



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Perfil do Enfermeiro para o Exercício da Prática Profissional numa Unidade de Cuidados Intensivos

Filipa Mariana da Rocha Sendim

Maio, 2022

Escola Superior de Saúde



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Filipa Mariana da Rocha Sendim

Dissertação de Mestrado

Perfil do Enfermeiro para o Exercício da Prática Profissional numa Unidade de Cuidados Intensivos

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Maria Aurora Pereira e
do Mestre, Especialista em Enfermagem Samuel Sousa

Maio de 2022

RESUMO

As Unidades de Cuidados Intensivos são um ambiente de cuidados complexo e exigente. Neste contexto, os cuidados prestados à pessoa em situação crítica pressupõem uma intervenção precisa e eficaz, requerendo a mobilização de um diverso conjunto de habilidades, o que pode tornar-se num desafio para o enfermeiro, na garantia de cuidados de qualidade e segurança e no seu papel na tomada de decisão.

Neste sentido, o exercício de funções nesta área exige um perfil profissional adequado, o que acarreta implicações para a seleção de profissionais para este contexto específico. Assim, a questão de qual o profissional de enfermagem que reúne o conjunto de habilidades adequadas para exercer funções nestas unidades de cuidados, adquiriu maior relevo aquando da Pandemia por Covid-19, por se ter verificado a admissão de elevado número destes profissionais neste contexto. Estes aspetos, associados à diminuta existência de estudos publicados sobre esta temática, justificam a necessidade da realização do presente estudo, que tem como objetivo principal a construção de uma proposta de perfil do enfermeiro para o exercício da prática profissional numa Unidade de Cuidados Intensivos.

Para a consecução deste estudo de cariz qualitativo, recorremos à técnica de Delphi, a partir de um painel de peritos, constituído com base em critérios pré-definidos.

Os dados obtidos através de duas rondas, permitiu-nos chegar a uma versão de consenso, com uma aceitação global de 96% para todos os itens.

Dos resultados obtidos emergiu uma proposta de perfil do enfermeiro para o desempenho de funções numa Unidade de Cuidados Intensivos, que poderá constituir um instrumento útil no complemento do processo de seleção destes profissionais, contribuindo para a promoção da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e família. Acreditamos no forte potencial deste instrumento no contributo para a obtenção de ganhos em saúde.

Palavras – chave: Enfermagem; Unidade de Cuidados Intensivos; Perfil

ABSTRACT

Intensive Care Units are a complicated and demanding care environment. In this context, the care provided to the person in a critical situation presupposes a precise and effective intervention, requiring the mobilization of a diverse set of skills, which can become a challenge for the nurse, in the guarantee of quality and safety care and in their role in decision making.

In this sense, the exercise of functions in this area requires an adequate professional profile, which has implications for the selection of professionals for this specific context. Thus, the question of which nursing professional has the appropriate set of skills to perform functions in these care units acquired greater importance during the Covid-19 Pandemic, as a large number of these professionals were admitted in this context. These aspects, associated with the limited existence of published studies on this topic, justify the need to carry out the present study, which has as its main objective the construction of a proposal for a nurse's profile for the exercise of professional practice in an Intensive Care Unit.

To carry out this qualitative study, we used the Delphi technique, based on a panel of experts, based on pre-defined criteria.

The data obtained through two rounds allowed us to reach a consensus version, with an overall acceptance of 96% for all items.

From the results obtained, a proposal for a nurse's profile emerged for the performance of functions in an Intensive Care Unit, which could be a useful tool to complement the selection process of these professionals, contributing to the promotion of safety and quality of nursing care to the person in critical situation and family. We believe in the strong potential of this instrument in contributing to the achievement of health gains.

Keywords: Nursing; Intensive Care Unit; Profile

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Aurora Pereira, pela orientação, disponibilidade e capacidade de motivação, essencial num percurso longo e difícil.

Ao Mestre Samuel Sousa, pelo dinamismo, praticidade e objetividade, essenciais quando nos falta o distanciamento necessário para a autocritica.

Aos dois Seres Humanos acima supracitados pela paciência, habilidade nos dias de hoje fugaz!

Ao Vítor, que foi, é e será incondicionalmente porto seguro em marés de tempestade, albergue em caminhos empedrados e ladrão de todos os sorrisos após declarações de humor sarcástico quando as exitações sobre nós próprios nos atormentam.

À família pelo apoio essencial nos dias em que uma simples refeição se tornaria impensável se eles não estivessem lá.

Aos enfermeiros, que aceitaram participar neste estudo, partilhando a sua sabedoria e demonstrando a sensibilidade necessária ao tema.

Muito Obrigada!

Dedicatória

À profissão: alvo de toda dedicação e investimento.

Ao homem da minha vida: **Avô**.

“As coisas acontecem e são realizadas na sociedade devido à convicção de algumas pessoas”

(Idalberto Chiavenato, 2004)

SUMÁRIO

RESUMO.....	v
ABSTRACT.....	vi
AGRADECIMENTOS	vii
Dedicatória	ix
SUMÁRIO	xiii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xv
ÍNDICE DE TABELAS	xvii
SIGLAS E ACRÓNIMOS	xix
INTRODUÇÃO	21
CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	25
1. MEDICINA INTENSIVA EM PORTUGAL	27
1.1. As Unidades de Cuidados Intensivos.....	29
2. A PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS	31
1.2. Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.....	32
1.3. O Perfil do Enfermeiro em Contexto de Cuidados Intensivos: potencialidade para novos modelos de gestão	34
CAPÍTULO II: CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA DE PERFIL DO ENFERMEIRO – PERCURSO METODOLÓGICO	39
1. A PROBLEMÁTICA E OS OBJETIVOS DE ESTUDO	41
2. DESENHO DE ESTUDO	44
3. PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PERFIL.....	47
4. ASPETOS ÉTICOS	53
CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	55
1. RESULTADOS DA 1.ª RONDA.....	57
2. RESULTADOS DA 2.ª RONDA.....	60
CAPÍTULO IV: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	65
CAPÍTULO V: CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS	83
Conclusões.....	85
Perspectivas Futuras	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91

APÊNDICES	97
APÊNDICE A: MATRIZ DE REDUÇÃO DE DADOS ENTREVISTA.....	99
APÊNDICE B: COVITE AOS PERITOS	106
APÊNDICE C: CONSENTIMENTO INFORMADO.....	110
APÊNDICE D: GUIÃO DO FOCUS GROUP	114
APÊNDICE E: QUESTIONÁRIO PRIMEIRA RONDA.....	119
APÊNDICE F: QUESTIONÁRIO SEGUNDA RONDA	129
APÊNDICE G: VERSÃO DE CONSENSO.....	137

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema interpretativo dos fundamentos teóricos do estudo 32

Figura 2 - Processo de Construção da proposta de Perfil do Enfermeiro para o Exercício Profissional numa Unidade de Cuidados Intensivos 48

Figura 3 - Evolução da construção da proposta do Perfil 63

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Contexto Profissional dos Peritos	47
Tabela 2 - Critérios de determinação do grau de consenso.....	52
Tabela 3 - Características Socioprofissionais: concordância e graus de consenso.....	58
Tabela 4 - Habilidades interpessoais, relacionais e comunicacionais: concordância e graus de consenso	59
Tabela 5 - Habilidades de planejamento e organização: concordância e graus de consenso	59
Tabela 6 - Habilidades de melhoria continua da qualidade: concordância e graus de consenso	60
Tabela 7 - Características socioprofissionais: concordância e graus de consenso nº2.....	61
Tabela 8 - Habilidades de melhoria continua da qualidade: concordância e graus de consenso nº2.....	62

SIGLAS E ACRÓNIMOS

ECMO – Extra Corporeal Membrane Oxygenation

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

IIQ – Intervalo Interquartil

Md - Mediana

MI – Medicina Interna

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

SMI – Serviços de Medicina Intensiva

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

INTRODUÇÃO

A atualidade do contexto social é marcada por uma exponencial evolução sustentada nas mais diversas áreas, sendo a Saúde uma delas, e que nos últimos tempos se evidenciou com a Pandemia por Covid-19 através de todos os desafios que este problema mundial veio trazer. A Enfermagem não esteve alheia a esta evolução e integrou, de forma ativa, este processo. Nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) a resposta à pandemia realizou-se de uma forma intensa, exaustiva e desafiadora de todos os propósitos de uma profissão. Sabe-se que a investigação e a prática profissional estão interligadas, pelo que muitos problemas de investigação surgem nestes locais (Fortin, 2009). O presente estudo não é exceção, e consubstancia-se na necessidade da integração de novos enfermeiros para a UCI onde exercemos a nossa atividade profissional. Desta necessidade emergiram algumas questões relacionadas com os critérios de seleção dos enfermeiros com o perfil mais adequado para a prática do exercício profissional neste contexto. Estes profissionais manifestavam preocupação e dificuldades relacionadas, essencialmente, com a mobilização de conhecimentos e habilidades necessárias à prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico no contexto específico de UCI.

Estas dificuldades, associadas à procura de qualidade na seleção do enfermeiro com o perfil adequado, bem como a escassez de estudos publicados sobre esta temática, embasam o nosso propósito de desenvolvimento deste trabalho.

A sustentar a pertinência da temática, verificamos a dualidade que a evidência nos clarifica quando abordamos a área da medicina intensiva, da pessoa em situação crítica e dos cuidados prestados. Constatamos, através de ordens profissionais e organizações altamente dignas que a caracterização e adjetivação direcionadas a estas áreas demonstram uma necessidade de profissionais altamente qualificados: sendo o doente crítico aquele cuja vida se encontra ameaçada por falência efetiva ou eminente de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência se encontra dependente de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (OE, 2010; SPCI, 2008), requerendo um nível de cuidados superior aos que normalmente são prestados numa enfermaria comum de um hospital (ICS, 2011).

Com base nestes pressupostos surgiu a questão de investigação que sustenta este estudo: “Qual o perfil do enfermeiro para o exercício da prática profissional numa unidade de cuidados intensivos?”

Para dar resposta a esta questão definimos o seguinte objetivo geral: - Construir uma proposta de perfil do Enfermeiro para o exercício da prática profissional numa UCI.

Este estudo assenta num paradigma qualitativo, de natureza exploratório-descritivo

(Sampieri, Collado & Lucio, 2006), para o qual realizamos um Focus Group com recurso a um painel de peritos. Construímos, então, a versão inicial de um instrumento que foi sujeita à análise do mesmo painel de peritos, com recurso à técnica de Delphi. A análise de dados foi realizada utilizando a estatística descritiva, com base no grau de concordância com as habilidades apresentadas, na mediana (Md) como medida de tendência central e no intervalo interquartil (IIQ) como medida de dispersão.

Quanto à estrutura, este trabalho encontra-se organizado em cinco capítulos que pretendem refletir as etapas percorridas, explicitando com clareza o percurso de investigação. No primeiro capítulo desenvolvemos o enquadramento teórico orientado para os eixos estruturantes da temática do estudo: medicina intensiva em Portugal, fazendo referência às UCI; prática de enfermagem em contexto de cuidados intensivos, particularizando os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e explorando o perfil do enfermeiro em contexto de UCI e potencialidade para novos modelos de gestão.

O segundo capítulo reporta-se ao percurso metodológico para a construção do perfil do enfermeiro, pelo que fazemos referência à problemática, à finalidade, objetivos e desenho do estudo, referindo o tipo, o método e as ferramentas da investigação, além das considerações éticas subjacentes. Seguem-se os capítulos da apresentação, análise e discussão dos resultados. A finalizar apresentamos as conclusões do estudo, com referência às suas limitações, propostas para futuras investigações e perspectivas futuras no que concerne ao tema em si.

CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Clarificar a moldura de referência de orientação do estudo, torna-se uma necessidade implícita para o investigador. Assim, neste primeiro capítulo desenvolve-se um quadro concetual e teórico inerente à investigação realizada. Neste sentido, abordaremos duas temáticas que contribuem para situar teoricamente a problemática em estudo: medicina intensiva, enfermagem em unidades de cuidados intensivos e habilidades inerentes ao desenvolvimento da prática de cuidados.

No primeiro subcapítulo, debruçamo-nos sobre a história da medicina intensiva em Portugal, considerando o seu conceito e evolução até a atualidade, particularizando as unidades de cuidados intensivos. No segundo subcapítulo abordamos a prática de enfermagem em contexto de cuidados intensivos, com enfoque no enfermeiro e as habilidades necessárias para intervir neste âmbito.

1. MEDICINA INTENSIVA EM PORTUGAL

A epidemia de poliomielite em Copenhaga em 1952 constituiu um desafio que levou ao desenvolvimento das primeiras UCI, nomeadamente com a utilização de suporte respiratório em doentes com insuficiência respiratória por poliomielite bulbar.

Em Portugal, como na restante Europa, começaram a ser criadas as condições logísticas e de saberes para o tratamento de doentes com insuficiência respiratória grave, unidades na altura conhecidas por centros de reanimação e que seriam o embrião das futuras UCI. Assim, nascem no início da década de 1960 as primeiras unidades, com destaque para o Porto (Hospital de Santo António) e Coimbra (Hospital Universitário de Coimbra), onde existiam equipamentos de monitorização e de tratamento específicos e que englobavam recursos humanos vocacionados e diferenciados para esta nova área da Medicina, permitindo a formação da primeira geração de intensivistas portugueses (Rua, 2020).

A Ordem dos Médicos (2003), define Medicina Intensiva (MI) como “uma área multidisciplinar e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminentes ou estabelecidas.” (p. 2).

Importa salientar que de acordo com Paiva *et al* (2007), a MI é referenciada por meio de cinco eixos de referenciação:

- Primária: referenciação de doente crítico de qualquer ponto da rede sem serviço

de medicina intensiva (SMI) para a instituição hospitalar com SMI;

- Secundária: referência, entre duas instituições com SMI, de doente crítico com necessidade de intervenção de valência não disponível na instituição hospitalar com SMI mais próxima ou de origem;
- Neurocrítica: um eixo de referência secundária específico com particular relevância epidemiológica;
- Terciária: referência para instituições hospitalares com a totalidade das valências/especialidades médicas;
- Específica, nomeadamente nos domínios das técnicas de Extra Corporeal Membrane Oxygenation (ECMO), medicina hiperbárica e neurorradiologia de intervenção.

A MI em Portugal destaca-se pelo seu contributo no desenvolvimento e diferenciação das instituições hospitalares, tornando-se assim reconhecida por toda a comunidade, devendo ser enquadrada na lógica da planificação do acesso aos cuidados de saúde, direito do cidadão a ser assegurado em tempo útil e o acesso a estes cuidados diferenciados de qualidade independentemente da área do território nacional (Paiva *et al.*, 2017).

De acordo com o relatório do grupo de trabalho da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência em Medicina Intensiva, aprovado em fevereiro de 2017:

“(...) os SMI/UCI são hoje responsáveis por cerca de 13.4% do total de custos hospitalares, cerca de 4.1% dos gastos nacionais em saúde e cerca de 0.56% do produto nacional bruto, nos países mais avançados. A nível humano e organizativo, os hospitais viram-se forçados a aumentar cada vez mais a capacidade de internamento em áreas destinadas a doentes críticos (...)” (p.4).

Após análise do documento "The variability of critical care bed numbers in Europe." Portugal, em 2012 apresentava-se como o país europeu com o menor rácio de camas de medicina intensiva (nível III ou nível II) (4,2 por 100 000 habitantes). Nos cinco anos consecutivos, houve algum progresso na capacidade instalada de camas de medicina intensiva, cifrando-se o rácio de 2017 em 6,4 camas por 100 000 habitantes, portanto ainda marcadamente abaixo da média europeia (11,5 por 100 000 habitantes) e insuficiente para as necessidades de cobertura da rede de cuidados críticos.

A pandemia por COVID -19, declarada pela Organização Mundial de Saúde a 11 de março de 2020, colocou os sistemas de saúde sob grande pressão e as formas mais graves de doença determinaram uma procura exponencial de cuidados de medicina

intensiva. Portugal criou, em abril de 2020, através da Ministra da Saúde uma Comissão de Acompanhamento da Resposta Nacional em Medicina Intensiva para a COVID -19 (CARNMIN), tendo como principal finalidade a proposta de medidas necessárias para ultrapassar situações imprevistas no âmbito da resposta em medicina intensiva para esta doença. Esta comissão propõe de imediato uma revisão da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação em Medicina Intensiva, que após aprovação do Programa de Estabilização Económica e Social (PEES) determinam a realização de investimentos infraestruturais, no montante de 26 milhões de euros, pretendendo assim, a ampliação de 16 serviços de medicina intensiva do SNS, para que Portugal convergir-se com a média europeia em termos de camas de cuidados intensivos por 100 000 habitantes (Despacho Normativo nº 8118-A/2020).

1.1. As Unidades de Cuidados Intensivos

As UCI podem ser categorizadas em três níveis de acordo com o nível de complexidade de cuidados prestados, ou seja, I, II e III. A unidade de nível I é o equivalente a uma unidade de cuidados intermédios e, na maioria dos casos, está integrada na gestão e organização da UCI do hospital. Esta unidade aceita doentes com risco ou em falência de órgão, vigia e monitoriza o doente de forma não invasiva ou pouco invasiva, efetua manobras de reanimação sempre que necessário e articula-se com outras unidades (Penedo *et al.*, 2013). Uma unidade de nível II oferece monitorização invasiva e tem a capacidade de proporcionar suporte de órgão, no entanto, não tem acesso permanente a meios de diagnóstico e a especialidades diferenciadas. As unidades de nível III são constituídas por uma equipa de enfermagem e médica qualificada, com assistência médica por um intensivista durante 24h, têm acesso a meios de monitorização, diagnóstico e tratamento diferenciados, dando resposta à urgência e aos restantes serviços do hospital polivalente e deverá instituir controlo contínuo de qualidade e programas de formação/ensino em cuidados intensivos (*idem*).

Atualmente, diversas UCI de vários hospitais evoluíram para SMI, uma vez que, após análise do documento da Direção Geral da Saúde (DGS) em 2003, “Cuidados Intensivos: recomendações para o seu desenvolvimento”, entendeu-se que o futuro seria a missão de gestão do doente crítico á escala hospitalar, ou seja, muitas vezes fora das UCI,

“(…) nas salas de emergência dos serviços de urgência e em equipas de emergência intra-hospitalar e sendo constituídos por equipas de trabalho (médicos e enfermeiros) que devotam a totalidade ou a esmagadora maioria do seu horário ao SMI. Nos grandes hospitais,

verificou-se progressiva integração de várias unidades intensivas e de unidades intensivas e intermédias sob a mesma gestão e governação clínica (...)" (Paiva *et al.*, 2017, p.4).

Para uma melhor resposta de cuidados de acordo com as necessidades reais do doente, em muitas instituições hospitalares, começa a ser criado o "Circuito do Doente Crítico" (Paiva *et al.*, 2017).

O "Circuito do Doente Crítico" torna-se assim a estratégia para fazer face às necessidades crescentes de camas dedicadas ao doente crítico, ou seja, na medida em que é realizada uma avaliação, são prestados cuidados independentemente da sua localização no hospital, recebendo assim cuidados de medicina intensiva com uma maior brevidade. Esta adoção tornou múltiplas UCI a evoluírem para SMI, estabelecendo a missão de gestão do doente crítico á escala hospitalar, isto é, muitas vezes fora das UCI, nomeadamente nas salas de emergência, nos serviços de urgência e em equipas de emergência intrahospitalar, sendo constituídos por equipas de trabalho de médicos e enfermeiros.

"Esta integração é essencial à maximização da eficiência, otimização de continuidade de cuidados, facilitação de disponibilidade de camas e da sua gestão com equidade, redução de eventos adversos, de readmissões em nível III e de custos de tratamento" (Paiva *et al.*, 2017, p. 8).

