



Guida Amaral **Relatório de Trabalho de Projeto**

**As competências do enfermeiro
especialista na promoção do
processo de ensino
aprendizagem dos estudantes do
curso de licenciatura em
enfermagem.**

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado
para cumprimento dos requisitos necessários à
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica, realizada sob a orientação
científica da Professora Mariana Pereira

outubro, 2016



Guida Amaral **Relatório de Trabalho de Projeto**

As competências do enfermeiro especialista na promoção do processo de ensino aprendizagem dos estudantes do curso de licenciatura em enfermagem.

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizada sob a orientação científica da Professora Mariana Pereira

outubro, 2016

AGRADECIMENTOS

À Professora Mariana Pereira, orientadora desta Dissertação de Mestrado, pela sua disponibilidade incansável, pela orientação e esclarecimentos e ensinamentos proporcionados, e pelo incentivo e motivação.

À Enfermeira Inês Raposo, pela disponibilidade, escuta ativa, orientação, colaboração e apoio às minhas necessidades de aprendizagem.

Aos meus pais e família, pelas palavras de encorajamento e incentivo, e por tudo o que fizeram por mim, e que me transformou na pessoa que sou hoje.

Ao Mário, pelo seu apoio incondicional, e por todos os momentos em que, de uma forma ou outra estive ausente.

À minha filha Lara, que apesar de não ter noção, me alegrou com o seu sorriso, abraços e mimos.

A todos os amigos e colegas de trabalho e do Mestrado, pelo apoio, incentivo e colaboração.

A todos o meu reconhecimento e gratidão.

RESUMO

O presente relatório de trabalho de projeto foi realizado no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), e contempla o Projeto de Desenvolvimento Académico (PDA) e o Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC). O estágio decorreu num Serviço de Urgência (SU), de um hospital na margem sul.

No PDA procuramos dar resposta a uma nossa inquietação, acerca do papel de enfermeiro especialista em EMC como promotor da aprendizagem. Realizamos uma Revisão integrativa da literatura (RIL) com o objetivo de identificar quais os aspetos considerados pelos estudantes de enfermagem (EE) e pelos enfermeiros orientadores (EO), como influenciadores da aprendizagem em contexto de prática clínica (CPC). Emergiram 6 categorias de aspetos que influenciam a aprendizagem: Acolhimento, Organização do ensino clínico (EC), CPC, Processo de ensino-aprendizagem, EO e EE.

O enfermeiro especialista, pelas competências comuns especializadas que possui, pode ter um papel facilitador do processo de ensino-aprendizagem em CPC dos EE do CLE, pela sua intervenção junto às equipas de enfermagem, nomeadamente do âmbito de: Preparação e organização do EC em CPC; Acolhimento e integração do estudante no CPC; Acompanhamento e monitorização do EC em CPC.

Durante este percurso conseguimos desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados especializados na área da EMC. O enfermeiro mestre e especialista em EMC presta cuidados de enfermagem ao doente em situação crítica e com doença crónica, incapacitante e terminal, realiza investigação, gere os cuidados e tem capacidade de tomada de decisão em situações complexas, utilizando os seus conhecimentos e competências especializadas e promovendo a qualidade na prestação de cuidados.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermeiro Especialista, Processo de ensino-aprendizagem, Relatório de Projeto, Competências de Mestre

ABSTRACT

This project report report was carried out under the Master's course in Medical-Surgical Nursing (MSN), and includes the Academic Development Project (ADP) and the Clinical Learning Project (CLP). The Internship took place in the emergency room (ER), of an hospital on the south of Portugal.

The ADP seek to address our concern about the role of nurse specialist in MSN as a learning promoter. We performed an integrative literature review (ILR) in order to identify the aspects considered by nursing students (NS) and the guiding nurses (GN) as learning influencers in the context of clinical practice (CCP). Emerged six categories of aspects that influence learning: Reception, organization of clinical teaching (CT), CCP, teaching-learning process, GN and NS.

The nurse specialist, by common expertise they have, may have a facilitating role in the teaching-learning process in CCP for NS, for their intervention in the nursing teams, in particular under: Preparation and organization of the CT in CCP ; Reception and integration of the NS in the CCP; Tracking and monitoring of CT in CCP.

