar” e foi para o B.O de urgência. E pronto, o alento foi que o doutor chegou ao pé de mim e, disse: você salvou o doente!

Para cuidar a pessoa em situação crítica há necessidade de estar atento a todos os pequenos detalhes, de forma integrada. É nesta linha de pensamento que emerge a categoria: **atenção total**.

Como refere Wilkin (2004), uma dimensão essencial e básica da prática clínica dos enfermeiros em UCI, é o serem capazes de colocar o *focus* do cuidado nas necessidades específicas de cada doente crítico, mobilizando a tecnologia para um cuidado holístico.

Frota [et al] (2015) referem que os enfermeiros ao prestarem cuidados aos doentes de alta complexidade, envolvem-se, realizam-se e aprendem a exercitar o seu compromisso, favorecendo estreita relação com o doente e, conseqüentemente, contribuindo para a assistência de qualidade.

Desta forma, os cuidados de enfermagem são sustentados numa atenção integral das necessidades das pessoas em situação crítica e famílias, visando todos os aspetos da vida humana, inclusive o emocional, pois a condição de internamento deixa o doente e a família com os sentimentos de insegurança e ansiedade, devido à perda da autonomia no autocuidado. No discurso de E3, é visível a importância da intervenção de enfermagem à família da pessoa em situação crítica.

Damos informação à família, acolhemos a família, satisfazemos a família (...) O nosso contato com a família é totalmente diferente do internamento: nós temos que estar mais atentos às necessidades dela, do que propriamente no internamento em que estão muito mais atentos às necessidades dos doentes, e procuram o enfermeiro, por isto, por aquilo...Mas aqui não! Aqui nós aproximámo-nos da família, enquanto, no internamento é

a família que se aproxima de nós. (...) Mas com o doente também crio alguma empatia, só que, eles ainda têm efeito da medicação e raramente se lembram de nós. (risos)

Esta atenção total, também é percebida no discurso dos peritos pela centralidade dada à pessoa doente, em toda a planificação e organização dos cuidados, na sua singularidade, porque é para “aquela” pessoa e em função da avaliação, que o cuidado será prestado, mobilizando-se para o efeito os diversos saberes que a especificidade clínica da situação exige. Sempre que possível, os enfermeiros envolvem a família ou a pessoa mais significativa para aquele doente. Esta atenção engloba a necessária observação e monitorização de todos os parâmetros, permitindo adequar as alterações em caso de necessidade, tal como nos reportam alguns peritos:

(...) nós tentamos reconhecer se o doente tem dor, se está confortável...simplesmente olhando para o doente ou verificando uma ou outra alteração dos parâmetros, começando a colocar as hipóteses e ir descartando as hipóteses, porque não temos um doente que diga: olhe, dói-me isto ou aquilo! Excepcionalmente, temos doentes conscientes, acordados numa fase final, e aí tudo bem, temos a colaboração dele, mas na fase crítica em si, vamos ter que decidir por ele! (E5)

Para E2, esta avaliação sistemática e contínua envolve as dimensões intencionais e não intencionais da pessoa.

Quando vou para junto dele, tenho que verificar como ele está, ver tudo e tudo conta: a nível do aspeto físico, psíquico...embora haja cuidados prioritários, mais do que o aspeto físico: temos que ver soros, a hemodinâmica do doente. Depois temos que o pôr bem, confortável; perguntar-lhe como ele está; se tem dor ou não; se está bem assim se não está (...); É já quase uma rotina em que já chega lá e, olhamos para o doente como um todo. Nós não vamos lá só para ver isto ou aquilo. Não! Mas sim, observamos o doente na globalidade. (...) Quando os doentes estão acordados, nós falamos com eles mas ao mesmo tempo já estamos a ver tudo. Também temos que ver o doente a nível hemodinâmico, se está bem, se tem tendência para a hipotensão ou para a taquicardia, pese embora, as colegas transmitam na passagem de turno. Nós já estamos a ver aquilo tudo!

Nesta área temática, outra das categorias que emergiu foi a de **consultor**.

Frota [et al] (2015) defendem que, no contexto específico das UCI, além da função de coordenar a dinâmica de trabalho, o enfermeiro assume o papel de elo entre o doente e a equipe multiprofissional, mediando as relações interpessoais no ambiente de trabalho, o

que exige, para além de outros requisitos: fundamentação teórica, liderança, iniciativa, maturidade e estabilidade emocional.

Como enfermeiros peritos, assumem muitas vezes um papel de consultadoria no apoio a colegas mais inexperientes, na supervisão clínica e na revisão dos conhecimentos ao nível do grupo e do serviço, na identificação das suas próprias necessidades de formação, de forma a manter a sua especialização, sendo responsáveis pelo seu desenvolvimento profissional. Nesta categoria, uma das subcategorias que se identifica é a coordenação da equipa.

Benner [et al] (2009) afirmam que a perícia é fundamental para as funções não clínicas, como por exemplo, a coordenação dentro de uma equipa.

Os profissionais de enfermagem, são distribuídos por equipas de trabalho, tendo em atenção na sua constituição, a existência de enfermeiros experientes de modo a proporcionar o apoio necessário aos mais novos e promover cuidados seguros.

Os elementos coordenadores das equipas, para além da prestação direta dos cuidados a dois doentes, desempenham funções acrescidas de gestão e organização, nos turnos em que a enfermeira chefe e/ou enfermeira responsável não estão presentes.

No seu discurso, E1 dá-nos conta do papel de gestor de cuidados e a importância do seu contributo para o aperfeiçoamento das práticas assistenciais.

(...) conseguir integrar conhecimentos de gestão que permitam olhar mais além. Muitas vezes pensamos que é o chefe que tem que fazer a gestão, mas sob o meu ponto de vista não lhe compete só a ele. Este enfermeiro não tem que liderar a gestão mas dar contributos para a melhoria. (...) conseguir no turno dizer: o meu doente, sem perder de vista os outros todos, naquelas áreas não posso ter a veleidade de conhecer os outros doentes ao pormenor, mas nos pontos críticos saber dizer: porque é que a colega não chamou e dizer à colega: olha não chamas-te o médico porque não é para agir, não é para fazer?! Conseguir coordenar os meus cuidados em tempo útil, mas não perdendo de vista o resto.

Assumindo a supervisão dos cuidados que presta e da equipa, leva à reflexão sobre a prática clínica e a importância da formação contínua. Neste relato apercebemo-nos do seu papel de formador no sentido de fomentar as melhores práticas cuidativas na abordagem à pessoa em situação crítica, de acordo com a atualidade do conhecimento neste domínio.

Na passagem de turno estávamos a discutir como reduzir as pneumonias associadas à EOT, que é um dos critérios deste projeto, e portanto a taxa tem que reduzir! Quando

vamos higienizar o doente não me posso esquecer de lhe lavar a boca antes de o mobilizar. De cada vez que o posiciono, há microoscilações do tubo que podem fazer com que haja aspirações e, conseqüentemente apareçam as pneumonias. E então diziam-me: eu faço sempre ou então uma outra dizia que fazia às vezes. Então eu respondia-lhe: fazes isso em função de quê? Com o teu tempo e não certamente com o objetivo de prevenir a pneumonia! (E1)

Para que a coordenação das equipas seja eficaz há necessidade de liderança.

A complexidade dos doentes/famílias e a necessidade de respostas adequadas do enfermeiro de cuidados intensivos, reforçam a necessidade do desenvolvimento de liderança. Camelo (2012) aponta que nesses ambientes, o enfermeiro tem a oportunidade de desenvolver e praticar a liderança, especialmente porque as situações vivenciadas são reais e imperiosas, exigindo compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gestão de forma efetiva e eficaz.

O enfermeiro líder busca alcançar objetivos comuns com mais facilidade, implementando ações, as quais são discutidas com outros membros da equipa multiprofissional. O bom relacionamento e feedback entre esses membros permite uma relação mais encoorada e política, com melhores garantias de resolução dos objetivos (Frota et al, 2015).

Para Prado e Cañete (2010) um líder é uma pessoa carismática, capaz de tomar uma decisão acertada e de inspirar os outros, é visível no grupo e conhece o propósito da sua intervenção. Um bom líder deve conhecer entre o correto e o que não é, deve detetar as necessidades dos demais, aceitar a crítica e procurar a melhoria constante do seu desempenho. Deve ser capaz de reconhecer as habilidades e limitações dos outros e motivá-los, fazendo-lhes ver os seus talentos como úteis para um determinado fim. Segundo as autoras (idem), a palavra líder, faz referência a uma pessoa que conta com um conjunto de características específicas, qualidades, habilidades, valores, conhecimentos, experiências e faculdades próprias.

Para ser líder é essencial a capacidade de assimilação e de adaptabilidade a diferentes contextos, a capacidade de expressão, ou seja, devem ter habilidade de convencer os seus seguidores, a capacidade de manter o controlo e de saber atuar em situações difíceis, a capacidade de motivar e de tomar decisões (idem, ibidem). Existe também um conjunto de valores e virtudes pessoais que fazem da pessoa um líder, como sejam: fidelidade, imparcialidade, objetividade e equidade, sensibilidade em relação às pessoas e situações, modéstia, escuta; bom senso, proatividade, maturidade pessoal, inteligência emocional e ideológica, ser criativo, com originalidade de ideias, com novas soluções para os problemas.

Prado e Cañete (2010) finalizam dizendo que o processo de liderança pode ser aprendido. Assim, as qualidades de líder podem aumentar ou potencializar, contribuindo indubitavelmente para o seu avanço e consolidação.

Para Backes [et al] (2008) para um cenário de crescentes, profundas e complexas mudanças na saúde, o enfermeiro deve posicionar-se de forma aberta e sensível para acompanhar a evolução e adequar-se a novos desafios organizacionais, administrativos e assistenciais.

Estes enfermeiros peritos aprenderam a exercer a sua liderança no grupo, assumindo-se como líderes. São traçados nos discursos dos enfermeiros, algumas características que consideram importantes no seu perfil. Para E4,

Este enfermeiro perito (...) tem que ser dinâmico, tem que ser mobilizador da equipa, tem que ser um bocadinho líder, tem que ter conhecimento das situações que podem ocorrer e que ocorrem, de tudo, nomeadamente das situações críticas e urgentes com vários diagnósticos...!

O líder é alguém que consegue mobilizar uma equipa e que inspira confiança.

[...] há sempre alguém que se destaca e comanda, por isso, nós vamos sempre atrás. (...) Assumo, várias vezes o papel de líder! Eu acho que as pessoas já estão à espera que eu assuma. (risos) Também é um bocado a minha personalidade. As pessoas já me conhecem e estão à espera que eu fale, em várias situações! É um assumir natural...! (...) outras vezes é outra colega, mas vamos sempre atrás, e, trabalhamos muito bem. (...) Por isso, quando temos um bom líder e que nos conduz, aí estamos tranquilos. (E3)

O fato de os enfermeiros estarem envolvidos na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, pode resultar em sobrecarga de trabalho e, principalmente, de atividades administrativas. Em algumas situações, o líder tem necessidade de impor autoridade. É notório pelo discurso de um perito que as atividades de registo documental sobressaem no processo de trabalho dos enfermeiros, mas são fundamentais para o sucesso do cuidado.

Os colegas dizem: passas a vida a pedir-nos mais coisas! Passo a vida a pedir-lhes para higienizar as mãos; passo a vida a pedir-lhes para preencherem mais um papel [...] Como tudo na vida, pode ter várias conotações mas reconhecem-me esse perfil, pois pedem-me muitas orientações. (E1)

É notório dos discursos que em diferentes situações haverá diferentes líderes, sendo uma das características do perito. Outra das características é que são modelos de cuidados.

Os enfermeiros peritos não são difíceis de serem identificados, pois dão opiniões clínicas ou gerem situações complexas de forma exemplar. São também consultados por outros enfermeiros e podem ser eficazes quando se pede uma avaliação médica ao detetarem precocemente algumas alterações clínicas (Benner et al, 2009).

Phipps (2003) refere que o objetivo principal do enfermeiro em cuidados intensivos é prestar cuidados de qualidade a doentes em situação de falência eminente das funções vitais, atendendo especificamente às necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais do doente como um ser integral.

A instabilidade dos doentes, as co morbilidades, doenças raras ou a incorporação sistemática de novas tecnologias exigem a atualização permanente do enfermeiro. Este contínuo aperfeiçoamento é preponderante para o significado que será atribuído ao cuidar do enfermeiro na UCI, constituindo-se num valor, uma vez que é indissociável da importância que é dada ao profissional nesta área de cuidados (Frota et al, 2015).

O reconhecimento do valor dos enfermeiros peritos nas equipas de saúde é inquestionável. Todos os dias, de variadíssimas formas, sentem que atribuem valor ao seu cuidado e reconhecem a sua diferenciação dentro das equipas de trabalho. É o reconhecimento pelos outros como modelo de cuidados.

Nós vamos recebendo sempre reconhecimentos diariamente. Eu não vou dizer que essa mudança aconteceu a partir do momento em que me colocaram como responsável de equipa. Quando foi isso? Já não me lembro! (risos). (E3)

E4 sintetiza estas ideias quando refere,

Ele torna-se perito, não porque ele se considere, mas porque, os outros o reconhecem como tal, pois é no dia-a-dia que essa “personagem” se vai fazendo. (..) Eu vejo muito assim: eu tenho as minhas referências, as mais antigas, onde eu procuro apoio. Portanto, eu hoje acho que também sou referência para outros colegas!

São estes enfermeiros, que lideram equipas e se constituem modelos na prática de cuidados, que frequentemente são chamados à supervisão clínica de pares.

A OE (2010) refere como competências do supervisor clínico, a motivação, o interesse e a disponibilidade em ajudar no processo de desenvolvimento pessoal e profissional do supervisionado, constituindo-se como suporte e apoio para o mesmo. Podem ser identificadas competências na prática clínica, que se relacionam com o facto de o

supervisor ser um perito na área, assim como na área da tomada de decisão, na comunicação e na identificação e resolução de problemas, mantendo-se flexível na gestão das situações. O supervisor deve aceitar o outro na sua individualidade e diferença, estabelecendo relações empáticas com os supervisados.

Estes enfermeiros, para além de serem aceites e reconhecidos pela equipa, também são consultados, tendo em consideração a sua perícia em áreas específicas.

(...) se eu fizer uma sugestão, se eu fizer uma chamada de atenção, as pessoas reconhecem-me valor. Vêm procurar respostas face às suas dúvidas acerca dos doentes e cuidados. (...) Sou muitas vezes responsável de turno e também sem o ser, solicitam-me pela questão do aplicativo informática, a questão da técnica do penso: vamos fazer assim, vamos fazer assado! São normalmente os mais novos e não propriamente os mais velhos. Respondo a várias solicitações, propostas de formação (...) ! (E1)

De uma forma crescente, a supervisão clínica de enfermagem (SCE) tem vindo a ser considerada como uma ferramenta fundamental para a manutenção de um ambiente propício à prestação de cuidados de qualidade. Esta tem o potencial de conferir aos serviços de saúde, a propriedade de se tornarem contextos de excelência, modelos de um cuidar centrado no cliente, através da motivação ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros (Tavares, 2013).

No contexto desta UCI, estes peritos ocupam um papel relevante na orientação e supervisão dos colegas, ou no acompanhamento de estudantes. Promovem um bom ambiente de trabalho e exigem cuidados de excelência, transmitindo um sentimento de segurança e apoio sistemático a colegas mais inexperientes. É neste sentido que se expressa E2:

Eu vejo, quando integro algum enfermeiro que ele se sente mais à vontade em perguntar-me coisas do que outro colega meu. (...) pelo menos os outros dizem: eu gosto de trabalhar contigo; eu gosto de trabalhar na tua equipa! E isto é porque eu dou bom ambiente, tenho qualidades (...)! Nós achamos, como já vimos e passamos por tanta coisa, que somos peritos, pois sabemos as coisas e ajudámos os mais novos a perceber o que se está a passar, naquelas situações mais difíceis em que eles não conseguem resolver, porque não têm tanta experiência.

O acumular de experiências permite que se vá desenvolvendo a perícia na supervisão, e na integração de colegas, conforme nos refere E1,

Quem vem com uma experiência de avaliação do doente o que nós fazemos é formatar esta experiência. Quem nunca a teve, tudo é complicado, tudo é confuso. (...) A pessoa que veio da escola, inicialmente trabalhamos com ela por exemplo: tirar sangue, porque ela não tinha treino nenhum, nenhum mesmo!. Investimos de uma forma diferente, para quem vem de outro serviço, porque eu não vou ensinar como colocar uma sonda nasogástrica. Vou sim ensiná-la a olhar para o doente e o modo como avalia o doente.

Neste processo de supervisão, o que se visa é a excelência do cuidado.

Tentamos de fato, passar um modelo de exigência no cuidado ao doente crítico. (...) Quando a gente ensina, temos que ensinar como se fazem as coisas bem-feitas, porque quem aprende, integra o que lhe transmitem. Depois até pode fazer de outra maneira, mas temos que ter bons modelos para sermos bons enfermeiros. (E2)

É neste ambiente de interação com o doente, a família e a equipa multidisciplinar, que se desenvolvem competências que levam ao reconhecimento dos peritos, no entanto, para tal, há necessidade de ter/procurar oportunidades e de assumir novos papéis.

As evidências da performance clínica dos enfermeiros conduzem à visibilidade e reconhecimento do valor destes peritos, não só dentro do seu contexto mas igualmente fora dele. A sua capacidade de gerir a interface do cuidado dentro do contexto da especialidade, a capacidade de gerir um serviço, fornecendo cuidados de alta qualidade baseados na evidência clínica, a participação nas políticas multidisciplinares do serviço, a sua proatividade em participar em estudos, de forma a avaliar a eficácia do serviço, a sua participação ativa em projetos de investigação no seu âmbito clínico, são oportunidades que decorrem da qualidade dos seus percursos profissionais. É neste sentido que se expressa E1,

Eu fui responsável durante muito tempo como formadora de serviço, foi o cargo que me puseram (...) Foi também deslocada para outros projetos para fazer outras coisas no âmbito da saúde!

Também E2 se refere ao envolvimento contínuo em grupos de trabalho.

(...) sempre pertenci a grupos de trabalho. (...) Nós nunca precisamos de dizer: eu quero pertencer, porque sempre estivemos! Começou desde muito cedo este processo. Sempre pertenci ao grupo da infeção, por exemplo. Já não me lembro se na altura tinha sido

chamada ou não, mas já estou há anos no grupo da infeção. Acabo por ser já uma referência lá no serviço!

A perícia que é desenvolvida no contexto da UCI, é mobilizada para outros contextos, e para a formação de pares ou de outros profissionais.

(E6) Eu dou muita formação quer no Hospital, mas muito mais fora! Essencialmente o Suporte avançado e básico de vida. Dou muita formação no exterior a nível do Suporte básico, primeiros socorros e formação integrada nos cursos para assistentes operacionais (...).

Estes enfermeiros caracterizam-se também pela proatividade e pela procura de oportunidade.

(...) em termos institucionais, sempre que eu precisei nunca me foi vedada a possibilidade de querer fazer o que quer que fosse. (E3)

Sendo um processo em constante evolução, ainda que pudesse ser mais aproveitado.

Acho que tenho muito mais para fazer! Não estou só a falar da enfermagem, no cuidar do doente, a enfermagem não é só cuidar do doente, é muito mais, muito mais! Cuidar de alguém que está sob os nossos cuidados, mas nós temos que estar preparados para tudo! (...) nós, como elementos de uma equipa e responsáveis que somos, que espelha o bom trabalho da enfermagem neste país, porque somos, não temos um papel tão interventivo quanto deveríamos ter no hospital. (E3)

Estes peritos, ao assumirem diferentes funções na instituição, procurando e aproveitando oportunidades para promover o seu desenvolvimento profissional e a qualidade dos cuidados, demonstram o seu envolvimento na procura da melhoria contínua.

Outra categoria que sobressai da análise dos dados é o **envolvimento**.

Correia (2012) advoga que, para uma adequada intervenção clínica à pessoa em situação crítica, para além dos atos técnicos executados corretamente, e de forma diferenciada, são ainda necessárias dimensões humanistas do foro relacional simples ou complexo. Desta forma, o cuidado só terá verdadeiro sentido e significado, se o enfermeiro assim o desejar, dependendo dos conhecimentos mobilizados, da intencionalidade, do empenho e do desejo que cada um imprime à sua atuação.

A sua verdadeira implicação no cuidado é refletida diariamente de múltiplas maneiras, que muitas vezes, se resumem a coisas simples, como por exemplo: no alívio da dor, no proporcionar conforto e bem-estar, na comunicação estabelecida com o doente/ familiar, através da escuta, do incentivo, da explicação e da compreensão.

Desta forma, para que o cuidado tenha significado para a pessoa e para o profissional, é fundamental a presença.

Ser presença, é uma forma de estar próximo e disponível, mas também uma forma de ser solidário, de oferecer segurança e compreensão. Por vezes, exige paciência e persistência (Lopes, 2006).

Benner (2002), Wilkin (2004) e Williams (2005) sobre a prática dos enfermeiros com pessoas em situação crítica em cuidados intensivos, em que a comunicação encontra diversos constrangimentos, mostram que as enfermeiras desenvolvem várias estratégias para “*knowing the silent patient*”, e podem minorar essas dificuldades desenvolvendo a sensibilidade e atenção, ao doente/família, potenciada pela permanência e proximidade dos cuidados. O estar presente na ótica dos entrevistados é ir conhecendo a pessoa doente, sendo a família importantíssima em todo o desenvolvimento do processo e que necessita ser acompanhada, informada e ouvida, integrando o plano terapêutico do doente. Essa ação é da responsabilidade do enfermeiro, que é vista por alguns dos participantes do estudo como integrante das intervenções e cuidados planejados. Neste sentido expressa-se E3,

(...) temos um bom acolhimento da família e a mesma conosco sente-se segura e acolhida, pois é essencialmente a mensagem que nos transmitem. Sentem que realmente que são bem acolhidos e que têm os familiares muito bem entregues e, sentem-se seguros. (...) A família e os doentes às vezes procuram-nos. Há sempre um enfermeiro que têm como referência e há doentes que nos vêm visitar depois de saírem e procuram por nós. É porque chegamos lá!

E6, descreve o processo como desenvolve o contato com o doente, dando ênfase à relação.

Normalmente, quando chego à beira deles, apresento-me e tento desenvolver um relacionamento empático com eles. Eu acho que, mais importante que tu faças bem um penso ou outra coisa qualquer, é imprimir em tudo o que fazes, o teu lado humano. Eu não me identifico nada com o tipo de funcionário público, que uma vez vi numa publicidade, em que ele dizia assim: PRÓXIMO!; Eu quando estou a cuidar da pessoa, gosto do que estou a fazer!

A presença caracteriza-se pois como estar com todos os sentidos.

Sendo a Enfermagem uma profissão de relação, há necessidade de cuidar o doente/família na globalidade, sendo fundamental a capacidade de comunicação.

A relação entre enfermeiro e doente deve ser marcada pela autenticidade na comunicação, escuta ativa e empatia (Pontífice, 2013).

O desenvolvimento de competências no domínio da comunicação é essencial para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, uma vez que, este apresenta muitas vezes, barreiras que limitam o seu processo de comunicar, dificultando a gestão de sentimentos e a expressão de necessidades. A pessoa em situação crítica está muitas vezes sob o efeito de ventilação invasiva, monitorização hemodinâmica, perfusão de analgesia e de sedativos, que visando a recuperação das suas funções vitais, algumas vezes diminuem o estado de consciência. Quando a sedação é reduzida, ou suspensa, o doente fica consciente, percebendo que se encontra num ambiente estranho, rodeado de tecnologia e de pessoas que lhe são desconhecidas, não tendo, na maioria das vezes, lembrança do que propiciou o agravamento da sua condição de saúde e do local onde se encontra. O doente experiencia sentimentos como ansiedade, confusão, insegurança e medo face ao desconhecido (Swearingen e Keen, 2004). Estas emoções são potenciadas por outra dificuldade que consciencializa, nomeadamente a impossibilidade de utilizar a comunicação verbal, pela presença de um tubo endotraqueal ou traqueostomia sem cânula fenestrada (Urden, Kathleen e Lough, 2008).

O processo de conhecer e saber como interagir com a pessoa doente, com compromisso na comunicação, bem como, as suas famílias, é um trabalho que exige grande disponibilidade e motivação, assente no acreditar que, melhorará substancialmente a qualidade do bem-estar para o doente/família e assegura outra proximidade no cuidado. Esta é uma das áreas com que os enfermeiros se confrontam frequentemente.

(E6) Eu comunico com o doente sedado, só não tenho é feedback. Considero este aspeto muito mais complicado! Acabo por fazer as coisas da mesma maneira...mas eu gosto de falar com as pessoas; lançar “farpas” às pessoas, gosto de as espreitar e o doente sedado, não me permite isso! Já tive doentes que se lembram enquanto sedados, de nós a falarmos com eles e com outros doentes em redor. Decerto, é uma coisa que devíamos fazer mais!

Por outro lado, na relação com o doente/família, os enfermeiros procuram que a comunicação seja assertiva e eficaz.

(E4) Eu tenho aquela ideia de que as pessoas me acham disponível, simpática e educada. Uma preocupação que eu tenho é que as pessoas me percebam! Eu acho que há pessoas muito complicadas, não se fazem entender com facilidade e muitas vezes não querem se fazer entender! A preocupação que eu tento ter é que aquela pessoa me entenda, rapidamente! Tento muito adequar a minha linguagem ao tipo de pessoa que eu tenho à minha frente, que normalmente, não vou dizer que julgo ou faça logo um julgamento, mas normalmente nós percebemos se aquela pessoa vai entender os termos técnicos ou não.

Em síntese, parece que sem comunicação não há cuidado, e para tal, a comunicação tem de ser eficiente.

Julgamento clínico intuitivo é uma das características do perito, que emergiu como categoria dos discursos dos enfermeiros.

Benner [et al] (2009) defendem que as pessoas que os enfermeiros cuidam, apresentam padrões que os peritos aprendem a reconhecer de modo imediato e global.

A perícia incorpora uma abordagem intuitiva e uma tomada de decisão fundamentada na evidência. No contexto de cuidados agudos, esta prática depende da variação clínica do doente, pelo que exige uma capacidade de ajustamento permanente (Benner e Chelsea 1999 citado por Day, 2009).

A intuição permite ao perito determinar o que é relevante numa dada situação. Frequentemente, a intuição e cálculos racionais trabalham em conjunto, o que permite o entendimento completo da situação, quando a tomada de decisão é complexa (Blum, 2010).

Tornou-se evidente a capacidade de julgamento clínico intuitivo dos peritos em estudo.

A gente já está tão habituada que já sabe quando é que o médico é importante. Por exemplo: há doentes que têm uma hipotensão de 90/50 mmhg, têm bradicardias de 40 bat/min, que estão com betabloqueadores e, que não é importante! Mas se nós temos um doente com insuficiência cardíaca, que ande sempre nos 100 bat/min e que depois vem para 40 bat/min, temos que chamar o médico imediatamente, pois de certezinha que alguma coisa não está bem (...) assim como se tivermos um doente que habitualmente anda com valores tensionais na ordem dos 160mmHg e depois vai para 80mmHg, eu tenho que chamar logo o médico. Outros casos, não. Um doente que tenha tensões arteriais de 120 mmhg e ficam com elas a 180 mmHg e agitam, às vezes não é preciso chamar o médico. Já conseguimos diferenciar. (...) Nos doentes que ficam mal adaptados

ao ventilador, nós já conseguimos perceber se é problema da máquina ou se é problema do doente que está a piorar, se ele está a fazer um pneumotórax...Já conseguimos diferenciar estes aspetos. Antigamente, quando fui para lá não, era mais difícil, mas agora consigo com toda a segurança e facilidade. (E2)

São frequentemente pequenos sinais que passam despercebidos ao iniciado, e que o perito, com facilidade, consegue identificar e intervir antecipadamente, de forma a melhorar o resultado.

Já aconteceu de receber doentes cujas perfusões estavam mal, no sentido de poderem provocar a morte para o doente. Faz parte da minha responsabilidade a verificação e ter toda a atenção nestas coisas. Por acaso, apercebi-me logo de imediato, que alguma coisa ali não estava bem! A maior parte dos doentes têm CVC e, antes de perceber bem o que se estava a passar, fui fechar todas as perfusões, porque é aquela sensação: o doente chega, olhamos imediatamente para as perfusões, olhamos para o doente, e diz-se: alguma coisa não está bem aqui! (E5)

Esta é uma das características mais evidenciadas na literatura. Os peritos com base nas suas experiências prévias conseguem identificar sinais que permitem intervenções eficazes em tempo útil, ultrapassando passos da decisão clínica, mas não pondo em causa a segurança e a qualidade dos cuidados. No entanto, os peritos não reduzem os seus juízos à experiência clínica, sendo que investem na formação e procuram incorporar na prática as melhores evidências. É neste sentido que, dos discursos emerge a categoria **prática baseada na evidência**.

Uma unidade de cuidados intensivos é um local qualificado onde é possível, assumir a responsabilidade pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais. Nestas unidades, o enfermeiro especialista deve desenvolver um papel diferenciado, baseando a sua praxis clínica especializada, em conhecimentos teórico- práticos, em conformidade com a evidência científica. Esta forma de cuidar, permite ao enfermeiro especialista gerir adequadamente recursos, atendendo às situações e ao contexto, visando sempre a otimização da qualidade dos cuidados.

Para que o conhecimento científico seja incorporado na prática é importante a sua difusão, pois, conforme Amendoeira (2006) a forma como os profissionais estruturam o conhecimento a partir das suas fontes e como usam esse conhecimento no quotidiano, é determinante.

Denota-se que a excelência dos cuidados dos enfermeiros peritos é perspectivada no dia-a-dia, no confronto com as situações vividas. A perícia encarada como um processo requer um aperfeiçoamento progressivo e contínuo das suas práticas sustentadas numa atualização contínua do conhecimento, sendo referido por E4,

Quando você demonstra que sabe o porquê das coisas, as consequências que normalmente leva a determinada situação, aquela envôlvência toda, acho que isso é que o vai tornando perito. (...) Com alguma leitura, com alguma atualização de tudo o que a gente aqui faz: desde as normas que vão sendo atualizadas (...) Este enfermeiro perito é alguém autónomo, competente, sem dúvida!

A evidência científica é fundamental para o desenvolvimento da disciplina e para a qualidade dos cuidados, no entanto, é necessário a reflexão sistemática, na e sobre a ação. É neste contexto que emerge a categoria **prática profissional reflexiva**.

O desenvolvimento da competência profissional, concretiza-se num processo de experiência refletida da prática, baseando-se na diversidade e quantidade de casos únicos, com os quais o enfermeiro é confrontado. Ao fazê-lo, Schön desvaloriza o contributo de uma formação profissional com organização escolar (Schön, 1998 citado in Queirós, 2015).

Na opinião de Benner [et al] (2009) a reflexão que fazemos em torno das aquisições de competências é construída e “sustentada”, no sentido em que alimenta, nutre, permite novos olhares sobre as coisas e novos modos de elaborar o conhecimento.

A prática dos enfermeiros peritos é sustentada na reflexão das experiências vividas no seu contexto laboral. Do acumular de experiências no cuidado à pessoa em situação crítica conseguem mobilizar e articular vários saberes e domínios de ação.

Nesta categoria emerge a subcategoria **sistemas de informação**.

Paiva (2006), que introduziu e desenvolveu o estudo do sistema de informação em enfermagem, bem como, a sua aplicação em Portugal, retomou de Drucker (1993) o conceito de “trabalhador do conhecimento”, e advoga que os enfermeiros “encaixam” no entendimento deste conceito, uma vez que usam conhecimento teórico e analítico, e requerem suporte das soluções informáticas para armazenamento de dados clínicos, tradução em informação e ligação a diferentes domínios de conhecimento com agregação de informação.