Na generalidade dos hospitais, verificou-se progressiva integração de várias unidades intensivas e de unidades intensivas e intermédias sob a mesma gestão e governação clínica e dentro do mesmo serviço. Os SMI assumem assim, a responsabilidade por todas as decisões referentes aos doentes que lhe são confiados nomeadamente critérios de admissão e alta, planificação e hierarquização de tratamentos e definição dos limites éticos de intervenção terapêutica, sem prejuízo da necessária articulação com o médico assistente e com outros clínicos implicados no tratamento do doente e, evidentemente, da participação de doente e família na definição da estratégia terapêutica. Este papel coloca os SMI e os intensivistas como gestores do processo assistencial e do sistema de resposta do doente crítico e como integradores ativos de consultorias e perspectivas de várias outras especialidades em benefício do doente crítico, de quem o intensivista é provedor. É um dos muitos serviços de saúde, destacando-se por ser um dos mais complexos e dispendiosos economicamente, por isso existe uma necessidade crescente de demonstrar eficácia clínica e eficiência económica (Delgado, 2015).

2. A PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS

De entre os vários contextos de atuação do enfermeiro, as UCI são locais onde este profissional dedica toda a sua intervenção à pessoa em situação crítica e sua família. Logo, são doentes que necessitam de “cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua (...) como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação total” (OE, 2018, p.2).

Dado os doentes que se encontram numa UCI estarem numa situação de grande suscetibilidade e vulnerabilidade, os enfermeiros devem possuir mais do que competências técnicas e tecnológicas, devem deter competências pessoais como por exemplo, a empatia e a sensibilidade, o que é tão importante para a sua intervenção em termos de cuidados de saúde, como para o desenvolvimento de uma boa e eficaz comunicação (Castro *et al.*, 2011). Aliás, como referem estes autores, os próprios doentes valorizam estas atitudes pautadas pela empatia e sensibilidade do próprio enfermeiro. É neste sentido que se afirma que a prática de enfermagem em cuidados intensivos é mais do que o tratamento da doença ou que o reestabelecimento das funções vitais do doente, sendo, de igual modo, importante apoiar o doente e a sua família, numa ótica de lhes proporcionar um maior bem-estar (Hofhius, 2008).

Esta perspetiva holística terá de ser mantida como traço caracterizador e foco essencial, numa profissão de relação que implica, um conjunto de valores e crenças, inerentes ao conceito holístico do ser humano e à sua individualidade, o que caracterizam uma atitude humanista. Como refere Wilkin (2004), uma dimensão essencial e básica da prática clínica dos enfermeiros em UCI é serem capazes de colocar o *focus* do cuidado nas necessidades específicas de cada pessoa em situação crítica, mas unificando a dimensão tecnológica e holística no processo de cuidados. Dada a situação crítica e a total dependência de cuidados que com muita frequência a pessoa doente apresenta, nomeadamente por estar sob sedação e submetida a ventilação invasiva com as necessárias limitações na comunicação, o enfermeiro pode não ter acesso imediato ao conhecimento das suas crenças e valores. O mesmo se aplica à informação obtida através do familiar ou pessoa significativa, o que vem reforçar, na perspetiva de Watson (1985), a necessidade de ser o enfermeiro a preservar a dignidade humana, apresentando “*nursing care as a deeply human activity*”.

Correia (2012) procurou sistematizar os fundamentos teóricos do seu estudo de forma a caracterizar a construção de competências nos enfermeiros em contexto de UCI

(figura 1). O propósito do enquadramento desta figura no presente estudo, prende-se com transparência da particularidade do contexto de trabalho em UCI, uma vez que sistematiza a teia de influências a que estes profissionais estão sujeitos.

Figura 1 - Esquema interpretativo dos fundamentos teóricos do estudo



Fonte: Correia, (2012)

1.2. Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

O domínio de competência traduz uma esfera de ação e compreende uma série de competências com uma orientação semelhante e um conjunto de elementos agregados, existindo quatro domínios das competências comuns. Muito recentemente, as competências do enfermeiro especialista foram revistas pelo Regulamento n.º 140/2019 e à luz deste documento, deve o enfermeiro especialista possuir responsabilidade profissional, ética e legal, sendo da sua competência o desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019). Ao nível da melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolve práticas de qualidade, gerindo

e colaborando em programas de melhoria contínua; e assegura um ambiente terapêutico e seguro (*idem*). Face à gestão de cuidados, estes profissionais devem ser capazes de gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e adaptar a sua liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados. Não menos importante, em relação ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista deve ser capaz de desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e basear a sua prática clínica especializada em evidência científica (*ibidem*).

Particularizando, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, estas estão regulamentadas e publicadas em Diário da República 2.^a série, n.º 135 de 16 de Julho de 2018, pelo Regulamento n.º 429/2018, a saber: 1) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; 2) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; 3) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos 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.

Segundo a OE (2018) no Parecer n.º 15, não se pode pôr em causa o direito do cidadão á assistência e tratamento em estado de doença crítica, por profissionais qualificados. A reforçar esta ideia, surge no manual Cuidados Intensivos – recomendações para o seu desenvolvimento, a defesa que os serviços/UCI têm de ser dotados de recursos humanos, no caso em apreço, enfermeiros, qualificados e treinados para manusear as situações que lhes são confiadas, com a tecnologia de que dispõem, 24 horas por dia, referindo ainda que “não devem ser criados serviços/UCI em instituições sem profissionais qualificados” (Ministério da Saúde – Direção de Serviços de Planeamento, 2003, p.13), profetizando, assim, a importância da formação direcionada e experiência no domínio de atuação desta área científica. Mais tarde, em 2013 o Ministério da Saúde, através do documento de avaliação nacional das UCI, reforça este princípio e aponta para a relevância de uma política de recursos humanos de formação de enfermeiros em cuidados intensivos que garanta pelo menos uma antecipação em dois anos a formação destes profissionais qualificados, permitindo-lhe assim uma experiência previa à real autonomia.

As UCI/SMI, serviços diferenciados, são um entre os variados contextos de atuação do enfermeiro. Não existem dúvidas de que se trata de um contexto com muitas

particularidades e onde se encontram pessoas em situação crítica e que estão mais vulneráveis, sendo submetidos a procedimentos invasivos e que carecem da intervenção de tecnologia médica (Sousa Dias, 2010).

É inegável que os cuidados à população devem ser organizados, otimizando as competências daqueles que melhor estão habilitados para desempenhar cada intervenção. A complexidade de toda a estrutura de uma UCI, justifica cada vez mais uma formação específica e especializada, com o objetivo de uma abordagem ao doente de forma global, integrada e multidisciplinar. “Pela exigência normativa estamos certos de que o profissional detentor do título de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica é aquele que detém o *core* de competências adequado para dar resposta às necessidades em cuidados da pessoa em situação crítica, em contexto como a medicina intensiva e unidades de cuidados intensivos” (OE, 2018, p.3).

Os cuidados prestados pelos enfermeiros aos doentes que estão internados nas UCI devem ser orientados por uma abordagem holística, humanista e psicossocial aliada aos seus conhecimentos técnicos e tecnológicos (Urden, *et al.*, 2008). Desta forma, prestar cuidados de saúde assentes numa intervenção holística e ao mesmo tempo individual, na medida em que cada caso é um caso, é o objetivo primordial do enfermeiro que desempenha funções na UCI (Hophuis, 2008; Samuelson, 2011).

Para a OE (2018), “são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (p.2).

1.3. O Perfil do Enfermeiro em Contexto de Cuidados Intensivos: potencialidade para novos modelos de gestão

Desde cedo que a OE realça a importância da gestão dos recursos humanos em função das divergências profissionais, ou seja, potenciar estas características por meio, por exemplo da área de exercício profissional. As competências acrescidas nascem desta necessidade de demonstrar e validar as competências que os enfermeiros vão adquirindo ao longo do seu percurso profissional.

“O Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem potencia no Modelo de Desenvolvimento Profissional o caráter de especialização, ao construir a possibilidade de que todos os enfermeiros, durante o exercício da prática clínica, se especializem e desenvolvam a atividade profissional na sua área de especialização, organizando e regulando desta forma o exercício da profissão. No contexto de pós-modernidade a Ordem dos Enfermeiros prevê a

possibilidade de definição de competências acrescidas, entendidas como aquelas competências que permitem responder de uma forma dinâmica a necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos. Estas competências serão certificadas ao longo do percurso profissional especializado, em domínios da disciplina de Enfermagem, de disciplinas da área da saúde e outras áreas do conhecimento” (OE, 2015, p. 5947).

Por outro lado, verificamos que, acrescentando a este conjunto de competências profissionais também é importante um conjunto de características e habilidades pessoais que podem potenciar os cuidados de saúde de excelência, uma vez que o profissional está motivado e perfeitamente integrado no contexto de exercício profissional. Torna-se assim urgente, e à semelhança das restantes áreas profissionais que não a saúde, traçar um perfil, que significa muito mais do que agrupar um conjunto de competências, define-se por ir mais além na excelência da caracterização da pessoa, por com ela arrecadar um conjunto de habilidades pessoais que elevam a caracterização do profissional de forma a este desempenhar determinada função e/ou área. “Cada profissional é um elemento individual na organização com o conhecimento técnico e habilidades especificam em que na totalidade efetuam o desenvolvimento da empresa como um todo devido à multi-especialidade e perfis profissionais contidos na organização (...)” (Santos *et al.*, 2017, p.1).

As administrações estão assim diretamente envolvidas na organização da empresa, em que cada uma necessita gerenciar, coordenar, planejar e controlar todas as atividades e decisões que fazem com que a empresa seja como um “organismo vivo” que é ao mesmo tempo dinâmico e interdependente, para execução dos objetivos propostos. As habilidades somadas ao conhecimento, à perspetiva e a atitude fazem dos colaboradores a chave para o sucesso profissional. “Lidar com pessoas nas organizações é uma responsabilidade de crescente complexidade. O objetivo principal da área de Recursos Humanos é administrar as relações da organização com as pessoas que a compõe, consideradas, hoje, parceiras do negócio, e não mais meros recursos empresariais” (Ribeiro, 2012, p.9).

Kommers (2012) refere que “com o desenvolvimento contínuo do aprender a aprender, de uma forma orgânica as pessoas assumiram o papel de ator principal na transformação e no desenvolvimento da empresa” (p.67). Assim, uma correta gestão de pessoas é o mais importante fator que permite às empresas alcançar com mais facilidade seus objetivos. No momento em que, no mundo globalizado, os negócios muitas vezes atropelam o ser humano, nada mais importante que dirigir a nossa abordagem às capacidades da pessoa que poderá ser um potencial contributo no

crescimento da organização.

A competição, o forte impacto da tecnologia e as celeres mudanças tornam-se os maiores desafios para uma organização que quer vingar no mundo empresarial. A vantagem competitiva das empresas torna-se assim, na forma de como o conhecimento das pessoas é utilizado e em que área é aplicado, de forma a colocá-lo logo e eficazmente em ação, na busca de soluções satisfatórias e serviços de inovação (Chiavenato, 2014).

A literatura que disserta sobre o perfil do enfermeiro em cuidados intensivos, na atualidade é mínima, no entanto existem estudos portugueses, de qualidade elevada, que se focam no tema.

A este respeito, Correia (2012), na sua tese de doutoramento, procurou compreender como se constrói ser enfermeiro competente nos cuidados à pessoa em situação crítica. De acordo com os resultados do seu estudo, a autora apresentou uma explicação de matriz cultural, assente em quatro domínios que suportaram o processo de construção de competência: um lugar onde se aprende, conceção dos cuidados, construindo a profissionalidade e formação pessoal. Como explica a mesma autora, todo o processo é permeado pela cultura local e societal em que se inserem os atores, com a influência do *ethos* organizacional e pessoal, apontando como grande implicação o desenvolvimento das competências dos enfermeiros, associadas a uma elevada especificidade técnica, que tende a fazer-se acompanhar pela relação terapêutica com a pessoa/doente e os familiares, cada vez mais valorizada pelos enfermeiros.

Na mesma linha de pensamento, através de uma revisão integrativa, Camelo (2012) procurou analisar as competências profissionais dos enfermeiros em UCI, verificando que as competências dos enfermeiros passam pela gestão do cuidado de enfermagem, execução do cuidado de enfermagem de maior complexidade, tomada de decisão, liderança, comunicação, educação continuada/permanente, gestão de recursos humanos e de recursos materiais.

Outro estudo de Camelo *et al.* (2013) procurou definir um perfil do enfermeiro das UCI, tendo constatado que os enfermeiros são predominantemente do sexo feminino, idade média de 32 anos, e com pouca experiência teórico-prática em alta complexidade, demonstrando a necessidade de mobilização de novas competências apoiadas em conhecimento científico para um atendimento seguro e de qualidade.

Quanto à formação académica destes trabalhadores, 66,5% dos enfermeiros tinham algum tipo de especialização, sendo 50% deles em cuidados intensivos. De salientar, que 25% dos enfermeiros que tinham algum tipo de especialização possuíam a titulação

de mestrado.

A procura pela estruturação e definição deste perfil tem sido cada vez mais uma constante. Recentemente Pinho *et al.* (2020) publicaram um livro dedicado à Enfermagem em Cuidados Intensivos, em que um dos capítulos incide sobre este tema. Neste, fazem referência a quatro domínios: ambiente; prática colaborativa e comunicativa; autonomia na tomada de decisão e aprendizagem e algumas características imutáveis. Relativamente ao domínio ambiente, os autores salientam a necessidade de a escolha dos profissionais ter em conta as características do ambiente em UCI e a capacidade destes em se adaptarem ao mesmo. Dão como exemplo a necessidade de se deter altos níveis de responsabilidade e capacidade para tomar decisões imediatas e habilidade em lidar com novas tecnologias, capacidade de mobilização de competências profissionais, numa prática que alie os conhecimentos técnicos e científicos, dominando a tecnologia, sem esquecer a humanização do cuidado, e encarando o cliente como um indivíduo único.

No que refere ao domínio da prática colaborativa e comunicativa, a informação reunida afirma que a complexidade na prática clínica em UCI exige uma coordenação de esforços e uma prática colaborativa interprofissional, potenciando a capacidade comunicativa do enfermeiro, entre os pares e interprofissional, gerando interações adequadas e produtivas. Ainda neste domínio os autores salientam a importância do papel da capacidade comunicativa do enfermeiro para com o cliente em UCI no prisma de ultrapassagem de um tecnicismo associado a este ambiente.

No domínio da autonomia na tomada de decisão e aprendizagem, é sublinhada que a autonomia da tomada de decisão do enfermeiro na UCI é afetada pela perceção de falta de conhecimento, pelo controlo médico e pela incompatibilidade entre o elevado nível de formação em UCI e a baixa responsabilidade. Assim, é valorizada a aprendizagem contínua como estratégia para ultrapassar esta dificuldade.

Por fim, os autores fazem referência a algumas características dos profissionais nesta área de exercício, sendo elas: idade, onde se constata uma dualidade: se por um lado enfermeiros mais velhos estão mais satisfeitos com o seu trabalho, por outro lado a exigência física em UCI leva a que enfermeiros mais novos ganhem alguma vantagem; e trabalho durante o período noturno, associado a uma maior facilidade por parte de enfermeiros mais novos.

Viana *et al.* (2014), concluem no seu artigo, que se verifica um predomínio do sexo feminino (80%), embora já se perceba um aumento contingente do sexo masculino (20%). Prepondera a idade média dos profissionais entre 30 e 39 anos (41%). Os

participantes deste estudo citaram algumas principais competências para o desenvolvimento das suas funções com excelência, são o conhecimento técnico e científico, seguido pela liderança e trabalho em equipa. De entre as motivações para atuação em UCI, os enfermeiros enfatizaram o aspecto de trabalharem diretamente com a alta complexidade do doente crítico e num ambiente repleto de tecnologia (75%).

Ainda, a alta complexidade é evidenciada também, quando os participantes reportam: o poder de ação e de atuação; o temperamento e perfil dinâmico; a satisfação com a possibilidade do ensino e da pesquisa; e o privilégio de ocuparem um status diferenciado em comparação aos enfermeiros de outras clínicas.

**CAPÍTULO II: CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA DE
PERFIL DO ENFERMEIRO – PERCURSO
METODOLÓGICO**

A investigação em Enfermagem significa pesquisar de novo e estudar com cuidado áreas que nos preocupam ou necessitam evidência e, Burns *et al.* (2004) definem-na como "(...) o estudo sistemático e completo que dá por válidos conhecimentos já existentes e desenvolve outros" (p.3). Acrescentam como características fundamentais da investigação, a planificação, organização e persistência, elementos essenciais de garante da produção de um corpo de conhecimentos válido e sustentado (*Idem*).

Este capítulo aborda todo o percurso metodológico realizado neste estudo de investigação, que de acordo com Fortin (2009), diz respeito a todo um conjunto de meios utilizados para responder à questão de investigação colocada inicialmente, englobando todos os aspetos que permitiram pôr em prática o estudo de investigação. Deste modo, encontram-se aqui descritos os meios necessários à sua realização e apresentada a fundamentação da sua escolha.

Inicialmente aborda-se a problemática do estudo em si, sendo apresentada a justificação que sustenta a pertinência da realização deste estudo, bem como os seus objetivos. De seguida, são descritos o desenho de estudo e as considerações éticas relacionadas com o presente estudo de investigação.

1. A PROBLEMÁTICA E OS OBJETIVOS DE ESTUDO

A singularidade das organizações hospitalares tem sido destacada pela assistência a utentes em situações de saúde cada vez mais exigentes do ponto de vista de criticidade clínica, necessitando de respostas e intervenções que acompanhem as necessidades extremamente complexas do momento. O conjunto de atividades desempenhadas de forma adequada e em tempo útil pelos profissionais de saúde na área do doente crítico contribuem significativamente para o sucesso do processo de atendimento ao utente.

Segundo Camelo (2012), a temática "competência profissional" no âmbito da profissão de enfermagem, tem constituído, ao longo dos anos, foco de atenção dos administradores dos serviços de saúde, uma vez que este grupo profissional representa, em termos quantitativos, parcela significativa dos recursos humanos alocados nessas instituições, especialmente nos hospitais, e, portanto, interferem diretamente na eficácia, na qualidade e custo de assistência aos cuidados de saúde prestados. Nesse sentido, a mobilização não só de competências, mas também de habilidades e características, entre esses profissionais poderá refletir significativamente nos resultados obtidos.

Em Portugal, na atualidade, o aumento estrutural proposto pelo Ministério da Saúde aquando da pandemia por Covid-19, originou uma demanda da necessidade de recursos humanos por parte das administrações hospitalares, o que levou, por conseguinte, o gabinete da Ministra da Saúde a emitir o despacho N°9719/2020 delegando nos dirigentes máximos de entidades do Ministério da Saúde a competência para autorizar a contratação de trabalhadores para a constituição de vínculos de emprego a termo resolutivo, pelo período de quatro meses, bem como para as renovações de contratos de trabalho a termo resolutivo já celebrados ou a celebrar, por iguais períodos, para reforço dos recursos humanos necessários de forma a dar resposta à necessidade crescente de mão-de-obra. Este gabinete sublinha, neste mesmo documento, a importância da “(...) evidência da força de trabalho adequadamente dotada de profissionais de saúde é essencial para a eficiência da prestação, a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados prestados” (p.73).

Tornando desta forma, os requisitos necessários demasiadamente heterogéneos, não estando evidenciadas as características balizadoras para o objetivo a que se propõe: segurança; qualidade e eficiência.

A evidência científica produzida no âmbito das características e habilidades profissionais do enfermeiro a exercer funções numa UCI ainda é limitada, não só em Portugal como também na restante Europa, o que também constitui motivo para avançar com o presente estudo. Como refere Fortin (2009), “(...) na construção do problema de investigação deve considerar-se que este seja uma situação que necessita de uma elucidação ou de uma modificação” (p. 32).

Acresce ainda o facto de, em contexto de pandemia o serviço de cuidados intensivos do hospital onde desenvolvemos a nossa atividade profissional, ter que triplicar o número de camas disponíveis e consequentemente a inevitabilidade de aumentar os recursos humanos, mobilizando, para o efeito, enfermeiros provenientes de outras áreas de intervenção (serviço de medicina interna; serviço de cirurgia geral; bloco operatório) ou recorrendo mesmo a contratação de colaboradores isentos de experiência profissional, traduzindo-se no aumento potencial da probabilidade de diminuição da qualidade dos cuidados e consequentemente da segurança do doente.