During this way we have developed scientific, technical and human skills to provide specialized care in the MSN. The nurse master and specialist in MSN provides nursing care to the patient in critical situation and in chronic, debilitating or terminal illness, conducts research, manages care and has decision-making capacity in complex situations, using their knowledge and expertise skills, to promote quality in the nursing care.

Keywords: Medical-surgical nursing, Nurse specialist, Teaching and learning process, Project Report, Master skills.

SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC – Acidente vascular cerebral

CGR - Comissão de Gestão do Risco

CLE - Curso de licenciatura em enfermagem

CPC – Contexto de prática clínica

DCIT - Doença crónica, incapacitante e terminal

DPE – Deontologia profissional do Enfermeiro

EC - Ensino clínico

EE - Estudante de enfermagem

EESE - Estabelecimento de ensino superior de enfermagem

EGA - Equipa de gestão de altas

EMC – Enfermagem médico-cirúrgica

EMCP - Equipa multidisciplinar de cuidados paliativos

EO - Enfermeiro orientador

EPI – Equipamento de proteção individual

GCLPPC - Grupo de coordenação local do programa de prevenção e controlo das infeções e da resistência aos antimicrobianos

IACS - Infeções associadas aos cuidados de saúde

MDP – Modelo de desenvolvimento profissional

OE - Ordem dos Enfermeiros

PAC – Projeto de Aprendizagem Clínica

PDA – Projeto de Desenvolvimento Académico

PCR – Paragem cardio-respiratória

REPE - Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros

RIL - Revisão integrativa da literatura

RNCCI - Rede nacional de cuidados continuados integrados

SAV - Suporte Avançado de Vida

SO – Sala de observações

SR – Sala de reanimação

SU – Serviço de urgência

UC – Unidade curricular

UCI – Unidade de cuidados intensivos

VI – Ventilação invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO - CONCEPTUAL	13
1.1 – ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA.....	13
1.2 – APRENDIZAGEM EM CONTEXTO DE PRÁTICA CLÍNICA.....	16
1.2.1 - O Ensino clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem	17
1.2.2 - Papel dos intervenientes no ensino clinico	18
1.2.3 - Aprendizagem em contexto de ensino clínico	25
1.2.4 - Contexto de Prática Clínica	31
1.3 - REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	34
1.4 - REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA ..	37
2 - PROJETO DE DESENVOLVIMENTO ACADÉMICO	46
2.1 - DIAGNÓSTICO E PLANEAMENTO	46
2.2 - REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	48
2.3 - PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA COMO PROMOTOR DA APRENDIZAGEM	69
3 - PROJETO DE APRENDIZAGEM DE COMPETÊNCIAS CLÍNICA	73
3.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS....	73
3.1.1 - Competências do domínio da responsabilidade profissional. Ética e Legal	74
3.1.2 - Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade ...	75
3.1.3 - Competências do domínio da gestão dos cuidados	77
3.1.4 - Competências do domínio das aprendizagens profissionais.....	79
3.2 - COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS ESPECILISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA.....	81
3.2.1 - Competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa	82
3.2.2 - Competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica	88
4 – COMPETÊNCIAS DE MESTRE	99
5 - REFLEXÃO FINAL	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
APÊNDICES	117

Apêndice 1- Planeamento do projeto.....	118
Apêndice 2 - Fluxograma de Evacuação do Serviço de Urgência	123
Apêndice 3 - Artigo.....	125

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Processo de Aprendizagem e formas básicas de conhecimento.

Figura 2 – Aprendizagem em contexto de ensino clínico.

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Aspectos que influenciam a aprendizagem em contexto de prática clínica.

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito do Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica (EMC), da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Com o objetivo de adquirir e desenvolver competências comuns dos enfermeiros especialistas e competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem em pessoa em situação crítica e em situação crónica e paliativa, e também competências em mestre em EMC, foram definidas uma série de atividades a realizar em contexto de estágio.

O objetivo deste relatório é refletir sobre o percurso realizado pelo estudante, considerando duas dimensões: O projeto de desenvolvimento académico (PDA) que se centrou no desenvolvimento de uma revisão integrativa da literatura (RIL) sobre o papel do enfermeiro especialista como promotor da aprendizagem do estudante de enfermagem (EE) do curso de licenciatura em enfermagem (CLE) em contexto de prática clínica (CPC); e o projeto de aprendizagem clínica (PAC), onde se adquiriram e desenvolveram competências para a aquisição do título de especialista e do grau de mestre em EMC.