Grande parte destes enfermeiros peritos utilizam vários sistemas de informação, nomeadamente, o “SClinico”, como uma ferramenta auxiliadora para a prática clínica e nunca como comprometedora, na medida em que facilita o registo, a compreensão de

uma linguagem comum, e promove o raciocínio e a reflexão sobre as práticas. É neste sentido que se expressa E3,

Quando começou a difundir-se a aplicação da CIPE, esse método ajudou-nos a orientar muito mais a nossa prática. Sem dúvida, e também a sistematizar muito mais a nossa intervenção. Anteriormente, o nosso método de abordagem ao doente, era praticamente o mesmo, mas não tão documentado. (...) Tivemos algumas reformulações, mas acho que foi geral, mesmo em termos de construção de diagnósticos, por isso, este é um momento em que nós estamos a adaptarmo-nos ainda, mas que de fato, traz benefícios e ajuda-nos a perceber muito melhor a prática de enfermagem.

Também E6, identifica vantagens nos suportes informáticos.

Muito facilitador. Quando foi a implementação do SAPE, nós fomos um serviço pioneiro. Sempre vi aquilo como uma mais-valia. Sempre vi tudo isso como uma técnica de resolução de problemas, facilitador nos cuidados à pessoa, e não o contrário, sendo igualmente acessível a todos os grupos profissionais, e isso é muito importante. Coisa que até aí, não se conseguia fazer, quando tínhamos os registos em papel. Eu podia conseguir ler e perceber o que estava escrito ou não. Agora com o sistema informático toda a gente lê a mesma coisa, a linguagem é comum. Mas continuo a achar que em primeiro lugar está a relação humana, secundariamente a máquina!

No entanto, um deles queixa-se sobretudo da sobrecarga de tempo que consome a efectuar anotações frequentes dos dados do doente, que limitam o tempo para o cuidado direto ao mesmo. E1, ainda que identifique vantagens na utilização de suportes informáticos, queixa-se sobretudo da sobrecarga de tempo que consome a efectuar anotações frequentes.

Há muita gente contra o “SClinico” novo. Esta versão nova foi criada para o enfermeiro pensar, não é para chegar lá e fazer de cor. É para raciocinar e portanto, isso é sempre um desafio![...] não tem comparação com outros tempos, no entanto, gasta muito tempo – gasta-se muito tempo com o doente e o restinho que sobra, é para ali. E não deveria ser. Devíamos ter tempo para fazer faseadamente os registos, umas vezes por falta de método, outras vezes, por vamos tendo outras prioridades ao longo do turno. Mas eu posso gastar 20 min no início como no fim. É uma questão de método.

Embora os sistemas de informação trouxeram uma dinâmica diferente de registo no processo clínico abolindo o suporte de papel, na opinião de um perito, esta metodologia ainda não consegue permitir a descrição integral de todo o cuidado realizado à pessoa em situação crítica e sua família.

(E5) (...) o que está estandardizado, acordado e obrigatório, por si só, não é suficiente para descrevermos tudo o que fazemos (...) dando a noção de que há intervenções de enfermagem que ainda não são susceptíveis de registo.

Todo o cuidado de enfermagem deve ser sustentado no benefício para o doente e família, que se relaciona com a **postura e responsabilidade ética**.

Uma das principais questões bioéticas nas UCI está relacionada com a manutenção da vida. As pessoas com morte eminente, necessitam ser tratadas com dignidade e integridade, garantindo os direitos a uma morte digna, que recebam cuidados contínuos e que seja respeitada a sua autonomia. Para que isso ocorra, são necessários profissionais que respeitem princípios como a justiça, a beneficência, a não maleficência e a autonomia na prestação da assistência (Chaves e Massarollo, 2009).

Geram-se, com alguma frequência dilemas internos, em que o enfermeiro enquanto profissional se confronta com o exercício da sua competência, concretamente com o conhecimento ético e o seu referencial deontológico. São geradores de conflito, que suscitam a necessidade de promover mais reflexão, o diálogo e debate entre os diversos profissionais. O confronto com várias situações dilemáticas é perfeitamente notado pelo discurso de E5:

Eu penso que não se consegue estabelecer bem uma linha de transição entre o que é promover e investir para tentar salvar a vida do doente e a sua qualidade de vida futura pós essa situação, e entre, o prolongar um bocadinho a vida, porque a técnica está muito avançada, porque sabemos que a técnica por si só, não irá resolver, e aí, o doente poderá estar numa situação sem qualidade de vida.(...) estamos a entrar, naquilo que eu chamo de distanásia. Juntando as comorbilidades todas, mais fator idade, mais patologia, isso é igual a distanásia! (...) Não estou mais preparada, estou mais revoltada com o que se faz, se me está a falar da ética! Há muitas atitudes no serviço com as quais eu não concordo. No início, havia uma colaboração/ ligação entre a equipa médica com a equipa de enfermagem, e alguns casos eram debatidos entre as duas equipas e quem não concordasse com a diretiva a que se chegou...e eu cheguei a sair algumas vezes do serviço, porque não concordei com uma intervenção que iam ter com uma doente (...).

As questões éticas confrontam-se com dilemas éticos, nos quais a discussão na equipa é fundamental.

Quando um enfermeiro age, o seu agir reflete as suas virtudes e os seus valores, ainda que tenha o dever de cumprir com os valores universais e os princípios éticos da profissão (OE, 2009).

A competência dos enfermeiros na interação com os familiares é uma das componentes essenciais da qualidade dos cuidados de enfermagem, particularmente na pessoa em situação crítica. O trazer a família para o processo de cuidados, permite ao enfermeiro alargar a sua capacidade para interagir num sentido ético, que contemple as necessidades de informação, escuta e encaminhamento da família.

É notório a importância que estes peritos dão ao atendimento e acompanhamento integral das necessidades da pessoa em situação crítica e sua família. Normalmente, o doente (se consciente) e a família, reconhecem o enfermeiro mais pela sua disponibilidade, pela empatia que pela peritagem técnica. Portanto, este reconhecimento social, é sustentado nos valores humanos que sobressaem aquando a interação,

Acho que não avaliam o profissional de enfermagem pela negativa mas se lhe perguntarem quem são os enfermeiros bons, são os que têm maior contato com a família.
(E1)

Ao que E2 acrescenta,

A família mal sabe que o seu familiar vai para os cuidados intensivos, alguns, ao fim de um tempo até gostam, eles notam que nós damos muita mais atenção ao doente e até à família, a tudo!

Relatam alguns exemplos de cuidados que possam passar despercebidos aos cuidadores, mas para o doente são promotores de bem-estar físico e psicológico, pois dada a sua condição clínica, passam grande parte do internamento retidos no leito.

(E2) Temos que ter brio profissional. Se a gente tem que fazer, então, temos que fazer bem feito. Nem que o dia comece mal, o que temos que fazer tem que ser bem feito. Não suporto ver uma cama suja de sangue! (...) eu presto sempre o meu melhor! Quando estou perante um doente, estou convicta que lhe vou prestar os melhores cuidados.

É também do domínio ético, o ponderar do equilíbrio entre as normas e as situações das pessoas e famílias desde que não coloquem em causa a segurança do doente. A este propósito, um dos peritos refere,

(E6) (...) um senhor tinha ido para umas férias de 3ª idade, nas termas de Gerês e, foi operado de urgência tendo sido admitido na UCI. Entretanto, entrei no turno da noite e liga-me um neto dele de Coimbra a perguntar-me como ele estava, o horário das visitas...Disse-me: Sr. Enfermeiro, eu sou comercial, amanhã vou ao Norte e irei visitá-lo. Muito bem, a visita é ao meio dia, venha falar com o médico por volta das 11H, e depois entra para ver o seu familiar! Respondi-lhe-eu. Por volta das 3H da manhã, toca o telefone da UCI. Era a telefonista a dizer que tinha um problema e que não sabia como iria resolver...E então disse-me: está aqui um senhor de Lisboa que queria visitar o avô que está aí internado, mas eu sei que vocês são muito rigorosos! Eu respondi-lhe: então o homem faz 300Km para chegar aqui e agora não iria entrar? Vai entrar sim, nem que seja por um minuto! Com tudo isto para dizer que, muitas vezes nós esquecemo-nos de nos colocarmos do outro lado: do lado da família, do lado do doente! Antigamente nós tínhamos um termo que era: o calçar os sapatos dos outros! E acho que deixamos de fazer isso...!

É preciso sensibilidade para procurar estar no lugar do outro e falar-lhe com respeito, numa terminologia que compreenda sem o diminuir, mas valorizando cada questão ou dúvida, por mais simples ou estranha que possa parecer. Isso requer sabedoria e atitude, mas sobretudo, vivência e sensibilidade na abordagem ao outro. Isto passa por cuidar cada pessoa na sua singularidade. A este propósito E6 refere,

Eu acho que nós devemos individualizar os cuidados e tudo o resto, mas a primeira coisa que devemos fazer é: ir ter com o doente, falar com ele, brincar com ele... respeitar a identidade dele! Há muito pouco tempo, o Presidente do Conselho de Administração esteve internado no nosso serviço e havia uma colega que o tratava por senhor A. Eu considero que, se lá fora somos, Sr. Enfermeiros ou Sr. Doutores, não é por estarmos deitados numa cama, que vamos deixar de ser Sr. Enfermeiros ou Sr. Doutores. E naquela cama, eu considerada que era o Dr. A, e se fosse, um general seria o Sr. General! Eu acho que às vezes, nós esquecemo-nos deste pormenor!

Wilkin (2003), no estudo que desenvolveu sobre a natureza do cuidado de enfermagem, em unidade de cuidados intensivos, encontrou que a experiência vivida do cuidar reflete o sentido e a natureza humanista da enfermagem e viu reafirmada a capacidade de um cuidar holístico à pessoa em situação crítica e família.

É neste sentido que E3 se expressa, dando sempre enfoque à progressividade do cuidado.

Se eu lhe disser que é de uma forma holística...mas em diferentes etapas! Quando o doente está capaz, nós tentamos construir uma relação com ele, desde as necessidades básicas que ele não é capaz de executar (...) satisfazer alguma necessidade que ele tenha de âmbito familiar como integrá-lo também no seu processo de recuperação. Por isso, tudo isto varia com o estadio em que o doente se encontra, da condição dele. (...) De uma forma holística, eu posso dizer que até tive a preocupação de avaliar as necessidades espirituais dele junto da família, as necessidades de outro tipo de suporte, nomeadamente, as assistentes sociais, se houvesse essa necessidade, também identificamos junto com a família.

A crescente presença de casos clínicos graves e complexos, exigindo cuidados intensivos, revela-nos que os enfermeiros se deparam, cada vez mais, com internamentos mais prolongados, pessoas com idade avançada, e com co-morbilidades, pessoas em situação que previsivelmente não terão recuperação, a quem são prestados cuidados com o sentido de dar algum conforto e aliviar o sofrimento. São confrontos que lhe merecem interrogações sobre o respeito pela vida, pela dignidade da pessoa e pelos limites e controvérsias da beneficência e da não maleficência. Para um dos peritos,

(E6) O fazer bem, nem sempre é o fazer bem para aquele doente. Às vezes, tem que se ter o bom senso de parar, dizer que não, ou seja, avaliar se aquilo é o melhor para o doente!

O estar perante a vida e sentir a responsabilidade do respeito para com o outro, caracterizam o agir ético destes enfermeiros.

Desta forma, o agir ético não pode ser um adorno. Ele está presente em todas as situações através da observação dos princípios, contemplados no código deontológico dos enfermeiros (OE, 1998), e em todos os documentos relacionados com o respeito pela dignidade humana.

O processo de cuidar em enfermagem caracteriza-se por princípios de beneficência, havendo necessidade de reflexão na e sobre a ação.

Deodato (2004) propõe que o enfermeiro deva assumir uma relação autêntica, verdadeira e de ajuda com o doente, através da competência pessoal e profissional, para que possa alcançar a excelência. No entanto, refere a necessidade de ser autocrítico acerca do trabalho que desenvolve, identificando o trabalho válido mas também as falhas a corrigir.

A noção de “experiente” é usada comumente em oposição ao conceito de “iniciado”, pretendendo-se atribuir à pessoa com experiência o domínio dos saberes. No entanto, o conceito tem uma estreita relação com o pensamento sobre a ação e na ação, só assim lhe conferindo sentido (Schon, 1994). Assim a experiência caracteriza a vida de cada ser, do princípio ao fim, e não é redutível a informações e conhecimentos como refere Hesbeen (2004), mas comporta necessariamente compreensão sobre a ação e possibilita o reprocessar dos significados da experiência vivida, potenciando a receptividade e criatividade para novas situações.

A vasta experiência e domínio de saberes que os peritos detêm são conseguidos pela passagem do tempo e pela reflexão acerca dos cuidados que praticam. A sua maturidade pessoal e profissional, consciente neste estadió de desenvolvimento, permitir-lhes-á a sensatez e uma relativa calma na tomada da decisão tendo em conta a avaliação criteriosa do doente e da sua condição clínica.

São particularidades que E6 considera dizendo que,

O enfermeiro ideal é o enfermeiro que tem bom senso, tipo por exemplo: o doente está a dormir, está com 100% de saturação de oxigénio, porquê eu vou aspirá-lo? Ou, este doente está numa fase terminal, a visita só pode estar dois minutos, mas porque é que, eu não a posso deixar estar o tempo que ela quiser? O que eu quero dizer é: o enfermeiro deve ter bom senso na atuação, mesmo quebrando regras ou protocolos. Voltando ao exemplo da visita do neto ao avô por volta das 3 H da manhã: tu tens que ter o bom senso de cumprir a regra, e de a quebrar quando vires que é necessário! E o que podes hoje fazer, amanhã pode ser diferente, vai depender das pessoas. (E6)

No mesmo sentido se expressa E5, que reflete sobre as ações e adequa o cuidado à situação.

Pergunta-me se sou daquelas pessoas do género: se a perna fica a 90° tem que ficar a 90°?! Não, sou um bocadinho flexível nisso! E considero que temos que pensar um bocado naquilo que fazemos. Se conseguirmos fazer uma avaliação da situação e pensar: se não tem contraindicação nenhuma, porque não ficar assim! Tenho colegas minhas que: a orelha tem que ficar de determinada forma ou o posicionamento de membros tem que ficar nesta posição...E então, porque não nesta, se também é posição anatómica?! Se o doente fica lateralmente o braço fica assim. E porque não assim? Pergunto eu! Eu não me revejo assim: eu tenho é que pensar se tem lógica ou não o que faço; se é contraproducente ou não...!

Os peritos são capazes de terem em consideração o doente e a sua condição, refletir sistematicamente sobre a prática e construir um cuidado singular. A disciplina de Enfermagem, a profissão e o trabalho constrói-se na interação. Neste sentido, identificamos a categoria **trabalho em equipa**. Em cuidados intensivos, o sucesso só é possível da sinergia da intervenção dos vários profissionais.

Os cuidados intensivos são um campo multidisciplinar e multiprofissional, englobando médicos e enfermeiros, entre outros, cujo principal objetivo é prestar assistência aos doentes que sofreram ou estão em risco de sofrer uma falha aguda de um ou de múltiplos órgãos, devido a doença ou lesão.

Os ambientes onde se prestam cuidados de saúde são multiprofissionais, pelo que os resultados que se obtém não podem ser creditados apenas a uma profissão (Amaral, 2015).

Devido à prática assente em cuidados urgentes, é fundamental que os enfermeiros desempenhem a sua função inseridos em equipas nas quais se possam sentir apoiados, quer em termos de resposta às situações para as quais se sentem menos à vontade, quer em termos de suporte de conhecimentos (Balsanelli, Cunha e Whitaker, 2009).

Para cuidar a pessoa em situação crítica há necessidade de constante actualização, pois, desenvolvem com a equipa médica e de enfermagem habilidades para que possam atuar em situações inesperadas, de forma objetiva e sincronizada. Frente às características específicas da UCI, o trabalho em equipa torna-se crucial (Vargas e Braga, 2015).

Trata-se de um trabalho colaborativo e intra/interprofissional. A colaboração interprofissional mais frequente é com os médicos. A organização dos cuidados em UCI reveste-se de particularidades como atrás referimos, que são desencadeadoras de interajuda e de interação enfermeiro-médico, que se entrecruzam na sua funcionalidade, sendo que nestas unidades, a presença física constante parece ser uma mais-valia.

(...) a forma interdisciplinar com outros grupos profissionais, de várias especialidades, pois também temos muito esse lado. Faz-se tudo, sempre a pensar no melhor possível. (...) nós também temos o privilégio de ter médico 24 horas/dia e estamos aqui numa parceria sempre! (E4)

Esta cooperação reforça a competência dentro da equipa. A ênfase deve ser em criar uma visão abrangente de cada pessoa, a sua doença e situação da vida. Numa equipa multiprofissional, os diferentes profissionais abordam a situação de diversas formas com o objetivo de identificar, analisar, avaliar e decidir, e coletivamente encontrar soluções para o doente. A partir do relato de E2, conseguimos perceber que a presença física permanente do médico, vem permitir a decisão terapêutica no momento em que se

observa ou regista qualquer alteração, permitindo que seja sancionada ou validada a decisão.

Eu quando chamo um médico e digo: que é este o problema, eles já sabem o que é! Às vezes chego lá e digo: oh doutor, não quer fazer isto? E eles fazem e aceitam muito bem a opinião. E é nisto que a gente vê que afinal tem crédito na equipa. (...) Nós temos sempre lá um médico, nem sempre tenho que o chamar, apenas lhe destaco a atenção para alguma coisa menos bem, tipo: Olhe o monitor...(apontando)!

Niemiden (2011) aponta a importância do intercâmbio profissional mútuo entre enfermeiros e médicos. No seu estudo, os participantes destacaram a importância da troca de conhecimentos, que pode ser conseguido através de discussões e reuniões sobre casos de doentes, tal como E1 nos exemplifica,

(...) tenho que perceber também a decisão do ato médico e ter à vontade de chegar ao médico e dizer: e se fizéssemos isto; e se fizéssemos aquilo?! Se calhar podíamos ir por este caminho através de uma decisão partilhada, sem cruzarmos linhas de competência (...) O não reanimar ou a decisão de retirar o suporte de amins, nas passagens de turno avalia-se e depois conversa-se, no entanto, a decisão final é sempre do médico. De qualquer forma é uma decisão partilhada! (...) O trabalho aqui tem outro enriquecimento que não tem noutro lado! (...) estamos envolvidos num projeto que é da Gulbenkian e um dos critérios a ter em conta é toda a informação e envolvimento de toda a gente e a informação partir de decisões partilhadas, da equipa na sua globalidade.

No entanto, a comunicação no seio da equipa às vezes tem “ruídos”. Fazendo a comparação com outros momentos, E5 retrata-nos uma equipa de trabalho fragmentada, em que a comunicação estabelecida médico-enfermeiro é deficiente ou praticamente inexistente.

O processo de relacionamento anterior era totalmente diferente, era uma equipa única! Existia a passagem de turno, as decisões eram tomadas em conjunto no turno da manhã. (...) Neste momento há falta de comunicação. É fraca, não há comunicação na equipa! Penso que é o pior de tudo neste momento. Atualmente, estamos a ter um bocadinho mais de ligação entre a equipa médica e a equipa de enfermagem, pois estamos a fazer parte de um programa STOP infeção, e aí, tem que haver os "briefings" e mais qualquer coisa...! E isto ocorre por imposição de um estudo e por imposição de instâncias superiores que os médicos têm que falar connosco, porque senão não falavam! (...) Eu agora, em primeiro lugar, respiro fundo e depois pergunto: este doente é para fazer

alguma coisa ou não? Porque muitas vezes corremos e depois vem um médico e diz: ah, mas não era para fazer nada...! Digamos que eu agora tenho tempo e também já percebi que, não é por correr muito que eu vou salvar a vida a alguém!

Às vezes a deficiente comunicação no seio da equipa pode levar a alguma desmotivação e menor investimento dos profissionais.

Outra das dimensões do trabalho em equipa passa pela colaboração intraprofissional.

Benner [et al] (2009) explicam que, para se providenciarem cuidados contínuos e seguros exige-se coordenação e trabalho de equipa, em que, vigiar e assegurar a qualidade dos cuidados distribuídos por todos os membros da equipa, assim como, organizar e distribuir as tarefas, são a “composição do cimento invisível” que faz funcionar o sistema.

Isto também se verifica na UCIP, na medida em que, os enfermeiros se encontram organizados em equipas, com o mesmo “roulement”, o que implica que trabalhem como equipa e em sincronia.

Estes enfermeiros apoiam-se profissionalmente e cooperam com outros enfermeiros, são responsáveis pela transmissão e pela partilha de conhecimentos especializados com os colegas. O respeito pela competência dos outros é um elemento importante. Para E2,

Há situações que são muito más mas que conseguimos resolver. Há uma mais agitada que outra, mas perante situações mais emergentes, a gente junta-se. Por exemplo: temos uma paragem e nós, deixamos tudo o que estamos a fazer aos doentes e vamos ajudar a pessoa. Como estamos todos mais juntos, conseguimos melhor resultado.

A equipa organiza-se em função do melhor resultado para o doente. O **reconhecimento da perícia** é outra área temática que emerge e decorre de todo o processo anteriormente descrito.

A atuação do enfermeiro é valorizada e reconhecida quando possibilita o respeito entre os profissionais de saúde e a confiabilidade pela equipa de trabalho, o atendimento de necessidades e resolução de problemas, e, especificamente do ponto de vista da organização institucional, quando há retorno social e financeiro advindos da atuação racional e eficaz do profissional (Gomes, 2008 citado por Frota [et al], 2015).

O reconhecimento do trabalho do enfermeiro estimula, e ao mesmo tempo mobiliza o profissional, incentivando o seu fazer. Assim, o sentimento de realização e a satisfação no trabalho contribuem de forma efetiva para que estes profissionais se desenvolvam e se sintam estimulados a crescerem profissionalmente (Santos, 2013).

A assistência de enfermagem caracteriza-se pela necessidade de um cuidado direto ao doente, em que a gravidade e agudização das condições clínicas, exige que o enfermeiro

atue em interface com instrumental tecnológico e com diferentes trabalhadores que compõem a equipa. Esse cuidado mais constante e mais próximo ao doente implica a busca constante pelo aperfeiçoamento do conhecimento científico, proatividade e exercício efetivo da liderança da equipa. Além disso, exige o desenvolvimento de habilidades como: capacidade de observação, de relacionamento interpessoal, de organização do processo de trabalho. Obviamente, esses atributos facilitam o reconhecimento do enfermeiro como figura-chave dentro da equipa multiprofissional e no processo de assistência à saúde (Frota [et al], 2015).

O reconhecimento do trabalho pela equipa de saúde e pela sociedade, propicia que o profissional compreenda sua importância enquanto cidadão trabalhador, ao ver reconhecido o valor da sua atividade.

Estes enfermeiros peritos, conscientes do seu valor na equipa, sentem que são reconhecidos, pelos pares, pela organização, pelo doente e família e, pela restante equipa multiprofissional.

Nesta área temática emerge o auto-reconhecimento.

Na perspectiva de Ferreira (2013) a auto imagem e o modo como cada um aprecia o seu desempenho e percebe o reconhecimento da sua capacidade no interagir com as outras pessoas de quem cuida ou com quem trabalha, são fatores que influenciam a aquisição e/ou desenvolvimento de competências.

Dos discursos percebemos que os enfermeiros deste estudo consideram-se peritos, apontando várias razões que lhes permitem afirmar essa condição. No entanto, percebem que este caminho da perícia tem que ser continuamente “alimentado” com conhecimento científico, experiencial, entre outros saberes, requerendo para tal um investimento pessoal sistemático. É neste sentido que se expressa E4, quando refere,

(...) quando me inscrevi no mestrado de bioética, eu sentia que se calhar tinha atingido um patamar...ou seja, já estava ali naquela fase em que precisava de fazer algo diferente, porque não estava a sentir que estava a evoluir no serviço. Acho que tinha atingido um nível em que pensava: bem, agora estou aqui nesta posição e a sensação que eu tenho é que “já sei tudo” mas tudo não, porque nós nunca sabemos tudo como é evidente, mas sentia-me muito confortável em tudo e daí tinha a sensação que não estava a evoluir muito! Senti necessidade...apetecia-me ir para uma escola! Um “refraiching”, o ouvir coisas novas...!

Também E1 se identifica como perita, no entanto valida o reconhecimento que é feito pelos outros.

(...) não só pela auto avaliação que eu faço e tendo a avaliação que outros me fizeram a mim, considero-me perita, não confundindo a perícia com a perfeição e a infalibilidade, que isso não existe! (...) Tenho sempre vontade de aprender (...) é um processo contínuo, se quiser, é um intervalo fechado que começa a partir daqui, mas sem fim! (...) provavelmente daqui a meia dúzia de anos se eu cá estiver a prática irá ser melhor, isso não tenho dúvida, pois há sempre uma norma que se pode melhorar, se sempre fizemos assim, poderá haver uma melhor maneira; a passagem de turno pode sempre ser melhorada, a forma como eu transmito a informação (...) o documento criado nunca é fechado.

A perícia é um processo, que se constrói com a experiência profissional contextualizada.

Eu considero-me perito em cuidados intensivos porque consigo ter conhecimentos e dominar técnicas que a maior parte dos meus colegas não têm, mas que os próprios, perante as mesmas condições, certamente teriam as mesmas capacidades do que eu. Seriam peritos, tão bons ou melhores do que eu. (E6)

A perícia exige investimento contínuo. O perito tem necessidade de aprender e necessita do reconhecimento dos pares. Para E2, a perícia não é estanque.

Não é estanque, temos que estar sempre a aprender e, há gente que nos ensina sempre coisas novas.(...) Considero que só uma pessoa de fora é que nos pode avaliar melhor! De qualquer maneira, eu acho que sou boa enfermeira. (...) a opinião da anterior chefe que cá estava era de eu ser muito boa enfermeira. Ela deu-me sempre uma boa avaliação, o que nos faz bem, mas a partir daí não podemos achar que nos podemos sentar à “sombra da bananeira”, pois eu esforço-me sempre. Tem-se que fazer sempre o melhor. E então se temos uma boa avaliação, então isso ainda deve servir de estímulo para se ser ainda muito melhor. Por isso, quando olho para trás, eu noto que era este o percurso que devia ter feito: ser novata; aprender, conhecer, para depois saber fazer as coisas, integrar novas coisas (...) Nós podemos considerar-nos peritos mas não podemos estagnar. Por exemplo, às vezes dizem-nos que o doente tem determinada doença que nós não sabemos e temos que pesquisar, e por isso, temos que estar despiertos para aprender.

Numa análise retrospectiva, em outro estudo da autora de Cunha (2011) foi interessante nos apercebermos das diferenças relativas ao auto-reconhecimento da perícia dos enfermeiros. Enquanto os enfermeiros peritos deste estudo se autoavaliaram como

peritos, assumindo conscientemente que não têm dúvidas de o serem, os enfermeiros que fizeram parte do estudo anterior, cujos contextos de trabalho eram diferentes, tiveram alguma dificuldade em o assumirem, apesar de acharem que eram muito bons enfermeiros, com bom desempenho profissional. Depreendemos que poderá estar em causa a especificidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e o exigível alto nível de diferenciação no desempenho profissional dos enfermeiros que trabalham na UCI, realizando uma enfermagem avançada.

Outro aspeto que sobressai da análise dos dados é que estes peritos não se consideram peritos em tudo. Reconhecem áreas em que não se consideram peritos.

(E5) Há pessoas que são peritas que conseguem raciocinar e ter uma visão mais estratégica das coisas. Por exemplo, detesto papéis! Eu prefiro ter 3 ou 4 doentes em estado crítico e não parar, não lanchar, mas estar na ação propriamente dita, do que este tipo de trabalho. E tenho colegas que são excecionais: a F. a C. em que tudo o que diz respeito a papéis e teorias, é com elas! Essencialmente temos peritos em duas grandes áreas: na área da gestão e na área da prática clínica, interventiva, de ação.

Dos discursos emerge que a UCI por ser uma das áreas específicas de cuidado há necessidade de **reconhecimento da perícia pela equipa/instituição**, tendo sido outra das categorias que emergiu.

O enfermeiro é reconhecido pelos demais profissionais da saúde, como um profissional articulador e integrador dos diferentes saberes, principalmente, por ser presença constante junto ao doente e por detetar com maior facilidade, as alterações que se processam ao longo do dia (Frota et al, 2015).

Revelam ainda estes autores que em unidades de cuidados intensivos, a questão da visibilidade profissional, alia-se ao desenvolvimento de atividades assistenciais e gestão complexas, que exigem competência técnica e científica, cuja tomada de decisões e adoção de condutas seguras, estão diretamente relacionadas à vida e à morte das pessoas.

Para McClelland citado por Ceitil (2007) o que distingue a pessoa com elevada performance de outra com média, não será tanto as diferentes capacidades que possuem, mas o modo como as aplicam em situação.

Estes peritos sentem-se reconhecidos no contexto da UCI, quer pelos pares, quer pelo superior hierárquico e, em alguns casos, esse reconhecimento trespassa para os órgãos de gestão de níveis superiores. Pelos relatos que se seguem, é possível essa constatação. Conforme E6,

Os meus colegas reconhecem-me como perito (...) Acho que a minha chefe me tem como bom elemento, que me vê como um perito. Acho que existe uma empatia entre os dois, que ela me ouve, que respeita as minhas opiniões. (...) Eu acho que isso é de salutar para a relação entre um superior hierárquico e o enfermeiro. Revejo-me muito nela, gostava que ela fosse uma chefe presente, acho que o serviço iria melhorar!

Também E1 se refere ao reconhecimento, que tem como consequência o envolvimento em projetos institucionais:

(...) houve uma mudança na transição do chefe (...) acho que reconhece o meu trabalho, a minha capacidade (...) também sou procurada para realizar projetos institucionais; sou solicitada pela enfermeira diretora, mesmo pessoalmente (...).

No que tange ao reconhecimento do trabalho do enfermeiro em cuidados intensivos, Frota [et al] (2015) referem que o conhecimento científico aliado à prática do cuidado é o principal elemento de credibilidade e respeito, diante dos demais trabalhadores da equipa. Nesta passagem do discurso de E2, percebemos esse mesmo destaque.

Eu noto também que a parte médica tem muita confiança em mim, e isso, deve ter a ver com o que eu faço, com o meu feitio, com o que eu demonstro...tem a ver com muita coisa! Eu noto perfeitamente que todos os médicos, sem exceção, confiam no meu trabalho. Muitas vezes, eles dizem: hoje está a enfermeira, então estamos mais descansados. É porque eu demonstro, eu faço a diferença. Dou-me muito bem com a parte médica, gosto muito deles todos e, noto que eles acreditam no meu trabalho.

O perito reconhece a sua perícia mas necessita de validação dentro da equipa multiprofissional, bem como, de superiores hierárquicos. No entanto, também há o **reconhecimento social**.

O desenvolvimento de vínculos também com doentes e familiares é essencial para a visibilidade profissional. Silva [et al] citado por Frota [et al] (2015) apontam a invisibilidade de profissionais de enfermagem de cuidados intensivos diante dos familiares, resultante de questões relacionadas a falta de vínculo e de infraestrutura.

No caso dos enfermeiros em estudo observa-se a valorização do reconhecimento social, nomeadamente, das famílias e dos doentes.

(E2) A gente às vezes basta salvar um para que reconheçam o nosso trabalho. (...) A família diz: aqui, é que ele está bem, Sr^a Enfermeira, não tem nada a ver como quando

ele esteve no outro serviço. Alguns dizem: deixem-no ficar aqui mais uns diazinhos! Nós damos outro apoio que o internamento não dá. Toda a gente gosta de ver as pessoas bem tratadas.