Assim, tornou-se imperioso a nível profissional, percebermos qual o perfil do enfermeiro para o exercício profissional numa UCI. Este trabalho de investigação que nos propomos realizar, é suportado por pilares que consideramos fundamentais para o processo de crescimento e valorização, não só da profissão como também da especialização na área do doente crítico, uma vez que pretendemos uma valorização das características que

definem um perfil adequado para o exercício profissional, manutenção da qualidade dos cuidados de enfermagem e suporte na segurança do doente.

A problemática requer a existência de uma situação ambígua, a qual suscita inquietação, cuja finalidade é a de procurar resolver o problema ou contribuir para a sua resolução (Polit, *et al.*, 2004). Desta forma, tendo em conta a problemática de investigação e que "uma questão de investigação é uma pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe" (Fortin, 2009, p. 73), a pergunta para a qual procuramos uma resposta é:

Qual o perfil do enfermeiro para o exercício da prática profissional numa Unidade de Cuidados Intensivos?

Colocada a questão de partida é momento de se definirem os objetivos do estudo. De acordo com Sampieri *et al.* (2006) "é preciso expressar os objetivos com clareza para evitar possíveis desvios no processo de pesquisa; e tais objetivos devem ser possíveis de alcançar" (p.35).

Seguindo esta lógica, para o presente estudo definimos como objetivo geral:

- Construir uma proposta de perfil do enfermeiro para o exercício da prática profissional numa Unidade de Cuidados Intensivos;

No sentido de operacionalizar o objetivo geral torna-se necessário delinear objetivos específicos, que nos permitirão o acesso progressivo aos resultados finais:

- Identificar quais as características socioprofissionais necessárias para o exercício profissional numa Unidade de Cuidados Intensivos;
- Identificar as habilidades necessárias para o exercício profissional numa Unidade de Cuidados Intensivos;
- Obter o consenso em torno da construção do perfil do Enfermeiro para o exercício profissional numa Unidade de Cuidados Intensivos.

Em suma, com este estudo pretendemos contribuir para a construção de uma proposta de perfil do enfermeiro para o exercício profissional numa unidade de cuidados intensivos, que se constitua como uma *guideline* para otimizar o processo de seleção dos enfermeiros neste âmbito e consequentemente, melhorar a segurança e qualidade de cuidados prestados à pessoa e família em situação crítica neste mesmo contexto.

2. DESENHO DE ESTUDO

Para que o percurso, desde as interrogações iniciais de um estudo, se processe de forma satisfatória e credível na busca de respostas e de novos conhecimentos, deve seguir-se um conjunto de passos devidamente definidos (Fortin, 1999). É de extrema importância definir nesta fase o desenho de investigação que irá organizar as diferentes etapas a alcançar. Para Fortin (2009) “o desenho de investigação define-se como o conjunto das decisões a tomar para pôr de pé uma estrutura. (...) guia o investigador na planificação e na realização do seu estudo de maneira que os objetivos sejam atingidos” (p. 214).

A mesma autora acrescenta ainda que os métodos de investigação científica utilizada pelos investigadores devem estar de acordo com os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as suas preocupações e objetivos de investigação. Podemos assim, recorrer aos métodos de investigação qualitativa e/ou quantitativa, na construção e desenvolvimento do conhecimento científico.

No método de investigação qualitativa, o investigador está preocupado com uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo. Ele observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los. Este tipo de abordagem tem por finalidade descrever ou interpretar, mais do que avaliar (Fortin, 1999).

A pesquisa qualitativa, segundo vários autores (Lincoln, 1992; Wood *et al.*, 2001), é particularmente adequada ao estudo da experiência humana sobre a saúde e essa é uma das preocupações das ciências de enfermagem. Assim, este estudo vai assentar no paradigma qualitativo, uma vez que é a abordagem que nos permite dar resposta aos objetivos que delineamos. Isto porque, as questões de investigação, que carecem de alguma exploração ou de uma descrição, ou mesmo que resultam do senso comum e da experiência humana, surgem como fulcro na investigação qualitativa (Fortin, 2009).

No que concerne especificamente aos tipos de investigação e níveis de conhecimento, Fortin (1999) aponta a existência de duas categorias principais: exploratório-descritiva e a explicativa-preditiva, entre as quais se poderão situar vários tipos de estudo, cuja seleção é determinada pelo nível de conhecimentos num determinado domínio. Os estudos exploratórios têm como objetivo “examinar um tema ou problema de pesquisa pouco estudado, do qual se tem muitas dúvidas ou não foi abordado antes” e “servem para nos familiarizarmos com fenómenos relativamente desconhecidos” (Sampieri *et al.*, 2006, p. 99). Ou seja, “os estudos descritivos visam compreender fenómenos vividos por pessoas, categorizar uma população ou conceptualizar uma situação” (Fortin, 2009,

p. 221). Segundo a mesma autora, estes baseiam-se em questões de investigação ou objetivos e não em hipóteses (*idem*).

Conforme já referimos, com este estudo pretendemos construir uma proposta do perfil do enfermeiro para exercer a atividade profissional numa UCI, para promover uma melhor segurança e qualidade de cuidados à pessoa/família em situação crítica. Subjaz a esta intenção a necessidade, conforme já referimos, de existir um documento orientador para a seleção dos profissionais com as características e habilidades adequadas para o efeito.

Assim, entendemos que a metodologia mais adequada para atingir este objetivo seria a Técnica de Delphi, um método de colheita de dados que visa estabelecer um consenso num grupo de peritos sobre um determinado assunto, através de uma série de envios e retornos de questionários (Fortin, 2009).

A sua utilização está indicada em situações em que exista falta de informação acerca do problema em estudo (McMillan, *et al.*, 2016; Scarparo *et al.*, 2012; Skulmoski, *et al.* 2007), para examinar opiniões ou crenças (Fortin, 2009), para a criação de novas ideias (McMillan, *et al.*, 2016; Scarparo *et al.*, 2012), para realizar previsões acerca do conhecimento que os peritos têm relativamente a determinado assunto (Fortin, 2009; Skulmoski, *et al.*, 2007) e ainda para estabelecer prioridades num determinado domínio (Fortin, 2009; McMillan, *et al.*, 2016).

A técnica de Delphi tem vindo a ser utilizada em investigação na área da saúde (Revorédo, 2015), nomeadamente em enfermagem (Scarparo *et al.*, 2012), tendo sido utilizada em estudos acerca da identificação de competências profissionais em determinadas áreas de cuidados (Jogerst *et al.*, 2015; Santos & Torres, 2012; Sousa & Alves, 2015; Taylor *et al.*, 2016; Van Houwelingen, 2016; Wallengren, 2011; Witt *et al.*, 2014).

Scarparo *et al.* (2012) defendem que a utilização da técnica de Delphi em investigação em Enfermagem favorece a discussão de aspetos relevantes para o futuro da mesma, através da construção do consenso de opiniões de enfermeiros peritos em determinada área sobre os assuntos estudados. A opção pela utilização da técnica de Delphi neste estudo encontra-se ainda reforçada pelas inúmeras vantagens que esta apresenta, pois é uma técnica flexível, permitindo múltiplas variações e aplicações (Iqbal & Pison-Yong, 2009), é acessível e económica (Revorédo, 2015; Iqbal & Pison-Yong, 2009), permitindo a participação de um grande número de peritos, mesmo que geograficamente distantes (Revorédo, 2015; Silva *et al.*, 2009) e garante ainda o anonimato das respostas (McMillan, *et al.*, 2016; Giovinazzo, 2001; Silva *et al.*, 2009), aspeto que aliado ao

pormenor de não existir reunião física dos peritos, reduz a influência da persuasão, da relutância em abandonar opiniões previamente assumidas e da dominância de peritos supostamente mais influentes sobre a opinião dos outros participantes (Giovinazzo, 2001).

Já no que se refere ao número de rondas, optámos por efetuar as necessárias até percebermos um grau de consenso aceitável, onde já não existissem pontos a discutir, pois tal como afirmam Murphy *et al.* (1998), duas ou mais rondas são suscetíveis de originar uma maior convergência das decisões individuais, embora não esteja claro se isso aumenta a precisão da decisão em grupo.

Considerando a importância que estas metodologias atribuem ao saber e à experiência das pessoas selecionadas para o estudo, é fundamental saber em que medida essas pessoas são suscetíveis de fornecer dados válidos e completos, ou seja, em que medida podem ser considerados peritos. Desta forma, e considerando que a constituição do grupo de peritos é fundamental para a concretização dos objetivos delineados e o que mais pode contribuir para o sucesso dos resultados, foi necessário definirmos os critérios de seleção dos elementos a integrar.

O conceito de perito é resumido por Phill citado por Justo (2005) como sendo alguém com conhecimentos relevantes sobre o problema em estudo. Por seu lado, Press citado pelo mesmo autor, considera que os peritos deverão, "(...) conhecer pessoalmente a região, a comunidade ou instituições em estudo; desempenhar funções ou desenvolver atividades relacionadas com o objetivo do estudo; participar ativamente na vida de coletividade ou da instituição; ter participado em trabalhos anteriores sobre problemas relacionados com a matéria em estudo" (p. 4).

Um perito é, portanto, alguém que através da formação e da experiência profissional adquiriu conhecimentos e habilidades necessárias para atuar em determinada área, sendo reconhecido pelos seus pares como tal. Ou seja, neste tipo de estudos é muito importante selecionar os participantes que melhor representam ou tenham conhecimento do fenómeno a investigar. Assim, há a garantia efetiva e eficiente que a criação das categorias com informação pertinente para a elaboração do documento será de ótima qualidade (Vilelas, 2009; Fortin, 2009).

Foi nossa intenção contactar peritos que tivessem realmente conhecimentos, experiência e um interesse profundo na temática em questão, pelo que para a identificação dos potenciais membros do painel de Peritos, privilegiamos critérios como os cargos desempenhados e a experiência profissional nas áreas em questão.

Assim, a nossa seleção recaiu em enfermeiros provenientes de diferentes instituições

hospitalares da região Norte do País, com os seguintes critérios de inclusão:

- Enfermeiros com um mínimo de 10 anos de experiência profissional numa UCI;
- Enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica;
- Enfermeiros a desempenhar funções de chefia numa UCI\coordenação\ responsável de turno.

Com base nestes critérios constituímos um painel de oito enfermeiros peritos de diversos contextos, como se pode ver na tabela 1.

Tabela 1- Contexto Profissional dos Peritos

<i>PERITO</i>	<i>INSTITUIÇÃO</i>
<i>ENF⁰¹</i>	Centro Hospitalar Universitário do Porto
<i>ENF⁰²</i>	Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital de Santa Luzia
<i>ENF⁰³</i>	Unidade Local de Saúde do Alto Minho – Hospital de Santa Luzia
<i>ENF⁰⁴</i>	Hospital de Braga
<i>ENF⁰⁵</i>	Hospital de Braga
<i>ENF⁰⁶</i>	Hospital da Luz - Guimarães
<i>ENF⁰⁷</i>	Hospital da Luz - Guimarães
<i>ENF⁰⁸</i>	Centro Hospitalar Universitário de São João

Acreditamos que o perfil profissional e o nível de experiência deste grupo de peritos, conseguidos através dos critérios de inclusão redigidos, nos permitirão obter opiniões significativas e relevantes para o estudo.

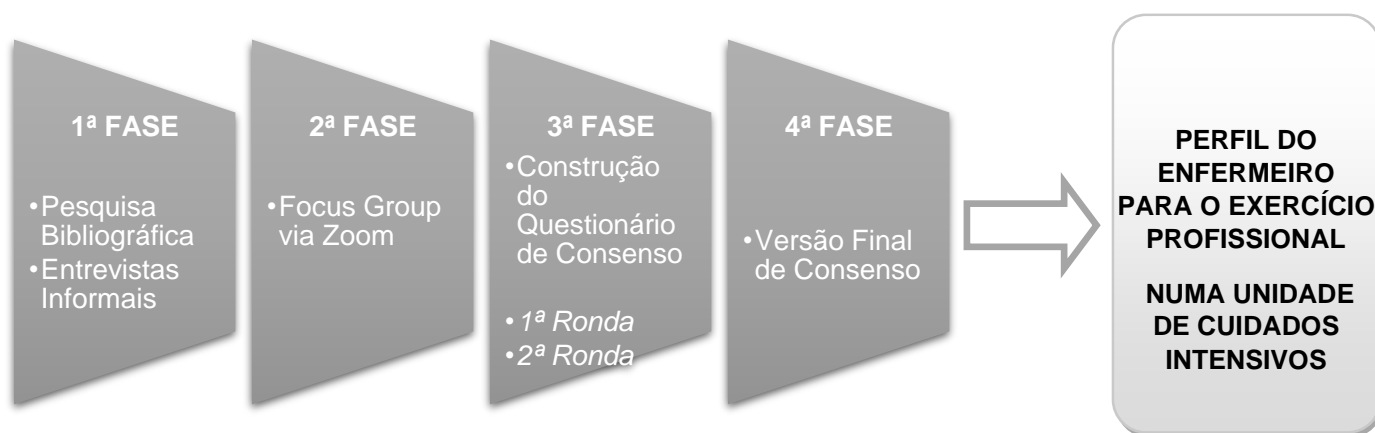
3. PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PERFIL

Tendo em conta que um processo pressupõe etapas, num sentido crescente de agregação da informação, com uma sequência contínua de fatos que apresentam uma unidade, a construção desta proposta do perfil do enfermeiro para o exercício profissional numa UCI assentou num processo constituído por quatro etapas

sequenciais, o que nos permitiu obter informações e conhecimentos pertinentes de forma a alcançar o maior grau de consenso.

Este processo encontra-se, representado na figura 2, onde esquematicamente se pode observar a sequência e os conteúdos de cada uma das etapas:

Figura 2 - Processo de Construção da proposta de Perfil do Enfermeiro para o Exercício Profissional numa Unidade de Cuidados Intensivos



No sentido de identificar um conjunto de características do perfil do enfermeiro na UCI que permitissem a construção de um documento inicial, procedemos a uma revisão de literatura com recurso a várias bases de dados bibliográficas (Pub Med, B-On e Scielo). Foi ainda realizada uma pesquisa manual no Google Académico, no sentido de permitir a identificação de outras publicações que correspondessem aos objetivos do estudo.

Esta revisão inicial da literatura teve, assim, o propósito de aumentar o material identificado e o objetivo de recolher informação mais atualizada sobre a temática, bem como ajudar a orientar a entrevista ao grupo de peritos.

As entrevistas informais, realizadas de forma aleatória, em que o único critério de inclusão foi os *enfermeiros recém-chegados à UCI* do hospital onde desenvolvemos o estudo, permitiram identificar algumas características que estes profissionais valorizavam nos colegas mais experientes, bem como habilidades, áreas de conhecimento e necessidades formativas. Esta informação foi de extrema importância para um diagnóstico de situação.

Na segunda fase deste processo, foi realizada uma reunião de peritos, *focus group*, que permitiu obter as diferentes opiniões relativamente ao objeto de estudo. Morgan (2010) define *focus group* como uma técnica de investigação de recolha de dados através da

interação do grupo sobre um tópico apresentado pelo investigador.

A entrevista é um tipo de inquérito: processo de recolha sistematizada, no terreno, de dados suscetíveis de comparação. Caracteriza-se pela comunicação e interação entre duas ou mais pessoas, da qual resulta uma verdadeira troca: o entrevistado exprime as suas perceções sobre um dado acontecimento ou situação, as suas reações ou interpretações, enquanto o investigador facilita essa expressão, evita que ele se afaste dos seus objetivos e promove o máximo de autenticidade e profundidade (Quivy & Campenhoudt, 2003).

Entre o leque de vantagens, sistematizadas por Stewart *et al.* (2007), do *focus group* face a outros métodos de investigação, salientamos o facto de este permitir fornecer dados de um grupo muito mais rapidamente, e frequentemente com menor dispêndio de tempo do que se essa informação tivesse sido obtida a partir de entrevistas individuais. A sua flexibilidade, pode ser usado para a análise de um leque alargado de tópicos com uma variedade de indivíduos e de contextos.

A fragilidade do *focus group*, à semelhança da sua força, está relacionada com o processo de produção de interações focadas, suscitando questões acerca do papel do moderador na geração dos dados e do impacto do próprio grupo nos dados (Morgan, 2010).

Embora o tamanho dos grupos possa oscilar entre quatro e doze participantes, tem sido referido que este, tipicamente, se situa entre cinco a dez participantes (Krueger & Casey, 2009) ou entre seis a dez participantes (Morgan, 2010).

A entrevista foi conduzida com recurso a um guião previamente elaborado (Apêndice II) e foi realizada via zoom. Os entrevistados foram contactados (telefonicamente e por e-mail) e informados dos objetivos do estudo, demonstrando a sua disponibilidade para participarem. A duração média da entrevista foi de 3 horas. Esta foi previamente agendada e, antes da sua realização, foi reforçado o pedido de gravação em áudio e vídeo, ao qual todos os participantes deram o seu consentimento, após terem sido informados sobre os aspetos inerentes ao estudo em causa e depois de lhes ter sido garantido o cumprimento dos princípios éticos implícitos em qualquer estudo de investigação.

A entrevista foi gravada e preservada em formato digital, uma vez que a manutenção dos dados, na sua forma original, é importante caso seja necessário o acesso para esclarecimento de alguma dúvida.

As questões constantes do guião da entrevista foram colocadas a todos os participantes,

mas foi permitido que cada entrevistado fosse desenvolvendo o assunto de acordo com a sua evolução individual, no sentido de permitir a descrição das suas emoções, sentimentos, experiências e comportamentos pessoais e permitir assim uma exploração do tema mais abrangente e completa.

A intervenção do moderador constitui um elemento-chave nesta fase (Krueger & Casey, 2009; Stewart *et al.*, 2007) e nesse sentido, as competências de moderação e de dinâmica de grupo que este possua, representam elementos críticos do ponto de vista do seu sucesso. O papel do moderador não é o de emitir julgamentos, mas o de questionar, ouvir, manter a conversação no trilho e certificar-se que cada participante tem oportunidade de participar. Estamos cientes, enquanto investigadores, ter atingido estes objetivos.

O conteúdo da entrevista foi transcrito para formato Word e após análise dos dados, desenvolvemos um procedimento de codificação, de acordo com a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011), que apresentamos pormenorizadamente no Apêndice II.

Analisada a entrevista, onde se observou uma grande diversidade de opiniões, partimos para a construção de um questionário, dando assim início à fase seguinte deste percurso. O questionário (Apêndice III), desenvolvido para aferir o grau de consenso gerado, é o melhor indicador do consenso geral é a proporção de cenários para os quais o grupo concorda, sendo também nesta fase efetuada a análise desses dados (Murphy *et al.*, 1998).

Este instrumento, mais não era do que um conjunto de características/habilidades definidoras do perfil do enfermeiro, que subdividimos em 4 domínios enformados por 31 questões.

Foi solicitado a cada um dos peritos o preenchimento do questionário de acordo com o seu grau de concordância para cada questão, com base numa escala de Lickert de cinco opções de resposta, sendo: 1- Discordo completamente; 2- Discordo; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo completamente.

Como complemento a cada resposta, foi disponibilizado, um campo para comentários e sugestões para utilizar em caso de ser necessário sugerir ou especificar algum aspecto.

Nesta primeira rinda, os participantes deram várias sugestões, principalmente relacionadas com o item da formação continua em serviço. Sugeriram a introdução de outros itens que acabaram por transitar para a versão final de consenso, com percentagens de concordância perto dos 100%.