O estágio, que decorreu de março a junho de 2015 e de setembro de 2015 a janeiro de 2016, foi realizado num serviço de urgência (SU) médico-cirúrgica de um hospital da margem sul, onde se prestam essencialmente cuidados a pessoas em contexto de situação crítica, tendo sido solicitado também um estágio na unidade de cuidados intensivos (UCI) do mesmo hospital. Foram também realizados estágios de observação no Grupo de coordenação local do programa de prevenção e controlo das infeções e da resistência aos antimicrobianos (GCLPPC), na Comissão de Gestão do Risco (CGR) e na Equipa multidisciplinar de cuidados paliativos (EMCP).

Este relatório será apresentado em 6 capítulos: *Enquadramento Teórico-Conceptual*, onde abordamos o referencial relativo à EMC, seguido da contextualização da problemática em estudo, aprendizagem em CPC. Neste capítulo também faremos referência teórica a metodologia utilizada no nosso PDA – Revisão integrativa da literatura, e ao referencial teórico que consideramos mais adequado à prática da EMC; *Projeto de Desenvolvimento Académico*, onde

apresentamos a RIL desenvolvida, apresentando os aspetos metodológicos, resultados e interpretação dos mesmos e onde reflectimos sobre o papel do enfermeiro especialista como promotor da aprendizagem; *Projeto de Aprendizagem Clínica*, em que abordamos as atividades desenvolvidas em estágio e procuramos refletir sobre a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e mestre em EMC; e por fim a *Reflexão Final*, onde serão abordados os aspetos que se consideraram mais importantes, as dificuldades sentidas e as considerações sobre o cumprimento dos objetivos e sobre a aprendizagem efectuada.

Procurou-se neste relatório a divulgação do trabalho desenvolvido no PDA e no PAC, onde assumindo o papel principal de dinamizadora do processo de ensino-aprendizagem, procurámos mobilizar os recursos necessários e o referencial teórico, para desenvolver as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica e crónica e paliativa, promovendo-se desta forma a qualidade na formação dos estudantes de enfermagem e a qualidade na prestação de cuidados de enfermagem.

Este relatório é um trabalho descritivo e crítico e encontra-se redigido de acordo com o novo acordo ortográfico da Língua Portuguesa e as referências bibliográficas são realizadas de acordo com a Norma Portuguesa (NP 405).

1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO - CONCEPTUAL

O enquadramento teórico-conceptual vai contemplar o contexto de EMC, abordando os conceitos base para a compreensão do papel do enfermeiro especialista em EMC.

De seguida aborda-se a aprendizagem em CPC, contextualizando o ensino clínico (EC) no CLE, refletindo sobre a aprendizagem em EC e contextualizando os CPC.

Considerando a metodologia utilizada no desenvolvimento do projeto de desenvolvimento de aprendizagem, consideramos importante abordar a metodologia de RIL, referenciando cada uma das suas fases.

Este capítulo termina com a referência à obra de Patrícia Benner, que sustentou o nosso desenvolvimento de competências ao longo dos estágios deste mestrado, e à teoria de enfermagem que se considerou mais adequada na prestação de cuidados de enfermagem realizados em contexto de pessoa em situação crítica.

1.1 – ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

O Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), artigo 4º, nº1, descreve a enfermagem como *“a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.”* (OE, 2015).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) foi reconhecida pelo governo a 21 de abril de 1998 (Decreto-lei 104/98). Esta constitui uma associação profissional de direito público, que autorregula os enfermeiros em Portugal, promovendo a regulamentação e disciplina da prática dos enfermeiros, assegurando as condutas deontológicas que orientam a profissão, e garantindo o interesse público e a dignidade do exercício profissional (OE, 1998). A OE considera nos seus estatutos a Deontologia Profissional do Enfermeiro (DPE), no qual estão

presentes princípios, direitos e deveres, que visam um comportamento ético, considerando a visão holística do ser humano (OE, 2015).

Em dezembro de 2001 a OE definiu Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, enquadrando conceptualmente os metaparadigmas da enfermagem e definindo seis enunciados descritivos que estabelecem uma base padronizada de cuidados com qualidade para o exercício profissional dos enfermeiros. Este documento é uma referência para a reflexão sobre a prática profissional dos enfermeiros, que visa a melhoria contínua dos cuidados prestados à população (OE, 2001).