Este reconhecimento social deixa vínculos, sobretudo com os doentes. A este propósito E5 refere,

(...) tenho um doente que se lembra muito bem de mim porque raramente eles se lembram de nós: estão sedados, curarizados principalmente com midazolam, e não se lembram de nós. Mas há um doente que ainda hoje se lembra de mim e já passaram cerca de 6-7 anos, simplesmente porque quando passou o efeito daquelas drogas todas, era eu que estava de serviço. Ainda hoje ele me procura lá no serviço! Eu penso que ele se lembra de mim porque foi o dia em que ele ficou bom, foi o dia em que eu lhe tirei o tubo endotraqueal, foi o dia em que eu o sentei no cadeirão depois de uns meses lá! E tudo isso marca as pessoas e a enfermeira que na altura estava lá era eu.

A perícia decorre ao longo do percurso profissional, sendo sustentada em características pessoais, profissionais e do contexto. Necessita de processos de formação contínua, formal e informal e investimento. O perito sente necessidade de reconhecimento dos outros, nomeadamente: pares, equipa multidisciplinar, pela instituição como pelos doentes e famílias. Com a figura esquemática que se segue, pretendemos de forma simples e compreensível, apresentar os dados conclusivos da análise desses resultados.

Fig. 2 – Esquematização dos dados resultantes da análise aos discursos dos peritos

Alicerces na construção da identidade profissional do enfermeiro

Características pessoais

- Aprender
- Espírito desafiador
- Maturidade emocional
- Calma
- Motivação pela área
- Capacidade de liderança
- Agilidade
- Organização/método
- Facilidade de relacionamento interpessoal
- Sentido de humor

Características do contexto

- Ambiente tecnológico
- Aprendizagem em grupo
- Estratégias de liderança
- Processo de integração
- Modo de organização das equipas
- Modo de organização dos cuidados
- Políticas institucionais de qualidade
- Ambiente de trabalho favorável
- Mentores/modelos de prática clínica
- Dotações seguras
- Recursos físicos e materiais

Características profissionais

- Acumular experiências no cuidar da pessoa em situação crítica
- Conceção de cuidados mediada pela tecnologia
- Especificidade dos cuidados
- Prática avançada em enfermagem
- Processo de mobilidade interna

Processo de maturidade pessoal e profissional

Ser experiente / autónomo

Perícia como processo dinâmico e contínuo

SER PERITO
(AUTO RECONHECIMENTO)

Reconhecimento da perícia pela equipa/instituição

Domínios do enfermeiro perito

Julgamento clínico intuitivo

Capacidade de resolução de problemas

Prática Baseada na Evidência

Prática profissional reflexiva

Trabalho em equipa

RECONHECIMENTO SOCIAL
Atenção total Envolvimento

Consultor

Formação ao longo da vida

Passagem do tempo

CONCLUSÕES

Com o presente estudo procuramos contribuir para a reflexão sobre a construção da perícia clínica nos enfermeiros na abordagem à pessoa em situação crítica, em contexto de cuidados intensivos.

O estudo que desenvolvemos apresentou percursos de prática perita de alguns enfermeiros a trabalhar numa UCIP, em que possibilitou descobrir fatores determinantes para o desenvolvimento da perícia, a forma como caracterizam os cuidados de enfermagem que prestam na abordagem à pessoa em situação crítica e família, como se olham e a perspectiva que têm do olhar dos outros relativo aos seus desempenhos clínicos, e por fim, como identificam e avaliam a perícia dos seus pares no seio da equipa multidisciplinar.

Desta maneira, pensamos que os objetivos previamente traçados para este estudo foram alcançados.

Para o concretizarmos, no que diz respeito ao enquadramento teórico, consideramos importante abordar e refletir sobre algumas considerações teóricas relativas ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros, destacando o modelo teórico de Patrícia Benner, como o mais relevante para a compreensão deste fenómeno e orientação do estudo. O modelo de maturação cognitiva do enfermeiro da prática clínica, desenvolvido por O'Neill e Dluhy (1997) foi de igual forma útil, como complemento para uma maior compreensão do modo como se processa o raciocínio do enfermeiro experiente. Consideramos importante compreender, a influência de determinados factores de ordem pessoal, de contexto e profissional, que podem ser potenciadores ou inibidores na construção da perícia do enfermeiro. Indo de encontro ao tema, retratamos algumas características particulares do contexto e dos cuidados de enfermagem, em contexto de cuidados intensivos, com referência a algumas abordagens teóricas explicativas da prática avançada em enfermagem.

Assim, em coerência com a questão central de partida e com os objetivos definidos através da leitura, análise e interpretação dos dados obtidos, destacamos como principais linhas conclusivas:

- A construção da identidade profissional do enfermeiro na abordagem à pessoa em situação crítica é sustentada por fatores de ordem pessoal, no entanto, outros factores, como do contexto e profissional, assumem um papel também

relevante no desenvolvimento de competências profissionais e aquisição da perícia clínica.

- O enfermeiro perito na abordagem à pessoa em situação crítica, destaca-se através do domínio de conhecimentos altamente especializados e na sua experiência profissional.
- Desde logo a motivação que leva os enfermeiros a fazerem opção por esta área de cuidados permite-nos inferir que são profissionais com um conjunto de características pautadas pelo interesse em aprofundar o conhecimento, pelo dinamismo e por uma elevada responsabilidade.
- A importância do lugar e do ambiente do ponto de vista organizacional e relacional é desde o momento de admissão do enfermeiro, assumido como fator de grande influência, embora as estratégias que cada um utiliza nesse percurso, seja o fator mais determinante.
- O estar confiante em relação ao seu campo de conhecimento, sentir-se seguro nas suas práticas de cuidar, pela tomada de decisão rápida e assertiva, permite-lhe colocar a pessoa doente no centro do cuidado, antes de qualquer tecnologia.
- A perícia nos procedimentos técnicos é um requisito muito valorizado pelo enfermeiro, determinante para a sua autoconfiança e reconhecimento da sua cabal integração nesta área de cuidados. Na verdade, ter conhecimentos e gostar de aprender, constituem fatores referidos como importantes para poderem dar resposta global e específica, às diversas exigências dos cuidados numa área que é de situações de risco e polivalente.
- Ter facilidade no relacionamento interpessoal, bem como, capacidades comunicacionais, foram aspetos considerados pelos peritos como importantes para prestar cuidados holísticos ao doente e sua família, já que a admissão de uma pessoa em situação crítica, é percebida como uma experiência extremamente stressante, quer para o doente, quando consciente, como sempre para a família.
- Relatam o interesse pela formação contínua, a vontade pelo aperfeiçoamento de uma prática avançada, a dedicação e o estímulo para a prestação de cuidados de excelência, como factores importantes para a construção da sua perícia e o conseqüente reconhecimento pelos pares, equipa multidisciplinar e doentes/famílias.
- Os enfermeiros participantes do estudo, apresentando carreiras longas na profissão, assumiram que as suas formações base e os conteúdos

desenvolvidos durante o curso, bem como os estágios realizados, não lhes permitiram um mínimo à vontade para iniciar as suas funções num contexto de cuidados intensivos, daí que a sua maioria defendeu que os colegas admitidos neste contexto, deviam ser detentores de alguma experiência prévia, permitindo assim uma maior facilidade e rapidez na integração e uma disponibilidade mental maior para as técnicas bastante específicas, que só na prática do contexto conhecem. Assim o exercício de enfermagem no cuidado à pessoa em situação crítica, que recentemente se constituiu como área de especialização, e que consideramos como um avanço importante, não vem obstar a admissão de enfermeiros provenientes de outros serviços ou recém-formados, ao invés, poderá facilitar a que posteriormente venham a qualificar-se ou a ver creditadas competências já adquiridas.

- A formação contínua e aplicação da prática reflexiva individual e partilhada, é particularmente frutífera se desenvolvida nos contextos de trabalho. A aprendizagem em grupos, quando ocorre em resposta aos objetivos com que foi idealizada, indo ao encontro das necessidades dos formandos, e vê viabilizada a mudança ou transformação decorrente da mesma, poderá ser um excelente contributo do desenvolvimento de competências, e conseqüentemente, de perícia profissional.
- A liderança, a maturidade pessoal e profissional, o ser experiente, a facilidade nas relações interpessoais, a sua competência técnica e atualização científica foram características presentes em cada percurso de prática perita destes enfermeiros.
- O reconhecimento da performance clínica do enfermeiro perito é facilmente reconhecido pela equipa/instituição essencialmente pela sua capacidade de articulação e integração dos cuidados a prestar na abordagem à pessoa em situação crítica e por contribuir para a qualidade de cuidados e a recuperação positiva nos doentes.
- O reconhecimento social foi de mais difícil tradução, entendendo os peritos que a prestação de cuidados globalizados não é só atribuída a um elemento ou classe em particular, mas a uma equipa multidisciplinar. De qualquer forma, os doentes e suas famílias atribuem esse reconhecimento pelo envolvimento do enfermeiro

no atendimento holístico das suas necessidades, pela empatia, disponibilidade para a escuta ativa, o esclarecimento e a informação.

- É necessária a existência de enfermeiros peritos nestes cenários de maior complexidade, no papel de supervisores clínicos, que sirvam de modelos referenciais para os seus pares, que se encontram em níveis de desenvolvimento profissional inferiores, para que estes possam encontrar apoio nas suas tomadas de decisões, sejam recurso de conhecimento e segurança dos cuidados.

Dada a importância do tema, sugerimos que as novas investigações sejam realizadas, particularmente direcionadas para estudos da perícia clínica dos enfermeiros noutros contextos profissionais; estudos comparativos do nível de desempenho de um enfermeiro iniciado, bem como, de um enfermeiro perito, percebendo o modo de influência nos resultados de saúde dos doentes e na qualidade dos cuidados de enfermagem. Também seria particularmente interessante, estudos relativos aos atributos inerentes à condição de ser perito, por entendermos que ainda há poucos trabalhos desenvolvidos nesta vertente, como também, dirigirmos a análise da perícia ao nível da gestão, da docência, entre outros.

Como recomendações, apelamos à Ordem dos Enfermeiros que regule e supervisione os vários contextos da prática, reforçando e implementando diretivas de atuação, dirigida aos órgãos máximos de gestão e chefias intermédias, exigindo a presença efetiva de enfermeiros peritos em todos os contextos de cuidados, favorecedor de práticas seguras e cuidados de excelência.

Também reforçar o papel das instituições de saúde, onde os profissionais de saúde se inserem na promoção de formação contínua e no aperfeiçoamento e atualização das práticas desses mesmos profissionais, ajustando as dinâmicas formativas ao nível de peritagem do grupo e ao tipo de contexto onde atuam.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, W. – **Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas**. Coimbra: Formasau, 2007.

AIKEN L.; HAVENS D.; SLOANE D. - The Magnet nursing services recognition program; a comparison of two groups of Magnet Hospitals. **Journal Nursing Administration**. Vol. 39 (7-8 suppl) (2009).

AIKEN LH; CLARKE SP.; CHEUNG RB.; SLOANE DM.; SILVER JH. - Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. **JAMA**. Vol. 290, nº 12 (2003), p. 1617-23.

ALEJANDRO, Josefina - **Performance differences between novice and experienced critical care nurses: a replication study**. University of Southern Mississippi, 2013, Doctoral Nursing Capstone Projects.

AMADO, J. – A Técnica de análise de conteúdo. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. N.º 5 (2000), p. 53-63.

AMARAL, António Fernando Salgueiro (2014) I - **Resultados dos cuidados de enfermagem qualidade e efetividade**. Tese de Doutoramento em Organização e Gestão de Empresas, na especialidade de Estratégia e Comportamento Organizacional, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Doutor

AMARAL, António Fernando Salgueiro; FERREIRA, Pedro Lopes Ferreira - Adaptação e validação da Clinical Nursing Expertise Survey para a população de enfermeiros portugueses. **Esc Anna Nery**. Vol. 18, nº 3 (2014), p. 496-502.

AMENDOEIRA, J - Enfermagem, Disciplina do Conhecimento. **Sinais Vitais**. Vol 67 (2006), p. 19-27.

AMERICAN ASSOCIATION OF CRITICAL – CARE NURSES (AACN) - **Standards for acute and critical care nursing practice**. [em linha]. 2008 [Consultado em 1 Março 2016]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.aacn.org/WD/Practice/Docs/130300-Standards for Acute and Critical Care Nursing.pdf>

BACKES, D.; BACKES, M.; SOUSA, F.; ERDMANN, A - O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**. Vol.7, nº 3 (2008), p .319-326.

BALSANELLI, A.; CUNHA, I., WHITAKER, I. – Nurses Leadership in the ICU: association with personal and professional profile and workload. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol. 17, nº1 (2009), p. 28-33.

BALSANELLI, A; CUNHA, I. WHITAKER, I.. Leadership styles and personal and professional profile of intensive care unit nurses. **Acta Paul Enferm**. Vol. 21, nº 2 (2008), p. 300-4.

BARÃO, Margarida; HENRIQUES, Eunice – **A Formação em Cuidados Intensivos. Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian de Lisboa**. [em linha]. (1999) [Consult. 30 Nov. 2016]. Disponível em: WWW:<URL: http://www.spci.org/ficheiro/conteudo/pdf/RPMI_1999_1_1_Formacao.pdf.

BARDIN, L. – **Análise de conteúdo**. 5ª ed. Lisboa: Edições 70, 2011.

BÁRTOLO, E. – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos: um lugar onde os profissionais aprendem. **Revista de Ciências de Educação**. N.º5 (2008).

BENNER, P., HOOPER – KYRIAKIDIS, P.; STANNARD, D. - **Clinical wisdom and interventions in critical care: a thinking in action approach**. London: WB Saunders, 1999.

BENNER, Patrícia - **De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-97-X.

BENNER, Patrícia - De principiante a perito. **Revista Servir**. Vol.44, nº 3 (2004), p. 23-27.

BENNER, Patrícia - **De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. 2ª ed. Coimbra: Quarteto Editora, 2005. ISBN 972-8535-97-X.

BENNER, P.; TANNER, C.; CHESLA, C. - **Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment and ethics**. 2ª ed. New York: Springer, 2009.

BENNER, P. - Caring for the silent patient: current controversies in critical care. **American Journal of Critical Care**. Nº 11 (2010), p. 1- 5.

BLUM, C. A. B. - Using the Benner intuitive-humanistic decision-making model in action: a case study. **Nurse Education in Practice**. Vol. 10, nº 5 (2010), p. 303–307.

BOBAY K.; GENTILE DL.; HAGLE ME. - The relationship of nurses' professional characteristics to levels of clinical nursing expertise. **Appl Nurs Res**.. Vol. 22, nº 1 (2009), p. 48-53.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. – **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, 2010.

BONNER, A. - Recognition of expertise: An important concept in the acquisition of nephrology nursing expertise. **Nursing and Health Sciences**. Nº 5 (2003), p. 121-131.

BONNER, A.; GREENWOOD, J. - The aquisition and exercise of nephrology nursing expertise: a grounded theory study. **Journal of Clinical Nursing**. Nº 15 (2006), p. 480-489.

BONNER, A. - Understanding the role of knowledge in the practice of expert nephrology nurses in Australia. **Nursing and Health Sciences**. Nº 9 (2007), p.161-167.

BRYKCZYNSKI, K. A. - Cuidado, sabiduría clínica y ética en la enfermería. In: ALLIGOOD, M. R.; TOMEY, A. M. - **Modelos y teorías en enfermería**. 7ª ed. Barcelona: Elsevier, 2011.

CALLAHAN, L. - Advanced nursing practice: an idea whose time has come. **Journal of Clinical Nursing**. Nº 17 (2008), p. 205-213.

CAMELO, Sílvia Helena Henriques - Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol. 20, nº 1 (2012).

CAMPOS, C.; TURATO, E.– **Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas** [Em Linha]. Revista Latino-

americana de Enfermagem, vol.17, nº2 (mar.-abr.), 2009. [Consult. 11 Dez. 2016]. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_19.pdf.

CANÁRIO, R. – Formação e Mudança no Campo da Saúde. In CANÁRIO, R. (ed.) – **Formação e Situações de Trabalho**. 2ª ed. Porto: Porto Editora, 2003, p. 117-146.

CEITIL, M. (org) - **Gestão e desenvolvimento de competências**. Lisboa: Edições Sílabo, 2007.

CORREIO [et al] – Desvelando competências do enfermeiro de terapia intensiva. **Enfermagem Foco**. Vol. 6, nº 1/4 (2015), p.46-50.

CHRISTENSEN, M.; HEWITT-TAYLOR, J. - From expert to tasks, expert nursing practice redefined? **Journal of Clinical Nursing**. Nº 15 (2006a), p. 1531-1539.

CHRISTENSEN, Martin; HEWITT-TAYLOR, Jaqui - Defining the ICU nurse. **Intensive and Critical Care Nursing**. Nº 22 (2006b), p. 301—307.

CHRISTENSEN, Martin - Advancing practice in critical care: a model of knowledge integration. **Nursing in Critical Care**. Vol. 14, nº 2 (2009).

CHRISTENSEN, Martin- Advancing nursing practice: redefining the theoretical and practical integration of knowledge. **Journal of Clinical Nursing**. Vol. 20 (2011), p. 873–881.

COMISSÃO REGIONAL DO DOENTE CRÍTICO (CRDC) - **Um ano de reflexão e mudança!** Porto: Administração Regional de Saúde do Norte, IP, 2009. 143p.

CONWAY, J. - Evolution of the species “expert nurse”. An examination of the practical knowledge held by expert nurses. **Journal Clinical Nursing**. Nº 7 (1998), p. 75-82.

CORREIA, Maria da Conceição Batista - Processo de construção de competências nos enfermeiros em UCI. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2012. Tese de doutoramento.

COTTRELL, S. - **Introduction of clinical supervision**. 2000.[Em Linha]. [Consultado em 11 Set 2016]. Disponível na: <http://www.homesteadschools.com/lcsw/courses/Clinical%20Supervision/introduction.htm>.

COUTINHO, C. – **Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática**. Coimbra: Edições Almedina, 2011.

COWAN, D. T.; NORMAN, I.; COOPAMAH, V. P. - Competence in nursing practice: a controversial concept: A focused review of literature. **Nurse Education Today**. Vol. 25 nº 5 (2005), p. 355-362.

CUNHA, Sandra – **A construção da perícia clínica nos enfermeiros a partir das suas histórias de vida**. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2011. Tese de mestrado.

CURRY, L.; WATTERSON, L. - Investigating the role and impact of expert nurses. **British Journal of Nursing**, Vol. 18, nº 13 (2009).

DAY L. - Evidence-Based Practice, Rule-Following and Nursing Expertise. **American Journal of Critical Care**. Vol. 18, nº 5 (2009), p. 479-82.

Decreto-lei nº104/98, CÓDIGO DEONTOLÓGICO DOS ENFERMEIROS, Série II, Artigo 88.º, alínea C, de 21 de Abril.

DENZI, Norman. K; LINCOLN, Yvonna. S. - **O planeamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2ªed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DEODATO, S. 2004- A excelência do exercício – Perspectiva ética e deontológica. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, 2004. nº 15

DIAS, Daniela Filipa Freitas – **Indicadores de qualidade para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem**. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2014. Tese de mestrado

DIAS, José - **Formadores: que desempenho**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-75-4.

DIAS, Lídia Jerónimo - Sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: Um modelo construtivo no hospital Fernando Fonseca, EPE. **Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca**. Vol. 2, nº 1 (2014), p. 39-40.

DOWLING, M. [et al] - Advanced practice nursing: a concept analysis. **International Journal of Nursing Practice**. Nº 19 (2013), p. 131–140.

DUNN, T. [et al] - The development of competency standards for specialist critical care nurses. **Journal Advanced Nursing**. Nº 31 (2000), p. 339 - 46.

EMERGENCY NURSES ASSOCIATION–**Competencies for Nurse Practitioners in Emergency Care**. [Em linha]. (2008). [Consultado em Out. 2016]. Disponível na WWW:<URL:<http://www.ena.org/practice/advanced/Documents/ENANPCompetency.pdf>

ENGLISH, I. - Intuition as a function of the expert emergency nurse: a critique of Benner's novice to expert model. **Journal of Advanced Nursing**. Vol.18, nº 3 (1993), p. 387-393.

ERICSSON, KA; KRAMPE, RT.; TESCH-ROMER, C. - The role of deliberate practice in acquisition of expert performance. **Psychological Review**. Vol. 10 (1993), p. 363-406.

EUROPEAN RESSUSCITATION COUNCIL (ERC) - **Suporte avançado de vida: recomendações ERC 2010**. Porto: Conselho Português de Ressuscitação, 2011, 206 p. ISBN 9789079157280.

FABIÃO, António Carlos Pereira [et al.] – Formação: Contributo para a Qualidade. Associação Católica de Enfermeiros Profissionais de Saúde. Lisboa. ISSN 0871-2370. Vol. 53, nº 5 (Set./Out., 2005).

FORTIN, Marie - Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Editora Lusodidata, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

FOULKES, M. - Expertise in hand. **Nursing Standard**. Vol. 22, nº 36 (2008), p.62.

FREITAS, Carmem Lúcia Colomé; OLIVEIRA, Etiane de Oliveira - A visibilidade do enfermeiro em unidades de terapia intensiva: percepções de trabalhadores. **Rev. Eletr. Enf.** [em linha]. 2015. [Consultado em 2 de Outubro, 2016]. Disponível na: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.31608>

FROTA, L, A. [et al.] - A visibilidade do enfermeiro em unidades de terapia intensiva: percepções de trabalhadores. **Rev. Eletr. Enf.** [em linha]. 2015. [Consultado em 30 de Outubro, 2016]. Disponível na: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.31608>.

FULBROOK, P. - Developing best practice in critical care nursing: knowledge, evidence and practice. **Nursing in Critical Care**. Vol. 8, nº 3 (2003), p. 96-102.

GARBETT, R.; HARDY, S.; MANLEY, K.; TITCHEN, A.; MCCORMACK, B. - Developing a qualitative approach to 360-degree feedback to aid understanding and development of clinical expertise. **Journal of Nursing Management**. Nº 15 (2007), p. 342-347.

GAUTHIER, Benoît – **Investigação social: da problemática à colheita de dados**. 3ª ed. Loures: Editora Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-55-X

GOBET, Fernand; CHASSY, Philippe - Towards an alternative to Benner's theory of expert intuition in nursing: a discussion paper. **International Journal of Nursing Studies**. Vol. 45 (2008), p. 129–139.

GOBET; Fernand; SIMON, H.A. – Five seconds or sixty? Presentation time in expert memory. **Cognitive Science**. Vol. 24 (2000), p. 651-682.

HAAG-HEITMAN, B. - The development of expert performance in nursing. **Journal for Nurses in Staff Development**. Vol. 24, nº 5 (2008), p. 203-211.

HAMRIC, A. B.; SPROSS, J. A.; HANSON, C. M. **Advanced practice nursing: an integrative approach**. 4. ed. United States of American: Elsevier, 2008.

HARDY, S.; TITCHEN, A.; MANLEY, K. - Patient narratives in the investigation and development of nursing practice expertise: a potencial for transformation. **Nursing Inquiry**. Vol. 14, nº 1 (2007), p. 80-88.

HARJAY, P.K., TIWARI, R. - Model of critical diagnostic reasoning: Achieving expert clinician performance. **Nursing Education Perspectives**, Vol. 30, nº 5 (2009), p.305-311.

HESBEEN, Walter – **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência, 2000.

HESBEEN, Walter – **Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Loures: Lusociência, 2001.

HESBEEN, Walter - **Cuidar neste mundo: contribuir para um universo mais cuidador**. Loures: Lusociência, 2004.

HEWIT-TAYLOR J.; MELLING S. - Care protocols: useful tools or rigid rules?. **Paediatric Nursing**. Vol. 16, nº 4 (2004), p. 38-42.

JONES, M. P. - Nursing expertise: a look at theory and the LNCC R certification exam. **Journal of Legal Nurse Consulting**, Vol. 18, nº 2. (2007).

JOVCHELOVITCH, Sandra; BAUER, Martin. W. - Entrevista narrativa. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George - **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002, p. 90-113.

JUNIOR, Eugenio Fuentez Peres; OLIVEIRA, Elias Barbosa– Inovações tecnológicas em unidade de terapia intensiva: implicações para a saúde do trabalhador de enfermagem. **Revista enfermagem actual in derme**. Vol. 77 (2016), p.9-15.

JUVÉ, M.; HUGUET, M.; MONTERDE, D.; SANMARTÍN, M.; MARTÍN M. & CUEVAS, B. - Marco Teórico y conceptual para de competencias del profesional hospitalario. Parte I. **Revista Nursing**, nº 25 (2007), p. 1-56. Obtido em 3 de Novembro 2016 de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=13101580&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=20&ty=73&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=20v25n04a13101580pdf001.pdf

LE BOTERF, G. – **Construir as competências individuais e colectivas: resposta a 80 questões**. Porto: Edições Asa, 2004.

LEACH, Richard; WARD, Jeremy; SILVESTER, J.T. – **Compêndio de medicina intensiva**. Lisboa: Instituto Piaget, 2009. 206p. ISBN 978-989-659-002-4.

LINO, M.M.; SILVA, S.C. - Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática. **Nursing**. Vol. 41, nº 4 (2001), p. 25-29.

LoBIONDO – WOOD, G.; HABER, J. - **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2001.

LOPES, Manuel J. - **A Relação enfermeiro – doente como intervenção terapêutica**. Coimbra: Formasau, 2006.

MAGALHÃES, M. - **A invisibilidade da Prática de Enfermagem e a face qualificante do Hospital**. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2006, Tese de Mestrado.

MALGLAIVE, G. – **Ensinar Adultos**. Porto: Porto Editora, 2003. 272 p.

MANLEY, K; GARBETT, R. - Paying Peter and Paul: reconciling concepts of expertise with competency for a clinical career structure. **Journal of Clinical Nursing**. Nº 9 (2000), p. 347 – 359.

MANTZOUKAS, S.; WATKINSON, S. - Review of advanced nursing practice: the international literature and developing the generic features. **Journal of Clinical Nursing**. Vol.16 (2007), p. 28–37.

MARANÓN, Arreciado; QUEROL, Estorach; FRANCÉS, Ferrer - La enfermera experta en el cuidado del paciente crítico según Patricia Benner. **Enfermería Intensiva**. Vol. 22, nº 3 (2011), p. 112 – 116.

MARQUES, Paulo [et.al.] - **Rumo ao conhecimento em enfermagem**. Porto: Éditos ESESJ, 2006. ISBN 989-20-0099-4 5.

MARTINS, José Carlos A. – Atuação do enfermeiro no setor de urgências: gestão para o desenvolvimento de competências. In: MALAGUTTI, William; CAETANO, Karen – **Gestão do Serviço de Enfermagem no Mundo Globalizado**. Rio de Janeiro: Rubio, 2009, p. 175-189.

MCHUGH MD.; LAKE ET. - Understanding Clinical Expertise: nurse education, experience, and the hospital context. **Res Nurs Health**. Vol.33, nº4 (2010), p.276-87.

MELLING, S.; HEWITT – TAYLOR, J. - New flexible healthcare roles and the purpose of nursing. **British Journal of Nursing**. Nº 12 (2003), p. 1264 – 1270.

MENOITA, Elsa – **Formação em serviço: um contributo para o desenvolvimento de competências**. Coimbra: Formasau, 2011, p. 206.

MINAYO, Maria Cecília - **O desafio do conhecimento**. 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Direção de serviços de planeamento - **Cuidados intensivos: recomendações para o seu desenvolvimento**. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2003.

MOYA, J.L. - Redescubrir el saber práctico de la enfermera. El difícil equilibrio académico y profesional en la españa «preeuropea» (III). **Rev Enferm**, Vol. 28 (7-8) (2005), p. 490.

NASCIMENTO, Keyla Cristiane; ERDMANN, Alacoque Lorenzini – Compreendendo as dimensões dos cuidados intensivos: A teoria do cuidado transpessoal e complexo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol. 17, nº 2 (2009), p. 215-221.

NUNES, Fernando – Tomada de decisão de enfermagem de emergência. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. nº 219 (2007), p.7-11

NUNES, Lucília – **Competências morais dos profissionais de enfermagem: «Cinco Estrelas» Revisitadas**. VIII ENCONTRO ENFERMAGEM CENTRO HOSPITALAR LEIRIA-POMBAL, 2013.

NUNES, Lucília – Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. **Revista Bioética**. Vol. 23, nº1 (2015), p.187-99.

O'NEILL, E.; DLUYH, N. - A longitudinal framework for fostering critical thinking and diagnostic reasoning. **Journal of Advanced Nursing**, nº 26 (1997), p. 825 –832.

OLIVEIRA, L.; QUEIRÓS, P. - Tradução, adaptação cultural e validação da Nurse Competence Scale (NCS) para a população portuguesa. **Revista Investigação em Enfermagem**. Vol. 10 (2015), p. 77-89.

OLIVEIRA, Luís Miguel Nunes; QUEIRÓS, Paulo Joaquim Pina; CASTRO, Florêncio Vicente - A competência profissional dos enfermeiros. Um estudo em hospitais portugueses. **Journal of Developmental and Educational Psychology**. Vol.1 nº 2 (2015) p. 143-158.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. **Divulgar**. Nº2 (2001), p. 15-20.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais**. [S.l.]: Ordem dos Enfermeiros, 2004.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **O Enfermeiro e o Cidadão – Compromisso (d) e Proximidade**. II Congresso da Ordem dos Enfermeiros. [Em linha]. [Consultado em 10 Nov. 2016]. Disponível na WWW: <URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/II_Con_gPPTCM.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Parecer do Conselho Jurisdicional – **Mobilidade interna e sistemas de registos informatizados e sua validação**. Ordem dos enfermeiros, 2008.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista**. [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros, (2010a). [Consultado em 1 Nov. 2016]. Disponível na: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**, [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros, 2010b. [Consultado em 1 Nov. 2016]. Disponível na WWW: [URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf).

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica**. Ordem dos Enfermeiros, 2011.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Concelho de Enfermagem – **Modelo de desenvolvimento profissional: documental de operacionalização de competências e programas formativos. Progressividade e etapas**. Caderno Temático 4. [S.I.]: Ordem dos Enfermeiros, 2011.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho Diretivo – **Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem**. Ordem dos enfermeiros, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) - **Emergency Medical Services Systems in the European Union**. [em linha]. Relatório da Organização Mundial de Saúde, 2008. [Consultado em 20 Dez. 2016]. Disponível na WWW:<URL: <https://ec.europa.eu/digital-agenda/sites/digital-agenda/files/WHO.pdf>>.

PAIVA, Abel - **Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa de mudança**. Coimbra: Formasau, 2006.

POLIT, Denise; BECK, Cheryl; HUNGLER, Bernardette – **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. ISBN85-7307-984-3.

POR, J. - A critical engagement with the concept of advancing nursing practice. **J Nurs Manag.** Vol. 16 (2008), p.84-90.

PRADO, E; CAÑETE, M. - Reflexiones sobre el liderazgo en enfermería. **Revista Visión de Enfermería Actualizada.** Vol. 6, nº 22 (2010), p.44-49.

QUEIRÓS, Paulo - **Enfermagem, uma ecologia de saberes.** [em linha]. Cultura de los Cuidados [Edición digital], 2016. [Consultado em 1 Jan. 2017]. Disponível na <<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.45.15>>.

QUEIRÓS, Paulo – O saber dos enfermeiros peritos e a racionalidade práctico-reflexiva. **Investigación y Educación en Enfermería.** Vol. 33, nº1 (2015), p. 83-91.

REDMAN, R - Experience and expertise: how do they relate to quality and safety: Research and theory for nursing practice. **An Internacional Journal.** Vol. 22, nº 4 (2008), p. 222-224.

SÁ-CHAVES, I. – **Formação, conhecimento e supervisão: contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais.** 2ªed. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2007.