Optamos pelo recurso à Internet para aplicação do questionário para a técnica de

Delphi, pela boa aceitação por parte dos participantes em outros estudos realizados na área de enfermagem (Scarparo *et al.*, 2012) e essencialmente pelo acréscimo de vantagens apontadas na literatura, tanto para o investigador como para os participantes. As vantagens que surgem elencadas na bibliografia relacionam-se com a conveniência fornecida por este modo de interação (Iqbal & Pison-Yong, 2009; Skulmoski *et al.*, 2007), tempos de resposta rápidos, que ajudam a manter o entusiasmo, evitando a perda de interesse dos participantes, os dados surgem logo em formato digital, o que elimina o processo de transcrição (Skulmoski, *et al.*, 2007; Giovinazzo, 2001), tempo necessário para realizar o estudo reduzido, os custos (não há gastos de envio), e ainda o facto de o questionário online ser mais atrativo e flexível, tornando o seu preenchimento mais agradável e eficaz (Giovinazzo, 2001).

Para além destes aspetos, a técnica de Delphi Online respeita as características essenciais do método tradicional, que são a troca de informação e de opiniões entre os peritos para reavaliação nas rodadas subsequentes, o anonimato das respostas e a possibilidade de revisão de opiniões individuais perante a representação estatística das respostas dos restantes participantes do grupo (Giovinazzo, 2001).

O número mínimo de rondas de opiniões a realizar é de duas, no entanto, mais rondas de opiniões podem ser realizadas, até que seja atingido o consenso estipulado, ou até que o nível de discordância atinja a saturação (Scarparo *et al.*, 2012; Skulmoski, Hartman & Krahn, 2007).

Nos casos em que não exista alteração significativa (de pelo menos 15%) na concordância entre a ronda atual e a anterior, em pelo menos metade dos itens em que o consenso não foi alcançado, não deverão ser realizadas mais rondas (Page *et al.*, 2015).

Para além dos aspetos referidos, acrescentamos o argumento de Giovinazzo (2001), que refere que em estudos com técnica de Delphi realizados pela Internet, habitualmente, são realizadas duas rondas, pois mais que estas tornar-se-ia desinteressante para os participantes, e apenas com duas rondas tem sido possível alcançar o consenso da maioria das questões discutidas. Deste modo, neste estudo optamos pela realização de duas rondas, que se revelaram suficientes para a obtenção de consenso.

A literatura indica que o nível de consenso deverá ser estabelecido pelo investigador, não havendo regras definidas para tal (Scarparo *et al.*, 2012) e este deverá ficar definido no início do estudo (McMillan, *et al.*, 2016).

De modo a determinar o grau de consenso dos participantes, a estatística mais utilizada

inclui medidas de tendência central, tal como a mediana (Md), e medidas de dispersão, tal como o intervalo interquartil (IIQ) (Iqbal & Pison-Yong, 2009; Hsu & Standford, 2007).

Neste sentido optamos por um tratamento estatístico descritivo, com recurso aos critérios para determinar o grau de consenso propostos por Capelas (2013), que se baseiam no grau de concordância (soma da percentagem das opções de respostas: 4 - Concordo e 5 - Concordo Completamente), na Md e no IIQ (Tabela 2).

Tabela 2 - Critérios de determinação do grau de consenso

<i>Grau de Consenso</i>	<i>Concordância</i>	<i>Mediana</i>	<i>Intervalo Interquartil</i>
<i>Muito Elevado</i>	≥ 80 %	5	0
<i>Elevado</i>	≥ 80 %	≥ 4	1
<i>Moderado</i>	60-79 %	≤ 4	1
<i>Baixo</i>	< 60 %	4	> 1

Fonte: Capelas, (2013)

Importa, portanto, clarificar os conceitos de Md e IIQ. A Md é o valor que situa no meio de uma fila ordenada de valores, desde o mais baixo ao mais alto. O valor da Md indica que 50% das respostas se encontra abaixo desse valor e os restantes 50% acima desse valor. O IIQ é a diferença entre o 3º quartil (75% da amostra) e o 1.º quartil (25% da amostra), ou seja, onde se situam os 50% dos valores centrais.

Quanto menor o valor do IIQ, maior é a concentração de opiniões. Previmos realizar este tratamento estatístico a todas as afirmações presentes no instrumento inicial, permitindo identificar o grau de consenso dos peritos relativamente a cada uma delas e conseqüentemente, determinar a sua inclusão ou exclusão na versão final.

Definimos para aceitação do consenso (critério de consenso para inclusão) que este teria de ser Elevado ou Muito Elevado (Capelas, 2013; Van Der Steen *et al.*, 2014). Terminada a 1.ª ronda, os dados encontravam-se já em formato digital, e foram exportados para um programa de folha de cálculo, Excel, para proceder ao seu tratamento estatístico.

Terminada a análise estatística dos dados da 1.ª ronda e o seu confronto com os graus de consenso previamente estipulado, elaboramos um novo instrumento para envio aos participantes (Apêndice E).

Na elaboração do questionário para a 2.^a ronda, foram incluídas apenas as questões que obtiveram um grau de consenso moderado ou baixo e que não obtiveram consenso na 1.^a ronda, ou seja, todas as questões que não reuniram os critérios de consenso para inclusão previamente estabelecidos (Van Der Steen *et al.*, 2014) e as sugestões fornecidas pelos participantes, a fim de serem levadas a discussão e da mesma forma ao estabelecimento de consenso.

Este segundo instrumento (composto por 16 questões referentes a 2 domínios) foi acompanhado da informação estatística de cada resposta obtida na 1.^a ronda de opiniões.

Foi então solicitado a cada participante que analisasse a sua resposta, perante os resultados estatísticos obtidos para cada questão, podendo mantê-la ou alterá-la se assim o considerasse (Scarparo *et al.*, 2012; Hsu & Standford, 2007). Após realizada a análise estatística das respostas para a 2.^a ronda, que permitiu identificar o grau de consenso dos peritos relativamente a cada afirmação apresentada, foi possível determinar quais as questões a ser incluídas e quais as excluídas, o que resultou na versão final da proposta de perfil do enfermeiro para o exercício profissional numa UCI (Apêndice F).

4. ASPETOS ÉTICOS

Ética em investigação diz respeito à qualidade dos procedimentos do início ao fim da pesquisa, desde a pertinência do problema à validade dos resultados para o desenvolvimento do conhecimento (Nunes, 2011).

Qualquer investigação que tenha como objeto de estudo o ser humano suscita questões éticas, decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação.

Neste sentido, atendemos aos princípios fundamentais, que se baseiam no respeito pela dignidade humana e que de acordo com o preconizado por Fortin (2009) são: o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, o respeito pelos grupos vulneráveis, o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais, o respeito pela justiça e pela equidade, o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes, a redução dos inconvenientes e a otimização das vantagens.

Em relação aos participantes, impôs-se o respeito pela pessoa e com a proteção dos seus direitos de viver livre e dignamente enquanto ser humano. Assim e com base neste

princípio, os direitos dos participantes, nomeadamente o direito à autodeterminação, à intimidade e à confidencialidade, foram absolutamente protegidos.

Com este fim, os participantes no estudo foram informados da finalidade, dos objetivos, dos riscos e da relação riscos/benefícios que atribuímos à sua participação no mesmo.

Foi ainda salvaguardado o seu direito de se retirarem do estudo sempre e quando o entendessem, bem como do seu anonimato e da utilização única da informação para este estudo.

Deste modo, para a realização da entrevista de grupo – *focus group* e restante participação no presente trabalho, foi solicitado consentimento informado por escrito a cada um dos constituintes do painel de peritos, após terem sido dados a conhecer a finalidade e os objetivos do estudo (Apêndice I).

Para Polit *et al.* (2004) “(...) o consentimento informado significa que os participantes possuem informação adequada relativamente à investigação; são capazes de compreender a informação e têm o poder de escolher livremente, capacitando-os a escolherem voluntariamente participar na investigação ou declinar” (p. 151).

CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados e analisados os resultados obtidos no decorrer das duas rondas realizadas, de acordo com os principais domínios propostos para o perfil, que consideramos serem detentores de elevada probabilidade na predição de eficiência do exercício profissional numa UCI:

- Características socioprofissionais;
- Habilidades interpessoais, relacionais e comunicacionais;
- Habilidades de planeamento e organização;
- Habilidades de melhoria contínua da qualidade;

No sentido de permitir uma melhor estruturação e compreensão, iniciamos a apresentação dos dados obtidos na 1.^a ronda e finalizamos com os referentes à 2.^a ronda.

Para o efeito iremos recorrer a tabelas onde se encontram representados os domínios, as características e os graus de consenso obtidos, com recurso aos critérios propostos por Capelas (2013).

1. RESULTADOS DA 1.^a RONDA

Relativamente ao domínio Características Socioprofissionais (Tabela 3), as categorias 1.2. *Experiência Profissional* (nos seus dois critérios de avaliação) e 1.3. *Habilitação Académica - Se enfermeiro de cuidados gerais, preferencialmente ser detentor de Pós-Graduação em Abordagem ao doente crítico e/ou Pós-Graduação em Urgência e Emergência*, não atingiram grau de consenso.

As categorias 1.1. *Idade*, 1.3. *Habilitação Académica - Preferencialmente, ser detentor do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e/ou Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e/ ou Curso de Pós-Licenciatura em Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica*, 1.4. *Formação continua na área do doente crítico – Suporte Avançado de Vida; Curso de Via Aérea Difícil; Curso de Eletrocardiografia e Técnica Dialítica aplicada ao Doente Crítico* obtiveram um grau de consenso de baixo a moderado.

As restantes categorias apresentaram um grau de consenso de elevado a muito elevado, nomeadamente: 1.4. *Formação continua na área do doente crítico – Suporte Avançado de Trauma; Monitorização do Doente Crítico e Outra Formação* (onde os participantes contribuíram com acréscimo de dados) e 1.5. *Outras*, em todos os seus

critérios de avaliação.

Tabela 3 - Características socioprofissionais: concordância e graus de consenso

1. Características Socioprofissionais	Concordância	Md	IIQ	Grau de Consenso
1.1. Idade				
Idade inferior a 50 anos (aquando do ingresso para o início de funções)	75%	5	1,5	B/M
1.2. Experiência Profissional				
Possuir no mínimo 3 anos em contexto hospitalar	25%	3	1,5	SGC
Se recém-licenciado, possuir integração á vida profissional em contexto de UCI	50%	3	2	SGC
1.3. Habilitação Académica				
Preferencialmente, ser detentor do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e/ou Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e/ ou Curso de Pós-Licenciatura em Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica	50%	4	3	B
Se enfermeiro de cuidados gerais, preferencialmente ser detentor de Pós-Graduação em Abordagem ao doente crítico e/ou Pós-Graduação em Urgência e Emergência	37,5%	3	1,5	SGC
1.4. Formação continua na área do doente crítico				
Suporte Avançado de Vida	75%	4,5	1,5	B/M
Curso de Via Aérea Difícil	50%	3,5	1	B
Suporte Avançado de Trauma	87,5%	4,5	1	E
Curso de Eletrocardiografia	75%	4	0,5	M
Monitorização do Doente Crítico	87,5%	5	1	E
Técnica Dialítica aplicada ao Doente Crítico	75%	4	1	M
Outra Formação	71,5%	4	1	M/E
	<ul style="list-style-type: none"> - Gestão de stress/emoções - Ventilação Mecânica - Gestão de stress/ Humanização - Competências comportamentais - Suporte básico de vida - Ventilação Mecânica Invasiva/ Não Invasiva - Comunicação em doente crítico - Gestão de eventos críticos 			
1.5. Outras				

Motivação pela área do doente crítico em cuidados intensivos	100%	5	0	ME
Vontade expressa em ingressar nos cuidados intensivos	100%	5	0,5	E/ME
Domina o manuseamento das novas tecnologias aplicadas á monitorização do doente crítico	87,5%	4	1	E

Legenda: Md- Mediana; IIQ- Intervalo interquartil; ME- Muito elevado; E-Elevado; M- Moderado; B- Baixo; SGC- Sem Grau de Consenso

O domínio, Habilidades interpessoais, relacionais e comunicacionais, obteve um grau de consenso de elevado a muito elevado em todos os seus critérios de avaliação, como se pode verificar na Tabela 4.

Tabela 4 - Habilidades interpessoais, relacionais e comunicacionais: concordância e graus de consenso

2. Habilidades interpessoais, relacionais e comunicacionais	Concordância	Md	IIQ	Grau de Consenso
Evidencia capacidade de trabalho em equipa	100%	5	0	ME
Estabelece uma comunicação efetiva com os pares	100%	5	0,5	E/ME
Estabelece uma comunicação efetiva interprofissional	100%	5	1	E
Estabelece uma relação terapêutica com a pessoa em situação crítica e sua família	100%	5	0	ME
Possui capacidade de gestão das suas emoções	100%	5	1	E
Demonstra calma e segurança na tomada de decisão	100%	5	0,5	E/ME
Possui capacidade de reconhecer as suas limitações	100%	5	0	ME

Legenda: Md- Mediana; IIQ- Intervalo interquartil; ME- Muito elevado; E-Elevado; M- Moderado; B- Baixo; SGC- Sem Grau de Consenso

No que refere ao domínio Habilidades de planeamento e organização, atingiu-se, de igual forma ao domínio anterior, o grau de consenso de elevado a muito elevado em todos os seus critérios de avaliação (Tabela 5).

Tabela 5 - Habilidades de planeamento e organização: concordância e graus de consenso

3. Habilidades de planeamento e organização	Concordância	Md	IIQ	Grau de Consenso
Possui capacidade de planeamento de cuidados ao doente crítico	100%	5	0,5	E/ME

Possui capacidade de organização do ambiente físico envolvente ao doente crítico	100%	4	1	E
Possui capacidade de priorização de cuidados ao doente crítico	100%	5	0,5	E/ME
Demonstra ser objetivo na sua prática em situação urgente	100%	5	0,5	E/ME

Legenda: Md- Mediana; IIQ- Intervalo interquartil; ME- Muito elevado; E-Elevado; M- Moderado; B- Baixo; SGC- Sem Grau de Consenso

No que concerne ao domínio Habilidades de melhoria contínua da qualidade, à exceção do critério de avaliação - *Demonstra interesse em desenvolver investigação na área da pessoa em situação crítica*, que atingiu um consenso moderado, todos os restantes critérios obtiveram um grau de consenso de elevado a muito elevado (Tabela 6).

Tabela 6 - Habilidades de melhoria contínua da qualidade: concordância e graus de consenso

4. Habilidades de melhoria contínua da qualidade	Concordância	Md	IIQ	Grau de Consenso
Demonstra vontade num compromisso de atualização contínua de conhecimentos	100%	5	0,5	E/ME
Demonstra vontade num compromisso de aprendizagem contínua com base na evidência científica atual	100%	5	1	E
Demonstra interesse em desenvolver investigação na área da pessoa em situação crítica	75%	4	1	M
Demonstra interesse na partilha, de forma ativa, de conhecimento do qual é detentor	100%	5	1	E

Legenda: Md- Mediana; IIQ- Intervalo interquartil; ME- Muito elevado; E-Elevado; M- Moderado; B- Baixo; SGC- Sem Grau de Consenso

2. RESULTADOS DA 2.^a RONDA

Apresentados os resultados da 1.^a ronda, seguem-se os resultados da 2.^a ronda, que incidiu nos domínios *Características Socioprofissionais* e *Habilidades de melhoria contínua da qualidade*, uma vez que alguns dos itens não obtiveram o grau consenso pré-definido e foram consideradas as sugestões que os participantes propuseram.

Relativamente ao domínio Caraterísticas Socioprofissionais (Tabela 7), a categoria 1.1. *Idade* manteve o seu grau de consenso inalterado (baixo a moderado). Da mesma forma, a categoria 1.4. *Formação continua na área do doente crítico*, nos itens *Curso de*

Via Aérea Difícil e Curso de Eletrocardiografia, mantiveram de igual forma, o grau de consenso baixo a moderado; já nos itens *Suporte Avançado de Vida e Formação em Técnica Dialítica aplicada ao Doente Crítico*, estes, obtiveram o grau de consenso de elevado a muito elevado.

Nesta última categoria, foram introduzidos seis novos itens fornecidos pelos participantes aquando do preenchimento de sugestões no item - *Outra Formação* do primeiro questionário. Destes seis novos itens, dois deles: *Gestão de Eventos Críticos e Estratégias de Comunicação no Doente Crítico* obtiveram grau de consenso de baixo a moderado. Os restantes, *Ventilação Mecânica Invasiva, Ventilação Mecânica Não Invasiva, Gestão de Stress e Humanização na Prestação de Cuidados ao Doente Crítico*, obtiveram grau de consenso de elevado a muito elevado.

Relativamente à categoria 1.2. *Experiência Profissional*, na sua totalidade, manteve-se sem grau de consenso. Numa trajetória semelhante apresenta-se a categoria 1.3. *Habilitação Académica*, onde o item - *Preferencialmente, ser detentor do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e/ou Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e/ ou Curso de Pós-Licenciatura em Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica*, obteve um grau de consenso baixo e o item - *Se enfermeiro de cuidados gerais, preferencialmente ser detentor de Pós-Graduação em Abordagem ao doente crítico e/ou Pós-Graduação em Urgência e Emergência* não obteve grau de consenso.

Tabela 7 - Características socioprofissionais: concordância e graus de consenso n.º 2

1. Características Socioprofissionais	Concordância	Md	IIQ	Grau de Consenso
1.1. Idade				
Idade inferior a 50 anos (aquando do ingresso para o início de funções)	75%	5	1,5	B/M
1.2. Experiência Profissional				
Possuir no mínimo 3 anos em contexto hospitalar	25%	3	2	SGC
Se recém-licenciado, possuir integração á vida profissional em contexto de UCI	50%	3,5	3	SGC
1.3. Habilitação Académica				
Preferencialmente, ser detentor do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e/ou Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e/ ou Curso de Pós-Licenciatura em Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica	62,5%	4	2	B

Se enfermeiro de cuidados gerais, preferencialmente ser detentor de Pós-Graduação em Abordagem ao doente crítico e/ou Pós-Graduação em Urgência e Emergência	37,5%	3	2	SGC
1.4. Formação contínua na área do doente crítico				
Suporte Avançado de Vida	87,5%	4,5	1	E
Curso de Via Aérea Difícil	62,5%	4	1	B/M
Ventilação Mecânica Não Invasiva	87,5%	5	1	E/ME
Ventilação Mecânica Invasiva	87,5%	5	1	E/ME
Curso de Eletrocardiografia	75%	4	1,5	B/M
Técnica Dialítica aplicada ao Doente Crítico	87,5%	4	0	E/ME
Estratégias de comunicação no Doente Crítico	75%	4	0,5	M
Gestão de Stress	87,5%	4,5	1	E
Gestão de Eventos Críticos	75%	4,5	1,5	B/M
Humanização na Prestação de Cuidados ao Doente Crítico	100%	4	1	E

Legenda: Md- Mediana; IIQ- Intervalo interquartil; ME- Muito elevado; E-Elevado; M- Moderado; B- Baixo; SGC- Sem Grau de Consenso

No que concerne ao domínio Habilidade de melhoria contínua da qualidade, no item - *Demonstra interesse em desenvolver investigação na área da pessoa em situação crítica*, este, em concordância com a primeira ronda manteve o grau de consenso de baixo a moderado (Tabela 8).

Tabela 8 – Habilidades de melhoria contínua da qualidade: concordância e graus de consenso
n.º 2

4. Habilidades de melhoria contínua da qualidade	Concordância	Md	IIQ	Grau de Consenso
Demonstra interesse em desenvolver investigação na área da pessoa em situação crítica	75%	4	1,5	B/M

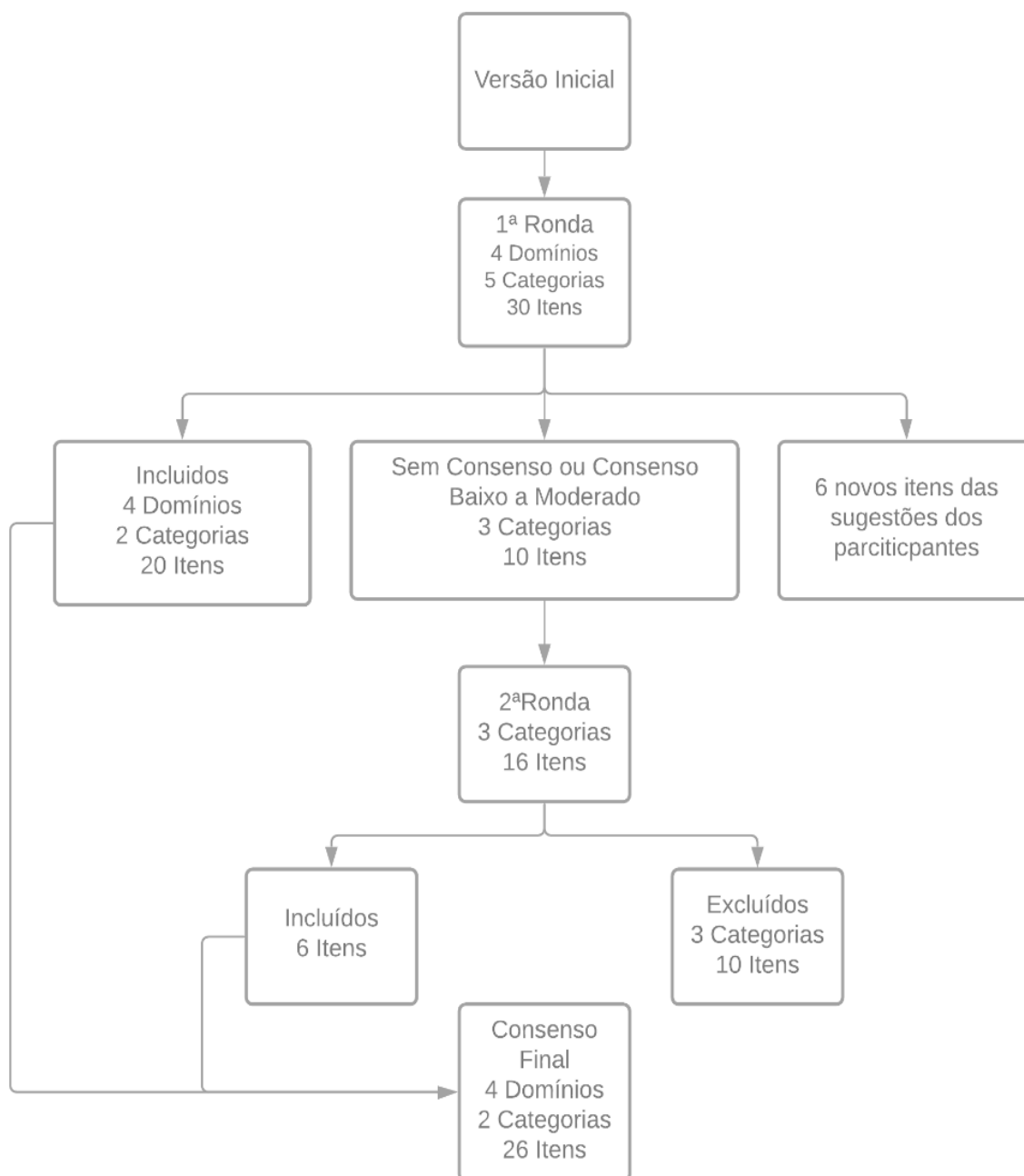
Legenda: Md- Mediana; IIQ- Intervalo interquartil; ME- Muito elevado; E-Elevado; M- Moderado; B- Baixo; SGC- Sem Grau de Consenso

Como resultado final obtivemos uma proposta do Perfil do Enfermeiro para o Exercício Profissional numa Unidade de Cuidados Continuados Intensivos, constituída por 4 domínios, 2 categorias e 26 itens.

Da versão inicial excluíram-se 3 categorias e 10 itens que não obtiveram o grau de consenso estipulado.

Na seguinte figura 3, ilustramos todo o processo.

Figura 3 – Evolução da construção da proposta do Perfil



CAPÍTULO IV: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De acordo com os resultados apresentados no capítulo anterior, segue-se a discussão dos mesmos. Esta sustenta-se nas opiniões de diversos autores que se debruçaram sobre o assunto e na nossa própria reflexão. Esta etapa consiste, como nos refere Bardin (2011), numa “(...) análise de conteúdo sobre análise de conteúdo”, ou seja, numa reflexão profunda sobre os dados obtidos” (p. 167).

Para uma melhor organização e sistematização da discussão dos resultados, esta encontra-se exposta pelos domínios abordados no perfil construído.

Características Socioprofissionais

Relativamente à categoria Idade, o consenso entre os peritos permaneceu inalterado, tanto na primeira como na sua segunda. Esta, atingiu sempre uma percentagem de concordância elevada (75%) e uma Md alta (5), contudo o intervalo interquartil (IIQ) nunca foi inferior a 1,5 o que nos levou a excluir esta categoria da versão final pois atingiu um grau de consenso baixo a moderado.

Tendo presente o significado de IIQ, podemos constatar que a concentração de opiniões é baixa. Se nos focarmos na concordância e na mediana, esta categoria vai de encontro ao que a literatura fundamenta, nomeadamente Camelo *et al.* (2013) “(...) idade média de 32 anos (...)” (p.56), Viana *et al.* (2014) “(...) idade média dos profissionais entre 30 e 39 anos (...)” (p.154) e Pinho *et al.* (2020) “(...) a exigência física e o trabalho noturno em UCI leva a que enfermeiros mais novos ganhem alguma vantagem (...)” (p.23).

Acreditamos que alguns dos peritos não concordaram com a inclusão desta categoria, pela relação inversa que habitualmente se verifica da idade face à experiência e perícia profissional, ou seja, a admissão de enfermeiros com idade inferior a 50 anos poderá ser desvantajosa, na ótica da equipa de enfermagem em UCI, uma vez que, uma equipa formada por profissionais destas faixas etárias, encontra-se em estadios disparem no que concerne à experiência e perícia profissional, adquiridas ao longo dos anos.

Esta dualidade é também referida por Pinho *et al.* (2020) fazendo referência a dois artigos, *Securing intensive care: towards a better understanding of intensive care nurses' perceived work pressure and turnover intention* e *From Novice to Expert - Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*.

No que se refere à experiência profissional no primeiro item, “possuir no mínimo 3 anos em contexto hospitalar”, apesar de serem realizadas as duas rondas pela inexistência do grau de consenso, a opinião manteve-se inalterada mantendo uma percentagem de concordância de apenas 25%, uma Md de 3 e um IIQ que aumentou na segunda ronda para 2. Podemos assim inferir que este item não iria alcançar consenso dos peritos,

mesmo com a realização de uma terceira ou mais rondas, uma vez que o significado atribuído à Md de 3 é uma não capacidade de posição de opinião e à concentração de opiniões na segunda ronda ser ainda menor, conforme também refere Page *et al.* (2015).

Relativamente ao segundo item “*se recém-licenciado, possuir integração à vida profissional em contexto de UCI*”, este surgiu da necessidade de discussão do tema por um dos peritos na dinâmica do *focus group*, em que afirmou esta tomada de posição com a importância da integração à vida profissional (IVP) do recém-licenciado desperto para alguns conceitos, dinâmicas e atitudes. Contudo, os resultados convergem com o primeiro item.

Apesar de a percentagem de concordância ter sido superior (50%) a Md e o IIQ confluíram nos resultados anteriormente descritos, não atingindo qualquer grau de consenso nas duas rondas.

Os dados emergentes das entrevistas informais aos enfermeiros recém-integrados em cuidados intensivos, assim como os dados obtidos através do *focus group* assumem especial relevo na importância da integração destes enfermeiros quando comparado com a realização da IVP enquanto estudantes de enfermagem.

No mesmo sentido, a OE (2020) através da Pronúncia do Conselho de Enfermagem n.º 41 afirma: “A qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros é influenciada pelo processo de integração, uma vez que este é determinante no sucesso da adaptação do profissional à organização e, conseqüentemente, no seu desempenho profissional” (p.1).

Na nossa opinião, e confluindo com o que disserta Camelo *et al.* (2013), a integração destes dois itens na proposta final de perfil poderia ser uma mais-valia, uma vez que o conhecimento adquirido através das experiências em contexto hospitalar pode trazer vantagens no momento da integração ao serviço de cuidados intensivos, nomeadamente a facilidade de adaptação ao ambiente.

A Habilitação Académica é estruturada pela Direção Geral do Ensino Superior (DGES), através do quadro nacional de qualificações, em concordância com o quadro europeu de qualificações, onde se apresentam as seguintes categorias: níveis; conhecimentos; aptidões e atitudes (2021).

No que concerne à disciplina de enfermagem, focando a área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, a OE (2018), atendendo às afirmações descritas pelo Ministério da Saúde em 2003, onde “(...) as unidades de cuidados intensivos são locais

qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (Ministério da Saúde - Direção de Serviços de planeamento), afirma que:

“A formação específica e especializada é justificada pela crescente complexidade dos equipamentos, técnicas e procedimentos disponibilizados por estes serviços/unidades. Daí resulta que a capacidade para abordar, de forma global, integrada e multidisciplinar, doentes complexos e graves é cada vez mais importante num mundo de crescente fragmentação e especialização de conhecimento” (p. 6).

Reforçando a importância da especialização nesta área, a OE (2018) invoca “o direito fundamental de qualquer cidadão em estado de doença crítica, ser assistido e tratado por profissionais qualificados e recursos adequados, não pode ser colocado em causa” (p.1), e realça que:

“Os cuidados à população devem ser organizados para que sejam prestados em benefício da mesma, otimizando as competências daqueles que melhor estão habilitados para implementar cada intervenção. Pela exigência normativa estamos certos que o profissional detentor do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é aquele que detém o core de competências adequado para dar resposta às necessidades em cuidados da Pessoa em Situação Crítica, em contexto como a Medicina Intensiva e Unidades de Cuidados Intensivos” (*idem*).

Em concordância com a anterior explanação, após no *focus group* se ter abordado o tema, chegamos à necessidade de ter no conjunto de categorias a *Habilitação Académica*.

Na dinâmica de grupo com os peritos percebeu-se que vários participantes detinham opiniões confluentes com o parecer da OE e alguns referiram que seria importante as UCI e/ou SMI integrarem uma percentagem de elementos mais novos e apenas com grau de licenciatura, justificando esta posição com a necessidade de formação continua de todos os elementos, evolução da equipa com a partilha de conhecimentos e atualização das práticas com recurso à evidência científica mais atual.

Já o item: “*Preferencialmente, ser detentor do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e/ou Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e/ ou Curso de Pós-Licenciatura em Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica*” não avançou para a versão final do documento, uma vez que apesar da sua percentagem de concordância ser de 62,5% o IIQ foi de 2 o que vem sustentar a opinião anteriormente explanada, de que percentagem dos peritos afirma ser mais benéfico manter taxas inferiores a 100% de enfermeiros detentores de Mestrado a exercer funções nas UCI e/ou SMI, uma vez que aplicado o documento com este item integrado,

chegaríamos a esse resultado.

Relativamente ao item “Se enfermeiro de cuidados gerais, preferencialmente ser detentor de Pós-Graduação em Abordagem ao doente crítico e/ou Pós-Graduação em Urgência e Emergência”, este foi excluído através de resultados negativos em todos os critérios para determinação de grau de consenso.

Através destes, podemos inferir que a não obtenção de grau de consenso em ambas as rondas seria uma constante, caso optássemos por um acréscimo de uma ou mais rondas, uma vez que não existiu qualquer alteração na percentagem de concordância, a mediana manteve-se em 3 e o IIQ aumentou de 1,5 para 2.

O facto de se reprovar este item não significa que o grupo de peritos não atribua importância e mais-valia ao ser-se detentor de formação na área em estudo, uma vez que na formação continua obtivemos resultados com taxas de concordância muito próximas de 100%.

Deduzimos que os participantes atribuem maior ênfase à formação direccionada, em detrimento a um plano de estudos mais longo e passível de dispersão, caracterizado por uma Pós-Graduação ou Curso de Mestrado.

Na nossa opinião, a integração dos itens acima referidos na versão final de consenso, seria uma mais-valia, uma vez que o conhecimento científico é a base da prática da disciplina de enfermagem e o ponto de partida para uma tomada de decisão mais consciente e célere.

Ainda sobre esta temática é interessante verificar que, sendo todos os participantes do estudo enfermeiros com especialidade em enfermagem médico – cirúrgica, o item *“Preferencialmente, ser detentor do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e/ou Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e/ ou Curso de Pós-Licenciatura em Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica”* não obteve concordância plena.

A formação contínua na área da enfermagem foi uma das categorias abordadas no focus group. Desta forma, questionamos o grupo de peritos acerca da formação contínua na área do doente crítico, nomeadamente um conjunto de formações que após a recolha de dados do focus group surgiram como necessárias, suportadas também por uma revisão bibliográfica posterior.

Internacionalmente, vários são os estudos sobre os benefícios e a imprescindibilidade da formação continua nos profissionais de enfermagem, nomeadamente Witt (2011) afirmando-nos que “a formação contínua é essencial, para os enfermeiros, como forma

de potenciar uma prestação de cuidados segura e efetiva”, Dickerson (2010) e Schweitzer [et al] (2010) apontam benefícios como a melhoria da base de conhecimentos e o nível de competência dos enfermeiros, a mudança de atitudes e comportamentos profissionais ou ainda a melhoria dos resultados clínicos.

Estreitando o nosso horizonte, particularizando até à MI, também Portugal, através do Ministério da Saúde (2016), realça a importância da formação continua nesta área de intervenção, bem como os próprios serviços serem locais de potencialização da própria formação continua multidisciplinar, “(...) o SMI deve realizar formação e atualização contínua dos seus quadros (...)”.

Assim, emergiram um conjunto de formações que passamos a discutir em pós-grafe.

✓ Suporte Avançado de Vida

O grupo de peritos foi questionado sobre a pertinência de o enfermeiro ser detentor deste curso, tendo-se verificado numa primeira ronda que apesar da percentagem de concordância ser de 75% e uma Md de 4,5, o IIQ foi de 1,5, o que nos indicava alguma dispersão de dados e por esse motivo esta questão foi novamente colocada na segunda ronda.

Na segunda ronda, com uma percentagem de concordância de 87,5%, uma Md 4,5 e um IIQ de 1 este item foi integrado na versão de consenso final com um grau de consenso elevado.

Os resultados foram de encontro ao que nos afirma a bibliografia: a necessidade de profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) a exercerem funções em serviços de urgência, medicina intensiva e pré-hospitalar serem detentores deste curso, bem como a sua recertificação periódica.

É indiscutível que o doente crítico reside, na maioria das vezes, na UCI/SMI. O Ministério da Saúde (2017) afirma que estes locais devem ser responsáveis por estes utentes. As unidades de cuidados intensivos são assim “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (Ministério da Saúde - Direção de Serviços de planeamento, 2003, p.6). O doente crítico é “aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, tem a sua sobrevivência dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica” (SPCI, 2010).

O Curso de Suporte Avançado de Vida do INEM (2020) tem como principais objetivos a prevenção da paragem cardiorrespiratória e a melhoria da sobrevida após paragem

cardíaca, de igual forma o curso de Suporte Avançado de Vida Cardiovascular ministrado pela *American Heart Association*, tem como objetivos desenvolvimento a melhoria dos desfechos em pacientes com emergências cardiovasculares, respiratórias, metabólicas e toxicológicas complexas; aprimorar habilidades no diagnóstico diferencial e tratamento de pacientes em situações de pré PCR, PCR e cuidados imediatos pós – ressuscitação (2020). Podemos afirmar assim, que os dados obtidos convergem com o supracitado.

✓ Via Aérea Díficil

Questionados sobre o curso acima supracitado, o grupo de peritos demonstrou dúvida através dos resultados alcançados, uma vez que nas duas rondas a percentagem de concordância permaneceu praticamente inalterada (50% e 62,5%), acompanhando os restantes parâmetros de avaliação.

Segundo a *Difficult Airway Society*, a necessidade formativa em via aérea difícil e a maximização de atuações universais foram os principais motivos pelos quais as primeiras *guidelines* surgiram nesta área.

Em Portugal, os avanços são cada vez maiores e já são vários os profissionais (enfermeiros e médicos) detentores de Curso de Via Aérea Díficil e a adotarem nas suas práticas os algoritmos internacionais.

A Ordem dos Enfermeiros é acreditadora deste curso para os seus inscritos, o que reforça e sustenta a qualidade e pertinência do mesmo. Esta linha de pensamento contradiz a opinião dos peritos, uma vez que este curso apresentou um grau de consenso final de baixo a moderado, mesmo com duas rondas.

Infere-se que, esta opinião poderá estar associada ao facto de o foco de atenção quando se aborda uma via aérea difícil estar associada ao ato médico, como a colocação de tubo orotraqueal com recurso a videolaringoscopia e a realização de broncofibroscopia emergente e não na capacidade da equipa multidisciplinar em abordar a mesma, da forma mais célere e eficaz quanto possível.

✓ Suporte Avançado de Trauma

O grupo de peritos demonstrou o seu consenso elevado na detenção deste curso, a percentagem de concordância, foi das mais altas, dentro do domínio da formação, o que revela quase unanimidade.

Estes resultados não se revelaram surpreendentes, uma vez que se nos focarmos na abordagem ao doente crítico, este curso oferece um conjunto de técnicas e treino sucessivo das mesmas, que demonstram, não só numa mais-valia na segurança da

prática e no sucesso do desfecho da abordagem ao doente crítico, como também por si só dão destaque às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, que estão regulamentadas e publicadas em Diário da República 2.ª série, N.º 135 de 16 de Julho de 2018, pelo Regulamento n.º 429/2018.

Citando a unidade de competência: “1.1 — Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.” E particularizando um dos seus critérios de avaliação: “1.1.4 — Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma.”

A acompanhar esta visão, internacionalmente, o ITLS (*Internacional Trauma Life Support*) é designado como um curso de desenvolvimento de aptidões de excelência em trauma para profissionais de saúde dos serviços de emergência médica. Desde o seu início nos anos 80, que teve um crescimento exponencial, tornando-se no programa educacional padrão internacionalmente aceite para cuidados pré-hospitalares de excelência em trauma, uma vez que “(...) stresses rapid assessment, appropriate intervention and identification of immediate life threats. The ITLS framework for rapid, appropriate and effective trauma care is a global standard that works in any situation.” (ITLS, 2022).

✓ Curso de Eletrocardiografia

O curso de eletrocardiografia foi uma das formações, que mesmo após a segunda ronda, obteve um grau de consenso baixo a moderado, levando à exclusão da mesma, na versão final de consenso.

No *focus group* muitos dos peritos afirmaram a sua opinião de que, apesar de pertinente, o conteúdo programático que o curso oferece não se reveste da mesma importância e pertinência, para a prática de enfermagem, como outros que abordam a eletrocardiografia em contexto específico como o SAV.

Internacionalmente, associações como a *American Heart Association* acreditam este curso para profissionais de enfermagem, valorizando as potencialidades do conteúdo programático em função da área de exercício profissional.

Em Portugal, a OE em 2014 pronunciou-se através do Conselho Jurisdicional com o Parecer n.º 221/2014, em relação ao curso de eletrocardiografia para enfermeiros. À data, as conclusões suportaram-se em dois pilares, nomeadamente e citando o mais relevante: “O enfermeiro deve usar os recursos formativos ao seu dispor e, desta forma, desenvolver competências que visem garantir cuidados seguros, de qualidade, no

respeito pelo direito ao cuidado dos cidadãos.” (p.3).

Acreditamos, que o grupo de peritos apesar de concordar com a fundamentação não validou introdução do curso na versão final por valorizarem este conteúdo programático em situações emergentes como no SAV.

✓ Monitorização do Doente Crítico

Os resultados do presente estudo revelaram a validação deste item na versão final de consenso com um grau de consenso elevado, sem necessidade de uma segunda ronda, o que fortalece e proporciona consistência a este parâmetro.