SANTOS, TM. - **O uso de si pelo enfermeiro no trabalho em terapia intensiva.** Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria/UFSM, 2013.

SANTOS, Maria Inês – **Perceção dos enfermeiros sobre os líderes de enfermagem.** Aveiro: Universidade de Aveiro, 2014, Tese de mestrado em Administração e Gestão Pública.

SCHON, D.A. - **Le praticien réflexif: a la recherche du savoir cache dans l'agir professionnel.** Paris: Les Editions Logiques, 1994.

SERRANO, M.; COSTA, A.; COSTA, N.– Cuidar em enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). **Revista de Enfermagem Referência.** Vol 3 (2011), p.15-23.

SHOLES, Julie – **Developing expertise in critical care nursing.** USA: Editora Blackwell, 2006. ISBN – 10:1-4051-1715-X.

SILVA, R. C; FERREIRA, M. A. - Características dos enfermeiros de uma unidade tecnológica: implicações para o cuidado de enfermagem. [em linha]. Revista brasileira

enfermagem, 2011a. [Consultado em 14 Jan. 2017]. Disponível na WWW:<URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100015

SILVA, Rafael Celestino; FERREIRA, Márcia de Assunção - Tecnologia em ambiente de terapia intensiva: delineando uma figura-tipo de enfermeiro. **Acta Paul Enferm.** Vol. 24, nº 5 (2011b), p. 617-23.

SIMÕES, R. - **Competências de relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem.** Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2008, Tese de mestrado.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS (SPCI) - **Transportes de Doentes Críticos: Recomendações** [em linha]. 2008 [Consultado em 13 Out. 2016]. Disponível na WWW:<URL: http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf>.

URDEN, Linda D.; STACY, Kathleen M.; LOUGH, Mary E. – **Enfermagem de cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção.** 5ªed. Loures: Lusodidata, 2008.

VAN GOG [et al] - Instructional design for advanced learners: Establishing connections between the theoretical frameworks of cognitive load and deliberative practice. **EDRT.** Vol. 53, nº 4 (2005), p. 78-81.

VARELA, Maria Manuel - A enfermagem, o enfermeiro e o seu papel nos cuidados intensivos. **Revista Anuário.** Vol. 1, nº1 (2016), p.4-5.

VARGAS D, BRAGA A.L - O enfermeiro de unidade de tratamento intensivo: refletindo sobre seu papel. **Rev Fafibe.**; Vol. 2 (2006), p.1-6.

VARGAS, D; BRAGA, A. L. – **O Enfermeiro de Unidade de Tratamento Intensivo: Refletindo sobre seu Papel.** [Em linha]. 2007. [Consultado em 2 Set. 2016]. Disponível na WWW:<URL:http://www.fafibe.br/revistaonline/arquivos/divani_uti.pdf

VIANA [et al] - Perfil do enfermeiro de terapia intensiva em diferentes regiões do Brasil. **Revista Texto e Contexto Enfermagem,** Vol. 23, nº1 (2014), p.151-159.

WHYTE, j.; WARD, P.; ECCLES, D.W. - The relationship between knowledge and clinical performance in novice and experienced critical care nurses. **Heart & Lung.** Vol. 38 nº 6 (2009), p.517-52.

WILKIN, K. - The meaning of caring in the practice of intensive care nursing. **British Journal of Nursing**. Vol. 12, n° 20 (2003), p. 1178-1185.

WILKIN, K.; SLEVIN, E. - The meaning of caring to nurses: an investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. **Journal of Clinical Nursing**. Vol. 13. (2004), p. 50-59.

WILLIAMS, C. M. - The identification of family member's contribution to patient care in the intensive care unit : a naturalistic inquiry. **Nursing in Critical Care**. Vol. 10, n° 1 (2005), p. 6-14.

ANEXOS

**ANEXO A - Pedido de autorização institucional para a
realização do estudo**



Pedido de Autorização Institucional

Utilize os modelos que forem aplicáveis ao Estudo de Investigação em causa, acrescentando a informação que considerar pertinente.

Estudo de investigação (título)

PERCURSOS DE PRÁTICA PERITA DE ENFERMEIROS A TRABALHAR NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Presidente do Conselho de Administração do [REDACTED]

Exmo(a). Senhor(a) Presidente do Conselho de Administração do [REDACTED]
Sandra Manuela Freitas Torres Pereira e Cunha, na qualidade de Investigador Principal X Investigador Responsável Aluno X, vem por este meio, solicitar a Vossa Exa. autorização para realizar no Centro Hospitalar do [REDACTED] o Estudo de Investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data

__/__/__

Assinatura

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do [REDACTED]

Exmo(a). Senhor(a) Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do [REDACTED]
Sandra Manuela Freitas Torres Pereira e Cunha, na qualidade de Investigador Principal X Investigador Responsável Aluno X, vem por este meio, solicitar a Vossa Exa. autorização para realizar no Centro Hospitalar do [REDACTED] o Estudo de Investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data

__/__/__

Assinatura

ANEXO B – Autorização do Centro Académico/Comissão de Ética da instituição para a realização do estudo.



PARECER DO COORDENADOR DO CENTRO ACADÉMICO

Título: " Percursos de prática perita de enfermeiros que trabalham numa unidade de cuidados intensivos," Ref. 15/2016

Investigador Principal: Enfermeira Sandra Manuela Freitas Torres Pereira e Cunha, Mestranda na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo

Orientador no HSOG: Enfermeira Chefe | _____

Serviço onde se realiza o estudo: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, do Hospital _____

Avaliação da exequibilidade e do mérito científico: Estudo com interesse clínico e académico, pelo que, nada a opor ao presente projeto.

18/04/2016

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Nos termos da reunião desta Comissão de ética, dá-se conhecimento a V. Exas. do parecer emitido em reunião do dia 29 de Março de 2016:

Analisado o projeto de investigação Percursos de prática perita de enfermeiros que trabalham numa unidade de cuidados intensivos, da investigadora Enfermeira Sandra Manuela Freitas Torres Pereira e Cunha e orientadora no HSO a Enfermeira Chefe | _____

Comissão de Ética não tem nada a opor.



ANEXO C – Termos de responsabilidade dos investigadores

[Empty dashed box]

Termos de Responsabilidade dos Investigadores

[Empty dashed box]

Estudo de investigação (título)

PERCURSOS DE PRÁTICA PERITA DE ENFERMEIROS A TRABALHAR NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Investigador Principal

Na qualidade de Investigador Principal, declaro assumir a liderança científica do Estudo de Investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados, respeitando os princípios éticos e deontológicos e as normas internas da instituição.

| Nome | Grupo profissional | Data | Assinatura |
|------------------------|--------------------|------------|------------|
| Sandra Manuela Freitas | | | |
| Torres Pereira e Cunha | Enfermeira | 08/03/2016 | |

Investigador Responsável no [Redacted]

Na qualidade de Investigador Responsável no Centro Hospitalar do [Redacted], declaro assumir a responsabilidade de execução do Estudo de Investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados, respeitando os princípios éticos e deontológicos e as normas internas da instituição.

[Empty dashed box]

Grupo profissional
Enf^a Chefe da UCIP

Data
17/3/2016

[Empty dashed box]

APÊNDICES

**APÊNDICE 1 – Pedido de Consentimento informado aos
participantes**



Termo de Consentimento Informado para Estudo de Investigação

PERCURSOS DE PRÁTICA PERITA DE ENFERMEIROS A TRABALHAR NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Eu, abaixo-assinado (_____)

Fui informado de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a descrever percursos de construção da perícia profissional de enfermeiros a trabalhar numa unidade de cuidados intensivos, bem como, descrever características pessoais, profissionais e institucionais que intervêm na construção da perícia dos enfermeiros.

Sei que neste estudo está prevista a realização de entrevistas tendo-me sido explicado em que consistem.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Nome do Participante no estudo

Data

___/___/___

Assinatura

Nome do Investigador Responsável

Data

___/___/___

Assinatura

APÊNDICE 2 – Guião da entrevista ao enfermeiro perito

Guião da entrevista ao enfermeiro perito UCIP

| | |
|--|--|
| Questões de caracterização | Sexo: |
| | Idade: |
| | Estado civil: |
| | Anos de experiência profissional <input type="checkbox"/> Anos de experiência profissional no contexto atual <input type="checkbox"/> |
| | Vinculo profissional: |
| | Habilitações profissionais: |
| | Habilitações Académicas: |
| | Formações adicionais: |
| Questões de encontro ao tema | Descrever a importância do tipo de serviços de saúde para o doente, família e profissão. |
| | Motivação para trabalhar numa UCI; A integração a considerar a todo o enfermeiro que comece a trabalhar numa UCI; Perfil de enfermeiro. |
| Questões centrais da entrevista | TÓPICOS/QUESTÕES |
| | 1. Que tipo de doentes é que cuida e como vivencia o cuidado a pessoas em situação crítica? Caracterize os cuidados de enfermagem que presta no seu dia-a-dia. |
| | 2. Quais as estratégias que adota face à imprevisibilidade e incerteza da pessoa em situação crítica? |
| | 3. Enumere as características definidoras de perito no cuidado à pessoa em situação crítica |
| | 4. Descreva se se considera um perito e porquê? |
| | 5. Como desenvolveu a sua perícia no cuidar a pessoa em situação crítica? |
| | 6. Como se apercebeu que tinha atingido a excelência na sua prática clínica? E quando é que essa mudança ocorreu? |
| | 7. Recorda-se de algum episódio no contexto da prática, em que a sua intervenção fez a diferença em termos dos melhores resultados no doente em questão? Descreva. |
| | 8. Que características é que os seus pares lhe atribuem como perito? E a família dos doentes? E o seu chefe? |
| | 9. Que implicações tem o ambiente tecnológico, os protocolos/normas, no seu julgamento clínico e na tomada de decisão? |
| | 10. Na sua opinião, quais os fatores facilitadores e dificultadores para o desenvolvimento da perícia clínica no cuidado à pessoa em situação crítica? Faça referência na sua análise a fatores de âmbito pessoal, profissional e de contexto. |
| | 11. Que contributos teve a sua experiência anterior na aquisição da perícia na UCI. Relate exemplos. |
| | 12. Como perito, que sugestões tem que possam melhorar a qualidade do seu trabalho? |
| Questões finais | 13. Existe mais alguma coisa que gostaria de partilhar, respeitante ao seu desenvolvimento profissional e que considere relevante referir? |
| | 14. Consegue identificar outros colegas que considere peritos? |

Investigadora: Sandra Torres

APÊNDICE 3 – Quadro resultante da análise das entrevistas realizadas aos enfermeiros peritos da UCIP