A monitorização adequada e fidedigna é a garantia de terapias seguras, eficazes e promotoras de qualidade dos cuidados prestados, por isso, torna-se imperativo que os profissionais sejam competentes e peritos no manuseamento dos equipamentos e interpretação dos valores mensurados (Siegenthaler [et al], 2014; Woodrow, 2019).

Em concordância, Fernandes *et al.* (2009) afirmam que a fiabilidade dos dados colhidos através de monitorização estará sempre dependente de perícia dos intervenientes na manutenção e capacidade de execução da técnica escolhida, impreterivelmente integrada numa equipa multidisciplinar, permitindo a deteção, leitura e interpretação dos dados de forma clara e objetiva.

De igual forma, mais uma vez, fazemos referência às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, citando dois dos critérios de avaliação da unidade de competência “1.1 — Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.”: “1.1.1 — Identifica prontamente focos de instabilidade.”; “ 1.1.2 – Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade. ” (Diário da República 2.^a série, N.º 135 de 16 de Julho de 2018, pelo Regulamento n.º 429/2018)

Com estes pressupostos, podemos assim constatar que a formação contínua em monitorização do doente crítico é um dos pilares fulcrais do enfermeiro em exercício profissional numa UCI.

✓ Técnica Dialítica Aplicada ao Doente Crítico

O grupo de peritos validou a passagem deste item para a versão final de consenso, com um grau final de elevado a muito elevado. Podemos constatar que foram necessárias duas rondas, contudo os resultados finais expressam claramente a inexistência de dúvida, uma vez que o IIQ foi de zero.

A insuficiência renal aguda no doente crítico em UCI está, habitualmente, associada a uma disfunção multiorgânica e sépsis, sendo uma situação frequente, com elevadas taxas de mortalidade em que, uma vez instalada, tem tendência a progredir, fazendo com que estes doentes necessitem de uma técnica de substituição renal (Araújo, 2009).

Em concordância, a bibliografia diz-nos que um enfermeiro com experiência formativa pode prevenir complicações e garantir eficiência, Pinho *et al.* (2020) referem que “(...) para garantir a eficiência da técnica, é necessária uma atuação célere e oportuna na correção das intercorrências, sendo necessário, para isso, que as equipas de UCI adquiram competências técnicas (...)” (p. 162) e Fazendeiro (2011) afirma “(...) são um facto observável, quer nos resultados terapêuticos, quer na produção científica (...)” (p. 12).

Assim, torna-se evidente a necessidade de integrar as equipas multidisciplinares em planos de formação específica, nomeadamente na área das terapêuticas de substituição da função renal.

✓ Ventilação Mecânica Não Invasiva e Invasiva

O item de formação em ventilação mecânica foi sugerido por dois dos peritos aquando da resposta ao primeiro questionário. Após a segunda ronda, a convergência de opiniões foi evidente, o grau de consenso revelou-se elevado a muito elevado e, por isso, transitou para a versão final de consenso.

Os resultados vieram suportar a evidência de que o enfermeiro se torna indispensável no momento do desmame ventilatório e extubação, uma vez que verifica os critérios de sucesso ou insucesso do processo.

Pinho *et al.* (2020), sublinham que:

“(...) é fundamental que o enfermeiro esteja alerta e ser conhecedor do material disponível, dos equipamentos envolvidos e dos procedimentos associados. É importante conhecer o ventilador, o seu modo de funcionamento e parâmetros reguláveis. O enfermeiro tem de interpretar os sinais e atuar atempadamente. O ventilador é um equipamento fundamental; seria impensável uma UCI sem este” (p. 138).

Relativamente à ventilação mecânica não invasiva, a literatura destaca o papel do enfermeiro no início e manutenção da técnica, garantindo a vigilância, para que a ventilação seja eficaz, permitindo uma maior autonomia e conforto do doente (Pinho *et al.*, 2020; Alves *et al.*, 2017; Rodrigues *et al.*, 2012).

Entidades de formação certificadas, como a VP – Formação (s.d.), afirmam que:

“o enfermeiro é o profissional que irá lidar, no dia-a-dia e com maior frequência com este tipo de terapia pelo que é fundamental que esteja devidamente preparado em termos teóricos e práticos para as situações de colocação e início de terapia, manutenção e gestão da mesma e cuidados ao doente durante o seu tratamento”.

✓ Gestão de Stress

Um dos peritos do painel sugeriu a formação em gestão de *stress* como requisito do enfermeiro a desenvolver profissionalmente a sua atividade numa UCI. Levado o item à segunda ronda, foi validado por um grau de consenso elevado, tendo sendo assim introduzido na versão final.

Estes resultados não se demonstraram surpreendentes, uma vez que este tema é alvo de estudo há vários anos, tendo uma enorme incidência nos enfermeiros de UCI, ao mesmo tempo a *Health Education Authority*, considera a enfermagem como a quarta profissão mais stressante.

Paiva et al. (2020), afirmam que “os profissionais de saúde que trabalham em UCI lidam diariamente, com *stress*, dor, más notícias e morte” (p.48).

O desenvolvimento de competências para saber lidar com o *stress* torna-se assim a chave para o sucesso para uma satisfação profissional. Vários autores referem que as estratégias de *coping* serão a melhor solução para a gestão de stress (Lazarus & Folkman, 1984; Marec et al., 2003). Como tal, defendem que estes mecanismos terão de ser abordados formativamente para que cada profissional possa adquirir essa capacidade e adoptá-los da melhor forma e oportunamente.

Este é portanto, um ponto essencial nos programas formativos e uma mais-valia não só para o profissional que a detém, mas também para a equipa integrante, uma vez que são muitas vezes estes profissionais os estimuladores da abordagem formativa nesta área, por reconhecerem a sua importância: “(...) com ação direta podemos mudar o ambiente ou nós próprios, ou de algum modo, confrontar-nos diretamente com, ou evitar a situação que provoca a necessidade de haver coping” (Pinho et al. 2020, p. 52); “(...) os-processos intrapsíquicos são modos de alterar o significado da situação ou de lidar com as emoções que a situação faz criar” (Lazarus & Folkman, 1984, p.93)

✓ Humanização na Prestação de Cuidados ao Doente Crítico

Acompanhando o item anteriormente explanado, os resultados deste foram semelhantes: 100% de concordância, atingindo um consenso elevado e a sua transição para a versão final de consenso.

A suportar estes resultados, Deslandes, Gotardo & Silva (2005) defendem que as UCI

são locais onde a prevalência do modelo biomédico e a destituição da humanidade da pessoa doente e sua família supera um modelo de cuidados humanizados. Emerge assim, a urgência de, não só pensar, mas também agir através de modelos formativos, na área da humanização.

Borges (2017) na sua dissertação de Mestrado procurou perceber a perspetiva dos enfermeiros de um SMI sobre a humanização dos cuidados que prestavam e os resultados revelam, na sua generalidade dois aspetos: por um lado, a dificuldade em definir o conceito, por outro lado a importância de se pensar sobre um assunto tão subjetivo uma vez que reconhecem que a própria humanização é o fator que distingue a enfermagem das outras profissões na área da saúde.

Mezzomo em 2001 já defendia que um hospital humanizado era aquele que se colocava ao serviço da pessoa, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade, através não só da sua estrutura física e tecnológica, mas também de estrutura humana.

Por sua vez, Louro (2014), com o seu estudo concluiu que intervenções de enfermagem atentas à pessoa alvo dos cuidados, conduzem a uma resposta individualizada dos cuidados prestados pelos enfermeiros, com base num processo holístico, em que “fazer com”, “estar com” e “ser com” deverão ser atitudes dominantes que permitem não só à pessoa cuidada ser constantemente incluída no processo de cuidados, estando no seu centro, como também ao enfermeiro, enquanto cuidador por excelência, transmitir respeito e confiança, demonstrar disponibilidade e estimular o desenvolvimento das capacidades da pessoa.

Percebemos que abordamos então, a convergência de vários aspetos e, por isso, uma garantia de educação permanente aos profissionais pode tornar-se uma mais-valia para se atingir este objetivo comum a qualquer hospital.

Na nossa opinião tornou-se interessante a pesquisa por suporte bibliográfico que validasse este juízo, uma vez que tendencialmente pensaríamos neste item como uma habilidade adquirida ou não adquirida, associada a um conjunto de características pessoais, ao contrário de uma proposta formativa.

✓ **Gestão de Eventos Críticos e Estratégias de Comunicação no Doente Crítico**

De todos os itens sugeridos pelos participantes no primeiro questionário, a gestão de eventos críticos e as estratégias de comunicação foram aqueles que não transitaram para a versão final de consenso por apresentarem graus de consenso baixo a moderado e moderado respetivamente.

Acreditamos que os resultados podem estar relacionados com a necessidade de

experiência prática e treino para se adquirir habilidades nestas áreas. Se por um lado, a necessidade de experiência prática pode ser justificação, por outro lado, torna-se surpreendente a desvalorização da formação nesta área, uma vez que, o mesmo grupo de Peritos valida com elevado consenso o domínio de *Habilidades interpessoais, relacionais e comunicacionais*.

Podemos inferir que os participantes valorizam a formação noutras áreas de desenvolvimento em detrimento desta, o que, na nossa opinião, pode ser preocupante para o futuro profissional dos enfermeiros portugueses.

Ao mesmo tempo fica a questão para estudos futuros, se estes resultados podem ser justificados pela prioridade de formação de predomínio técnico *versus* a maturidade profissional, ou seja, abordar temas como a gestão de eventos críticos e estratégias de comunicação após já estarem interiorizados outros conceitos teóricos adquiridos também pela experiência profissional.

Em suma, emerge dos discursos e da tomada de posição, através dos resultados dos questionários dos participantes, a ênfase atribuída à formação contínua, no mesmo sentido a OE (2012) através dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade refere que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”, uma vez que para se atingir este padrão de qualidade, de entre outros, a mesma entidade formula dois elementos importantes: “a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” e “a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade”.

Em 2016 a OE sublinha esta importância com a formulação do regulamento da formação profissional da ordem dos enfermeiros, neste documento salienta-se a relevância da formação e o desenvolvimento profissional, enquanto pilares fundamentais e determinantes para a melhoria contínua da qualidade do desempenho profissional e serviços prestados. De igual modo, Almeida *et al*, (2011) concluíram no seu estudo que é necessário os enfermeiros realizarem formação que os capacite e atualize, com a consequente melhoria do desempenho e contribuição para o aumento da sobrevivência do doente crítico.

Internacionalmente, vários são os estudos sobre os benefícios e a imprescindibilidade da formação contínua nos profissionais de enfermagem, nomeadamente Witt (2011) afirmando-nos que “a formação contínua é essencial, para os enfermeiros, como forma de potenciar uma prestação de cuidados segura e efetiva”, Dickerson (2010) e

Schweitzer [et al] (2010) apontam benefícios como a melhoria da base de conhecimentos e o nível de competência dos enfermeiros, a mudança de atitudes e comportamentos profissionais ou ainda a melhoria dos resultados clínicos.

Após análise do focus group, surgiu a necessidade de integrar nas características socioprofissionais uma categoria que contemplasse as opiniões referidas por vários peritos, assim, definimos a categoria “Outras” para agrupar três itens que se tornaram essenciais para a construção da versão final da proposta de perfil, uma vez que atingiram em todos eles grau de consenso elevado a muito elevado.

Foram eles a motivação pela área de doente crítico, vontade expressa em ingressar nos cuidados intensivos e o domínio no manuseamento das novas tecnologias aplicadas à monitorização do doente crítico.

Vários autores suportam estes resultados, já lhes fizemos referência na fundamentação teórica de forma a evidenciar o que já se encontra publicado até a data. São exemplos: Paiva et al. (2020) quando cita Silva e Ferreira (2011); Rose et al. (2007) e Cronqvist et al. (2006) que sublinham a habilidade em lidar com novas tecnologias.

Da mesma forma, Uller (2007) fala na necessidade, desde o início das primeiras UCI, de uma equipa multidisciplinar diferenciada para tratar do doente grave com potencial risco de vida, com aplicação direta de tecnologia avançada.

Relativamente à motivação pela área do doente crítico em cuidados intensivos e a vontade expressa em ingressar nos cuidados intensivos, podem numa fase inicial ser objeto de juízo ligeiro ou considerado menor, uma vez que falamos numa área muito particular.

A verdade é que, se abordarmos o tema pela vertente da satisfação profissional e os contributos na qualidade dos cuidados prestados que esta pode arrecadar, percebemos rapidamente que faz todo o sentido estas características estarem incluídas no perfil.

A satisfação profissional tem sido alvo de inúmeros estudos e investigação nos últimos anos (Lima et al., 1995). Estes estudos têm mostrado que um profissional satisfeito e motivado é mais produtivo e revela uma melhor qualidade de desempenho (Pinho et al., 2020).

Habilidades interpessoais, relacionais e comunicacionais

Como já referimos anteriormente, este domínio atingiu em todos os seus itens 100% de concordância logo na 1ª ronda, transitando assim para a versão final de perfil.

Estes resultados são consubstanciados por Bucknall (2000), quando salienta a capacidade comunicativa do enfermeiro entre pares e na relação interprofissional, sendo fundamental para interações adequadas e produtivas.

Sabemos que a ligação humana é inevitável em qualquer contexto de cuidados, mas considerando que, de um modo geral, os doentes em UCI apresentam demoras médias de internamento muito elevadas, dadas as condições de vulnerabilidade e fragilidade já referidas, a criação de ligações intensas quer com o doente quer com a sua família, é uma realidade com a qual o enfermeiro tem de lidar de uma forma muito particular (Cronqvist, *et al.*, 2006).

Fazendo referência novamente às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, salientamos duas unidades de competência: “1.4 — Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/ cuidador face á situação alta complexidade do seu estado de saúde” e 1.5 – Gere o estabelecimento da relação tearpêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação critica e/ou falência orgânica (Diário da República 2.^a série, N.º 135 de 16 de Julho de 2018, pelo Regulamento n.º 429/2018).

Habilidades de planeamento e organização

O grupo de peritos validou os itens desta categoria originando a introdução no documento final. Estes resultados não se revelaram inesperados, uma vez que o processo de enfermagem é a base da prática do enfermeiro e naturalmente foram validados pelos peritos sem margem de dúvida.

Alves (2015) faz referência ao processo de enfermagem como a essência do planeamento e organização dos cuidados de enfermagem. Esta autora cita Taylor & Taylor Jr. (2001) para explicar a natureza dinâmica do processo de prestação de cuidados: “(...) é exigido que o enfermeiro esteja continuamente a par das alterações no estado do doente, bem como atento a novos indícios que possam surgir no decurso da prestação de cuidados. A flexibilidade de adaptação às alterações que ocorram no doente da urgência é indispensável à manutenção de um plano de cuidados atualizado” (p. 75).

O processo de enfermagem é considerado como um instrumento vital para o desempenho das funções diárias do enfermeiro, em todos os locais de prestação de cuidados de saúde, proporcionando o enquadramento organizacional para avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação dos cuidados de enfermagem prestados (idem).

Acrescenta que “nesta fase de planeamento, o estabelecimento de prioridades é um dos componentes mais importantes. Os problemas identificados não têm todos a mesma importância, de modo que elaborar um plano de cuidados atendendo à prioridade dos problemas é considerado tão importante quanto a própria identificação dos problemas” (Alves, 2015, p. 78).

É facto que os SMI são locais onde a organização é essencial, uma vez que se encontram doentes críticos já com grande nível de imprevisibilidade, sendo fundamental a organização do ambiente físico, material e dos profissionais (na sua prática).

Habilidades de melhoria contínua de qualidade

O consenso dos peritos foi, mais uma vez praticamente total neste domínio, no entanto um dos itens foi excluído: *Demonstra interesse em desenvolver investigação na área da pessoa em situação crítica*. Acreditamos que a integração deste item seria pertinente na versão de consenso final, uma vez que a investigação é essencial para a produção de conhecimento científico atualizado e conseqüentemente uma prática de cuidados baseada última evidência, tornando-se segura e de qualidade.

A qualidade em saúde (QeS) é uma tarefa multiprofissional, pelo que a OE considerou imperativo a definição de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem em Portugal (OE, 2001).

A partir do momento em que são definidos os padrões de qualidade em enfermagem, é imprescindível que cada enfermeiro contribua para o desenvolvimento dos sistemas de melhoria contínua da qualidade, tanto do exercício profissional, como dos cuidados prestados.

Conforme refere o artigo 9.º do Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermagem (REPE), a profissão de enfermagem assenta em vários eixos básicos em estreita ligação, desenvolvidos na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos de investigação em enfermagem.

De igual forma, os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem referem que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro, contribui para a máxima eficácia da organização dos cuidados de enfermagem” (p. 18).

O código deontológico da profissão (2015) refere na alínea d) do artigo 88.º que os enfermeiros devem “assegurar por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados” (p. 91).

A nossa opinião é de que a excelência na enfermagem passa, indiscutivelmente, por um trajecto profissional que promova e estimule a qualidade e o desenvolvimento das práticas dos enfermeiros, ancorado numa atitude crítica e reflexiva por parte destes.

A reforçar esta ideia, a OE (2019) através das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista define que este: “(...) garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” e “(...) colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.” (p.4747).

CAPÍTULO V: CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS

“Não é profissional aquele que possui conhecimentos ou habilidades, mas aquele que os sabe mobilizar em contexto específico.”
(Le Boterf, 2003).

Conclusões

Ao longo dos capítulos anteriores, contextualizamos teoricamente a temática e descrevemos o percurso efetuado para a consecução deste estudo assim como, apresentamos e analisamos os resultados obtidos. Neste capítulo pretendemos indicar as principais conclusões, refletindo no percurso efetuado e abordando as perspectivas futuras como forma de incentivo a novos investigadores na área do tema de estudo.

Com a realização deste estudo foi possível criar uma proposta de perfil do enfermeiro para o exercício da prática profissional numa unidade de cuidados intensivos, integrando características socioprofissionais; habilidades interpessoais, relacionais e comunicacionais; habilidades de planeamento e organização e habilidades de melhoria contínua da qualidade. O domínio das características socioprofissionais foi o aspeto que gerou maior discordância, em contrapartida os domínios de habilidades obtiveram altos níveis de consenso, com indicadores de dispersão mínimos imediatamente na primeira ronda.

A versão de consenso final integra duas das cinco categorias propostas no domínio das características socioprofissionais, sendo elas a formação contínua na área do doente crítico (suporte avançado de vida; ventilação mecânica invasiva, ventilação mecânica não invasiva, suporte avançado de trauma; formação em monitorização do doente crítico; formação em técnica dialítica aplicada ao doente crítico; gestão de stress e humanização na prestação de cuidados ao doente crítico) e outras (motivação pela área do doente crítico em cuidados intensivos; vontade expressa em ingressar nos cuidados intensivos e domina o manuseamento das novas tecnologias aplicadas à monitorização do doente crítico).

Relativamente aos itens constituintes dos domínios das habilidades, foram integrados os seguintes: evidencia capacidade de trabalho em equipa; estabelece uma comunicação efetiva com os pares; estabelece uma comunicação efetiva interprofissional, estabelece uma relação terapêutica com a pessoa em situação crítica e sua família; possui capacidade de gestão das suas emoções; demonstra calma e segurança na tomada de decisão; possui capacidade de reconhecer as suas limitações; possui capacidade de planeamento de cuidados ao doente crítico; possui capacidade

de organização do ambiente físico envolvente ao doente crítico; possui capacidade de priorização de cuidados ao doente crítico; demonstra ser objetivo na sua prática em situação urgente; demonstra vontade num compromisso de atualização contínua de conhecimentos; demonstra vontade num compromisso de aprendizagem continua com base na evidência científica atual e demonstra interesse na partilha, de forma ativa, do conhecimento do qual é detentor.

Depois de percorrido todo o processo metodológico para a construção desta proposta de Perfil, onde conseguimos identificar as características socioprofissionais; habilidades interpessoais, relacionais e comunicacionais; habilidades de planeamento e organização e habilidades de melhoria contínua da qualidade que, após consenso, se inscreveram na versão final de perfil, com uma obtenção de um grau considerável de concordância (aceitação global de 96%) por parte dos peritos, que lhe confere credibilidade e validade.