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|--|--|------------------------|--|
| <p>Alicerces na construção da identidade profissional do enfermeiro</p> | <p>Características pessoais</p> | <p>Aprender</p> | <p><i>(E4) (...) eu tinha aquela imagem de que, numa unidade de cuidados intensivos devia-se aprender muita coisa, primeiro porque tinha muita tecnologia, e isto, no início de carreira é sempre atrativo. No início, as pessoas querem todas aquelas coisas mais mexidas e mais tecnológicas. Mas porque eu achava que se iria aprender muito a nível de tudo: doentes entubados; ventilados; todos aqueles tratamentos que para alguns colegas pode-lhes causar algum receio (...)</i></p> |
| | | | <p><i>(E1) Começou inicialmente num projeto em que a UCI esteve num princípio, foi das primeiras unidades com suporte informatizado (...) não sabíamos trabalhar num computador, há 24 anos atrás! Tínhamos que saber trabalhar com o computador e os médicos eram muito evoluídos nessa área.</i></p> |
| | | | <p><i>(E2) (...) ter espírito de iniciativa, de participar em projetos que visem melhoria da prática (...).</i></p> |
| | | | <p><i>(E1) (...) o fato de eu ter disponibilidade no princípio da minha carreira de realizar projetos, de fazer formação, de participar nisto e naquilo. (...) ter também disponibilidade pessoal para poder ficar fora de horas para fazer qualquer coisa (...) e não me inibir de chegar à chefe e propor: podíamos fazer ou fazer aquilo! Tudo isto deu-me esta experiência e o à vontade de querer continuar! (...) embora eu digo algumas vezes que não, mas acabo sempre por fazer! E digo que não porque ultrapassa a minha hora de serviço, mas acabo sempre por aceitar. (...) Tudo tem a ver com isso: por ter tido iniciativa (...) quem nunca teve grande iniciativa, apesar de ser mais velho, tecnicamente bom, em termos de relacionamento seja ótimo (...) pode fazer a diferença para mais tarde, eu ter mais à vontade de gerir ou fazer alguma coisa, que outras pessoas têm!</i></p> |
| | | | <p><i>(E4) quando comecei o curso cheguei mesmo à conclusão que não sabia mesmo tudo, porque havia tanta coisa que ainda podia fazer a nível, por exemplo, da ética que envolve sempre muita coisa, nomeadamente a família, os colegas...tanta coisa! (...) Penso assim: há sempre aquele grupo de pessoas mais disponíveis em termos familiares e lhes permite investir muito mais, dedicar-se muito mais ao serviço e à carreira, do que outras.</i></p> |
| | | | <p><i>(E1) Hoje o enfermeiro não tem as mesmas condições favoráveis como havia há um tempo atrás. Obriga a um investimento muito maior, porque antigamente nós tínhamos 3 pessoas e eu ficava como 4º elemento, de forma a fazer o que quer que fosse (...) é muito difícil deslocar alguém para trabalhar para um projeto, é preciso investir muito em termos pessoais! (...) Os nossos horários que antigamente eram de 12 H, tínhamos algumas coisas para fazer, hoje temos o triplo!</i></p> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|--|--------------------------|---------------------|---|
| Alicerces na construção da identidade profissional do enfermeiro | Características pessoais | Aprender | <i>(E4) (...) fiz também um Curso de mestrado, que não completei (...) que era o mestrado em Bioética, na Faculdade de Medicina da Covilhã. Fiz o 1º ano que conferiu o grau de pós graduação ou especialidade (...) e depois, teria o ano seguinte que era o da tese propriamente dita, em que inscrevi-me, fiz o meu pré-projecto [...] sobre "a obstinação terapêutica em cuidados intensivos", algo que era mais fácil porque já estava inserida nesta área, já tinha um questionário que mais tarde até apliquei ao grupo, aqui noutra contexto, numa formação que tivemos.</i> |
| | | | <i>(E3) Acho que essencialmente é sabermos aquilo que queremos e é isso que depois nos conduz, independentemente se vamos ter as condições adequadas ou não. Eu posso dizer que cresci de uma forma...não vou dizer ...facilitada, porque não, ninguém nos dá nada! Tudo o que foi a minha formação académica tive que investir nela e com grandes sacrifícios, até familiares. Tenho vontade de aprender muito mais! (...) Ter mesmo mente aberta e, pensar: eu vou aprender tudo de novo! Porque, se vêm com uma atitude: Ai, eu faço assim, então porque fazer de outra forma!? (...) As pessoas podem ter uma mentalidade, e depois chegam cá, e revelam-se de uma outra forma. Eu acho que é isso mesmo – a pessoa tem que aprender a construir-se aqui dentro! (...) Eu considero-me uma pessoa muito fácil às mudanças, se perceber que esse é o rumo que devemos tomar. Adapto-me muito bem, não me causa constrangimento ter que mudar a minha forma de atuação.</i> |
| | | | <i>(E6) Enfim, tive muitas experiências e em áreas diferentes! Considero-me uma pessoa de fácil adaptação às situações.</i> |
| | | Espírito desafiador | <i>(E5) (...) para mim era uma novidade...eu nem sequer sabia o que era uma unidade de cuidados intensivos! E então, pensei: algo novo para mim...porque não? Se as outras áreas não me cativam, quem sabe esta me cativa!? E então, juntei-me ao grupo literalmente!</i> |
| | | | <i>(E2) Na altura em que comecei nos cuidados intensivos, eu não sabia para o que ia. [...]fui para os cuidados intensivos (risos) E pensei para mim: Ai, meu Deus, para onde tu foste!</i> |
| | | | <i>(E1) Passei por Medicina e a partir de determinada altura, achei que seria aliciante ir para uma UCI.</i> |
| | | | <i>(E1) (...) Eu até gosto do doente grave, dá muito trabalho mas é um desafio maior do que preparar um doente que está bem para ir embora....eu até gosto de ensinar, mas é mais um desafio no doente que está instável (...).</i> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|--|--|------------------------------------|---|
| <p>Alicerces na construção da identidade profissional do enfermeiro</p> | <p>Características pessoais</p> | <p>Espírito desafiador</p> | <p><i>(E1) O nosso objetivo é atingir 800 dias em que não haja infecções pelo CVC e encaro sempre tudo como um desafio! Há um ano atrás eu não pensava assim! Quando chegarmos aos 800 vamos querer atingir 1000. Tem que ser sempre mais! Nós temos que cumprir os 5 passos de higienização das mãos, temos que os cumprir sempre!</i></p> |
| | | | <p><i>(E3) [...] eu queria algo mais, queria intervir, queria estar apta e sentir-me apta a intervir em qualquer situação de maior ou menor perigosidade para o doente. Por isso, é que me levou a vir para aqui, para os cuidados intensivos! Sentir-me que era capaz, depois aprender e ultrapassar e agir em qualquer situação. Isso, para mim foi, em termos pessoais o que me incitou a vir para os cuidados intensivos, porque eu queria saber muito mais, não queria estar confinada a uma Medicina: a posicionar os doentes; a administrar; a entubar; a algaliar...Eu queria mesmo era estar apta, porque tínhamos situações de emergência lá em cima, e que eu me sentia impotente, porque eu não estava preparada para pensar no que era preciso a seguir! E eu queria ter essa segurança, saber o que vem a seguir, o que eles me vão pedir, o que é que eu tenho que fazer a seguir!</i></p> |
| | | | <p><i>(E4) [...] não pode ter medo de se aproximar do que é crítico, dos problemas.</i></p> |
| | | | <p><i>(E2) Era verdade que nós ficávamos com os doentes mais difíceis que era para aprender, mas há gente que hoje, considera isso uma ofensa. A mim, nunca me chateei por ficar com um doente mais difícil!</i></p> |
| | | <p>Maturidade emocional</p> | <p><i>(E1) (...) a situação clínica do doente não me afeta quando saio daqui. Quando saio daqui esqueço completamente o problema do Paulo, da Maria...! Nunca gasto uma hora do meu sono acordada com isso. Posso gastá-la preocupada pelo fato do ambiente estar menos bem, houvesse uma falha neste contexto que podia ter feito melhor, a formação podia ter passado melhor, tecnicamente cometi este lapso e não devia ter cometido, mas não vivencio o problema do doente em casa(...)! (...) ter um doente grave ou ter um doente menos grave não me altera em termos pessoais e emocionais.</i></p> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|--|--|------------------------------------|--|
| <p>Alicerces na construção da identidade profissional do enfermeiro</p> | <p>Características pessoais</p> | <p>Maturidade emocional</p> | <p><i>(E2) (...) há casos de doentes vindos da cirurgia que já entram no meu serviço com um prognóstico muito reservado. E eu nunca penso no prognóstico deles antes de eles saírem de lá! Não gosto de pensar para não ficar triste. Há gente nova que é operada por neoplasias e vão para os nossos serviços pois precisam dos nossos cuidados, dado ficarem muito instáveis, pelo fato de serem cirurgias muito grandes, e eu não gosto de pensar no que lhes irá acontecer. Só penso naquilo que irá ocorrer nos dois a três dias ou durante a semana, porque para mim, eles saem todos de lá com bom prognóstico! (...) Vivencio o problema dos doentes, mas graças a Deus, só lá, pois venho-me embora e não penso neles. Quando lá estou, ESTOU, mas depois de sair do hospital, nunca pergunto nada sobre o doente, como ele está ou não. Simplesmente não quero saber! É uma estratégia pessoal para lidar com tudo isto, porque vemos tanta desgraça, que não nos podemos envolver demasiado. (...) Se assim não for, a gente dá em tola, claro! (...) Embora a experiência e o passar dos anos ajudem, mas eu sinto na mesma e sinto muito mais quando entra uma pessoa nova.</i></p> |
| | | | <p><i>(E3) A parte emocional fica alienada. Eu gostava de ser "fria", e isto não é ser "fria", é a forma como nós trabalhamos mesmo! Consigo-me abstrair de todo o tipo de sentimentalismo. Mas, quando penso que poderei ter ali alguém da minha família, então não vou conseguir! É muito difícil pensar nisso! Mas de fato, nós aqui temos este escudo. Desenvolvemos isto de uma forma tão natural, espontânea, que nem nos apercebemos às vezes como atuamos. (...) se alguém me perguntar qualquer coisa, até posso conversar sobre uma situação ou outra, mas de forma alguma levo para casa essas situações. Já passei por muitas situações, mas é como lhe disse: esqueço naturalmente!</i></p> |
| | | | <p><i>(E4) A minha vivência, que já lá vão alguns anos... já não penso muito nisso! Faço as coisas no dia-a-dia sem pensar muito nos problemas. Já não levo para casa, pois já há muito tempo que consigo separar as coisas.</i></p> |
| | | | <p><i>(E5) Já as minhas monitoras diziam-me que: os nossos problemas ficam à porta do hospital antes de entrarmos e os de lá ficam na saída, quando saímos! Eu sou um bocadinho "fria". Eu não levo os problemas do serviço para casa. Difícilmente discuto, seja o que for, com o meu marido ou com as minhas amigas. Se estiver com uma colega, uma enfermeira, provavelmente até discutimos os problemas do serviço, caso contrário, Não! Se me afeta? Nestes 25 anos, houveram 2 situações que me afetaram e que realmente me tiraram o sono...mas em 25 anos, haver duas situações e porque eram crianças...!</i></p> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|--|--------------------------|----------------------|--|
| Alicerces na construção da identidade profissional do enfermeiro | Características pessoais | Maturidade emocional | <p>(E6) <i>Eu desde sempre consegui sair do hospital e deixar “tudo lá”. Não sei se, sendo eu hoje, pai conseguiria trabalhar novamente num serviço de Pediatria...mas penso que conseguiria na mesma, e deixaria os “miúdos lá dentro”! (...) Não se pode prestar bons cuidados de enfermagem, porque, se nós não estivermos bem connosco, não podemos fazer coisas boas aos outros! Neste caso, vamos só desempenhar tarefas e não sermos enfermeiros! (...) Ser bom enfermeiro não é ser “bonzinho”. Eu acho que temos que viver com os outros, e portanto, quando não se tem boas relações com os seus, não pode desenvolver bem a sua atividade. Eu penso um bocado assim!</i></p> |
| | | Calma | <p>(E2) <i>Eu sou uma pessoa calma, claro que às vezes perante algumas situações mais complexas, fico mais stressada, mas no geral, sou calma. (...) Já me disseram na brincadeira que só me viram uma vez nervosa e, foi com a parte médica, apenas uma vez por aquilo que me disseram. (...) As pessoas agitadas acabam por não raciocinar devidamente: umas dizem umas coisas, outras dizem outras, por isso, é que digo que num ambiente mais calmo, as coisas acabam por correr muito melhor!</i></p> <p>(E4) <i>Ser mais calmo, “nada de stress” porque o serviço em si já é muito stressante: são os alarmes; são as situações de urgência, nas admissões que é sempre mais complicado pôr tudo direitinho, etc. Idealmente, eu acho que deve ser uma pessoa com uma personalidade mais calma, mais serena, que não entre muito em pânico. (...) pois nós sabemos que há muitas personalidades que são mais agitadas, mais stressantes, e que, muitas vezes acabam por piorar toda a situação. (...) Não sei, há ali uma aura qualquer, umas energias...mas noto isso! Acho que uma pessoa calma é meio caminho andado para as coisas correrem bem!</i></p> |
| | | | <p>(E5) <i>Aprendi a respirar fundo porque sou muito compulsiva! E tive aquela fase de: ao mais pequeno alarme, saltava da cadeira! Lembro-me que, se eu estivesse na casa de banho, eu saía de lá só porque ouvia um alarme, sem me limpar, sem nada, e vinha logo a correr...De momento, não! (...) É preciso ter calma, porque há enfermeiros que gostam de ação e reagem compulsivamente (o doente parou e iniciam logo manobras sem verificar o antes, porque às vezes é uma má monitorização...). Primeiro, ser uma pessoa calma que consiga pensar no meio da confusão, por exemplo, numa PCR, toda a gente manda e é confusão geral! Essencialmente, auto controlo, no sentido de não se precipitar pela excitação do momento. (...) Só a partir deste autocontrolo é que vai pensar, discernir, raciocinar...pensar passo por passo, sem correr, porque muitas vezes, não se salva um doente, só porque corremos de um lado para o outro. Tem que ter calma!</i></p> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|--|--|-----------------------------------|---|
| <p>Alicerces na construção da identidade profissional do enfermeiro</p> | <p>Características pessoais</p> | <p>Motivação pela área</p> | <p><i>(E5) Quando acabei o curso tinha feito estágios num lar da 3ª idade (...) tinha feito também estágio na Medicina e Cirurgia do S. António, e depois, o meu estágio intensivo foi na Casa de Saúde de Viseu. A experiência, mais uma vez, muito limitada! Mas deu para perceber que não era o tipo de enfermagem que eu queria!</i></p> |
| | | | <p><i>(E1) Ele deve vir voluntário, isto é, ele pode até não ter pedido mas lhe ser sugerido. Portanto, ele deve querer vir para a UCI.</i></p> |
| | | | <p><i>(E2) (...) fui gostando, ou seja, sempre gostei destas especificidades do cuidado ao doente crítico! Já estive para sair de lá mas não quis, pois gosto muito de lá estar. (...)tem que gostar do que faz! (...) quando lá estou, estou de corpo e alma, a cem por cento!</i></p> |
| | | | <p><i>(E3) [...] o primeiro serviço que eu logo escolhi, foi os cuidados intensivos, numa altura em que precisamente estavam a precisar de elementos. (...) A motivação foi crescendo, foi sempre muito crescente. Já tinha alguma experiência profissional e então, optaram por selecionar-me para vir para cá trabalhar. Eu gosto de trabalhar aqui e, completa-me. Hoje, não me vejo a trabalhar noutra serviço.</i></p> |
| | | | <p><i>(E4) (...) a minha vida deu esta volta tão grande de eu vir parar para uma unidade de cuidados intensivos, mas agradou-me logo quando eu vim para cá! Gostei desde o início. É preciso gostar de trabalhar cá, mas também há uma série de fatores que levam a gostar ainda mais deste serviço (...) hoje tenho muita dificuldade em ver-me noutra tipo de serviço, tenho mesmo dificuldade!</i></p> |
| | | | <p><i>(E5) Desde o início da minha carreira que fui eu que escolhi trabalhar numa UCI. Foi há 25 anos! (...) Gostei desde o início e, sinceramente não me vejo a gostar doutra área. Não vou dizer que não gosto, que não me adapto, porque nunca experimentei! (...) O maior fator facilitador foi: o gostar da área, gostei do doente!</i></p> |
| <p><i>(E6) Uma das coisas que ajuda é o querer ir para aquele serviço, ou seja, ter motivação pessoal. Eu noto que há pessoas em que mexer numa máquina ou computador é difícil, e outras em que, treinam a primeira e a segunda vez e já parecem que lidam com aquilo há imenso tempo. É inato com a pessoa, essa parte da tecnologia. O mais importante é de fato a tua vontade, o teu querer. Isto tem a ver com a educação dos adultos: tu precisas é de mais tempo para...mas vais atingir o mesmo nível! Há pessoas que evidenciam mais dificuldades numa fase inicial, e em vez de lhes termos de explicar 2 ou 3 vezes, temos que lhes explicar umas 10 vezes! E elas chegam lá!</i></p> | | | |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|--|--------------------------|-------------------------|--|
| Alicerces na construção da identidade profissional do enfermeiro | Características pessoais | Motivação pela área | <i>(E6) Quando cheguei cá, disseram-me que iria para a UCI, não havendo negociação possível. Eu sempre gostei da área da urgência e emergência (...) A motivação foi gradual, crescente ao longo do tempo. (...) tive o pedido de transferência há cerca de 10 anos atrás, vieram-me perguntar se eu ainda estaria interessado em sair. E eu disse que não, que me queria manter na UCI!</i> |
| | | | <i>(E5) [...] identifiquei-me com o tipo de intervenção de enfermagem, porque achei que não era aquela enfermagem rotineira que a gente estava habituada a ver (...) e isso facilitou o gostar e o evoluir.</i> |
| | | Capacidade de liderança | <i>(E2) (...) para sermos bons enfermeiros depende sem dúvida muito da pessoa, do querer investir, do feitio da pessoa (...) se gosta do que faz, se vai para lá só para ganhar o dinheiro, ou seja, depende de muita coisa!</i> |
| | | | <i>(E5) Na altura, houve grupos de trabalho para criar diretrizes de atuação. Nós fomos elaborando isso por escrito: aspiração de secreções, colheita de espécimes...tudo, tudo, tudo! Fizemos um dossier para termos uma orientação na prestação dos cuidados e tivemos o primeiro doente, dia 22 de Novembro de 1992. Oficialmente, a unidade abriu nesse dia!</i> |
| | | | <i>(E1) (...) Era a criatividade, a iniciativa, a prática clínica especializada... provavelmente um bocadinho de cada coisa!</i> |
| | | Agilidade | <i>(E4) Fatores facilitadores ao nível das características pessoais (...) que seja um bocadinho ambiciosa, digamos que, não seja acomodada com aquilo que já conseguiu.</i> |
| | | | <i>(E2) Há pessoal que não tem tanta agilidade, que também se esforça e fica bem igual!</i> <i>(E3) É impossível ficarmos calmas, nós temos que ter sempre um pico de adrenalina, ali. Mas é assim que nós trabalhamos, sempre com a adrenalina em cima. A adrenalina também nos ajuda a isso mesmo, ou seja, a agir muito mais rapidamente.</i> |
| | | Organização/Método | <i>(E2) Ser organizado, ser metódico...de qualquer maneira, há gente que não é assim e, também faz, esforça-se e fica bem! Um doente que entre na UCI, tem que ter tudo direito: os fios...eu não gosto de confusão! (...) As pessoas já me conhecem, eu gosto de ter o meu doente na perfeição! Não gosto dos doentes que estejam, por exemplo, sujados ou com barbas grandes, eu não gosto que estejam com mau aspeto, pelo menos no que toca à parte de enfermagem.</i> |
| | | | <i>(E3) Sou exigente, mas comigo, também o sou. Porque eu tenho sempre a preocupação de deixar o meu doente estável, com tudo organizado. A unidade do doente organizada porque eu detesto confusão! Sou perfeccionista... não sei, mas sou exigente comigo e gosto que os outros o sejam. Ou seja, coisa do género: deixa as coisas, tal como eu te deixei! Porque não gosto de confusão!</i> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|--|-----------------------------|--|---|
| Alicerces na construção da identidade profissional do enfermeiro | Características pessoais | Organização/Método | <i>(E4) [...] as minhas características pessoais são muito de ser perfeccionista, muito de detalhe, de ter tudo direitinho! (...) E portanto, acho que o enfermeiro tem que ter um perfil mais detalhado, e não, de despachar e andar! E depois no serviço acaba por se refletir como enfermeira!</i> |
| | | Facilidade de relacionamento interpessoal | <i>(E2) [...] conheço melhor as famílias do que alguns colegas meus. Digo isto porque às vezes estamos sentadas naquela parte a que lhe chamam: "o aquário" e, eles às vezes entram e cumprimentam-me sempre a sorrir. Falam comigo e perguntam-me: então, Sra^a enfermeira está tudo? está outra vez cá? Então você nunca sai daqui? Eles reconhecem isso e dão-me ideias que gostam de mim (...) Também este enfermeiro tem que se dar muito bem com a equipa, pois acho que temos que colaborar uns com os outros. (...) Não gosto de gente que vá para lá mal-humorada. Gosto muito de comunicar, de um bom "parla pie" com toda a gente, desde médicos, colegas, doentes, famílias, enfim, com toda a gente!</i> |
| | | | <i>(E5) [...] saber ser e saber estar. Ter um bom relacionamento com a equipa: se houver atrito com os colegas ou com a parte médica, não vai funcionar!</i> |
| | | | <i>(E6) Eu próprio tenho facilidade em me relacionar com os outros e acho que, não deve haver muitas barreiras entre pares!</i> |
| | Sentido de humor | <i>(E2) (...) ser uma pessoa bem-disposta, ter humor, pois nós passamos por coisas tão más, vê-se tanta desgraça, tanta desgraça que se o enfermeiro se for mal disposto já é mau, muito mau! Nós temos que dar sempre o nosso melhor, pois os doentes já estão lá a sofrer tanto, bem como, as suas famílias. Nós, não podemos ser mal-humorados com a família.</i> | |
| | Características do contexto | Ambiente tecnológico | <i>(E1) (...) é preciso gostar de trabalhar com um doente que na maior parte das vezes não fala! (...) É preciso gostar também da parte técnica. Há uma componente técnica muito grande em termos de equipamentos...!</i> |
| | | Ambiente tecnológico | <i>(E6) (...) a tecnologia, os protocolos/normas nunca foram "um bicho-de-sete-cabeças". Entrar no serviço e começar a trabalhar em máquinas, não me causou grande "aflição". (...) Por ser um ambiente controlado é tudo muito mais previsível. Se calhar, trabalhar noutro serviço é que é imprevisível! (...) Aqui, só se não ligares aos sinais, é que as coisas te ocorrem!</i> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS | | |
|--|-----------------------------|--------------------------|---|--|---|
| Alicerces na construção da identidade profissional do enfermeiro | Características do contexto | Aprendizagem em grupo | <i>(E3) Conseguimos ter noção do que se passa com os doentes todos, porque a metodologia que usamos aqui, também nos possibilita isso, de uma forma até discutida entre todos. Os “briefings”, que neste momento também estamos a usar, também nos ajuda muito a antever as situações e a prever determinadas situações, que entretanto possa ocorrer.</i> | | |
| | | | <i>(E3) Fazemos a passagem de turno com a técnica “SBAR”, os “briefings” médicos, pois eles também assistem à nossa passagem de turno, o plano do doente e o nosso plano de enfermagem, que é a renovação ou a revalidação dos diagnósticos depois da nossa avaliação, junto do doente.</i> | | |
| | | | <i>(E2) Assumo o papel de formadora mas a nível da formação por temas! Todos os anos, a gente tinha um plano de formação e havia uma enfermeira que pertencia a um grupo, juntávamos com a equipa médica e fazíamos a formação.</i> | | |
| | | | <i>(E4) Como formadora, a minha experiência vai mais no sentido da ética em cuidados intensivos (...) Mais para trás, também estive como formadora ou co formadora com outras colegas noutra tipo de formações ligadas cá à nossa área.</i> | | |
| | | | | | <i>(E6) Nós passamos o turno às 8h e depois dessa passagem há um briefing, “é a nova moda” de médicos e enfermeiros (...)! </i> |
| | | Estratégias de liderança | <i>(E6) A política do nosso serviço é: os doentes mais complicados são cuidados pelos elementos mais novos. Porquê, se os elementos mais diferenciados podem oferecer mais em termos dos cuidados que prestam? É a idade, entendida como posto/estatuto? No meu serviço, temos 2-3 enfermeiras especialistas em reabilitação: porque não fazem reabilitação aos nossos doentes? Mas isso tem a ver com outra política, a nossa diretora de serviço! Eram de fato, uma mais-valia para o doente e serviço!</i> | | |
| | | Processo de integração | <i>(E2) (...) vou eu, saída da escola e quando entrei, tudo me meteu medo! A minha sorte é que uma colega que tinha acabado o curso comigo tinha ido para lá 2 meses antes. Foi, sem dúvida, o meu apoio!</i> | | |
| | | | <i>(E3) (...) enquanto elementos em integração continuávamos com a equipa onde estivemos inseridos durante o período de integração. E isso era muito bom porque adaptávamos, pois tínhamos um método de trabalhar que nos identificava e sabíamos que podíamos contar sempre com esse grupo.</i> | | |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|--|---|--------------------------------------|---|
| <p>Alicerces na construção da identidade profissional do enfermeiro</p> | <p>Características do contexto</p> | <p>Processo de integração</p> | <p><i>(E2) (...) eu fiquei com um colega e comecei a fazer o que ele fazia. Havia dias em que ele só estava de colaboração e, como eu não era muito boa a picar... nós na altura, como os nossos doentes não tinham o cateter arterial (agora não, praticamente todos têm) e era preciso picá-los todos os dias. Lá ia eu, picar todos os doentes a manhã inteira para colher sangue venoso e arterial. Tive uma semana ou duas só a fazer isto! Entretanto comecei aos poucos a ter um doente mais fácil. Quando a gente está a ser integrada fica ainda com o nosso orientador para aí um ano ou dois. Não eram cuidados em parceria, mas como nós trabalhávamos por equipas, ele era o apoio para qualquer coisa. E ainda continuamos a fazer assim durante muito tempo, pois assim ficamos mais à vontade para pedir colaboração a quem nos integra.</i></p> |
| | | | <p><i>(E3) Eu, enquanto elemento na minha integração, houve momentos em que senti pânico, mesmo! Momentos em que recorri muitas vezes aos meus colegas para me ajudarem, e até, a confirmarem se realmente o que fiz estava correto ou o que ia fazer estava correto.</i></p> |
| | | | <p><i>(E4) Acho que aprendi imenso neste serviço com toda a gente: com os enfermeiros que cá estavam na altura (...)a integração eram três meses, e eu, nesses três meses entrei apavorada e pensei: Oh meu Deus, como é que eu iria conseguir dominar tudo! Custava-me um bocado porque era tudo muito minucioso: as aminas; os alarmes; os limites das tensões, das frequências cardíacas; a troca das seringas e tudo, que tinha que ser muito rigoroso! Os balanços e aqueles números todos! E então, quando acabou a minha integração eu lá fui evoluindo (...) fui-me autonomizando mais, com maior segurança em mim própria. (...) Assustou-me numa fase inicial, porque achava que os meus colegas sabiam muito mais do que eu, eu sentia-me muito “pequenina” ao pé deles e pensei: como é que eu vou conseguir chegar ao lugar, ao topo, onde eles estão?</i></p> |
| | | | <p><i>(E6) Por exemplo, eu quando telefono para os outros serviços, muito raramente me apresento como enfermeiro X, mas sim, digo o meu nome “Afonso” e, se do outro lado, se identificam por “Rosa” eu trato-a por Rosa, independentemente de ser chefe, auxiliar, entre outros. Relativamente à pessoa que me integrou, a mesma permitiu igualmente que isso acontecesse! Ela, nesse ponto, foi um elemento facilitador!</i></p> |
| <p><i>(E6) Haver modelos de referência para aqueles que entram no serviço, ajuda muito. (...) Não acho que o fato de tu teres uma formação mais diferenciada, faça de ti um modelo para os outros, pois há pessoas que estão na integração de novos elementos que eu não as acho um referencial. São pessoas competentes mas não as acho um bom modelo, mesmo às vezes, pela própria pessoa em si.</i></p> | | | |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|---|-----------------------------|---------------------------------|---|
| Alicerces na construção da identidade profissional do enfermeiro | Características do contexto | Processo de integração | <i>(E2) (...) acho melhor que a integração de novos enfermeiros seja feita por uma pessoa que saiba transmitir os saberes do que uma pessoa que não saiba e, também acontece de alguns enfermeiros experientes serem bons no seu desempenho, mas terem dificuldade em transmitir esses saberes. Os próprios peritos, às vezes têm essa dificuldade.</i> |
| | | | <i>(E4) (...) na observação de outros colegas relativamente à sua prática cuidativa, porque muitas vezes a prática dos outros permite que detetemos mais o que está errado do que está certo e, isso de detetar o que está errado, se calhar também nos alerta mais para não fazer. Eu ponho-me no lugar das pessoas e lembro-me que, quando vim para cá achava toda a gente perita, toda a gente! E depois com tempo, verifiquei que não! Era a minha ingenuidade na altura, depois de algum tempo verifiquei que afinal aqueles sim, são peritos, aqueles não são!</i> |
| | | | <i>(E4) Na minha entrada, a integração foi de três meses, era assim que estava estipulado. Portanto, era um elemento extra, estava com uma colega mais experiente. No primeiro mês, o colega que estava comigo era o responsável pelo doente e eu, andava ali atrás; depois no segundo mês, já fazíamos as coisas par a par e, no terceiro mês, o doente era meu e o colega só supervisionava. Havia assim as coisas separadas. (...) De negativo teve a minha dependência, que foi muito tempo: foram três meses! (...) ficava assustada se ela não estivesse comigo! Acontecia alguma coisa e eu, estava muito dependente dela! Houve uma altura em que eu senti: por um lado, fazer o desmame dela, autonomizar para evoluir, por outro lado, um bocadinho também assustada de como ia ser, quando ela não estivesse comigo. Sentia-me muito segura com a presença dela e, quando ela não estava sentia-me um bocadinho perdida!</i> |
| | | Modo de organização das equipas | <i>(E6) A equipa de enfermagem já é uma equipa com muitos anos de experiência, em que o elemento mais novo terá por volta dos 7-8 anos, os outros andam na casa dos 20 anos ou mais. Acabamos por ter uma longa experiência de uma maneira de trabalhar e que vamos mantendo.</i> |
| | | | <i>(E2) Eu acho que a constituição das equipas tem que ter gente com mais idade e gente nova. Nós temos que ensinar os outros e os outros ensinar-nos a nós. Se for só gente nova, aquilo não correrá bem!</i> |
| | | | <i>(E3) (...) eu diria a uma pessoa que vinha de novo para aqui ou que está a começar a sua carreira: é que aqui não é o momento de começar uma carreira, de todo, porque a equipa tem que trabalhar e tem que estar em sintonia. E, termos um elemento novo a trabalhar connosco, não é que ele não seja capaz, mas não está à altura para poder dar-nos a resposta que nós precisamos, enquanto equipa para trabalhar. Para este tipo de especificidade de doente é muito complicado!</i> |
| <i>(E6) (...) a maior parte dos enfermeiros que trabalham naquela unidade, são peritos. Pelo menos, considero-os peritos: pelos conhecimentos que têm, por aquilo que eles conseguem implementar, por tudo aquilo que eles fazem!</i> | | | |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|--|---|--|--|
| <p>Alicerces na construção da identidade profissional do enfermeiro</p> | <p>Características do contexto</p> | <p>Modo de organização dos cuidados</p> | <p><i>(E4) Eu acho que os protocolos, as normas ajudam-nos muito, orientam-nos muito! Ou seja, não precisamos de pensar muito, aquilo está ali, utilizamos e pronto! Temos dúvidas, vamos ao papel, vamos ao computador e está lá tudo! (...) é ótimo pois permite que trabalhem todos da mesma forma, porque quando se fazem normas é porque se chegou à conclusão que aquilo é o ideal...mas, por outro lado acho que “cega” um bocadinho as pessoas de alargarem os seus conhecimentos, de investigarem por elas próprias esse tipo de coisas. E depois, acho que também “tornam os doentes todos iguais” ou parece que estamos a fazer tudo da mesma forma para todos, e nós mais do que ninguém sabemos que cada caso é um caso, cada situação é uma situação diferente ou pode desenrolar-se numa situação diferente! (...) É feito sempre daquela maneira e todos têm que ser capazes! Não se nota aqui as diferenças entre um enfermeiro especialistas dum não especialista!</i></p> |
| | | | <p><i>(E5) (...) as normas e protocolos condicionam a minha atuação, mas é facilitador no sentido em que nos orienta e sabemos o que fazer, sabendo que estamos coerentes com estudos, etc.</i></p> |
| | | | <p><i>(E1) O cuidado é em função do tipo de doente que se apresenta (...) A minha definição de plano tem em conta prestar os cuidados de acordo com aquilo que a minha colega me sugere em termos de cuidados tendo em conta o ABCDE, complementando com o outro lado do ABCD, como seja o acolhimento, a comunicação com o doente e com a família.</i></p> |
| | | | <p><i>(E2) (...) o que interessa é que temos um plano que tem que ser verificado em todos os turnos (...) e portanto, em todos os turnos temos que verificar ao pormenor o nosso doente: o nível de consciência; os pensos, as drenagens, a integridade cutânea, tudo! (...) nós temos muitas regras e muitos protocolos de atuação, lá isso temos! Mas isso é importante para que toda a gente trabalhe da mesma maneira. Para todos os cuidados que fazemos ao doente temos sempre um protocolo ou uma norma e, temos que cumprir isso, mesmo que se desvie um bocadinho. (...) Considero que é muito fácil para o enfermeiro vir a trabalhar no nosso serviço, porque nós temos tudo padronizado, tudo! Pois no nosso computador está um plano feito e temos que obedecer àquele plano. E então, obedecendo àquele plano está o trabalho quase feito.</i></p> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|--|---|--|---|
| <p>Alicerces na construção da identidade profissional do enfermeiro</p> | <p>Características do contexto</p> | <p>Modo de organização dos cuidados</p> | <p><i>(E3) Obedecem a um padrão mentalmente construído, todos! [...] O nosso primeiro contato com o doente é feito, fazendo primeiro uma avaliação generalista do doente. Fazemos uma monitorização, para sabermos como ele está naquele momento, posicionamento e avaliação da integridade cutânea, todas essas situações...aquilo que tem em perfusão, se coincide com aquilo que temos prescrito. Esta é a nossa primeira abordagem, no primeiro momento da manhã. Planeamos os cuidados que lhe temos que prestar, nomeadamente, os da higiene e conforto, e aí, continuamos com a nossa avaliação mais específica. Porque, depois temos todo um plano de enfermagem a validar, em termos da integridade cutânea, e aí, somos mais rigorosos numa avaliação mais complexa, os dispositivos médicos, como eles se encontram, em termos de perfusões, em termos de pensos, em termos de posicionamentos. A abordagem é mais específica, seguimos um padrão, desde a admissão até à alta do doente! Por isso, numa admissão, nós temos uma parametrização que diz respeito ao doente crítico mas que foi adaptado às nossas necessidades e, nessa parametrização identificamos vários diagnósticos de enfermagem e, consoante os diagnósticos planeamos as nossas intervenções. Depois, validamos em cada turno. Mas, no momento do primeiro contato com o doente, quer seja, noite, manhã ou tarde, nós temos sempre a mesma abordagem. Por isso, as normas/protocolos são um complemento, senão, um instrumento mesmo de trabalho. (...) Ajuda-me a intervir, orienta a minha conduta.</i></p> |
| | | | <p><i>(E5) Em termos práticos: é conferir tudo o que está em perfusão; a ventilação; a monitorização, se de fato, elas estão de acordo com o que está prescrito. A abordagem ao doente obedece a uma sequência de atos de enfermagem. Quando abordo o doente: cumprimento-o, identifico-me dizendo-lhe quem sou. Digo-lhe que serei a enfermeira que cuidará dele naquele turno e normalmente, informo-o que não tem campainha e se ele precisar de alguma coisa terá que tocar na grade ou chamar (caso seja possível). Caso contrário, não se preocupe porque nós estamos permanentemente a vê-lo. Tudo isto é feito, pois embora o doente esteja normalmente sedado, pode evidenciar outro tipo de resposta.</i></p> |
| | | | <p><i>(E6) (...) o fato de ser uma unidade de cuidados intensivos polivalente faz com que recebamos doentes de todas as especialidades, com exceção de neurocirurgia. Ou seja, recebemos doentes de cirurgia programada, ortopedia, doente de trauma, entre outras. Ora, como temos tudo protocolado, (...) a nossa prática é muito padronizada, com sequência de passos (...) É claro que temos que adaptar ao doente em questão. (...) muitas vezes até estamos muito tempo sem ter determinado tipo de doente e basta consultar o documento, e está tudo lá! Isto permite relembrar e fazer bem as coisas, a organização do trabalho.</i></p> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|--|---|---|--|
| <p>Alicerces na construção da identidade profissional do enfermeiro</p> | <p>Características do contexto</p> | <p>Políticas institucionais de qualidade</p> | <p>(E4) (...) há muita parte de registos, muitos trabalhos exigidos pela parte da acreditação da instituição, dos projetos em que o serviço se vai envolvendo, em que exige registos "daqui e de acolá", e portanto, às vezes sentimos que para darmos conta de dois doentes e darmos ao mesmo tempo, conta de todo o recado, de todas as exigências, nomeadamente: da higienização das mãos, do tempo que demora, cumprindo tudo direitinho...começa a escassear os recursos humanos, já se fazendo poucos!</p> |
| | | | <p>(E5) Em termos pessoais, eu gostava que o serviço/instituição que me desse mais horas de serviço para a minha formação. (...) Fui com as minhas próprias horas: foi um bocadinho de "ginástica"! Acho que há formações fundamentais, e acho que, o serviço se deveria preocupar: os programas na sua maioria são anuais. A Sociedade Portuguesa de Cuidados intensivos tem um congresso europeu nesta área, outros abordam a área da nutrição entérica e parentérica, que é anual, e é o Hospital de Santo Estevão que organiza, ...há vários eventos que são certos! A direção do serviço deveria fazer uma certa programação, e dizer assim: vamos proporcionar a ida de 10 enfermeiros a este evento, outros 10 enfermeiros a outro, e assim sucessivamente! E depois, cruzamos informação e partilhamos coisas.</p> |
| | | | <p>(E1) (...) vieram as técnicas dialíticas e depois começamos a apresentar trabalhos sobre isso, provavelmente também puxado pela equipa na altura e, também a abertura que a chefe na altura deu para isso (...)</p> |
| | | | <p>(E1) Nós não temos o rácio suficiente para manter os chamados cuidados de qualidade, que se traduz em qualidade nos cuidados diretos ao doente, à família, como qualidade nos registos documentais. Priorizamos o doente e depois fazemos os registos a correr!</p> |
| | | | <p>(E2) Eu até posso ser muito boa naquilo que faço, mas, os meus colegas podem não seguir o que eu faço. Agora, se houver alguém que faça auditoria aos cuidados.... e, agora, estamos numa fase que se faz auditorias a tudo [...] Mas de fato, as auditorias fazem-nos crescer e faz mudar muitas coisas. É precisamente com as auditorias que a gente muda os hábitos de trabalho! Por exemplo: ao nível das infeções estávamos bem no que toca aos cuidados do CVC, as algalias da urina nem sempre, ora, se a gente não pesquisasse e não tomasse conhecimento das coisas, para nós estaria tudo bem! Eu acho muito importante para saber se o serviço é bom nisso!</p> |
| | | | <p>Eu acho que toda a gente pode vir trabalhar para uma UCI. Decerto, o serviço tem sim que lhe dar mais o fator tempo, para essa pessoa ganhar as competências e desenvolvê-las. Nós temos que perceber que são seres humanos, e não uma coisa de "encher chouriças". Eu não concordo atualmente com as novas políticas da saúde. Como lhe disse, eu fiz uma integração de meio ano e agora, é só de um mês, e certamente, no futuro ainda será menos! Não há justificação para o enfermeiro não poder vir trabalhar para cá!</p> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|--|-----------------------------|---------------------------------------|--|
| Alicerces na construção da identidade profissional do enfermeiro | Características do contexto | Políticas institucionais de qualidade | <i>(E1) O processo de acreditação que por um lado devia ser muito facilitador, de andar e andar para a frente, tem um peso burocrático e em vez de ser um hospital sem papel, estamos atolados de papel. Por um lado vem aperfeiçoar a prática, no entanto, é sempre pedido mais, mais, mais e mais! E depois com o mesmo tempo!</i> |
| | | Ambiente de trabalho favorável | <i>(E2) Há situações que são muito más mas que conseguimos resolver: há uma mais agitada que outra, mas perante situações mais emergentes, a gente junta-se. Por exemplo: temos uma paragem e nós, deixamos tudo o que estamos a fazer aos doentes e vamos ajudar a pessoa. Como estamos todos mais juntos, conseguimos melhor resultado. A relação de trabalho na equipa ajuda muito e também depende muito da parte médica. Se nós tivermos um médico mais calmo, irá facilitar. Se este for mais stressado, isso interfere. (...) temos que ter boas relações de trabalho, porque já estamos lá fechados e, se a gente não tem uma boa relação com toda a gente é muito mau. Isso é muito importante: não é só com a parte médica mas também com as assistentes operacionais. Nós somos uma equipa, pois eles são tão importantes como nós a trabalhar. Nós, se tivermos a trabalhar com um mau assistente operacional também as coisas não correm bem. Daí eu dizer que temos que nos dar bem com todos. Um bom clima é muito importante! (...) se tivermos todos bem-dispostos, o turno até pode ser terrível em que não se lancha nem janta, mas saímos de lá bem, com a sensação de: hoje fizemos bem o nosso trabalho! Fisicamente saímos de lá de rastos mas o bom relacionamento permite que tudo corra bem.</i> |
| | | | <i>(E4) Haver uma boa relação de equipa, uma boa relação entre médicos e enfermeiros, auxiliares, em que as pessoas se sintam bem neste ambiente fechado, porque as pessoas quando vêm para aqui, até a nível da refeição têm sempre que ir um de cada vez (...) convivemos muito pouco! (...) quando as pessoas são mal recebidas começam logo a desmotivar desde o início, de não quererem investir, e isso implica depois no futuro, a experiência e a perícia (...) Mas uma boa relação entre a equipa é fundamental, trabalhámos mais motivadas, com mais afinco (...) quando estamos com pessoas mais mal dispostas, a gente quase que não se fala...!</i> |
| | | | <i>(E5) O ambiente na minha UCI é mau neste momento, e isso, não é favorecedor!</i> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|--|-----------------------------|-------------------------------------|--|
| Alicerces na construção da identidade profissional do enfermeiro | Características do contexto | Ambiente de trabalho favorável | <i>(E6) Dentro do serviço, havia um grupo que não fazia parte daquela elite e, esse grupo começou-se a juntar e a fazer umas confraternizações. Começamo-nos a apoiar mutuamente e isso ajudou a que a gente se mantivesse tanto tempo lá. Este tipo de camaradagem entre as pessoas foi importante! (...) Os elementos que eu considerava "maus" acabaram por sair (...) os cuidados intensivos acaba por ser um serviço muito pequeno e, por conseguinte, há muito mais conflito (...) melhorou a relação entre as pessoas no serviço... Houve uma série de fatores que vieram a melhorar: não a parte técnica mas a parte humana.</i> |
| | | | <i>(E6) Pese embora, trabalhemos com método individual de trabalho, o que eu faço com o meu doente, também se for necessário, o farei para o doente do meu colega. Às vezes acaba uma seringa de um doente que não é meu, no entanto, não chamo por ninguém: eu preparo e coloco-a. (...) Ao nível do contexto de trabalho, os fatores promotores da perícia são as pessoas, o ambiente de trabalho que promovem (...)</i> |
| | | Mentores/Modelos de prática clínica | <i>(E3) (...) tive como noutras situações, uma boa equipa, que me acolheu, integrou, muito exigentes (com outro tipo de exigência) e, claro que, quando nos exigem de nós, nós procurámos sempre saber sempre mais, para estarmos seguros quando nos colocam questões, porque era-nos colocadas, e isso, era frequente, interrogarem-nos sobre o porquê desta ou doutra situação e, isto leva-nos sempre a procurar e a mostrar segurança naquilo que afirmarmos.</i> |
| | | | <i>(E1) Depois ajudou muito o diretor de serviço, na altura quando cheguei, que me ensinou muito! Foi tudo feito por ele, éramos uma equipa pequenina e então isso foi uma ajuda; foi um crescimento...!(...) Digamos que na minha vida profissional, se calhar, estar com as pessoas certas no momento certo teve o seu peso. Pessoas que nos entendíamos, um diretor de serviço que era uma ótima pessoa que puxou muito pela equipa.</i> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|--|---|--|--|
| <p>Alicerces na construção da identidade profissional do enfermeiro</p> | <p>Características do contexto</p> | <p>Mentores/Modelos de prática clínica</p> | <p><i>(E2) Se tivermos uma pessoa que nos integra mal nunca mais somos boas. A gente aprende com quem nos ensina, com os modelos. E então, eu fui leve, fresquinha e tudo o que aprendi foi com ele. E então é muito, muito importante! (...) somos assim porque alguém foi bom e foi passando aos outros e, os outros, vão ensinando...foram os modelos referenciais! Isto faz toda a diferença nos serviços: o modelo para os enfermeiros. Se nós tivermos um enfermeiro mais "baldas" ele vai passar a outro enfermeiro e, nós dificilmente nos tornamos bons. (...) tive sorte de ter na equipa enfermeiros que sabiam muito, que foram referenciais e que conseguiram incutir a exigência e, isto faz toda a diferença termos um modelo que nos ajude, que saiba fazer as coisas e que a gente aprenda a fazer bem, pois se é bem feito, também temos que aprender a fazer igual.</i></p> |
| | | <p><i>(E4) Eu fui integrada por uma colega que na altura era das mais velhas. Era muito disciplinada, muito perfeccionista, muito "dramática"...! Eu tinha que fazer tudo ao rigor, ao minuto, ao segundo! (...) A parte boa foi, tudo aquilo que ela me ensinou: aquilo que tinha que estar atenta, desperta, o perfeccionismo dela, aquela arte que ela tinha e, que alguns colegas têm mais do que outros, mas penso que também estaria aliado à minha personalidade, de ser mais de detalhe. Identifiquei-me muito ao modo de trabalhar dela, embora depois cada um envereda na sua forma de trabalhar, mas foi uma pessoa que me marcou muito neste serviço, de positivo.</i></p> | |
| | | <p><i>(E6) (...) quando ela foi elemento na prestação de cuidados, e eu penso que já era especialista, foi sem dúvida, um elemento facilitador! Devemos considerar que todas as pessoas têm defeitos mas também virtudes, e ela, tinha muitas virtudes. A sua maneira de ver certas coisas...e iam de encontro àquilo que eu penso! Portanto, eu nessa fase identifiquei-me com ela!</i></p> | |
| | | <p>Dotações seguras</p> | <p><i>(E6) Eu tenho noção que nos outros serviços, era impossível fazer, atendendo ao nº de doentes internados. Há muito pessoal do meu serviço que se considera melhor enfermeiro que os outros! Eu não me considero o melhor. Tenho sim, condições melhores que os outros para trabalhar! Qualquer enfermeiro de outro serviço, nas condições que eu trabalho, é certamente capaz de trabalhar melhor do que eu! (...)</i></p> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|--|-----------------------------|------------------------------|--|
| Alicerces na construção da identidade profissional do enfermeiro | Características do contexto | Dotações seguras | <i>(E4) Acho que, neste serviço não há desculpas para se trabalhar mal, só se forem mesmo maus profissionais, porque aqui estão reunidas todas as condições para se trabalhar bem (...) A nível de recursos humanos, também. O nosso rácio é um enfermeiro para dois doentes, praticamente em todas as unidades é assim, embora estamos a achar que o ideal era: um enfermeiro para um doente (...).</i> |
| | | | <i>(E1) (...) temos mais tempo para fazer as coisas muito mais perfeitas...antigamente não...e as mãos eram lavadas quando dava jeito! Há 30 anos era assim!</i> |
| | | | <i>(E2) Muitas vezes o doente sai de lá e depois mais tarde, é inglório...a gente trata-os e depois vemo-los cá fora e não têm os mesmos cuidados que nós temos lá dentro. Fazemos toda a diferença! Nós, por exemplo, só temos 1 a 2 doentes atribuídos e, então, também temos que fazer o melhor. Ali, temos que fazer o melhor do melhor! Às vezes, dizem assim: Vocês só têm um doente? Mas, já que temos só um doente, nós temos que fazer o melhor que pudermos! (...) Nós estando lá, temos tempo, e daí, temos que ser bons no que fazemos. Não podemos fazer as coisas só pela metade. (...) Trabalhamos o pormenor, algo que nos outros serviços não têm hipótese, pois têm muitos doentes e, nós ali, qualquer coisa com o doente no pós-operatório, que seja fora do normal, nós, em 5 – 10 min, a gente dá logo conta! No internamento era impossível!</i> |
| | | Recursos físicos e materiais | <i>(E3) Nós não adaptamos nada, nós temos que ter o material específico para todos os procedimentos. Não adaptámos uma algaliação como no internamento: quando não há um equipamento, por exemplo, o kit da algaliação, vamos algaliar com isto ou com aquilo e, adaptamos os campos esterilizados. Aqui, não! Obrigatoriamente, temos que ter o material todo. Estou a falar de um procedimento básico! (...) Nós, em termos de condições, devemos ser o serviço que no hospital reúne as condições todas. De fato, nunca senti falta de condições, mesmo nos momentos de maior contingência, nós nunca tivemos falta do que quer que fosse.</i> <i>(E5) As condições físicas do serviço são, neste momento, facilitadoras.</i> <i>(E6) Esta unidade de cuidados intensivos é um serviço organizado, pequeno, e isso, trás mais-valias para nós trabalharmos corretamente. Considero-me um enfermeiro muito privilegiado. Isto agora comparando com carros, diria que: enquanto os outros colegas conduzem bons carros, eu conduzo um “fórmula 1”. Há quem conduza um “fórmula 1” mais evoluído, por exemplo, o H. de S. João, que fazem técnicas que nós não fazemos ali, tipo: a circulação extracorpórea que está hoje muito em “moda”(ECMO) ou hemocardiofiltração. Nós conduzimos carros da fórmula 1, há outros colegas que conduzem carros de rali e ainda outros, umas “chafarricas”.</i> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|--|-------------------------------|---|---|
| Alicerces na construção da identidade profissional do enfermeiro | Características do contexto | Recursos físicos e materiais | (E2) (...) porque nós também temos de tudo o que precisamos que os outros não têm! Por exemplo: nós, para darmos um banho, temos direito a três bacias por doente; nós temos o topo de materiais de pensos. Nós, de fato, temos todas as condições para prestar cuidados de qualidade (...) temos todas as condições para fazer um bom trabalho. Só não faz quem não quer! Já os internamentos não têm o que nós temos, não se pode comparar! |
| | | | (E6) O fato de trabalhar na viatura médica permitiu-me estar mais vezes perante contextos emergentes, porque é exatamente o oposto do contexto vivido numa UCI. Na viatura de emergência, estás tu com um médico a trabalhar perante um doente em que não sabes nada dele, não tens monitores, não tens gasometrias...! Tens que, por aquilo que tu vês, perante o que te dizem, tens que fazer o diagnóstico, e ao mesmo tempo, estás à espera que te venham ajudar para o mais rapidamente possível reverteres a situação e poderes transportar aquele doente para um hospital. [...] Na unidade de cuidados intensivos tens sempre tudo ao dispor, ou seja, numa situação de emergência, pedes ajuda e tens lá pessoas, tens carros de emergência, tens a TAC (...) |
| | Características profissionais | Acumular experiências no cuidar da pessoa em situação crítica | (E4) Essencialmente experiente na área, não é um enfermeiro que acaba de chegar que se torna logo um perito na área. Tem que ter experiência (...). |
| | | | (E5) Sim, a nossa pequena experiência era valorizada, tipo: como é que fazias no Hospital de São Teotónio? Que soluto é que usavas? Ser uma referência deste conhecimento, para o arranque, foi muito importante! E eram só 9 meses. (E4) O que senti nessa altura é que estava naquela situação em que parecia que já sabia tudo, mas é evidente que não sabia, não é! (...) Mas foi mais ou menos por aí que me sentia perita, ou seja, confortável, experiente! (risos). (E6) Ao fim de 4-5anos de eu estar no serviço, as coisas começaram a desanuviar e a melhorar! (...) Precisas e acabas por dominar tudo aquilo, mas há coisas que ocorrem muito poucas vezes, e portanto, precisas de adquirir treino e destreza em todas essas coisas, e isso, carece de tempo! Eu também acho que a integração na UCI deve demorar esses cinco anos! (...) A perícia foi gradual (...) Há 10 anos atrás, foi quando me senti totalmente integrado na equipa. |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|--|-------------------------------|---|---|
| Alicerces na construção da identidade profissional do enfermeiro | Características profissionais | Acumular experiências no cuidar da pessoa em situação crítica | <p>(E1) A nossa maturidade aos 5 anos aqui é completamente diferente. Eu não lhe consigo dizer se foi no ano A, B ou C, isso é muito difícil. É um processo contendo melhoramentos, contínuo! Se calhar 10 anos. Eu não lhe consigo dizer objetivamente, mas os primeiros 5 anos para mim foram problemáticos. Foi um processo em que ninguém tinha experiência e fomos aperfeiçoando as coisas com o tempo!</p> <p>(E2) Ui, o primeiro tempo foi terrível. (...) E depois eles dizem que fomos considerados durante muito tempo “novatos”, ou seja, o considerar “novato” era mais do que 5-6 anos, principalmente, enquanto a chefia não via que tínhamos maturidade para sermos responsáveis de turno. Os mais novos sentem às vezes que, pelo fato de ainda não serem responsáveis de turno, que não são tão bons, eficientes.</p> <p>(E3) Para mim é difícil traçar os anos para conseguir alcançar a excelência. Não sei se foi depois dos 6 anos.</p> <p>(E4) (...) com o tempo, a pessoa vai ganhando traquejo e destreza e depois acaba por perceber que também consegue! Acho que há pessoas que realmente transmitem segurança e, é meio caminho andado para a gente se sentir segura ao pé desse enfermeiro, mas nem sempre a coisa é assim! Eu penso que, no dia-a-dia do trabalho, o enfermeiro perito se vai tornando perito, sem saber disso, até! (...) Não é de um dia para o outro, vai-se tornando perito ao longo do tempo (...)</p> <p>(E5) No fundo, eu sentia-me alguém com um bocadinho mais de experiência face às outras colegas. Embora alguns colegas eram mais velhos do que eu na profissão, em termos de cuidados intensivos, eu tinha mais 9 meses de experiência do que eles. (...) E isto soube bem, aumentou-me o ego, ...afinal eu não era do hospital, não fui “escolhida”, porque a equipa inicial de enfermagem foi escolhida! Foi escolhida pelo então “diretor do serviço” e da Enfermeira chefe. [...] Eu e outro colega viemos de fora! Como não fizemos parte desta escolha e, como já tínhamos meses de experiência noutras unidades de cuidados intensivos, de certa maneira, o serviço beneficiava com a nossa inclusão. (...) Sempre e só trabalhei em cuidados intensivos. (...) Já trabalho em cuidados intensivos há 25 anos (...).</p> |
| | | Conceção de cuidados mediada pela tecnologia | <p>(E1) Fica-se com a ideia que existem muitas PCR súbitas cá dentro mas não, porque o doente aqui está num processo que é previsível que esta situação vai acontecer. Na maioria das vezes a PCR propriamente dita tem uma coisa de previsível e consegue-se gerir a situação olhando para o doente objetivando isso mesmo decidindo a prioridade dos cuidados a ter pela parte hemodinâmica.</p> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|--|---|--|--|
| <p>Alicerces na construção da identidade profissional do enfermeiro</p> | <p>Características profissionais</p> | <p>Conceção de cuidados mediada pela tecnologia</p> | <p><i>(E3) É um complemento, ajuda-nos a crescer! Aqui este ambiente faz parte, é natural. Nós temos que nos preparar e orientar a nossa prática mediante aquilo que nos é exigido e, é isso que temos feito e aperfeiçoar durante estes anos todos. A parte tecnológica faz parte, é o nosso ambiente, é o nosso trabalho...é aquilo que nós necessitamos para ajudar o doente a recuperar. É um complemento do cuidar dele!</i></p> |
| | | | <p><i>(E4) Quando se entra ao serviço, a primeira coisa que fazemos é ver se os alarmes estão em conformidade com aquilo que se pretende para aquela situação e, nós estamos sossegados se o monitor não alarma. Se alarmar, das duas uma: ou porque estamos a realizar alguma técnica ou está com problemas de mau contato, ou então, porque o doente saiu dos parâmetros normais, e aí, começamos a preocupar-nos. A partir daí, é ver o que está a falhar, é contatar o médico (...) A minha estratégia é sempre essa, ou seja, tentar ter o meu doente o mais equilibrado possível, o mais estável possível, para não causar stress nem problemas.</i></p> |
| | | | <p><i>(E6) (...) acho que as máquinas, os computadores são um complemento, são facilitadores para a pessoa, para o seu tratamento e cuidado que prestamos a ela. Não há nenhum entrave na minha opinião, mas eu também sou muito “virado” para as máquinas.</i></p> |
| | | <p>Especificidade dos cuidados</p> | <p><i>(E1) A tecnologia aqui é muito relevante, mas eu posso olhar para o monitor e não ver nada! O doente continua a ser o centro dos meus cuidados. (...) O monitor diz-me que o doente está taquicárdico, o monitor faz essa leitura mas muitas vezes não é verdadeiro! Se só olho para cima (monitor) sem ver o doenteO resto tem que ser visto sempre como complementos, ajudas.</i></p> <p><i>(E1) (...) Por outro lado, estas colegas habituadas a decidirem por elas, chegam aqui e, como é tudo tão diferente que muitas vezes não conseguem decidir nada.</i></p> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|--|---|---|--|
| <p>Alicerces na construção da identidade profissional do enfermeiro</p> | <p>Características profissionais</p> | <p>Especificidade dos cuidados</p> | <p>(E3) (...) a fazer os cuidados básicos (...) parece que estamos a aprender de novo a trabalhar com o doente. Podemos considerar, por exemplo: um cuidado de higiene que é totalmente diferente. Nós temos um doente com dispositivos médicos invasivos, a nossa abordagem é totalmente diferente de um doente de lá de cima do internamento, que é praticamente autónomo ou se é um doente dependente, não apresenta este tipo de dispositivos médicos! A nossa abordagem é totalmente diferente. Por isso, eu se lhe disser: eu aprendi tudo de novo, tudo de novo! Em termos de exigência, mesmo em termos dos próprios cuidados de higiene é totalmente diferente. Um doente do internamento poderá ter alguma autonomia, mas aqui não tem. Somos nós que executamos todas as atividades do doente. Substituímos por completo o doente, porque quando ele está em coma induzido, não tem as suas faculdades mentais para colaborar maioritariamente em qualquer situação. Por isso, mesmo um simples procedimento aqui, era gerador de stress. Dizer: o que é que vem primeiro, e em segundo agora, e em terceiro...isto foi uma readaptação constante, constante! (...) a relação que estabeleço é totalmente diferente do doente que está em estado comatoso, do doente facilmente desperto e colaborante. (...) nós não podemos transportar o que aprendemos noutro serviço para aqui, podemos transportar o conhecimento, mas, reaprendemos tudo de novo aqui. A forma de vermos o doente é outra; a forma de o avaliarmos é outra; a forma de intervirmos; a forma de convivermos...tudo! É tudo diferente! As condições são outras e exigem-se aqui cuidados de excelência.</p> <p>(E4) [...] naqueles doentes mais graves, ao nível de técnicas como de cuidado, penso que é diferente! Exige mais atenção, exige mais rigor e tem mesmo que ser assim! Estes tipos de doentes têm muita coisa: o doente tem montes de cateterismos; muita invasibilidade, e pressupõem imediatamente, a muito mais rigor e precaução da nossa parte para a prevenção de infeções. Temos que ser um bocadinho mais perfeccionistas: os pensos são mais "bem feitos", porque um penso "mal feito" não resulta para aqui! Os doentes têm um maior risco de infeção, e por isso, o mesmo tem que estar aderente, sempre limpo. (...) um enfermeiro que trabalhe numa urgência ou em emergência pré-hospitalar lá fora, de rua, têm que ter aquela capacidade de fazer no ato, pensar rápido e depois encaminhar. Nós aqui não!</p> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|--|-------------------------------|--------------------------------|--|
| Alicerces na construção da identidade profissional do enfermeiro | Características profissionais | Especificidade dos cuidados | <i>(E6) (...) tinha uma maneira completamente diferente de trabalhar. Praticamente quase que tive que esquecer tudo o que fazia. Na altura, quando comecei a trabalhar era tudo mais à tarefa, não era o método individual de trabalho! E então, ao chegar à UCI, poucas coisas aproveitei das experiências que tinha tido. Lembro-me por exemplo, quando nós tínhamos doentes de ortopedia com trações balanceadas, em que ninguém ainda tinha visto...eu já tinha visto várias vezes. No entanto, a unidade não tem pediatria, portanto essa área foi para "esquecer"! O que aproveitei da pediatria foram os implantofix, e às vezes chegavam lá doentes com implantofix e ninguém sabia o que era...! (...) Por isso, na minha opinião, o elemento que acabe o curso e vá logo para a UCI, e o elemento que já tem "x" anos de experiência e vai agora para a UCI, não há grande diferença! Só se for na destreza de execução das técnicas básicas, só se for nisso que haja alguma diferença!</i> |
| | | Prática avançada em enfermagem | <i>(E1) Tivemos um estágio no S. João durante 8 semanas, mas isso não dá nada. O estágio foi feito aqui! Isso não dá experiência a ninguém. Doente que está desadaptado ao ventilador a gente olha e vê, agora, na altura sempre que o ventilador alarmava, nós olhávamos para tudo quanto era sítio, mas não víamos nada, tínhamos que ir a qualquer sítio para tentar resolver! A gente olhava mas não via nada!</i> |
| | | | <i>(E4) Mas acho que qualquer enfermeiro aprende imenso com os cuidados intensivos, porque aqui faz-se mesmo tudo! (...) é um serviço ótimo para o enfermeiro evoluir em todos os domínios. Nós passamos por tudo: algiamos; entubamos; cateterizamos; colaboramos nos cateterismos venosos centrais, arteriais, etc.</i> |
| | | Processo de mobilidade interna | <i>(E6) Eu acho que a mobilidade institucional é muito positivo, as pessoas não podem cristalizar. Não compreendo como é possível as pessoas trabalharem em determinado sítio e reformarem-se desse mesmo sítio. Sou a favor da mobilidade, porque ajuda as pessoas a vivenciarem experiências diferentes. Nós, nos cuidados intensivos somos bons, mas decerto, o hospital tem elementos que se estivessem 5 anos nos cuidados intensivos, certamente seriam muito melhores do que nós! E nunca lhes foi dada essa oportunidade, pois sei que há muita gente que quer ir para os cuidados intensivos, mas parece que são muitas mulheres! (risos)</i> <i>(E1) Antes de vir para cá estive na Medicina e Cardiologia e isto obriga a um processo de crescimento quer em termos técnicos, científicos, em termos da maturidade de âmbito geral (...)</i> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|---|---|--|---|
| <p>Alicerces na construção da identidade profissional do enfermeiro</p> | <p>Características profissionais</p> | <p>Processo de mobilidade interna</p> | <p>(E4) (...) comecei a minha carreira no hospital pediátrico. Foi no hospital D. Estefânia, tendo tirado o meu curso numa escola superior de enfermagem em Lisboa e, comecei lá a trabalhar. Trabalhei 6 anos em pediatria mas depois, por circunstâncias familiares: eu sou de cá e queria vir para cá (...)!A minha experiência anterior teve algum contributo. (...) Penso que teve muita importância a abordagem à família nessa altura, e depois aquela minucia. A minucia, tipo: picar “ veiazinhas”, “capilarzinhos”; os “pensinhos” pequeninos, tudo assim quase em miniatura, a paciência dos vómitos; do fato de eles não dormirem de noite; de nós acabarmos as rotinas das mamadas a uma hora e já era o início da outra, daqueles que começavam de duas em duas horas; aqueles bebés que não dormiam e que chegaram a dormir em cima do nosso peito, no nosso cadeirão durante a noite. Aquela minucia, acho que me ajudou muito também aqui! (...) E eu acho que as minhas capacidades que eu tinha dantes, me ajudaram para aqui, para gostar desta área.</p> |
| | | | <p>(E6) Eu sempre tive um percurso em “zigue-zague”. Houve uma altura, em que tive uma entrevista com um professor, que acho que ainda é o diretor de uma escola de Enfermagem e este, ficou admirado como eu, em 3-4 anos tinha tanta experiência: trabalhei em ortopedia; Hospital de dia em Barcelos; trabalhei num departamento de Cirurgia no Hospital militar; trabalhei a fazer domicílios, no Porto, em Pediatria no IPO (...) Temos um colega que veio há pouco tempo de uma UCI e, acho que isso é facilitador!</p> |
| | | | <p>(E3) Durante 5-6 anos estive em Medicina, um período em que também depois concorri para o Hospital de S. Teotónio, entrei no quadro, fui para a Medicina/Gastro e Pneumologia e, regresssei passado um ano novamente para a Medicina deste hospital (...) É mesmo muito importante para quem cá venha, experiencia profissional, tanto para a própria pessoa porque já está muito mais desperto para sinais críticos, enquanto que, um elemento que vem de novo ou que inicie a sua carreira aqui, é o duplo do esforço porque tem que estudar! (...) percebe alguma coisa, já tem algum conhecimento, já tem alguma habilidade, alguma destreza profissional, tanto intelectual como manual, mesmo. É muito importante, porque senão é uma frustração total!</p> |
| <p>(E1) Ter estado seis anos na Medicina deu-me muita destreza técnica (...) acho que tem todo o benefício da pessoa passar inicialmente por um serviço de internamento geral, seja médico ou cirúrgico, para adquirir destreza em coisas muito simples, desde uma cateterização, algaliação ...em procedimentos técnicos básicos da nossa profissão: dar um banho... coisas muito básicas!</p> | | | |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|---|--------------------------------------|--|---|
| Alicerces na construção da identidade profissional do enfermeiro | Características profissionais | Processo de mobilidade interna | <i>(E6) Sinto-me que saí prejudicado ter mudado tantas vezes de serviço, anteriormente à minha admissão na UCI. Isto porque quanto mais tempo se está no serviço, tem-se outras oportunidades de mostrar o que valemos, e ir progredindo na carreira, ou seja, seres selecionado para determinadas coisas, que com este percurso em “ziguezague” nunca te darão essas oportunidades.</i> |
| Processo de maturidade pessoal e profissional | Ser experiente/ autónomo | Confiança em si/segurança nos cuidados | <i>(E2) (...) podemos considerar os vinte e dois, porque eu entrei para lá no dia 15 de Junho de 1994...o tempo todo foi praticamente lá. ; (...) dizer que ajuda ter muita experiência, isso ajuda. A gente não fica tão nervosa vendo uma "coisa" como dantes ficava.</i> |
| | | | <i>(E3) Conquistei a segurança, autoconfiança, mas ainda é preciso conquistar mais autoconfiança!</i> |
| | | | <i>(E5) Confiança em si mesmo, porque quando temos confiança em nós próprios, conseguimos gerir o resto. Muitas vezes, temos é falta de confiança e decidimos muitas coisas pondo um ponto de interrogação. Se fazemos, é porque temos a certeza que é assim que se faz! Isto até ao fim, ou seja, ter segurança na decisão que toma e saber defendê-la! (...) Um enfermeiro para ir para cuidados intensivos tem que estar muito seguro de si, e se não está, deve procurar por estar!</i> |
| | | | <i>(E2) (...) caso entenda que a intervenção vai “fugir” um bocadinho ao protocolado, nós temos que ter a convicção e a certeza de que a nossa decisão foi a certa, e que tudo fica bem.</i> |
| | | | <i>(E3) (...) acho que, sinto-me mais segura hoje. Isso para mim foi sempre muito importante. Se eu estou segura também presto cuidados seguros.</i> |
| | | | <i>(E4) A segurança também lhe é atribuída, pois o enfermeiro perito tem que ser seguro, não pode ser inseguro (...) Nós sentimos que quantas mais vezes fazemos aquela técnica, sentimo-nos cada vez mais seguros e mais peritos. Mas, se me perguntar assim: sente-se à vontade com todas as técnicas que faz aqui? Eu neste momento posso-lhe dizer que sim, que me sinto à vontade com todas as técnicas. Nada me “assusta” em termos das técnicas.</i> |
| | Conhecimento pessoal | <i>(E5) Na prática, na técnica. Sim noto mudanças, sem dúvida! Por exemplo, há uns anos atrás, na execução de uma técnica, se calhar, eu ainda tinha que pensar, agora, o raciocínio é automático! Com os anos, tenho experiência.</i> | |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|---|-------------------------|---------------------------|--|
| Processo de maturidade pessoal e profissional | Ser experiente/autônomo | Conhecimento pessoal | <p><i>(E3) Sabemos, porque estamos habituados a observar e observamos muito o pormenor! E vamos criando essas habilidades de observação, sem dúvida. E é isso, que no fundo, nos tranquiliza, nos desperta. Claro que, muitas vezes, isso nota-se que quanto mais peritas somos, nós até para os doentes dos outros colegas, os olhamos e dizemos: olha, atenção que é melhor chamares o médico!</i></p> |
| | | | <p><i>(E5) Se calhar, penso que vem daí, a percepção auditiva de eu conseguir perceber pelo som, o que se está a passar. Por exemplo, toca um alarme e as visitas começam a gritar, e eu digo-lhes: tenha calma que isso não é nada de especial, já lá vou! Não houve um momento certo, foi no decorrer do tempo, foi um processo gradual. Por exemplo, quando nos falha a energia temos uma segurança de energia e, o entra e não entra, só pelo som eu já consigo reconhecer!</i></p> |
| | | Conhecimento experiencial | <p><i>(E3) Não faço ideia...mas claro que é a experiência. Aqui, todas as situações são complexas e, tivemos casos já, de choques hipovolémicos; características dos doentes que até já se assemelham umas às outras...Claro que vamos assimilando essa experiência e vamos criando essas sensações! E por vezes dizem: e a enfermeira tinha já essa sensação e de fato, é! De fato, vamos criando esse despertar para determinados sinais, essa atenção mais cuidada, mais rigorosa.</i></p> |
| | | | <p><i>(E1) É desafiante ter um doente complexo e no fim ter a sensação de, pelo menos nas decisões que tomei, face ao conhecimento que tinha, um dia depois, se eu o voltasse a fazer, fazia exatamente o mesmo ou praticamente a mesma coisa.</i></p> <p><i>(E3) Mas, de fato, é a nossa experiência que nos dá essa tranquilidade e esse saber observar, que acho que é no fundo isso, é saber observar (...) nós começamos a desenvolver uma capacidade de observação fabulosa. Eu acho que é assim: os enfermeiros têm essa característica, que observam tudo e todos!</i></p> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|---|--------------------------|---|--|
| Processo de maturidade pessoal e profissional | Ser experiente/ autónomo | Conhecimento experiencial | <p>(E1) Benner fala-nos em ser capaz de abranger não só o meu doente mas consigo ver tudo o resto do serviço que está à minha volta. O perito tem que ter a capacidade de fazer uma avaliação global do que se está a passar, ou seja: tem que pegar no todo mas depois conseguir focalizar-se em pequenas coisas que possam fazer a diferença. (...) Uma coisa muito simples: uma sonda nasogástrica não fixa, no sentido de estar a fazer tração e, eu vir a seguir e estar desperta para aquilo, verificar aquela fixação que pode propiciar uma úlcera de pressão no nariz. É uma coisa básica, mas muito importante! (...) O doente que está menos bem posicionado e ajusto o posicionamento do ombro para que amanhã e depois, o doente não esteja com uma dor. O doente que ficou com o braço mais assim e eu vou lá e puxo-o mais para cima, o penso que não está bem feito no sentido em que está enrugado, e eu vou lá para o fazer...mas são coisas tão pequeninas, que eu não lhe posso afirmar que isso fará a diferença no resultado final. Eu faço com a convicção que sim!</p> |
| | | <p>(E1) Agora vemos o doente e o alarme e até continuamos no mesmo sítio, se for caso disso, porque já se consegue filtrar o essencial: ou pode esperar para acabar o que estou a fazer ou levanto-me de imediato. E mesmo que seja o alarme do ventilador, há alarmes e alarmes! Agora hoje, a gente consegue distinguir e ir com outra calma e serenidade que não ia no princípio. No início, íamos todos! Não sabíamos nada!</p> | |
| | | Conhecimento científico | <p>(E1) Tenho licenciatura em enfermagem e especialidade de reabilitação. (...) A formação em serviço, os congressos, o curso fundamental em cuidados intensivos, formação de formadores (...)</p> |
| | | <p>(E3) Sim, quando temos situações novas que nos apresentam e que eu não sei, discutimos logo, vamos à Internet, temos essa facilidade de investigar [...].</p> <p>(E2) Também a nível da minha parte, também tive que estudar, a gente tinha que saber- há termos que a gente não sabe! Tem-se que estudar em casa, senão...quer ao nível de doenças como as técnicas. Se não estudarmos, cito por exemplo, uma simples punção venosa central (na altura, falava-se de termos que quem vem de fora não conhecia) não conseguia perceber nem fazer as coisas como devem ser feitas. (...) tem que gostar de aprender, de saber coisas, de ir à procura do conhecimento (...). Tem que gostar do que faz e ter um espírito de autoformação.</p> | |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|--|---|-------------------------|---|
| Processo de maturidade pessoal e profissional | Ser experiente/autônomo | Conhecimento científico | (E6) Foi há 2 semanas sobre os novos algoritmos do Suporte Avançado de Vida, formação promovida pelo hospital. (...) Estas formações ajudam-me no desempenho do meu dia-a-dia de duas maneiras: por um lado, como eu trabalho na área da formação, para poder transmitir aos outros os conhecimentos mais recentes que existem (...) por outro lado, ao trabalhar na viatura de emergência e ao trabalhar na unidade de cuidados intensivos, prepara-me para situações de emergência, por exemplo, as PCR. (...) Quando acontece situações de emergência, sem dúvida alguma que, este tipo de formação me veio dar preparação e experiência para atuar devidamente em cada caso específico. |
| | | | (E6) A política da formação hospital mudou. Antigamente tínhamos formação subsidiada e os profissionais beneficiavam disso. Os serviços faziam igualmente muita mais formação, diagnosticavam eles as necessidades formativas e faziam um plano de formação anual. Hoje eu penso que já não há política do serviço, mas sim, política institucional. As necessidades dos enfermeiros dos cuidados intensivos, penso que, será diferente das necessidades de colegas de outros serviços, como Medicina, embora haja formações comuns a toda a gente, nomeadamente: SAV adulto, atuação em caso de incêndio, Plano de emergência interno, entre outras. |
| | | | (E4) A formação já foi uma coisa mais motivante do que é agora! |
| | | | (E2) Havia formação entre a equipa! Ainda continuamos, embora perdeu-se um bocado porque agora com as 40H, as pessoas deixam de ter tanta disponibilidade! |
| | | | (E4) (...) tem que ser uma pessoa interessada pelo estudo, por saber ou estar o mais atualizado possível, não basta saber fazer, é preciso saber porquê que se faz. (...) mostrar curiosidade e interesse e ligar-se à formação! |
| | Perícia como processo dinâmico e contínuo | | |
| (E6) (...) a humildade de trabalhar com os outros e não se considerar mais que os outros, só por ter mestrado ou especialidade. Nós devemos ter a noção das falhas e aceitar a crítica, quando a mesma é construtiva! Há pessoas que julgam que nunca erram, como o antigo Presidente da República que dizia essas palavras. Eu não gosto de pessoas que façam "cruzes" e cheguem à chefe e critiquem esta ou aquela pessoa. | | | |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|---|---|--------------------------------|--|
| Processo de maturidade pessoal e profissional | Perícia como processo dinâmico e contínuo | | <i>(E2) Isto de ser perito e achar que sabe tudo, não é uma boa postura (...) a gente pode ser muito boa, mas pode existir alguém muito mais capaz do que nós. Cada situação é uma situação e não posso dizer que sou capaz de tudo. Nunca se pode dizer que se é capaz de tudo, porque pode até estar num dia não e, não ser capaz! Dizer: eu sou capaz e consigo e faço, não! Há dias de tudo! (...) Veem agora pessoas novas que nos ensinam coisas que a gente não sabe. Coisas novas que trazem da escola(...) por exemplo, os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e nós, só agora aprendemos com eles. A teoria que eles trazem também fazem toda a diferença! Um colega que veio de outro serviço trouxe um ensinamento que valeu muito e é extremamente simples: um cateter central quando obstrói, por exemplo: um gluconato de cálcio quando administrado conjuntamente com outro medicamento, cristaliza através de reações que ocorrem e, fiquei a saber que para desobstruir o CVC é com uma seringa de insulina. Não faz tanta pressão e desobstrói muito bem. Se a gente pegar numa seringa de 10 ml já não consegue desobstruir.</i> |
| | | | <i>(E3) [...] há situações em que eles faziam-no melhor, e que, também transmitem a nós, e até, acabamos por aceitar que essa metodologia até é melhor, mais eficaz, desde que cumpra todos os requisitos e as exigências, porque nós somos um hospital acreditado e temos exigências específicas dessa acreditação! Desde que se cumpra todas as orientações, nós até acabamos por achar que é uma mais-valia essas situações.</i> |
| | | | <i>(E6) Eu tive uma integração de sensivelmente, meio ano e, acho que foi a necessária e a indicada! (...) Mesmo ao fim de um ano, havia coisas que eu tinha que pedir ajuda. Ainda hoje, se tiver que pedir ajuda, não me cai nada ao chão! (...) Nós não temos que ser bons todos os dias e fazer sempre as coisas bem todos os dias! Temos todos, dias bons e maus. Eu acho que os nossos colegas vêm o pedir ajuda como se "rebaixar" e, acho que é exatamente o contrário. Eu às vezes tenho opiniões e algumas ideias, um bocado diferentes das dos meus colegas de serviço. Não me considero a elite, considero-me exatamente alguém que é bom mas também é falível.</i> |
| Domínios do enfermeiro perito | Capacidade de resolução de problemas | Adaptação a cenários complexos | <i>(E4) (...) maioritariamente para mim, que já trabalho aqui há alguns anos, já consigo lidar com essas situações e não fico tão stressada com situações críticas. Mas digamos que, a minha estratégia principal é manter a calma e tentar sempre prevenir os problemas.</i> |
| | | | <i>(E3) Por isso, tem mesmo que ter capacidade de aprendizagem, de adaptação (...)</i> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|-------------------------------|--|--|---|
| Domínios do enfermeiro perito | Capacidade de resolução de problemas | Gestão da mudança | (E3) (...) permitir-se a ele próprio alterar comportamentos. |
| | | | (E3) Por aqui, não pode haver resistência à mudança! Nós não podemos transportar procedimentos ou atitudes que tínhamos de outro serviço para aqui. |
| | | Capacidade em lidar com contextos emergentes, de gravidade e instabilidade constante | (E6) Voltando atrás àquele doente que eu nunca imaginei o desfecho, foi pela patologia em si, era uma pancreatite. Depois até estava a falar com o médico acerca deste caso e, ele dizia-me que aparecendo um sinal cutâneo característico deste problema, seria um caso de muito mau prognóstico. Não entrei em pânico, sou uma pessoa calma. Claro está que a experiência acumulada ao longo destes anos todos, dá-nos um à vontade e uma segurança para lidar com as situações...consigo controlar bem o stress. Neste momento, nada me mete medo! |
| | | Capacidade em lidar com contextos emergentes, de gravidade e instabilidade constante | (E2) Por exemplo: entra um doente na UCI, é preciso entubar, porque entra em insuficiência respiratória; a seguir as tensões descem, vamos ter que meter uma artéria; a seguir temos que administrar uma noradrenalina porque ele não está a responder, o doente não está a urinar, temos que lhe por um soro, a seguir uma furosemida e, as tensões que não estão a subir, e isto, a um só doente em que muitas vezes até nos esquecemos de almoçar e lanchar porque andamos ali à volta dele! |
| | | | (E1) Trabalhar aqui é um risco previsível, mas há situações em que o doente está bem e entra em paragem. |
| | (E1) (...) conseguem dar resposta numa fase crítica, e têm meios profissionais e meios técnicos diferenciados que permitem dar resposta a situações críticas que podem não ser fatais mas que noutro contexto poderiam ser necessariamente fatais. Para a família é uma ambivalência, pois é muito agressivo mas eles esperam muito porque eles querem uma resposta pois sabem que o seu familiar está muito mal, eles sabem que noutros sítios não há resposta para dar. No fundo eles depositam aqui toda a esperança! | | |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|-------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| Domínios do enfermeiro perito | Capacidade de resolução de problemas | Discernimento na prioridade do cuidado e rapidez de ação | <p>(E3) Ao fim de três meses de integração, senti-me preparada inteiramente para integrar na equipa onde eu estava inserida e para, no momento mais stressante gerir prioridades. (...) aqui temos muitas técnicas que coincidem com momentos críticos e temos que ter a perceção de todos esses momentos e agir de imediato e saber o que é que temos de fazer a seguir! (...) A minha intervenção vai sempre de acordo com o que é emergente fazer, o que é prioritário fazer, e depois, é uma questão de estabilizar o doente. A partir do momento em que ele está estável, então é sistemático, depois é uma situação normal. Temos é que definir o que é prioritário, o que é vital naquele momento, intervir e satisfazer. Depois, flui normalmente.</p> |
| | | | <p>(E5) Se o doente estiver monitorizado, vigiado, e se houver uma intercorrência, tenho que analisar se essa intercorrência vale a pena correr ou não! (...) Saber avaliar a situação em si. Definir prioridades, é fundamental porque às vezes preocupamo-nos um bocadinho com determinada intervenção que não é muito relevante e descuidamos aquela que de fato é muito relevante! (...) E a minha conduta é um bocadinho assim!</p> |
| | | | <p>(E2) [...] tem que ter o discernimento de perceber o que é urgente do não urgente.</p> |
| | | | <p>(E4) (...) a minha estratégia é sempre por prevenir situações críticas. Não conseguindo, elas aparecendo: primeiro lugar, manter a calma e respirar fundo, e pensar o que é que eu tenho que fazer primeiro! Depois, habitualmente também temos tudo aqui à mão: temos carros de emergência, temos um médico, temos os outros dois colegas. Eu não vou dizer que não é um serviço stressante, porque é! Uma enfermeira perita para mim, tem que fazer bem, ou seja, fazer depressa mas bem, prevendo tudo e mais alguma coisa, sabendo, justificando, ...!</p> |
| | | | <p>(E6) (...) alguém nos diz: este doente é para ir à TAC. Ora, um doente nunca precisou de um banho para ir à TAC, certo? Mas, há pessoas em que isso é uma confusão! Para mim, não há confusão nenhuma: se precisa de ir à TAC, vai e depois dou o banho ao doente! Eu não tenho dificuldade nenhuma em alterar as sequências de cuidados de enfermagem ao doente, perante uma nova necessidade, considerada mais prioritária. (...) Se encaro como prioritário a algaliação, faço-o e depois passo ao resto.</p> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|-------------------------------|--------------------------------------|--|---|
| Domínios do enfermeiro perito | Capacidade de resolução de problemas | Discernimento na prioridade do cuidado e rapidez de ação | <p>(E5) O último doente que nos parou, que não era meu mas sim de uma outra colega,...eu sou-lhe sincera...eu avancei para ele sem luvas, sem nada! Claro que está errado, mas ele salvou-se! Às tantas, foi por eu ter-lhe "saltado" logo! Pelo menos tenho a consolação de ter aguentado o senhor, ele reverter e sair de lá vivo! Quando ouvi a colega dizer: parou! Automaticamente, corri para o doente, enquanto as minhas colegas e o médico foram primeiro colocar a bata e depois desinfetar as mãos, enquanto eu continuei com as compressões cardíacas até eles chegarem. Tudo bem que tenho que fazer isso, mas na primeira oportunidade que tive de ser substituída, fui logo tratar disso, equipei-me! Mas confesso, que negligencio um bocadinho, quando estou perante uma emergência. É evidente que noutras técnicas, como: cateterismo central, algaliações, isso não negligencio, porque há tempo!</p> |
| | | Capacidade de antecipação | <p>(E4) (...) chegamos a um ponto da nossa vida profissional em que também ao mais pequeno pormenor, ao mais pequeno detalhe, nós já estamos alerta para prevenir eventuais situações de emergência. Eu posso-lhe dizer que raramente, eu presencio uma paragem cardiorrespiratória no serviço, porque antes de acontecer, nós vamos antecipando as medidas para evitar que isso aconteça! Há sempre uma situação ou outra que nos sai de controlo, mas normalmente conseguimos detetar a tempo. (...) nós temos que ver que embora tenhamos um médico 24 horas por dia, não é ele que está ao pé do doente as 24 horas por dia. Somos sempre nós! À partida, somos sempre nós ou normalmente somos sempre nós que detetamos o primeiro detalhe que podem originar situações mais problemáticas. Mas acontece várias vezes: aquele dreno que começa de repente a drenar em abundância, em que nós alertamos o médico para fazer um hemograma e verificamos que a hemoglobina baixou muito e às vezes, são problemas da cirurgia internamente, como ruturas, deiscências, disto e aquilo... e vai o doente ao bloco...e se previne ali uma situação mais grave, isso é muito frequente! Não digo que sou eu, somos todos no geral!</p> |
| | | | <p>(E6) Numa unidade de cuidados intensivos, ao contrário que se possa pensar, não é muito frequente a ocorrência de PCR, e isto devido essencialmente ao fato de ser um ambiente mais controlado, nós conseguimos prever muito mais as situações, e atuar antes delas ocorrerem. Por exemplo, nas bradicardias nós podemos dar as adrenalininas ou outro tipo de medicação, ou colocar um "Pacing". Ter este tipo de atuação permite que as coisas não aconteçam. Quando temos um doente monitorizado, as coisas só acontecem, se tu te desleixares!</p> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|-------------------------------|----------------------|----------------------------------|---|
| Domínios do enfermeiro perito | | Capacidade de antecipação | <i>(E3) Recordo-me de um doente que estava a sangrar, teve uma perda sanguínea até relativamente pequena, mas tive aquela sensação de que o doente não estava bem, precisamente pela relação que nós estabelecemos, com o doente acordado, porque, o doente em estado comatoso tem outro tipo de sinal! Mas, aquele doente até estava acordado, e ele, em duas horas teve uma drenagem hemática de 200 ml. A cor do sangue era muito clara e não era o habitual. O doente estava inquieto, com mal-estar, mas calmo e sossegado. E, eu então, era durante a noite, liguei ao médico e disse-lhe: o Senhor X, não está bem, que era melhor vir vê-lo. Já tinha colhidos os sangues e queria que o doutor viesse vê-lo porque realmente achava que devia intervir. E, de fato, o doente tinha uma artéria a “babar” e foi para o B.O de urgência. E pronto, o alento foi que o doutor chegou ao pé de mim e, disse: você salvou o doente ou então, antecipou-se e ainda bem!</i> |
| | Atenção total | | <i>(E2) Quando vou para junto dele, tenho que verificar como ele está, ver tudo e tudo conta: a nível do aspeto físico, psíquico...embora haja cuidados prioritários, mais do que o aspeto físico: temos que ver soros, a hemodinâmica do doente. Depois temos que o pôr bem, confortável; perguntar-lhe como ele está; se tem dor ou não; se está bem assim se não está (...); É já quase uma rotina em que já chega lá e, olhamos para o doente como um todo. Nós não vamos lá só para ver isto ou aquilo. Não! Mas sim, observamos o doente na globalidade. (...) Quando os doentes estão acordados, nós falamos com eles mas ao mesmo tempo já estamos a ver tudo. Também temos que ver o doente a nível hemodinâmico, se está bem, se tem tendência para a hipotensão ou para a taquicardia, pese embora, as colegas transmitam na passagem de turno. Nós já estamos a ver aquilo tudo!</i> <i>(E5) (...) é nós tentarmos reconhecer se o doente tem dor, se está confortável...simplesmente olhando para o doente ou verificando uma ou outra alteração dos parâmetros, começando a colocar as hipóteses e ir descartando as hipóteses, porque não temos um doente que diga: olhe, dói-me isto ou aquilo! Excepcionalmente, temos doentes conscientes, acordados numa fase final, e aí tudo bem, temos a colaboração dele, mas na fase crítica em si, vamos ter que decidir por ele!</i> |
| | Consultor | Coordenação da equipa | <i>(E1) Na passagem de turno estávamos a discutir como reduzir as pneumonias associadas à EOT, que é um dos critérios deste projeto, e portanto a taxa tem que reduzir! Quando vamos higienizar o doente não me posso esquecer de lhe lavar a boca antes de o mobilizar. De cada vez que o posiciono, há microoscilações do tubo que podem fazer com que haja aspirações e, conseqüentemente apareçam as pneumonias. E então diziam-me: eu faço sempre ou então uma outra dizia que fazia às vezes. Então eu respondia-lhe: fazes isso em função de quê? Com o teu tempo e não certamente com o objetivo de prevenir a pneumonia!</i> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|-------------------------------|-----------|-----------------------|--|
| Domínios do enfermeiro perito | Consultor | Coordenação da equipa | <p>(E1) (...) conseguir integrar conhecimentos de gestão que permitam olhar mais além. Muitas vezes pensamos que é o chefe que tem que fazer a gestão, mas sob o meu ponto de vista não lhe compete só a ele. Este enfermeiro não tem que liderar a gestão mas dar contributos para a melhoria. (...) conseguir no turno dizer: o meu doente, sem perder de vista os outros todos, naquelas áreas não posso ter a veleidade de conhecer os outros doentes ao pormenor, mas nos pontos críticos saber dizer: porque é que a colega não chamou e dizer à colega: olha não chamas-te o médico porque não é para agir, não é para fazer?! Conseguir coordenar os meus cuidados em tempo útil, mas não perdendo de vista o resto.</p> |
| | | | <p>(E2) Se eu fosse escolher a minha equipa, escolhia um enfermeiro que seja bom em tudo, tenha brio, que seja uma pessoa bem-disposta e que nunca se zangue com ninguém; falar bem com os doentes, pô-los bem-dispostos, desempenhando o trabalho de enfermagem bem. Essencialmente é isto.</p> |
| | | | <p>(E3) Até pode estar uma colega, em que eu possa ser a responsável do doente, mas (...) se a colega está lá, muito bem! Não vou contrariar, sabendo que ela está a agir bem!</p> |
| | | | <p>(E5) Vejo nestes colegas que entraram mais novos, se há uma situação mais ou menos emergente, dão a sensação que não param para pensar nos passos que devem ser tomados.</p> |
| | | | <p>(E6) Eu acho que já fiz alguma vez esse tipo de reparos, em que senti que essa minha “deixa” fez a diferença! Não me lembro de nenhum exemplo concreto, porque eu não valorizo esse tipo de coisas. O que me interessa é: se foi bom para o doente, então é o que vale, e esqueço! Seja meu doente ou dos outros colegas.</p> |
| | | Liderança | <p>(E1) Os colegas dizem: passas a vida a pedir-nos mais coisas! Passo a vida a pedir-lhes para higienizar as mãos; passo a vida a pedir-lhes para preencherem mais um papel [...] Como tudo na vida, pode ter várias conotações mas reconhecem-me esse perfil, pois pedem-me muitas orientações.</p> |
| | | | <p>(E3) [...] há sempre alguém que se destaca e comanda, por isso, nós vamos sempre atrás. (...) Assumo, várias vezes o papel de líder! Eu acho que as pessoas já estão à espera que eu assuma. (risos) Também é um bocado a minha personalidade. As pessoas já me conhecem e estão à espera que eu fale, em várias situações! É um assumir natural...! (...) outras vezes é outra colega, mas vamos sempre atrás, e, trabalhamos muito bem. (...) Por isso, quando temos um bom líder e que nos conduz, aí estamos tranquilos.</p> |
| | | | <p>(E4) Este enfermeiro perito (...) tem que ser dinâmico, tem que ser mobilizador da equipa, tem que ser um bocadinho líder, tem que ter conhecimento das situações que podem ocorrer e que ocorrem, de tudo, nomeadamente das situações críticas e urgentes com vários diagnósticos...!</p> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|-------------------------------|-----------|---------------------|--|
| Domínios do enfermeiro perito | Consultor | Modelos de cuidados | <p>(E3) Nós vamos recebendo sempre reconhecimentos diariamente. Eu não vou dizer que essa mudança aconteceu a partir do momento em que me colocaram como responsável de equipa. Quando foi isso? Já não me lembro! (risos).</p> |
| | | | <p>(E2) Fui pesquisando, fui observando a fazer, continuo a gostar de observar, gosto quando dão umas novas ideias para as coisas ficarem melhores. Tudo foi importante, desde as formações que fiz; desde os colegas, diretores de serviço, mas de qualquer maneira, eu acho que isto já é inato à pessoa; A pessoa já nasce com o dom para fazer bem ou não. Por exemplo: muitas vezes, os meus colegas pedem-me para fazer algumas coisas, tipo: Cristina, tu podias-me ir ali arranjar os fios do meu doente ou por esta coisa direita, e eles aprenderam como eu, mas já não têm tanto jeito para estas coisas como eu!</p> |
| | | | <p>(E1) (...) se eu fizer uma sugestão, se eu fizer uma chamada de atenção, as pessoas reconhecem-me valor. Vêm procurar respostas face às suas dúvidas acerca dos doentes e cuidados. (...) Sou muitas vezes responsável de turno e também sem o ser, solicitam-me pela questão do aplicativo informático, a questão da técnica do penso: vamos fazer assim, vamos fazer assado! São normalmente os mais novos e não propriamente os mais velhos. Respondo a várias solicitações, propostas de formação (...) !</p> |
| | | | <p>(E2) Eu vejo, quando integro algum enfermeiro que ele se sente mais à vontade em perguntar-me coisas do que outro colega meu. (...) pelo menos os outros dizem: eu gosto de trabalhar contigo; eu gosto de trabalhar na tua equipa! E isto, é porque eu dou bom ambiente, tenho qualidades!</p> |
| | | | <p>(E3) E com certeza que também temos cá colegas que vão passando umas às outras, que realmente a Maria deixa as unidades “ok”, que está tudo muito bem, tudo direitinho...!</p> |
| | | | <p>(E4) Ele torna-se perito, não porque ele se considere, mas porque, os outros o reconhecem como tal, pois é no dia-a-dia que essa “personagem” se vai fazendo. (..) Eu vejo muito assim: eu tenho as minhas referências, as mais antigas, onde eu procuro apoio. Portanto, eu hoje acho que também sou referência para outros colegas!</p> |
| | | | <p>(E2) Temos que ter brio profissional. Se a gente tem que fazer, então, temos que fazer bem feito. Nem que o dia comece mal, o que temos que fazer tem que ser bem feito. Não suporto ver uma cama suja de sangue! (...) eu presto sempre o meu melhor! Quando estou perante um doente, estou convicta que lhe vou prestar os melhores cuidados.</p> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|-------------------------------|-----------|-----------------------------|--|
| Domínios do enfermeiro perito | Consultor | Modelos de cuidados | <i>(E3) Sou exigente em todos os cuidados que tenha com o doente, sou exigente na organização da unidade do doente...a minha chefe sabe disso e a minha anterior chefe também sabia e reconhecia-me isso. Acho que pela qualidade dos cuidados que presto também me avaliaram consoante aquilo que achavam.</i> |