Consideramos que este documento pode tornar-se uma mais-valia no contributo para facilitar o processo de tomada de decisão acerca de quem deve integrar as equipas de cuidados intensivos.

É nossa convicção, que o mesmo poderá ter efeitos benéficos no campo da gestão das equipas de enfermagem, através da correta aplicação desta proposta, no momento da seleção de novos enfermeiros para os serviços de Cuidados Intensivos, orientando também a organização e o planeamento de espaços formativos.

A metodologia de investigação utilizada poderá ter acarretado, por si só, algumas limitações e desvantagens, relacionadas, nomeadamente com a técnica de Delphi.

Duas das principais desvantagens da sua utilização encontram-se relacionadas com a não universalidade dos critérios de consenso e com o método utilizado para a seleção dos peritos.

Não existindo regras definidas para estabelecer um grau de consenso, optou-se por basear o consenso no grau de concordância com o item, na Md como medida de tendência central e no IIQ como medida de dispersão. Sendo assim, apesar de não se poder assumir esta opção como livre de limitações, considera-se que foi uma escolha atenta e fundamentada.

A seleção dos peritos é considerada um aspeto fulcral na técnica de Delphi. No sentido de contornar as possíveis limitações relacionadas com esta etapa, os peritos foram selecionados com base na sua formação e experiência na prática em unidades de cuidados intensivos, sendo a sua perícia reconhecida pelos pares, de modo a conferir

consistência e credibilidade científica ao estudo.

A reflexão sobre as limitações a nível pessoal torna-se imperiosa, uma vez que o contexto da atividade profissional, extremamente exigente e instável, originou inúmeras dificuldades e adversidades relacionadas com o tempo necessário para a investigação.

Contudo, foi uma limitação superada, motivada pelo desejo de concretização dos objetivos do estudo. A inexperiência enquanto investigadora exigiu um estudo aprofundado de todo o processo de investigação, procedimento que foi complexo e demorado, mas imprescindível para a concretização do estudo.

Deste modo, este trabalho de investigação, apesar de laborioso e exigente revelou-se desafiante e atraente, uma vez que apesar da decisão de enveredar por uma área de interesse pessoal bastante específica e de difícil exposição, que gerou alguns conflitos na obtenção de referências bibliográficas e suporte teórico, após pesquisar várias bases de dados e através do contato com o grupo de peritos, pensamos ter conseguido criar um trabalho devidamente estruturado e fundamentado.

Abordar esta temática na área da disciplina de enfermagem tornou-se totalmente desafiante, uma vez que os estudos de análise de perfil ou até mesmo tentativas de construção de perfil são praticamente inexistentes.

A abordagem do próprio conceito de Perfil tornou-se um desafio, uma vez que não era objetivo o traçar de um core de competências, mas sim habilidades e características muitas vezes difíceis de objetivar e de difícil tradução escrita. No entanto, acreditamos ter conseguido um humilde contributo para esta área ainda pouco explorada, mas que, cada vez mais, emerge a vontade e motivação de vários enfermeiros em pensar e produzir estudos sobre ela.

Acreditamos que o investimento em estudos de perfil para cada área de exercício profissional possa ser uma mais-valia e uma ferramenta que bem aplicada alocará as pessoas certas aos locais certos e que isso traduza efetivos ganhos em saúde.

Sugerimos que mais estudos nesta área devem ser realizados, de forma a aprofundar os domínios expostos neste trabalho, criar espaços para surgirem outros domínios e que possam evidenciar a existência, ou não, de mais-valias para os utentes/organização, potenciando a seleção de enfermeiros com o Perfil descrito.

Perspectivas Futuras

O desenvolvimento deste estudo, o consenso gerado na proposta de perfil e as conclusões obtidas permitiram-nos delinear um conjunto de perspectivas futuras para a

formação e gestão, para a prática de cuidados e para investigação.

É nosso objectivo a partilha dos resultados do estudo e entemos que esta partilha poderá proporcionar momentos de reflexão acerca da prática e da natureza dos cuidados prestados em contextos exigentes como os SMI.

Acreditamos que ao definir um perfil do enfermeiro para o exercício da prática profissional nas unidades de cuidados intensivos pode oferecer importantes contributos para a formação e gestão das equipas já que na gestão de pessoas estão implícitas as políticas, práticas e sistemas que de alguma forma influenciam o comportamento, as atitudes e o desempenho dos elementos da organização, no sentido de melhorar a competitividade e a capacidade de aprendizagem da organização. Estes processos incluem a identificação das necessidades de recursos humanos, a seleção e recrutamento, a formação e desenvolvimento, a avaliação de desempenho, a retribuição e motivação e, acima de tudo, a criação de um ambiente de trabalho positivo.

No mesmo sentido, este estudo poderá ser perspectivado como ferramenta de suporte à gestão e seleção de recursos humanos, uma vez que poderá contribuir para uma maior probabilidade de altos níveis de qualidade de cuidados e consequentemente a garantia de sucesso ao atendimento á população uma vez que são estes enfermeiros que contribuem para o cumprimento das metas e da missão da instituição.

É assumido que, o sucesso das organizações em geral e dos serviços de saúde em particular depende das pessoas que nela trabalham, dos gestores que as lideram e dos planos estratégicos utilizados.

Salientamos a potencialidade da aplicação desta proposta de perfil, no que diz respeito ao contributo para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, uma vez que ao seleccionar o profissional mais habilitado para esta área de exercício profissional, poderemos contribuir significativamente para um desempenho célere e consequentemente traduzir-se em ganhos em saúde.

A qualidade em saúde (QeS) é uma tarefa multiprofissional, não se atinge apenas através do exercício profissional dos enfermeiros, mas o papel destes profissionais revela-se determinante nos esforços das instituições para obter a máxima qualidade, pela proximidade que têm com os doentes.

A excelência na enfermagem passa, indiscutivelmente, por um trajecto profissional que promova e estimule a qualidade e o desenvolvimento das práticas dos enfermeiros, ancorado numa atitude crítica e reflexiva por parte destes.

Entendemos que este estudo poderá contribuir para o fomento da investigação no âmbito da seleção e recrutamento de enfermeiros para os serviços de medicina intensiva através da adoção de modelos de perfil de enfermeiros enquanto estratégia de seleção e no futuro possam ser estudados outros modelos de perfil para diferentes contextos da prática de enfermagem. De igual modo, o desenvolvimento de investigação nesta área reclama maior urgência para que a profissão se solidifique como um todo num campo cuja percepção dos enfermeiros acerca das próprias competências especializadas é, em si, uma preocupante incógnita, pelo que se sugerem estudos nesta área.

A investigação é definitivamente uma ferramenta de valorização profissional e de aquisição de conhecimentos sendo que, na enfermagem, reveste-se de particular importância, dada a alta volatilidade dos conhecimentos e a necessidade de sustentação da disciplina. Acreditamos que investimento em estudos nesta área, possa ser a chave para um futuro tão desejado na excelência da prática de cuidados de enfermagem, bem como um enorme contributo para o bem-estar emocional e satisfação profissional dos enfermeiros portugueses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aleixo, F. (2007). *Unidade de Cuidados Intensivos- Manual de Enfermagem*. Portimão.
- Almeida, A., Araújo, I., Dalri, M., & Araújo S. (2011). Conhecimento teórico dos enfermeiros sobre parada e ressuscitação cardiopulmonar, em unidades não hospitalares de atendimento à urgência e emergência. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 19 (2), p. 1-8.
- Alves, F. (2012). *Ações de enfermagem na profilaxia da pneumonia associada à ventilação mecânica*. Acta Paul enferm.
- Alves, T. (2015). *A pessoa em situação crítica em contexto de urgência, dos cuidados de enfermagem prestados aos cuidados de enfermagem documentados*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório do IPVC.
- Camelo, S. (2012). Competência Profissional do Enfermeiro para Atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 20 (1), p. 1-9.
- Camelo, S., Silva, V., Laus, A, & Chaves, L. (2013). Perfil Profissional de Enfermeiros Atuantes em Unidades de Terapia Intensiva de um Hospital de Ensino. *Ciencia Y Enfermeria*. XIX (3), p. 51-62.
- Capelas, M. L. V. (2013). *Indicadores de qualidade para os serviços de cuidados paliativos*. Universidade Católica Editora.
- Carmo, H., & Ferreira, M. (2008). *Metodologia da Investigação*. Universidade Aberta.
- Carvalho, A. (2016). *A Supervisão Clínica no Processo de Integração de Enfermeiros*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum da Universidade do Porto.
- Cassiani, S. H., & Rodrigues, L.P. (1996). A Técnica de Delphi e a Técnica de Grupo Nominal como Estratégias de Coleta de Dados das Pesquisas em Enfermagem. *Acta Paul. Enf*. 9 (3), p. 76 – 83.
- Castro, C., Vilelas, J., & Botelho, M. (2011). A Experiência Vivida da Pessoa Doente Internada numa UCI: Revisão Sistemática de Literatura. *Pensar Enfermagem*. 15 (2), p. 41-59.

- Chiavenato, I. (2014). *Gestão de Pessoas, o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Manole.
- Correia, M. (2012). *Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI*. [Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa.
- Dickerson, P. S. (2010). Continuing nursing education: Enhancing professional development. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 41(3), p. 100-101.
- Evangelista, C., Lopes, M., Nóbrega, M., Vasconcelos, M., & Viana, A. (2020). Análise da teoria de Jean Watson de acordo com o modelo de Chinn e Kramer. *Revista de Enfermagem Referência*. 5 (4), p. 1 – 6.
- Flório, T. J. (2014). *Respostas de emergência à pessoa em situação crítica nas enfermarias do hospital: as práticas, os resultados e as opiniões dos enfermeiros*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório da Universidade de Coimbra.
- Fortin, M.F. (1999). *O Processo de Investigação: Da Conceção à Realização*. Lusociência.
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusociência.
- Henriques, S. (2014). *Análise de Conteúdo*. Universidade Aberta.
- Hofhuis, J., Peter, S., Henk, S., Augustinus, S., Johannes, R., & Jan, B. (2008). Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*. 24 (5), p. 300-313.
- Lobiondo-wood, G., & Haber, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização*. Guanabara Koogan.
- Moreno, R. (2000). *Avaliação da carga de trabalho de enfermagem - Gestão e organização em medicina Intensiva*. Permayner Portugal.
- Morgan, C. (2010). Using the Focus Group in Market Research.
- Murphy, M., Black, N.A., Lamping, D.L., McKee, C.M., Sanderson, C.F.B., Askham, J., & Marteau, T. (1998). Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. *Health Technology Assessment*. 2 (3), p. 1-83.
- Ordem dos Enfermeiros (2020). *Pronuncia do Conselho de Enfermagem nº 41/2020. Tempo mínimo de integração para enfermeiros em centros de saúde*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*.

Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 122/2011. *Perfil das Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas e Quadro de Conceitos Aplicáveis na Regulamentação das Competências Específicas para cada Área de Especialização em Enfermagem*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 124/2011. *Perfil das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2014). Parecer n.º 221/2014. *Curso de Eletrocardiografia para Enfermeiros*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 361/2015. *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 100/2015. *Regulamento de Reconhecimento de Áreas de Competências Acrescidas*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Parecer n.º 15/2018. *Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/ Serviços de Medicina Intensiva*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018. *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na área de enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crónica*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa.

Ordem dos Médicos. (2003). *Documento orientador da Formação em Medicina Intensiva- critérios de idoneidade e de formação em medicina intensiva*. Lisboa.

Ordem dos Médicos. (2018). *Documento Orientador da Formação em Medicina Intensiva*. Lisboa.

Ormonde, L., Marques, A., Carvalho, B., Seco, C., Matos, F., Chedas, M., Lemos, P., Órfão, R., & Guimarães, R. (2016). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência – Anestesiologia*. Ministério da Saúde.

- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J.J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência – Medicina Intensiva*. Ministério da Saúde.
- Peixoto, P. (2020). O poder da liderança e gestão de pessoas nas organizações. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. 11 (3), p. 79-90.
- Penedo, J., Ribeiro, A., Lopes, H., Pimentel, J., Pedrosa, J., Sá, R., & Moreno, R. (2013). *Avaliação da Situação Nacional das unidades de Cuidados Intensivos: Relatório Final*. Ministério da Saúde.
- Pinho, J. A. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lidel.
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Artmed.
- Portugal. Ministério da Saúde. (2003). *Direção de Serviços de planeamento: Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento*. Direção Geral da Saúde.
- Rhoades, C., & Sheehy, S. (2011). *Tratamento de Doentes em Estado crítico, na Urgência - Enfermagem de Urgência: da teoria à prática*. Lusociência.
- Rhodes, A., Ferdinande, P., Flaatten, H., Guidet, B., Metnitz, P.G., & Moreno, R.P. (2012). The variability of critical care bed numbers in Europe. *Intensive Care Med*. 38 (1), p. 1647 – 1653.
- Rocheta, J. (2018). *Indicadores de Qualidade em Unidade de Cuidados Intensivos*. [Dissertação de mestrado, Universidade Nova de Lisboa]. Repositório da Universidade Nova.
- Sampieri, R. (2006). *Metodologia de Pesquisa*. McGraw-Hill.
- Samuelson, K. (2011). Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients – Findings from 250 interviews. *Intensive and Critical Care Nursing*. 27 (2), p. 76-84.
- Sapeta, P. (s.d.). Desenvolvimento de Competências: os saberes teóricos e os saberes práticos. *Revista Opinião*. 4 (1), p. 4 – 9.
- Schweitzer, D. J., & Krassa, T. J. (2010). Deterrents to nurses' participation in continuing professional development: An integrative review. *Journal of Continuing Education in Nursing*. 41 (10), p. 441-447.
- Silva, M. A. (2012). *Pessoa em situação crítica-focos de cuidados do enfermeiro especialista*. [Relatório de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa do

- Porto]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa.
- Sousa Dias, C. (2010). Prevenção de Infecção Nosocomial - ponto de vista do especialista. *Revista Portuguesa Medicina Intensiva*. 17 (1), p. 47-53.
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção*. Lusodidacta.
- Valente, M., Oliveira, J., Barbosa, T., Ribeiro, S., Nunez, D., Santos, A., & Pereira, I. (2020). Pandemia COVID-19 e o Doente Crítico: Experiência de Tratamento de Doentes numa UCPA Convertida em UCI versus Doentes Tratados numa UCI. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*. 29 (2), p. 62-67.
- Viana, R., Vargas, M., Carmagnani, M., Tanaka, L., Luz, K., & Schmitt, P. (2014). Perfil do Enfermeiro de Terapia Intensiva em Diferentes Regiões do Brasil. *Texto Contexto Enfermagem*. 23 (1), p. 151-159.
- Witt, C. L. (2011). Continuing education: A personal responsibility. *Advances in Neonatal Care*. 11 (4), p. 227-228.

APÊNDICES

APÊNDICE A: MATRIZ DE REDUÇÃO DE DADOS ENTREVISTA

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	SUBSUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
Características Socioprofissionais	Experiência Profissional	Tempo de serviço		<p>«Estaremos a limitar o acesso de um recém-licenciado nos cuidados intensivos? Isto porque eu quando acabei a licenciatura comecei logo a trabalhar nos cuidados intensivos porque era algo que queria muito e felizmente consegui.» ENF1</p> <p>«Em relação aos recém-licenciados a minha opinião é que provavelmente ainda não tem maturidade profissional (...)» ENF3</p> <p>«(...) ainda vejo com alguma resistência a entrada direta de enfermeiros que acabam o curso numa unidade tão específica quanto os cuidados intensivos» ENF4</p> <p>«Em relação aos recém-licenciados, penso que seja uma mão de obra que se deveria aproveitar, desde que o estágio de integração á vida profissional fosse desempenhado em ambiente de UCI, porque então esses alunos e futuros colegas já tem um fator importante: experiência de campo. E isso é essencial» ENF5</p> <p>«(...) as exigências em termos de mobilização de conhecimentos numa unidade tao específica quanto os cuidados intensivos também carecem de uma vivência anterior (...), é preciso pôr em prática aquilo que aprendemos nos bancos da escola.» ENF4</p>
		Área de exercício profissional		<p>«Entendo que a experiência profissional, a experiência humana, a experiência de construção, de capacitação em situações diferentes, que não precisam de ser catástrofes, mas sim inesperadas, mais do que aquelas que se vivem nos outros contextos de trabalho hospitalar, só se conseguem adquirir fazendo, vivendo, tendo estado; e o exercício profissional em ambiente hospitalar é sem dúvida crucial para vivenciar todos estes aspetos» ENF4</p> <p>«Sem dúvida que o exercício profissional em ambiente hospitalar se sobrepõe, para a ingressão nestas unidades, ao exercício profissional em ambiente de cuidados de saúde primários» ENF2</p> <p>«Falo pela minha experiência pessoal, antes de ingressar na UCI trabalhei em medicina interna e hoje vejo que essa experiência foi essencial para a minha</p>

				capacitação profissional; algo que provavelmente não iria conseguir se estivesse a desempenhar funções num centro de saúde» ENF6
	Habilitações Académicas	Especialista em Enfermagem MC		«Penso que a ERA de que o enfermeiro quando o é na sua totalidade trabalha em qualquer sítio já está de todo ultrapassada. Sim nós somos holísticos, mas o futuro partirá pela enfermagem especializada (...)» ENF3 «Seguramente que não estamos sequer nem de perto nem de longe que todos os enfermeiros dos cuidados intensivos sejam especialistas na área medico cirúrgica versus doente crítico, mas também depois não podemos ter uma décalage tao grande, não é; é entender que há ali uma unidade de referência e sim será sempre um ponto importante ter sempre enfermeiros especialistas dessa área (...)» ENF4
		Generalista		«A pertinência e importância do perfil é mesmo esta, ou seja, eu até posso ter um colega generalista que investiu a nível pessoal em formação, mas que ainda não é detentor de especialidade e ter potencial para ser um ótimo enfermeiro de cuidados intensivos(...) por isso é que o currículo não pode ser tudo, é preciso sabermos quem está a nossa frente e o potencial que essa pessoa poderá ter a nível profissional (...) não me choca que um enfermeiro generalista seja muito mais competente que um especialista, tudo depende também das características próprias de cada um» ENF6 «Na minha opinião, acho que um enfermeiro generalista pode trabalhar numa UCI» ENF7 «(...) até pode ser um enfermeiro generalista com uma pós-graduação em doente crítico (...)» ENF8
	Formação			«(...) a parte curricular também é importante (...) temos necessariamente de fazer uma avaliação curricular porque a formação na área é muito importante também.» ENF4

		Formação continua em doente crítico		<p>«Sim sem dúvida que a formação em doente crítico é muito importante! Eu defendo a academia formativa em serviço» ENF 3</p> <p>«(...) ter o tal interesse pela área de UCI porque isso já é um precedente para essa pessoa estudar mais sobre um determinado assunto, se interessar mais por uma área e esse investimento trará conhecimento que pode ser preditor de boas práticas baseadas em evidência científica» ENF5</p> <p>«Os enfermeiros nesta área de profissionalização precisam de ter algumas características e ter algum background formativo» ENF8</p>
Características Específicas	Características Psicossociais	Atitudinais	Trabalho em equipa	<p>«(...) tem de ser uma pessoa que goste de trabalhar em equipa» ENF6</p> <p>«o trabalho em equipa nestas unidades altamente diferenciadas tem de existir sem dúvida alguma» ENF1</p> <p>«Não consigo imaginar uma UCI sem trabalho de equipa, para mim é inexecuível» ENF2</p>
			Comunicação	<p>«(...) tem de ter capacidade de comunicação» ENF6</p> <p>«comunicação eficaz é crucial (...)» ENF5</p>
			Gestão das emoções	<p>«nos cuidados intensivos é essencial ter uma boa gestão das suas emoções, porque há momentos de grande stress, ou seja, uma boa resiliência ao stress» ENF6</p> <p>«capacidade de manter a calma em situação emergente (que as há com muita frequência)» ENF5</p>
			Capacidade de planeamento	<p>«(...) capacidade de planeamento (...)» ENF5</p> <p>«o planeamento só se adquire com maturidade profissional e saber planear é essencial em cuidados intensivos» ENF4</p>