| | | Supervisão clínica de pares | <i>(E2) Nós achamos, como já vimos e passamos por tanta coisa, que somos peritos, pois sabemos as coisas e ajudámos os mais novos a perceber o que se está a passar, naquelas situações mais difíceis em que eles não conseguem resolver, porque não têm tanta experiência. Eles em algumas coisas ficam muito mais enervados.</i> |
| | | | <i>(E1) Quem vem com uma experiência de avaliação do doente o que nós fazemos é formatar esta experiência. Quem nunca a teve, tudo é complicado, tudo é confuso. (...) A pessoa que veio da escola, inicialmente trabalhamos com ela por exemplo: tirar sangue, porque ela não tinha treino nenhum, nenhum mesmo! Investimos de uma forma diferente, para quem vem de outro serviço, porque eu não vou ensinar como colocar uma sonda nasogástrica. Vou sim ensiná-la a olhar para o doente e o modo como avalia o doente.</i> |
| | | | <i>(E2) (...) como a gente aprendeu a ser assim, também tem que inculir aos mais novos essa parte da perfeição.</i> |
| | | | <i>(E3) Eu fui integrada mas já faço muitas integrações (quer seja orientações de estágio como para integrações no serviço) e é stressante para quem está a integrar como para quem está a ser integrado. Primeiro, porque a responsabilidade do integrador é a duplicar: temos a nosso cargo, o doente e temos igualmente um outro colega. Temos que monitorizar tudo aquilo que ele faz e, temos que estar junto dele e do doente! Para onde ele for eu tenho que ir. (...) depois não assimila tudo. Passa pelas mesmas situações várias vezes e nem sempre tem a mesma resposta, porque se esquece de um pormenor, e nós, temos que estar sempre em cima a relembrar todos os passos que é necessário fazer (...).</i> |
| | | | <i>(E5) (...) começamos por integrar o elemento na instituição em si: primeiro terá que conhecer o geral da instituição e depois partir para o específico da unidade. Se calhar, desmistificar um bocadinho os cuidados intensivos...! Autoconfiança, segurança, tento promover desde o início!</i> |
| | | | <i>(E2) (...) eu até já integrei várias pessoas: na primeira semana, ele olha o que eu faço; na 2ª semana, ele já vai colaborar; na 3ª semana já o deixamos ficar com um doente muito simples, na 4ª semana já vamos introduzir um segundo doente, depois começamos por fazer umas tarefas um bocadinho diferentes, mais complexas.</i> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|-------------------------------|-----------|--|--|
| Domínios do enfermeiro perito | Consultor | Supervisão clínica de pares | <i>(E2) Dantes era preciso ajudá-los mais, vigiá-los, mas agora já não. Normalmente aos 5-6 anos, eles já são mais autónomos.</i> |
| | | | <i>(E3) (...) eu que acabei uma integração há muito pouco tempo (...) tentava corrigir, tentava exigir e ainda exijo hoje (...) mesmo em tom de brincadeira porque estamos inseridos na mesma equipa, e sabemos que temos que trabalhar da mesma forma.</i> |
| | | | <i>(E2) Tentamos de fato, passar um modelo de exigência no cuidado ao doente crítico. (...) Quando a gente ensina, temos que ensinar como se fazem as coisas bem-feitas, porque quem aprende, integra o que lhe transmitem. Depois até pode fazer de outra maneira, mas temos que ter bons modelos para sermos bons enfermeiros.</i> |
| | | | <i>(E3) Eu acho que me devem achar exigente, porque eu sou exigente nas integrações. E depois eu digo-lhes: olhem, isto é como eu trabalho! Como tu trabalhas, tu vais-te construir, mas tu levas estas bases, porque daqui, é o que tens que levar. Se vais depois dar o teu cunho, desde que respeites tudo isto... mas isto é o que tens que fazer obrigatoriamente!</i> |
| | | Ter/procurar oportunidades/ assumir novos papéis | <i>(E1) Eu fui responsável durante muito tempo como formadora de serviço, foi o cargo que me puseram (...) Foi também deslocada para outros projetos para fazer outras coisas no âmbito da saúde!</i> |
| | | | <i>(E2) (...) sempre pertenci a grupos de trabalho. (...) Nós nunca precisamos de dizer: eu quero pertencer, porque sempre estivemos! Começou desde muito cedo este processo. Sempre pertenci ao grupo da infeção, por exemplo. Já não me lembro se na altura tinha sido chamada ou não, mas já estou há anos no grupo da infeção. Acabo por ser já uma referência lá no serviço!</i> |
| | | | <i>(E3) (...) quando me disserem "ok", pois é um projeto de reabilitação que eu quero, que eu abracei: fizemos eu e mais dois colegas na mesma situação que eu. É um projeto e claro, que vou investir muito tempo no mesmo e, vou ter que aprender de novo, e quero-me sentir segura, quando estiver a fazer as situações. E quero saber que vou prestar cuidados seguros àquele doente que precisa de mim.</i> |
| | | | <i>(E3) Neste momento, eu faço parte com outras colegas (a Filipa, por exemplo) de um grupo de trabalho da vigilância epidemiológica no nosso serviço e investigamos muito sobre isso e fazemos trabalhos, apresentamos à equipa. Fui há pouco tempo convidada para ser a responsável pela formação cá no serviço e aceitei. Foi uma oportunidade que me deram nestes anos todos.</i> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|-------------------------------|-----------|---|---|
| Domínios do enfermeiro perito | Consultor | <p align="center">Ter/procurar oportunidades/ assumir novos papéis</p> | <p>(E6) <i>Eu dou muita formação quer no Hospital, mas muito mais fora! Essencialmente o Suporte avançado e básico de vida. Dou muita formação no exterior a nível do Suporte básico, primeiros socorros e formação integrada nos cursos para assistentes operacionais (...).</i></p> <p>(E4) <i>E portanto, o meu pensamento vai sempre um bocadinho para essa área: ética, da obstinação terapêutica, da distanásia ...de todas estas questões de que eu gosto e sinto que é o meu lado diferente do serviço para fugir um bocado à rotina habitual. É sempre um gosto que eu tenho nessas áreas e que às vezes resolvo falar delas ao grupo, de questionar sobre isto, “coloco lenha para a fogueira”, saber o que eles pensam de situações concretas aqui, por exemplo, tipo: um doente que temos ali, o que é que vocês acham? Acham que se está a fazer tudo, está-se a fazer demais, não acham que estamos a ir um bocadinho além? Portanto, gosto de falar sobre esses temas. Nem sempre estamos despertos para isto!</i></p> <p>(E3) <i>(...) em termos institucionais, sempre que eu precisei nunca me foi vedada a possibilidade de querer fazer o que quer que fosse.</i></p> |
| | | <p align="center">Ter/procurar oportunidades/ assumir novos papéis</p> | <p>(E3) <i>Acho que tenho muito mais para fazer! Não estou só a falar da enfermagem, no cuidar do doente, a enfermagem não é só cuidar do doente, é muito mais, muito mais! Cuidar de alguém que está sob os nossos cuidados, mas nós temos que estar preparados para tudo! (...) nós, como elementos de uma equipa e responsáveis que somos, que espelha o bom trabalho da enfermagem neste país, porque somos, não temos um papel tão interventivo quanto deveríamos ter no hospital.</i></p> <p>(E3) <i>Em termos de oportunidades cá...a nossa equipa não as tem, porque está muito concentrado em determinado elemento. Isso foi motivo de discussão, porque acho que somos uma equipa que já trabalhamos aqui há muitos anos e que devíamos desenvolver outras habilidades. Isso é um motivo de insatisfação, não sei se mais determinadas pessoas, mas de mim é, por não ter outro tipo de papel interventivo, e não ter tido oportunidade de trabalhar mesmo em grupos de trabalhos da qualidade, porque isso alicia-nos e leva-nos para outras dimensões. Isto foi uma das situações em que eu me exprimi! (...) Eu neste momento não me sinto completamente satisfeita com aquilo que faço, acho que posso fazer muito mais e, se me derem condições para trabalhar numa outra área, com certeza que aí, irei ter que aprender tudo de novo e investir tudo de novo e todo o meu tempo aí. Mas isso é uma outra área de atuação. Aí sim, vou ter que investir muito mais.</i></p> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|--|--------------|---------------|--|
| Domínios do enfermeiro perito | Envolvimento | Presença | <p>(E2) A família mal sabe que o seu familiar vai para os cuidados intensivos, alguns, ao fim de um tempo até gostam, eles notam que nós damos muita mais atenção ao doente e até à família, a tudo!</p> |
| | | | <p>(E3) [...] temos um bom acolhimento da família e a mesma connosco sente-se segura e acolhida, pois é essencialmente a mensagem que nos transmitem. Sentem que realmente que são bem acolhidos e que têm os familiares muito bem entregues e, sentem-se seguros. (...) A família e os doentes às vezes procuram-nos. Há sempre um enfermeiro que têm como referência e há doentes que nos vêm visitar depois de saírem e procuram por nós. É porque chegamos lá!</p> |
| | | | <p>(E3) (...) Já não me lembro qual foi a sensação que tive quando entrei para aqui, porque eu acho que nessa altura, a nossa atenção não é para o doente, é sim para o colega que nos está a ensinar. É totalmente diferente, MESMO! Nós queremos absorver tudo o que o nosso colega diz e nós só estamos ali para executar: "faz assim e assado", respeita "isto e aquilo"! Nós, acho que nem olhamos para o doente! Quando temos que fazer a avaliação geral: ver pupilas; integridade cutânea; eletrodos se estão colocados...porque é isso que nós vemos! Nós depois aprendemos a olhar para o doente, e sozinhos, é o melhor momento de aprendizagem, porque de fato, é assim mesmo! Eu acho que só consegui começar a ver o doente crítico, quando estive sozinha, porque tive atenta ao doente, porque até aí, eu estive atenta à minha colega, a ver o que ela me dizia para eu olhar. Não olhava para o doente, não tinha aquela abordagem de criar uma empatia com o doente, apesar de ele não criar connosco, nós criámos empatia com o doente. Não sei, mas acho que foi mesmo quando fiquei com a total responsabilidade dos doentes, e aí sim, comecei a observar os doentes e a criar uma empatia com ele. Porque até aí, só me sentia focada em seguir uma sequência de passos: agora faço isto, depois faço aquilo...Foi um esquema mental que teve de se construir durante esse período. E depois sim, acho que aprendi a olhar para ele e a criar mais empatia com ele e a conversar mais com ele, porque até aí, era tipo: bom dia Sr. Joaquim, como está? Eu sou a enfermeira Maria, e hoje, eu vou cuidar de si. Agora não, é uma abordagem totalmente diferente!</p> |
| <p>(E6) Normalmente, quando chego à beira deles, apresento-me e tento desenvolver um relacionamento empático com eles. Eu acho que, mais importante que tu faças bem um penso ou outra coisa qualquer, é imprimir em tudo o que fazes, o teu lado humano. Eu não me identifico nada com o tipo de funcionário público, que uma vez vi numa publicidade, em que ele dizia assim: PRÓXIMO! Eu quando estou a cuidar da pessoa, gosto do que estou a fazer!</p> | | | |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|-------------------------------|--------------|----------------------------|---|
| Domínios do enfermeiro perito | Envolvimento | Presença | <p>(E1) Acho que não avaliam o profissional de enfermagem pela negativa mas se lhe perguntarem quem são os enfermeiros bons, são os que têm maior contato com a família.</p> <p>(E2) Quando tivemos o caso da miúda de morte cerebral, a mãe até gostava muito de falar connosco e nós estávamos lá para a escutar!</p> <p>(E3) Damos informação à família, acolhemos a família, satisfazemos a família (...) O nosso contato com a família é totalmente diferente do internamento: nós temos que estar mais atentos às necessidades dela, do que propriamente no internamento em que estão muito mais atentos às necessidades dos doentes. E procuram o enfermeiro, por isto, por aquilo...mas aqui não! Aqui nós aproximámo-nos da família, enquanto, no internamento é a família que se aproxima de nós. (...) Mas com o doente também crio alguma empatia, só que, eles ainda têm efeito da medicação e raramente se lembram de nós. (risos)</p> <p>(E5) Outros familiares entendem muito bem que pode estar ali a salvação daquela pessoa, a melhoria do seu estado de saúde (...) Mas nas primeiras visitas é quando os familiares nos abordam mais, normalmente abordam-nos em questões meramente técnicas, tipo: um traçado está a verde e outro está a cor-de-rosa. Portanto é um bocadinho por aí! Por mais que lhes expliquemos que o doente não irá falar por este momento ou por outro, eu penso que será do choque, o familiar nunca ouve! E depois chega lá dentro e o seu familiar não responde e eles questionam-nos novamente (...)</p> <p>(E2) Nós por vezes, não temos muito tempo para a família mas tentamos responder a todos os seus anseios e receios. Temos que explicar-lhe porque é que o seu familiar foi para lá, porque está entubado, pois ela não sabe. Eles nunca entram no nosso serviço sem que nós os esclareçamos sobre a razão da entubação.</p> |
| | | Capacidades de comunicação | <p>(E6) Eu comunico com o doente sedado, só não tenho é feedback. Considero este aspeto muito mais complicado! Acabo por fazer as coisas da mesma maneira...mas eu gosto de falar com as pessoas; lançar "farpas" às pessoas, gosto de as espreitar e o doente sedado, não me permite isso! Já tive doentes que se lembram enquanto sedados, de nós a falarmos com eles e com outros doentes em redor. Decerto, é uma coisa que devíamos fazer mais!</p> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|-------------------------------|------------------------------|----------------------------|--|
| Domínios do enfermeiro perito | Envolvimento | Capacidades de comunicação | <p>(E4) <i>Eu tenho aquela ideia de que as pessoas me acham disponível, simpática e educada. Uma preocupação que eu tenho é que as pessoas me percebam! Eu acho que há pessoas muito complicadas, não se fazem entender com facilidade e muitas vezes não querem se fazer entender! A preocupação que eu tento ter é que aquela pessoa me entenda, rapidamente! Tento muito adequar a minha linguagem ao tipo de pessoa que eu tenho à minha frente, que normalmente, não vou dizer que julgo ou faça logo um julgamento, mas normalmente nós percebemos se aquela pessoa vai entender os termos técnicos ou não.</i></p> |
| | Julgamento clínico intuitivo | | <p>(E1) <i>Eu quando comunico ao médico a hipotensão de um doente, de acordo com numeradas intervenções já realizadas, se quiser, com o raciocínio ao nível do todo (...)é porque eu já fiz o processo anterior atrás, daí que isso obriga o enfermeiro a raciocinar, a pensar... e não deve dizer ao médico: o doente está hipotenso porque está! (...)eu não posso olhar para um doente, desta forma: o doente tem febre ou o doente está hipotenso, não está adaptado ao ventilador...dizemos: oh doutor o doente não está adaptado ao ventilador...Tenho que fazer um processo de raciocínio e perceber o porquê de aquele doente não estar adaptado ao ventilador.</i></p> <p>(E1) <i>Quando vamos higienizar o doente não me posso esquecer de lavar a boca antes de o mobilizar (...) Se eu pensar que tenho que fazer isso para prevenir a pneumonia, então vou começar por fazer sempre e não quando me dá jeito. Se calhar há uns anos atrás não fazia este raciocínio assim!</i></p> <p>(E2) <i>A gente já está tão habituada que já sabe quando é que o médico é importante. Por exemplo: há doentes que têm uma hipotensão de 90/50 mmhg, têm bradicardias de 40 bat/min, que estão com betabloqueadores e, que não é importante! Mas se nós temos um doente com insuficiência cardíaca, que ande sempre nos 100 bat/min e que depois vem para 40 bat/min, temos que chamar o médico imediatamente, pois de certezinha que alguma coisa não está bem (...) assim como se tivermos um doente que habitualmente anda com valores tensionais na ordem dos 160mmHg e depois vai para 80mmHg, eu tenho que chamar logo o médico. Outros casos, não. Um doente que tenha tensões arteriais de 120 mmhg e ficam com elas a 180 mmHg e agitam, às vezes não é preciso chamar o médico. Já conseguimos diferenciar. (...) Nos doentes que ficam mal adaptados ao ventilador, nós já conseguimos perceber se é problema da máquina ou se é problema do doente que está a piorar, se ele está a fazer um pneumotórax...Já conseguimos diferenciar estes aspetos. Antigamente, quando fui para lá não, era mais difícil, mas agora consigo com toda a segurança e facilidade.</i></p> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|---|------------------------------|---------------|---|
| Domínios do enfermeiro perito | Julgamento clínico intuitivo | | <p><i>(E3) Nós temos que ter capacidade crítica. Dizer assim: eu não posso fazer, tenho mesmo que optar por outra forma, e é desta forma que temos que fazer! Acho que tem mesmo que ver com o ser crítica e ser mesmo fiel ao seu juízo, porque se está a fazer mal, têm-se que corrigir e aceitar essa correção.</i></p> |
| | | | <p><i>(E1) (...) tem que desenvolver a capacidade de saber pedir ajuda. Saber decidir e quando é que deve pedir ajuda.</i></p> |
| | | | <p><i>(E5) Já aconteceu de receber doentes cujas perfusões estavam mal, no sentido de puderem provocar a morte para o doente. Faz parte da minha responsabilidade a verificação e ter toda a atenção nestas coisas. Por acaso, apercebi-me logo de imediato, que alguma coisa ali não estava bem! A maior parte dos doentes têm CVC e, antes de perceber bem o que se estava a passar, fui fechar todas as perfusões, porque é aquela sensação: o doente chega, olhamos imediatamente para as perfusões, olhamos para o doente, e diz-se: alguma coisa não está bem aqui!</i></p> |
| | Prática Baseada na Evidência | | <p><i>(E1) (...) quando estamos na prestação de cuidados não conseguimos cumprir como manda o livro. [...] cito um exemplo: está a aspirar um doente, vai à boca; a seguir a bomba perfusora toca... a tendência é com a mesma luva vai à bomba perfusora! Mas o desafio é conseguir fazer a prática e não fazer isso! Vai fazer um penso e tem o desinfetante ao pé de si, toca numa coisa e noutra e o desafio é conseguir fazer isso, interiorizar que essa prática tem que ser feita e eu tenho que fazer nem a mais nem a menos!</i></p> |
| <p><i>(E4) Quando você demonstra que sabe o porquê das coisas, as consequências que normalmente leva a determinada situação, aquela envolvência toda, acho que isso é que o vai tornando perito. (...) Com alguma leitura, com alguma atualização de tudo o que a gente aqui faz: desde as normas que vão sendo atualizadas (...) Este enfermeiro perito é alguém autónomo, competente, sem dúvida!</i></p> | | | |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|-------------------------------|---|---------------|---|
| Domínios do enfermeiro perito | Prática Baseada na Evidência | | <p>(E5) [...] eu quase que acompanhei toda esta evolução tecnológica. E sempre que vinha um novo aparelho mais sofisticado...o treino que se tinha que fazer para o saber programar, que hoje em dia, é tudo digital... e nós tínhamos o "SERVO 900C" que era mais que muitos botões ...e nós à medida que o tempo passava, íamos reconhecendo o som! Fazíamos testes ao ventilador para ver se ele estava a funcionar ou não e, com o decorrer do tempo, o som ia entrando...Enfim, muitas colegas ficam admiradas, porque quando um alarme toca eu costumo dizer: é "não sei o quê" mas já lá vou! E questionam: mas como é que tu sabes se não fostes ver? (...) eu posso estar na sala de trabalho, e um alarme tocar (uma perfusora, uma seringa, seja o que for) que eu apercebo-me: pelo som; pelo espaçamento entre os sons, pelos ruídos adjuvantes...eu quase que sei o que se está a passar! É um bocadinho assim!</p> |
| | | | <p>(E3) Em termos profissionais é gratificante saber que podemos ajudar a recuperar esta fase crítica do indivíduo. Por isso, é aliciante sabermos que estamos preparados para responder às exigências de cada um.</p> |
| | | | <p>(E1) Ter capacidade técnica, científica, tem que estar atualizado, acompanhando a evolução...Tem que estar complementado com tudo isto, o pormenor, ou seja, olhar para o doente e dizer: está tudo bem...mas há qualquer coisa aqui que não me agrada, que não está bem....! (...) É importante saber fazer o penso mas é mais importante fazê-lo bem feito! Não é só cumprir a parte dos princípios básicos da assepsia, a estética no trato com os doentes é extremamente importante!</p> |
| | | | <p>(E2) Tem que ser muito competente em tudo o que faz! (...) ter conhecimento profundo sobre o modo de fazer, não fazer as coisas só por fazer! (...) Eu vejo por exemplo, ao nível da hemofiltração que inicialmente começámos com uma máquina que se chamava "K10" que dantes era um "bicho de sete cabeças" e agora, olhámos para a máquina e não nos aflige. De vez em quando ainda nos chateia, mas de qualquer maneira, dantes era um stress aquela máquina. Só em ouvir o alarme daquilo e saber que aquilo iria coagular o tubo já afligia e agora, não. Agora a gente já sabe!</p> |
| | <p>(E2) Eu tive um estágio de cirurgia, aqui no Hospital de S. João, e isto é engraçado, pois lembro-me de um doente submetido a uma duodenopancreatotomia e os enfermeiros de lá não sabiam a PVC, nem nada e, mais tarde, recebo este doente em cuidados intensivos. E eu hoje digo: se eu agora tivesse lá, sabia tudo! Nós na altura não sabíamos nada, tremíamos quando estávamos com o enfermeiro e esse doente, e agora, é uma coisa banal. A experiência e o saber, faz toda a diferença!</p> | | |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|--|--------------------------------|------------------------|---|
| Domínios do enfermeiro perito | Prática Baseada na Evidência | | <i>(E6) A formação especializada ajuda na aquisição de capacidades, no entanto, não chega! (...) Ter bom desempenho técnico! Eu considero-me bom tecnicamente em muitas áreas. (...) eu e a colega Cristina, talvez sejamos os que estamos "mais à vontade" com as máquinas, no geral. Na parte técnica: o puncionar; a colocação de sondas nasogástricas; nas algaliações, tudo o que possa imaginar...eu considero que domino e estou à vontade para as realizar. É muito difícil eu não conseguir!</i> |
| | Prática profissional reflexiva | Sistemas de informação | <i>(E1) Há muita gente contra o SClínico novo. Esta versão nova foi criada para o enfermeiro pensar, não é para chegar lá e fazer de cor. É para raciocinar e portanto, isso é sempre um desafio! [...] não tem comparação com outros tempos, no entanto, gasta muito tempo – gasta-se muito tempo com o doente e o restinho que sobra, é para ali. E não deveria ser. Devíamos ter tempo para fazer faseadamente os registos, umas vezes por falta de método, outras vezes, por vamos tendo outras prioridades ao longo do turno. Mas eu posso gastar 20 min no início como no fim. É uma questão de método.</i> |
| | | | <i>(E3) Quando começou a difundir-se a aplicação da CIPE, esse método ajudou-nos a orientar muito mais a nossa prática. Sem dúvida, e também a sistematizar muito mais a nossa intervenção. Anteriormente, o nosso método de abordagem ao doente, era praticamente o mesmo, mas não tão documentado. (...) Tivemos algumas reformulações, mas acho que foi geral, mesmo em termos de construção de diagnósticos, por isso, este é um momento em que nós estamos a adaptarmo-nos ainda, mas que de fato, traz benefícios e ajuda-nos a perceber muito melhor a prática de enfermagem.</i> |
| | | | <i>(E5) (...) o que está standardizado, acordado e obrigatório, por si só, não é suficiente para descrevermos tudo o que fazemos.</i> |
| <i>(E6) Muito facilitador. Quando foi a implementação do SAPE, nós fomos um serviço pioneiro. Sempre vi aquilo como uma mais-valia. Sempre vi tudo isso como uma técnica de resolução de problemas, facilitador nos cuidados à pessoa, e não o contrário, sendo igualmente acessível a todos os grupos profissionais, e isso é muito importante. Coisa que até aí, não se conseguia fazer, quando tínhamos os registos em papel. Eu podia conseguir ler e perceber o que estava escrito ou não. Agora com o sistema informático toda a gente lê a mesma coisa, a linguagem é comum. Mas continuo a achar que em primeiro lugar está a relação humana, secundariamente a máquina!</i> | | | |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--|
| Domínios do enfermeiro perito | Prática profissional reflexiva | Postura e responsabilidade ética | <p>(E6) (...) um senhor tinha ido para umas férias de 3ª idade, nas termas de Gerês e, foi operado de urgência tendo sido admitido na UCI. Entretanto, entrei no turno da noite e liga-me um neto dele de Coimbra a perguntar-me como ele estava, o horário das visitas...Disse-me: Sr. Enfermeiro, eu sou comercial, amanhã vou ao Norte e irei visitá-lo. Muito bem, a visita é ao meio dia, venha falar com o médico por volta das 11H, e depois entra para ver o seu familiar! Respondi-lhe-eu. Por volta das 3H da manhã, toca o telefone da UCI. Era a telefonista a dizer que tinha um problema e que não sabia como iria resolver...E então disse-me: está aqui um senhor de Lisboa que queria visitar o avô que está aí internado, mas eu sei que vocês são muito rigorosos! Eu respondi-lhe: então o homem faz 300Km para chegar aqui e agora não iria entrar? Vai entrar sim, nem que seja por um minuto! Com tudo isto para dizer que, muitas vezes nós esquecemo-nos de nos colocarmos do outro lado: do lado da família, do lado do doente! Antigamente nós tínhamos um termo que era: o calçar os sapatos dos outros! E acho que deixamos de fazer isso...!</p> |
| | | | <p>(E6) O fazer bem, nem sempre é o fazer bem para aquele doente. Às vezes, tem que se ter o bom senso de parar, dizer que não, ou seja, avaliar se aquilo é o melhor para o doente!</p> |
| | | | <p>(E3) Colocámo-nos algumas vezes no lado da família e o nosso maior dilema às vezes, é conseguir chegar à família e transmitir da melhor forma, ou melhor, da forma mais atenuada que não lhe cause tanto sofrimento. Porque não é com o doente que a gente sofre! A gente sofre com a família. Para mim, é muito mais angustiante conviver com a família do que propriamente, cuidar daquele doente que vai ser inviável a sua recuperação. Mas com a família é realmente...um despertar de sentimentos ali. Realmente é muito mau!</p> |
| | | | <p>(E4) Fico sempre muito revoltada, isso fico, com situações em que se podia investir mais e não vemos isso, e que algumas especialidades deixam cair...porque pensam: como eles já que estão na UCI, eles que se “amanhem”, eles estão habituados a estes detalhes todos! Isto porque, hoje em dia temos vindo a notar que cada vez temos mais doentes graves, ou seja, cada vez chegam-nos aqui doente mais graves. Se calhar, às tantas, com um bocadinho de prevenção, era evitável os doentes chegarem tão mal, porque depois prolongam-se os tratamentos, o tempo de internamento, são gastos imensos, que muitas pessoas não têm noção de quanto se gasta/dia para tratar de um doente em cuidados intensivos (...) Na altura, também estava muito motivada para reparar na obstinação terapêutica (...) achei que havia algumas situações em que estávamos a ir longe de mais!</p> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|---|--|--|---|
| <p>Domínios do enfermeiro perito</p> | <p>Prática profissional reflexiva</p> | <p>Postura e responsabilidade ética</p> | <p><i>(E5) Eu penso que não se consegue estabelecer bem uma linha de transição entre o que é promover e investir para tentar salvar a vida do doente e a sua qualidade de vida futura pós essa situação, e entre, o prolongar um bocadinho a vida, porque a técnica está muito avançada, porque sabemos que a técnica por si só, não irá resolver, e aí, o doente poderá estar numa situação sem qualidade de vida. (...) estamos a entrar, naquilo que eu chamo de distanásia. Juntando as cormobilidades todas, mais fator idade, mais patologia, isso é igual a distanásia! (...) Não estou mais preparada, estou mais revoltada com o que se faz, se me está a falar da ética! Há muitas atitudes no serviço com as quais eu não concordo. No início, havia uma colaboração/ ligação entre a equipa médica com a equipa de enfermagem, e alguns casos eram debatidos entre as duas equipas e quem não concordasse com a diretiva a que se chegou...e eu cheguei a sair algumas vezes do serviço, porque não concordei com uma intervenção que iam ter com uma doente (...).</i></p> |
| | | | <p><i>(E5) (...) acho que fica sempre qualquer coisa que poderia ter dado mais de mim e não dei.</i></p> |
| | | | <p><i>(E6) Eu acho que nós devemos individualizar os cuidados e tudo o resto, mas a primeira coisa que devemos fazer é: ir ter com o doente, falar com ele, brincar com ele... respeitar a identidade dele! Há muito pouco tempo, o Presidente do Conselho de Administração esteve internado no nosso serviço e havia uma colega que o tratava por senhor António. Eu considero que, se lá fora somos, Sr. Enfermeiros ou Sr. Doutores, não é por estarmos deitados numa cama, que vamos deixar de ser Sr. Enfermeiros ou Sr. Doutores. E naquela cama, eu considerada que era o Dr. António, e se fosse, um general seria o Sr. General! Eu acho que às vezes, nós esquecemo-nos deste pormenor!</i></p> |
| <p><i>(E2) (...)a prioridade e a responsabilidade pelo doente está em primeiro lugar!</i></p> | | | |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|---|--|--|---|
| <p>Domínios do enfermeiro perito</p> | <p>Prática profissional reflexiva</p> | <p>Postura e responsabilidade ética</p> | <p><i>(E5) Primeiro, tem uma pessoa. As máquinas vêm em segundo plano, pelo menos é a minha política. É um doente, que podia estar na Medicina ou Cirurgia, mas ali, com uma especificidade maior, pois vai ter adjuvantes e ajudas técnicas para melhorar o funcionamento dos órgãos vitais. Todo o suporte mecânico que nós temos, dirige-se ao suporte dos órgãos vitais. Com essa especificidade, mas de resto, continua a ser um doente/ pessoa que está ali e que deve ser tratada como tal. Se eu conseguisse retirar as máquinas e a sofisticação toda, eu se calhar via o doente como uma pessoa diferente! Dava-lhe talvez mais atenção. Suponhamos que estávamos numa fase de pré-morte, se calhar, havia um toque, uma palavra, uma assistência mais de cariz emotivo e humanitário. Com esta tecnologia toda, esqueça! (...) Tenho a situação de um doente que reanimámos muitas vezes e ele revertia, e depois ele ficava a olhar para nós com ar de clemência! Ele parava novamente e nós voltávamos a “saltar-lhe em cima”. Não houve ali um período em que alguém dissesse assim: parou! Quando ele reverter vamos falar com ele, tipo: o seu coração está fraquinho, confortá-lo...Não! O senhor parava e a gente continuava..., mas porquê? Porque é a tecnologia: se não a houvesse, o senhor parava o cuidar humano era muito diferente!</i></p> |
| | | | <p><i>(E3) Se eu lhe disser que é de uma forma holística...mas em diferentes etapas! Quando o doente está capaz, nós tentamos construir uma relação com ele, desde as necessidades básicas que ele não é capaz de as executar. (...) satisfazer alguma necessidade que ele tenha de âmbito familiar como integrá-lo também no seu processo de recuperação. Por isso, tudo isto varia com o estadio em que o doente se encontra, da condição dele. (...) De uma forma holística, eu posso dizer que até tive a preocupação de avaliar as necessidades espirituais dele junto da família, as necessidades de outro tipo de suporte, nomeadamente, as assistentes sociais, se houvesse essa necessidade, também identificamos junto com a família...</i></p> |
| | | | <p><i>(E6) Às vezes, os doentes estão lá e querem-se levantar. Muitos deles já estão, há 1 mês ou mais e eu, talvez porque tenho também mais arcação, levanto-os. E às vezes, é tão fácil satisfazer estas pequenas coisas, coisas tão banais... ! Muitas vezes, criamos uma série de confusões por causa disso! (...) Eu estou sempre disposto a satisfazer qualquer tipo de necessidade que o doente e família apresentem.</i></p> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--|
| Domínios do enfermeiro perito | Prática profissional reflexiva | Reflexão na/sobre a ação | <p>(E1) (...) o enfermeiro tem autonomia de decidir como faz, como posiciona, como levanta, como integra esse conhecimento na melhoria ou agravamento do doente. Eu tenho decisões autónomas que posso fazer pelo doente para melhorar e que levam a que outros profissionais quando vão decidir ...Eu já tenho aquilo a que chamam patamares de decisão...sem precisar sempre do médico. (...) no campo da infeção o desafio é ilimitado! A parte da progressão no campo do posicionamento, por exemplo; perceber se a mão está bem assim...o desafio é ilimitado sempre! (...) para o meu doente eu posso fazer o que entender, mas o posicionar assim, ter em atenção o posicionamento da anca, o ele tossir e eu ser-lhe capaz de lhe proporcionar uma ajuda, mas com a técnica certa – isto é ilimitado!</p> <p>(E5) Pergunta-me se sou daquelas pessoas do género: se a perna fica a 90º tem que ficar a 90º?! Não, sou um bocadinho flexível nisso! E considero que temos que pensar um bocado naquilo que fazemos. Se conseguirmos fazer uma avaliação da situação e pensar: se não tem contra-indicação nenhuma, porque não ficar assim! Tenho colegas minhas que: a orelha tem que ficar de determinada forma ou o posicionamento de membros tem que ficar nesta posição...E então, porque não nesta, se também é posição anatómica?! Se o doente fica lateralmente o braço fica assim. E porque não assim? Pergunto eu! Eu não me revejo assim: eu tenho é que pensar se tem lógica ou não o que faço; se é contraproducente ou não...!</p> <p>(E6) O enfermeiro ideal é o enfermeiro que tem bom senso, tipo por exemplo: o doente está a dormir, está com 100% de saturação de oxigénio, porquê eu vou aspirá-lo? Ou, este doente está numa fase terminal, a visita só pode estar dois minutos, mas porque é que, eu não a posso deixar estar o tempo que ela quiser? O que eu quero dizer é: o enfermeiro deve ter bom senso na atuação, mesmo quebrando regras ou protocolos. Voltando ao exemplo da visita do neto ao avô por volta das 3 H da manhã: tu tens que ter o bom senso de cumprir a regra, e de a quebrar quando vires que é necessário! E o que podes hoje fazer, amanhã pode ser diferente, vai depender das pessoas.</p> |
| | Trabalho em equipa | Colaboração interprofissional | <p>(E1) (...) tenho que perceber também a decisão do ato médico e ter à vontade de chegar ao médico e dizer: e se fizéssemos isto; e se fizéssemos aquilo?! Se calhar podíamos ir por este caminho através de uma decisão partilhada, sem cruzarmos linhas de competência (...) O não reanimar ou a decisão de retirar o suporte de amins, nas passagens de turno avalia-se e depois conversa-se, no entanto, a decisão final é sempre do médico. De qualquer forma é uma decisão partilhada! (...) O trabalho aqui tem outro enriquecimento que não tem noutro lado! (...) estamos envolvidos num projeto que é da escola Gulbenkian e um dos critérios a ter em conta é toda a informação e envolvimento de toda a gente e a informação partir de decisões partilhadas, da equipa na sua globalidade. (...) há muitos sistemas em que a interoperacionalidade não é a mais perfeita e é dificultador.</p> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|-------------------------------|---------------------|-------------------------------|---|
| Domínios do enfermeiro perito | Trabalho em equipa | Colaboração interprofissional | <p>(E4) (...) a forma interdisciplinar com outros grupos profissionais, de várias especialidades, pois também temos muito esse lado. Faz-se tudo, sempre a pensar no melhor possível. (...) nós também temos o privilégio de ter médico 24 horas/dia e estamos aqui numa parceria sempre!</p> <p>(E5) O processo de relacionamento anterior era totalmente diferente, era uma equipa única! Existia a passagem de turno, as decisões eram tomadas em conjunto no turno da manhã. (...) Neste momento há falta de comunicação. É fraca, não há comunicação na equipa! Penso que é o pior de tudo neste momento. Atualmente, estamos a ter um bocadinho mais de ligação entre a equipa médica e a equipa de enfermagem, pois estamos a fazer parte de um programa STOP infeção, e aí, tem que haver os "briefings" e mais qualquer coisa...! E isto ocorre por imposição de um estudo e por imposição de instâncias superiores que os médicos têm que falar connosco, porque senão não falavam! (...) Eu agora, em primeiro lugar, respiro fundo e depois pergunto: este doente é para fazer alguma coisa ou não? Porque muitas vezes corremos e depois vem um médico e diz: ah, mas não era para fazer nada...! Digamos que eu agora tenho tempo e também já percebi que, não é por correr muito que eu vou salvar a vida a alguém!</p> <p>(E2) Eu quando chamo uma médico e digo: que é este o problema, eles já sabem o que é! Às vezes chego lá e digo: oh doutor, não quer fazer isto? E eles fazem e aceitam muito bem a opinião. E é nisto que a gente vê que afinal tem crédito na equipa. (...) Nós temos sempre lá um médico, nem sempre tenho que o chamar, apenas lhe destaco a atenção para alguma coisa menos bem, tipo: Olhe o monitor... (apontando)!</p> |
| | | Colaboração intraprofissional | <p>(E2) Há situações que são muito más mas que conseguimos resolver: há uma mais agitada que outra, mas perante situações mais emergentes, a gente junta-se. Por exemplo: temos uma paragem e nós, deixamos tudo o que estamos a fazer aos doentes e vamos ajudar a pessoa. Como estamos todos mais juntos, conseguimos melhor resultado.</p> |
| Reconhecimento da pericia | Auto-reconhecimento | | <p>(E4) (...) quando me inscrevi no mestrado de bioética, eu sentia que se calhar tinha atingido um patamar...ou seja, já estava ali naquela fase em que precisava de fazer algo diferente, porque não estava a sentir que estava a evoluir no serviço. Acho que tinha atingido um nível em que pensava: bem, agora estou aqui nesta posição e a sensação que eu tenho é que "já sei tudo" mas tudo não, porque nós nunca sabemos tudo como é evidente, mas sentia-me muito confortável em tudo e daí tinha a sensação que não estava a evoluir muito! Senti necessidade...apetecia-me ir para uma escola! Um "refraiching", o ouvir coisas novas...!</p> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|---------------------------|---------------------|---------------|---|
| Reconhecimento da perícia | Auto-reconhecimento | | <p>(E4) <i>Eu tenho muita dificuldade em achar-me perita. É evidente que eu acho que tenho alguma experiência, alguma competência na área, mas isso é mais fácil para os outros colegas! (...) Às vezes acho que sou, quando me deparo com outras situações exteriores ao serviço, por exemplo: quando vou a outros hospitais e contato com outras equipas, às vezes penso que sou muito melhor do que eles. Não sei se isto é muito comum acontecer mas quando estou lá fora, sinto-me mais perita do que quando estou cá dentro!</i></p> |
| | | | <p>(E6) <i>Inconscientemente vais-te avaliando perante os outros, e tendo como referência a Cristina, senti que atingi um nível de excelência, próximo do dela, pois não é e nunca foi a minha intenção, chegar ao nível dela, passados alguns anos...a partir dos 3-4 anos, no mínimo.</i></p> |
| | | | <p>(E1) <i>Em relação à qualidade do meu trabalho evoluiu e considero que continua a evoluir (...) de cada vez que a gente se afasta e regressa, traz mais contributos para tentar ser melhor...mas a perfeição, sei que nunca vou conseguir alcançar!</i></p> |
| | | | <p>(E1) (...) <i>não só pela auto avaliação que eu faço e tendo a avaliação que outros me fizeram a mim, considero-me perita, não confundindo a perícia com a perfeição e a infalibilidade, que isso não existe! (...) Tenho sempre vontade de aprender (...) é um processo contínuo, se quiser, é um intervalo fechado que começa a partir daqui, mas sem fim! (...) provavelmente daqui a meia dúzia de anos se eu cá estiver a prática irá ser melhor, isso não tenho dúvida, pois há sempre uma norma que se pode melhorar, se sempre fizemos assim, poderá haver uma melhor maneira; a passagem de turno pode sempre ser melhorada, a forma como eu transmito a informação (...) o documento criado nunca é fechado.</i></p> |
| | | | <p>(E6) <i>Eu considero-me perito em cuidados intensivos porque consigo ter conhecimentos e dominar técnicas que a maior parte dos meus colegas não têm, mas que os próprios, perante as mesmas condições, certamente teriam as mesmas capacidades do que eu. Seriam peritos, tão bons ou melhores do que eu.</i></p> |
| | | | <p>(E4) (...) <i>mas se nós formos a avaliar, a gente percebe quem são aqueles que esteticamente são mais refinados e que não se ficam pela “rama”, gostam de aprofundar. Porque, há aquela coisa que se faz “básica” como administrar a medicação e ter tudo atualizado, pois é essencial mas depois, há aquele enfermeiro que vai além disso: que quer o doente confortável, sem rugas no lençol, com os fios todos dos soros e medicação mais organizados. Pronto, eu reparo muito nesses pormenores de detalhe! Não me importo de estar mais tempo ali e deixar tudo direito (...)</i></p> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|---------------------------|---------------------|---------------|--|
| Reconhecimento da perícia | Auto-reconhecimento | | <p>(E3) Para quem um dia quer alcançar a perícia, eu diria que tem que ser mesmo bom! É que tem que querer ser mesmo! Se quer ser mesmo bom, tem que investir mesmo nisso! O que é que adianta chegar aqui e ter tudo perfeito, se depois, senta e ok...tem que querer ser e tem que ser interessado. (...) Há sempre coisas novas, sempre! Se nós pensarmos que já atingimos a excelência, é muito mau sinal.</p> |
| | | | <p>(E2) Não é estanque, temos que estar sempre a aprender e, há gente que nos ensina sempre coisas novas. (...) Considero que só uma pessoa de fora é que nos pode avaliar melhor! De qualquer maneira, eu acho que sou boa enfermeira. (...) a opinião da anterior chefe que cá estava era de eu ser muito boa enfermeira. Ela deu-me sempre uma boa avaliação, o que nos faz bem, mas a partir daí não podemos achar que nos podemos sentar à “sombra da bananeira”, pois eu esforço-me sempre. Tem-se que fazer sempre o melhor. E então se temos uma boa avaliação, então isso ainda deve servir de estímulo para se ser ainda muito melhor. Por isso, quando olho para trás, eu noto que era este o percurso que devia ter feito: ser novata; aprender, conhecer, para depois saber fazer as coisas, integrar novas coisas (...) Nós podemos considerar-nos peritos mas não podemos estagnar. Por exemplo, às vezes dizem-nos que o doente tem determinada doença que nós não sabemos e temos que pesquisar, e por isso, temos que estar despertos para aprender.</p> |
| | | | <p>(E3) Eu acho que nós não acabamos...não há um termo certo para dizer: ok, já sou perita e portanto, já não preciso de me preocupar muito mais com isso. Eu acho que é uma procura constante. O Heraclides já dizia: nada é constante, exceto a mudança! A mudança é que é constante, e a mudança implica uma aprendizagem contínua, é uma adaptação contínua. Por isso, é que eu acho que ainda tenho muito para fazer. Olhe, tenho que investir muito na minha área de especialização! (...) Se me disser assim: Como enfermeira generalista acha que já é perita? Eu ainda me interrogo, nunca estamos completamente construídos! Não é dizer: estamos construídos, acabou-se. Está cá o projeto final, NÃO! A perícia está sempre em construção, em eterna mudança. Os doentes mudam todos os dias, todos os dias temos novidades, todos os dias nos adaptamos, mas a nossa capacidade de adaptação é que é muito mais fácil!</p> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|---------------------------|---|---------------|---|
| Reconhecimento da perícia | Auto-reconhecimento | | <p>(E4) Embora às vezes, sentimo-nos um bocadinho como se já não tivéssemos nada para aprender de “profundo” mas há sempre coisas novas que nós podemos melhorar, (...) mas isso também tem a ver com a nossa motivação, isso sem dúvida! (...) Acho eu que não basta ser experiente para ser perito, alia muitas coisas.</p> <p>(E5) Eu por exemplo considero-me uma pessoa relativamente boa na prática em si: no que é prático, no que é interventivo, de ação! (...) E às vezes, deixar um bocadinho aquela sensação de que estamos lá há muito mais tempo e que já sabemos tudo! É que eu já cometi esse erro, de achar que já tinha experiência suficiente que me permitia agir de determinada forma e, isso é errado! E eu tenho aprendido com isso também. Porque é assim: todos os dias há coisas novas e todos os dias tem-se que pensar, raciocinar de forma diferente!</p> <p>(E5) Há pessoas que são peritas que conseguem raciocinar e ter uma visão mais estratégica das coisas. Por exemplo, detesto papeis! Eu prefiro ter 3 ou 4 doentes em estado crítico e não parar, não lanchar, mas estar na ação propriamente dita, do que este tipo de trabalho. E tenho colegas que são excecionais: a Filipa, a Cristina em que tudo o que diz respeito a papeis e teorias, é com elas! Essencialmente temos peritos em duas grandes áreas: na área da gestão e na área da prática clínica, interventiva, de ação.</p> <p>(E2) Um enfermeiro pode não ser perito em todas as áreas, mas não deixa de o ser. Por exemplo, temos colegas muito bons na técnica mas com menor destaque na comunicação.</p> <p>(E5) (...) gostava de mim há uns anos atrás em que eu pensava, refletia, discutia e não ficava satisfeita e ia investigar! Nunca pensei chegar a este ponto...!</p> |
| | Reconhecimento da perícia pela equipa/instituição | | <p>(E4) Aos colegas, a imagem que eu transmito também é de uma pessoa calma, serena, normalmente acho que as pessoas confiam em mim. Estou-me a referir ao nível do serviço especificamente. Eu acho também que me reconhecem como uma pessoa tipo: "podem sair descansados que eu dou conta do recado"! (risos).</p> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|---------------------------|---|---------------|---|
| Reconhecimento da perícia | Reconhecimento da perícia pela equipa/instituição | | <p>(E5) <i>Eu tenho a opinião de duas colegas de trabalho de cabeceira, sobre mim: tenho uma que me idolatra, porque sempre me viram como a enfermeira mais velha, como a enfermeira que lhes fez a integração, isto há uns anos atrás, e porque, só nós, antigamente éramos as responsáveis de turno e elas não, e criou-se tipo "respeito" pela enfermeira mais velha, responsável de turno...e hoje, ainda me abordam como: Ó X tu que já está cá há imenso tempo, diz-me uma coisa...É deste tipo a abordagem!</i></p> |
| | | | <p>(E6) <i>Os meus colegas reconhecem-me como perito (...) Acho que a minha chefe me tem como bom elemento, que me vê como um perito. Acho que existe uma empatia entre os dois, que ela me ouve, que respeita as minhas opiniões. (...) Eu acho que isso é de salutar para a relação entre um superior hierárquico e o enfermeiro. Revejo-me muito nela, gostava que ela fosse uma chefe presente, acho que o serviço iria melhorar!</i></p> |
| | | | <p>(E1) <i>(...) houve uma mudança na transição do chefe (...) acho que reconhece o meu trabalho, a minha capacidade (...) também sou procurada para realizar projetos institucionais; sou solicitada pela enfermeira diretora, mesmo pessoalmente (...)! </i></p> |
| | | | <p>(E2) <i>Eu noto também que a parte médica tem muita confiança em mim, e isso, deve ter a ver com o que eu faço, com o meu feitio, com o que eu demonstro...tem a ver com muita coisa! Eu noto perfeitamente que todos os médicos, sem exceção, confiam no meu trabalho. Muitas vezes, eles dizem: hoje está a enfermeira, então estamos mais descansados. É porque eu demonstro, eu faço a diferença. Dou-me muito bem com a parte médica, gosto muito deles todos e, noto que eles acreditam no meu trabalho.</i></p> |
| | | | <p>(E3) <i>(...) convidaram-me para integrar na equipa de reanimação intra-hospitalar. Também reconheceram em mim, algumas características que lhes satisfizessem. Isso leva-me a adquirir outro tipo de competências e, eu sempre fui uma pessoa exigente.</i></p> |
| | | | <p>(E5) <i>Um caso muito concreto, recentemente: operou-se um doente a uma prótese da anca, em que a cirurgia corre bem, o pós-operatório corre bem e, de imediato o doente entra em choque! A unidade estava ali ao lado...o doente foi admitido na unidade, acabou por entrar com um Glasgow 3 e foi logo entubado. Ora, num hospital sem unidade de cuidados intensivos, este doente teria morrido na hora! A pessoa era nova, a cirurgia não era nada de transcendente, e não tenho dúvidas que, o doente teria morrido se não houvesse uma unidade de cuidados intensivos!</i></p> |

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIA | SUB CATEGORIA | ENUNCIADOS |
|---------------------------|-----------------------|---------------|--|
| Reconhecimento da pericia | Reconhecimento social | | <i>(E2) A gente às vezes basta salvar um para que reconheçam o nosso trabalho. (...) A família diz: aqui, é que ele está bem, Srª Enfermeira, não tem nada a ver como quando ele esteve no outro serviço. Alguns dizem: deixem-no ficar aqui mais uns diazinhos! Nós damos outro apoio que o internamento não dá. Toda a gente gosta de ver as pessoas bem tratadas.</i> |
| | | | <i>(E3) Muitas vezes, as pessoas não fazem ideia que aqui na nossa instituição, aqui, no nosso conselho, tínhamos este tipo de serviços, serviços especializados. Eles ficam deveras surpreendidos por termos estes serviços, porque realmente acho que trabalhamos muito bem!</i> |
| | | | <i>(E5) Algumas satisfações que se foram tendo com os próprios doentes, quando alguns nos visitam, que nós achamos ser impossível eles ainda estarem vivos, dada a condição de como saíram de lá. Isto é um incentivo, porque pensamos que afinal o doente sairia daqui, estaria mais uma semanita na Medicina, e que a coisa iria piorar até ao seu desfecho...mas afinal, ele está aí! Isto incentiva um bocadinho a não descurar coisas que às vezes descuramos a pensar: o doente vai morrer, dentro de uma semana ou outra...e portanto, não vale a pena determinadas coisas!</i> |
| | | | <i>(E6) Eu acho que os doentes e as famílias têm boa impressão de mim.</i> |
| | | | <i>(E1) (...) é uma área que se consegue que outros deem valor ao nosso trabalho e onde vemos resultados de um conjunto de vigilâncias que fazemos e decisões que tomamos. E isso é gratificante para um profissional.</i> |
| | | | <i>(E4) Penso que é importante para os doentes e para as famílias também, porque normalmente temos a experiência de que as famílias, (...) quando o seu familiar entra no serviço, acha sempre que já está numa fase tão má, tão má, tão má que, ou vai morrer ou estará prestes a morrer, mas depois, acabam por perceber que afinal não é bem assim! (...) Às vezes, a pessoa comum acha que aqui se morre muito e não! Se calhar morre-se mais nos outros serviços de internamento: nas Medicinas, Cirurgias... porque aqui, ainda se consegue fazer muita coisa: ao nível da ventilação, ao nível da hemofiltração, ao nível do trauma, ... depois as famílias acabam por perceber que afinal temos muito para oferecer!</i> |
| | | | <i>(E5) (...) tenho um doente que se lembra muito bem de mim porque raramente eles se lembram de nós: estão sedados, curarizados principalmente com midazolam, e não se lembram de nós. Mas há um doente que ainda hoje se lembra de mim e já passaram cerca de 6-7 anos, simplesmente porque quando passou o efeito daquelas drogas todas, era eu que estava de serviço. Ainda hoje ele me procura lá no serviço! Eu penso que ele se lembra de mim porque foi o dia em que ele ficou bom, foi o dia em que eu lhe tirei o tubo endotraqueal, foi o dia em que eu o sentei no cadeirão depois de uns meses lá! E tudo isso marca as pessoas e a enfermeira que na altura estava lá era eu.</i> |