				«sem dúvida que o doente crítico precisa de planeamento nas suas vinte e quatro horas de prestação de cuidados» ENF2
			<i>Capacidade de organização</i>	«tem de ser detentor de capacidade de organização (...)» ENF6 «tem de ser um enfermeiro organizado nas suas práticas» ENF5 «não existem cuidados de qualidade sem organização de práticas» ENF1
			<i>Capacidade de priorização</i>	«num doente crítico em que todas as intervenções irão ser de extrema importância, é necessário o enfermeiro ter a capacidade de priorizar aquelas que se adequam ao próximo minuto, não paramos de priorizar porque a pessoa doente não deixa de estar em estado crítico» ENF4 «a priorização em cuidados intensivos é constante, e parece uma utopia dizê-lo, mas não o é porque a cada minuto existe uma condição nova, o doente crítico é assim mesmo» ENF2
			<i>Capacidade de objetivação</i>	«capacidade de objetivar (...)» ENF3 « ser objetivo na sua prática» ENF4
			<i>Capacidade de reconhecer as suas limitações</i>	«o reconhecimento da minha limitação pode levar-me em primeira instância, a solicitar ajuda do elemento de referência para uma prática segura e em segundo lugar leva-me á procura da resolução desta limitação (...) esta capacidade não só em UCI, mas particularmente tem de estar implícita nos elementos da equipa, eu posso não saber hoje, mas tenho de ir á procura para o saber amanhã» ENF7
		Aptidão	<i>Aptidão para as novas tecnologias aplicadas á saúde</i>	«(...) tem de ter aptidão para as novas tecnologias , todos sabemos que as UCI são cada vez mais unidades tecnológicas» ENF6 «(...) a tecnologia está presente no hospital, mas muito mais nas unidades diferenciadas como é a UCI, por isso sim concordo que o enfermeiro tenha de ter aptidão nessa área» ENF3

		Envolvência	Vontade	«vontade expressa pode ser uma vantagem (...)» ENF2 «era algo que eu queria muito quando acabei a licenciatura» ENF1
			Motivação	«gosto pela vanguarda da técnica (...)» ENF7 «o gosto pelo doente crítico, pelos cuidados intensivos tem de estar lá (...)» ENF3
			Compromisso na atualização de conhecimentos	«Para mim é importante que seja alguém que se comprometa com a atualização continua dos seus conhecimentos, prática baseada na evidência mais atual (...) tem de existir essa vontade em se comprometer com programas de formação continua por exemplo (...)» ENF3
			Compromisso na aquisição de novo conhecimento	«Se tens alguém que se compromete em aprender continuamente, essa pessoa certamente poderá ser uma referência na equipa, onde poderá transmitir esse conhecimento (...), o crescimento também se faz da partilha» ENF6
Sugestões de Melhoria	Aplicação	Regime de exceção		«Eu acho interessante que de certa forma em situação de exceção poderíamos recorrer a este documento para filtrar os diversos elementos» ENF2
		Regime Regular		«(...) contudo fazendo a diferença em alguns aspetos a linha estruturante é a mesma em regime regular e de exceção (...) eu terei de me adaptar de alguma forma mais abrupta as situações de catástrofe, de não puder fazer uma aplicação da grelha Hípsis Verbis (...) mas a verdade é que a linha estruturante, a coluna dorsal daquilo que na minha opinião deve significar ser um enfermeiro destas áreas será equivalente nas duas situações.» ENF 4 «Acho que deveríamos pensar inicialmente em regime regular e só posteriormente em regime de exceção, uma vez que vai ser muito difícil chegarmos a este perfil (...)» ENF8

APÊNDICE B: COVITE AOS PERITOS

Boa tarde Exmos. Senhores (as) Enfermeiros (as)

Sou colega a exercer funções neste momento no Hospital de Braga na UCIP, aluna de Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica na ESS/IPVC, encontro-me a realizar a dissertação de mestrado com o seguinte tema: Perfil do Enfermeiro para o Exercício Profissional numa Unidade de Cuidados Intensivos.

Venho por este meio solicitar a vossa colaboração como peritos na área de doente crítico na participação de um Focos Group sobre a temática acima supracitada.

Convicta de que a resposta será positiva, solicito as vossas disponibilidades para a próxima semana para a realização do FG via zoom, se eventualmente não tiverem disponíveis avançamos uma semana.

Muito Obrigada pela disponibilidade!

Com os meus melhores cumprimentos,

Filipa Sendim

Boa tarde Exmos. Senhores (as) Enfermeiros (as)

O presente questionário foi concebido com o objetivo de construir o Perfil do Enfermeiro para o Exercício Profissional numa Unidade de Cuidados Intensivos.

Esta construção teve por base a análise do Focus Group em que participou previamente, via zoom, e a pesquisa bibliográfica que permitiu a identificação de algumas capacidades, habilidades e características que os enfermeiros nesta área de exercício profissional demonstram deter.

Para essa finalidade, identificamos dois principais domínios, que consideramos serem detentores de elevada probabilidade na predição de eficiência do exercício profissional numa Unidade de Cuidados Intensivos:

- Características Socioprofissionais
- Características Psicossociais

Recorreremos à técnica de Delphi, que tem como objetivo a obtenção de um consenso de opinião de um grupo de peritos através da aplicação de questionários estruturados, por meio de validações estruturadas em fases ou rondas. Deste modo, informo que após validada a sua participação, voltará a ser contactado através do mesmo aplicativo, até que o consenso seja alcançado.

A sua participação ocorrerá por meio eletrónico, de forma confidencial e solicita-se a sua participação até ao dia **16 de Julho de 2021**.

Caso aceite participar, deverá selecionar a opção `Preencher o Questionário` que surge no final deste email, (ou selecionar o link caso não consiga aceder a esta opção) momento em que lhe surgirá o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a opção `Aceito participar`. Após este passo, será encaminhado para o instrumento de avaliação a preencher.

Por favor, caso não consiga aceder ao questionário é favor contactar: filipa.enfsendim@gmail.com ou 968502798.

Obrigada pela sua participação e pelo tempo disponibilizado!

<https://forms.gle/kwHHbJvDmrqF5D4KA>

Com os meus melhores cumprimentos,

Filipa Sendim

APÊNDICE C: CONSENTIMENTO INFORMADO

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo e, desde já, obrigada por aceitar dar a sua imprescindível contribuição.

Eu, _____,
tomei conhecimento do objetivo do estudo de Investigação “ Perfil do Enfermeiro para o exercício da prática profissional numa Unidade de Cuidados Intensivos”, realizado por Filipa Mariana da Rocha Sendim, a frequentar o VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, e da forma como vou participar no referido estudo.

Fui esclarecido(a) acerca de todos os aspetos que considero importantes e obtive respostas relativamente às questões que coloquei.

Fui informado(a) sobre o respeito pelo princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade, assim como do direito de recusar a participar ou de interromper a participação a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências para mim.

Por concordar com as condições desta participação assino o presente consentimento informado, conjuntamente com o investigador.

Assinatura do entrevistado:

Assinatura do investigador:

Data: ___/___/___



Questionário: Perfil do Enfermeiro para o Exercício Profissional numa Unidade de Cuidados Intensivos

filipa.enfsendim@gmail.com [Mudar de conta](#)



*Obrigatório

Declaração de Consentimento Informado

Se concordar dar continuidade na participação do estudo com o preenchimento do seguinte questionário, por favor selecione a opção `Aceito Participar`. Desde já agradeço mais uma vez o seu imprescindível contributo. *

- Aceito Participar
- Não Aceito Participar

Anterior

Seguinte



Página 2 de 7

Limpar
formulário

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários

APÊNDICE D: GUIÃO DO FOCUS GROUP

I PARTE - ACOLHIMENTO	
Objetivo: Informar o entrevistado	<ol style="list-style-type: none">1. Identificação do investigador;2. Informar acerca do tema e da sua pertinência e dos objetivos do estudo;<ol style="list-style-type: none">2.1. Pertinência do estudo e vantagem sobre a utilização da reunião com peritos para o contributo da qualidade do estudo;2.2. Objetivo Geral;2.3. Objetivos específicos;3. Garantir a confidencialidade e anonimato;4. Solicitar autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista.
II PARTE – CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO	
Objetivo: Caracterizar o entrevistado	<ul style="list-style-type: none">• Idade<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Inferior a 30 anos<input type="checkbox"/> Entre 30 e 35 anos<input type="checkbox"/> Entre 35 e 45 anos<input type="checkbox"/> Entre 45 e 50 anos<input type="checkbox"/> Superior a 50 anos• Género<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Feminino<input type="checkbox"/> Masculino• Formação académica<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Licenciatura<input type="checkbox"/> Especialidade _____<input type="checkbox"/> Mestrado _____<input type="checkbox"/> Doutoramento em _____<input type="checkbox"/> Outra _____• Tempo de serviço _____

- Tempo de serviço em UCI _____

III PARTE – OBJECTIVOS/QUESTÕES ORIENTADORAS

<i>Objetivos Específicos</i>	<i>Questões orientadoras</i>
<p>1. Identificar quais as características socioprofissionais necessárias para o exercício profissional numa Unidade de Cuidados Intensivos;</p>	<p>Idade?</p> <p>Experiência profissional?</p> <p>Habilitações académicas?</p> <p>Detentor de especialidade médico-cirúrgica?</p> <p>Competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica vão de encontro às necessidades que uma UCI requer?</p> <p>Formação na área?</p>
<p>2. Identificar as habilidades necessárias para o exercício profissional numa Unidade de Cuidados Intensivos;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitivas • Psicomotoras • Altitudinais / Pensamento crítico • Técnicas • Humanas • Científicas • Comunicacionais • Relacionais • Controlo de infeção • Éticas

IV PARTE – FECHO DA ENTREVISTA

- Agradecer a colaboração do entrevistado e referir a importância da sua participação no estudo;
- Resumir os aspetos essenciais abordados durante a entrevista;
- Dar a oportunidade ao entrevistado de acrescentar mais algum aspeto que tenha ficado por referir durante a entrevista.

APÊNDICE E: QUESTIONÁRIO PRIMEIRA RONDA



Questionário: Perfil do Enfermeiro para o Exercício Profissional numa Unidade de Cuidados Intensivos

filipa.enfsendim@gmail.com [Mudar de conta](#)



Este instrumento é composto por 30 questões, agrupadas em dois grandes domínios: Características Socioprofissionais e Características Psicossociais; Subdivididas por 9 categorias.

Por favor, responda ao mesmo de acordo com o seu grau de concordância através da Escala de Likert que se apresenta em seguida:

1 - Discordo completamente; 2 - Discordo; 3 - Não concordo nem discordo; 4 - Concordo; 5 - Concordo completamente.

Anterior

Seguinte



Página 3 de 7

Limpar
formulário

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Características Socioprofissionais

Idade

Idade inferior a 50 anos (aquando do ingresso para o início de funções)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Experiência Profissional

Possuir no mínimo 3 anos em contexto hospitalar

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Experiência Profissional

Se recém-licenciado, possuir integração á vida profissional em contexto de UCI

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Habilitação Académica

Se enfermeiro generalista, preferencialmente ser detentor de Pós-Graduação em Abordagem ao doente crítico e/ ou Pós-Graduação em Urgência e Emergência

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Habilitação Académica

Preferencialmente, ser detentor Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e/ou Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e/ ou Curso de Pós Licenciatura em Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Formação continua na área do doente crítico

Suporte Avançado de Vida

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Formação contínua na área do doente crítico

Curso de Via Aérea Difícil

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Formação contínua na área do doente crítico

Curso de Eletrocardiografia

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Formação contínua na área do doente crítico

Suporte Avançado de Trauma

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Formação contínua na área do doente crítico

Formação em Monitorização do Doente Crítico

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Formação contínua na área do doente crítico

Formação em Técnica Dialítica aplicada ao Doente Crítico

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

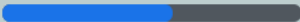
Formação contínua na área do doente crítico

Outra Formação

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Anterior

Seguinte

 Página 4 de 7

Limpar
formulário

Características Psicossociais

[1 - Discordo completamente; 2 - Discordo; 3 - Não concordo nem discordo; 4 - Concordo; 5 - Concordo completamente]

Habilidades interpessoais, relacionais e comunicacionais

Evidencia capacidade de trabalho em equipa

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Habilidades interpessoais, relacionais e comunicacionais

Estabelece uma comunicação efetiva com os pares

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Habilidades interpessoais, relacionais e comunicacionais

Estabelece uma relação terapêutica com a pessoa em situação crítica e sua família

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Habilidades interpessoais, relacionais e comunicacionais

Estabelece uma comunicação efetiva interprofissional

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Habilidades Pessoais

Possui capacidade de gestão das suas emoções

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Habilidades Pessoais

Demonstra calma e segurança na tomada de decisão

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Habilidades Pessoais

Manifesta vontade expressa em ingressar nos cuidados intensivos

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Habilidades Pessoais

Possui capacidade de reconhecer as suas limitações

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Habilidades Pessoais

Manifesta motivação pela área do doente crítico em cuidados intensivos

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Habilidades de Planeamento e Organização

Possui capacidade de planeamento de cuidados ao doente crítico

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Habilidades de Planeamento e Organização

Possui capacidade de priorização de cuidados ao doente crítico

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Habilidades de Planeamento e Organização

Possui capacidade de organização do ambiente físico envolvente ao doente crítico

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Habilidades de Planeamento e Organização

Demonstra ser objetivo na sua prática em situação urgente

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Habilidades em lidar com nova tecnologia aplicada á saúde

Domina o manuseamento das novas tecnologias aplicadas á monitorização do doente critico

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Habilidades de Melhoria Continua da Qualidade

Demonstra vontade num compromisso de aprendizagem continua com base na evidência científica atual

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Habilidades de Melhoria Continua da Qualidade

Demonstra vontade num compromisso de atualização continua de conhecimentos

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Habilidades de Melhoria Continua da Qualidade

Demonstra interesse em desenvolver investigação na área da pessoa em situação crítica

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Habilidades de Melhoria Continua da Qualidade

Demonstra interesse na partilha, de forma ativa, do conhecimento do qual é detentor

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Anterior

Seguinte

 Página 6 de 7

Limpar
formulário

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários

Sugestões/ Comentários

Descreva no espaço seguinte a sua sugestão/ comentário ao presente questionário

A sua resposta

Enviar-me uma cópia das minhas respostas.

Anterior

Submeter

 Página 7 de 7

Limpar
formulário

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.



Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)


Google Formulários

APÊNDICE F: QUESTIONÁRIO SEGUNDA RONDA



Questionário N°2: Perfil do Enfermeiro para o Exercício Profissional numa Unidade de Cuidados Intensivos

filipa.enfsendim@gmail.com [Mudar de conta](#)

 Rascunho guardado

*Obrigatório

Email *

filipa.enfsendim@gmail.com

[Seguinte](#)

Página 1 de 6

[Limpar formulário](#)

Declaração de Consentimento Informado

Se concordar dar continuidade na participação do estudo com o preenchimento do seguinte questionário, por favor selecione a opção 'Aceito Participar'. Desde já agradeço mais uma vez o seu imprescindível contributo. *

- Aceito Participar
- Não Aceito Participar

[Anterior](#)

[Seguinte](#)

Página 2 de 6

[Limpar formulário](#)

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários

Este instrumento é composto por 16 questões que obtiveram grau de consenso baixo, moderado ou que não obtiveram qualquer grau de consenso no instrumento N°1 e foram considerados os contributos dados pelo grupo, formulando novas questões.

Por favor, responda ao mesmo de acordo com o seu grau de concordância através da Escala de Likert que se apresenta em seguida:

1 - Discordo completamente; 2 - Discordo; 3 - Não concordo nem discordo; 4 - Concordo; 5 - Concordo completamente.

Anterior

Seguinte

Limpar

Página 3 de 6

formulário

Características Socioprofissionais

Idade

Idade inferior a 50 anos (aquando do ingresso para o início de funções)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Experiência Profissional

Possuir no mínimo 3 anos em contexto hospitalar

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Experiência Profissional

Se recém-licenciado, possuir integração á vida profissional em contexto de UCI

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Habilitação Académica

Se enfermeiro de cuidados gerais, preferencialmente ser detentor de Pós-Graduação em Abordagem ao doente crítico e/ ou Pós-Graduação em Urgência e Emergência

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Habilitação Académica

Preferencialmente, ser detentor Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e/ou Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e/ ou Curso de Pós Licenciatura em Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Formação continua na área do doente crítico

Suporte Avançado de Vida

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Formação contínua na área do doente crítico

Ventilação Mecânica Não Invasiva

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Formação contínua na área do doente crítico

Curso de Via Aérea Dificil

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Formação contínua na área do doente crítico

Ventilação Mecânica Invasiva

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Formação contínua na área do doente crítico

Curso de Eletrocardiografia

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Formação continua na área do doente crítico

Formação em Técnica Dialítica aplicada ao Doente Crítico

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Formação continua na área do doente crítico

Gestão de Stress

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Formação continua na área do doente crítico

Estratégias de Comunicação no Doente Crítico

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Formação continua na área do doente crítico

Gestão de Eventos Críticos

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Formação contínua na área do doente crítico

Humanização na Prestação de Cuidados ao Doente Crítico

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Anterior

Seguinte

Limpar

Página 4 de 6

formulário

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários

Habilidades de melhoria continua da qualidade

Demonstra interesse em desenvolver investigação na área da pessoa em situação crítica

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Anterior

Seguinte

Limpar

Página 5 de 6

formulário

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários

Sugestões/ Comentários

Descreva no espaço seguinte a sua sugestão/ comentário ao presente questionário

A sua resposta

Enviar-me uma cópia das minhas respostas.

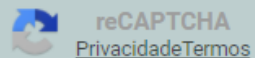
Anterior

Submeter

Página 6 de 6

Limpar
formulário

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.



Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários

APÊNDICE G: VERSÃO DE CONSENSO

VERSÃO DE CONSENSO FINAL: PERFIL DO ENFERMEIRO PARA O EXERCÍCIO DA PRÁTICA PROFISSIONAL NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Resultados Finais

CARACTERÍSTICAS SOCIOPROFISSIONAIS
<i>Formação contínua na área do doente crítico</i>
Suporte Avançado de Vida
Ventilação Mecânica Invasiva
Ventilação Mecânica Não Invasiva
Suporte Avançado de Trauma
Formação em Monitorização do Doente Crítico
Formação em Técnica Dialítica aplicada ao Doente Crítico
Gestão de Stress
Humanização na Prestação de Cuidados ao Doente Crítico
<i>Outras</i>
Motivação pela área do doente crítico em cuidados intensivos
Vontade expressa em ingressar nos cuidados intensivos
Domina o manuseamento das novas tecnologias aplicadas á monitorização do doente critico
HABILIDADES INTERPESSOAIS, RELACIONAIS E COMUNICACIONAIS
Evidencia capacidade de trabalho em equipa
Estabelece uma comunicação efetiva com os pares
Estabelece uma comunicação efetiva interprofissional
Estabelece uma relação terapêutica com a pessoa em situação crítica e sua família
Possui capacidade de gestão das suas emoções
Demonstra calma e segurança na tomada de decisão
Possui capacidade de reconhecer as suas limitações
HABILIDADES DE PLANEAMENTO E ORGANIZAÇÃO
Possui capacidade de planeamento de cuidados ao doente crítico
Possui capacidade de organização do ambiente físico envolvente ao doente critico
Possui capacidade de priorização de cuidados ao doente crítico
Demonstra ser objetivo na sua prática em situação urgente
HABILIDADES DE MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE
Demonstra vontade num compromisso de atualização contínua de conhecimentos
Demonstra vontade num compromisso de aprendizagem continua com base na evidência científica atual
Demonstra interesse na partilha, de forma ativa, do conhecimento do qual é detentor