A OE definiu as competências do enfermeiro de cuidados gerais em outubro de 2003, competências essas que foram agrupadas em 3 domínios: Prática profissional, ética e legal; Prestação e gestão de cuidados e Desenvolvimento profissional. No dia 29 de maio de 2010, aprova o regulamento das competências gerais do enfermeiro especialista, e a 20 de novembro de 2010, aprova as competências específicas dos enfermeiros para as diferentes especialidades.

Segundo a OE (2010) o enfermeiro especialista é aquele *“com um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. A definição de competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição de competências do enfermeiro de cuidados gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios das competências do enfermeiro de cuidados gerais”*. O enfermeiro especialista é o *“enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.”* (OE, 2015).

As competências comuns dos enfermeiros especialistas são definidas pela OE como sendo *“... as competências partilhadas por todos os enfermeiros*

especialistas, independentemente da sua área de especialização, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;” (OE, 2010).

No Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP) (OE, 2009), o enfermeiro especialista possui 4 domínios de competências comuns: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Aprendizagens profissionais. Possui também um domínio de competências específicas que provêm do campo de intervenção definido para cada área de especialidade.

As competências específicas são definidas pelo regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, como as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

A EMC é uma área da enfermagem com enfoque nos cuidados a adultos que apresentam alterações fisiológicas, traumatismos ou incapacidades potenciais ou reais (Monahan et al., 2010). O seu campo de atuação é amplo, e engloba a prestação de cuidados ao doente, família e comunidade, quer no âmbito da pessoa em situação crítica ou com doença crónica e paliativa, desde a promoção da saúde e prevenção da doença, deteção precoce e gestão dos cuidados em situações de doença aguda ou de reabilitação (Monahan et al., 2010).

É uma área que se encontra em evolução contínua e conseqüente modificação, quer pelos avanços na ciência médica, na evolução tecnológica (diagnóstico e tratamento), quer pela própria diversidade cultural e evolução da população. A utilização da prática baseada na evidência, como *“método de decisão sobre cuidados ao doente, com base na integração das melhores práticas na perícia clínica, que reconhece os direitos e a situação do doente”* (Monahan et al., 2010:4), foi também determinante nas mudanças observadas nesta área da enfermagem, onde se passou a integrar a perícia clínica, com a situação do

doente e os seus direitos individuais, de forma a promover a adesão do doente, e à obtenção de ganhos em saúde e económicos (Monahan et al., 2010).

No âmbito da EMC é fundamental falarmos das competências específicas definidas para o enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e em situação crónica e paliativa.

As competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica são: K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção e K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção 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 (OE, 2010).

As competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa são: L5 – Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida e L6 – Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal (DCIT), com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte (OE, 2010).

Cada uma destas competências encontra-se dividida em unidades de competência, que serão abordadas de forma mais exaustiva no capítulo referente à nossa reflexão sobre a aquisição destas competências.

1.2 – APRENDIZAGEM EM CONTEXTO DE PRÁTICA CLÍNICA

O CLE tem, de forma articulada, uma parte teórica e uma parte prática, conforme descrito no Regulamento Geral da Licenciatura de Enfermagem, e deve ser de pelo menos, metade da carga horária total do curso (Portaria nº 799-D/99, de 18 de Setembro). Esta parte prática, denominada EC, ocorre em contexto de trabalho, em diversas instituições de saúde hospitalares e da comunidade.

A aprendizagem em EC é um processo em que os EE são os principais envolvidos, sendo responsáveis pelo seu percurso, considerando os conteúdos

teóricos e teórico-práticos ensinados em sala de aula. No processo de ensino-aprendizagem estão também presentes o enfermeiro orientador (EO) do CPC e o docente do estabelecimento de ensino superior de enfermagem (EESE).

1.2.1 - O Ensino clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem

Como descrito acima a formação em enfermagem compreende uma vertente teórica, teórico-prática e prática, esta última denominada de EC (Fernandes et al., 2012).

A nível Europeu, o EC é definido pela Diretiva 2005/36/CE, de 7 de setembro de 2005, artigo 31, ponto 5, como a *“vertente da formação em enfermagem através da qual o candidato a enfermeiro aprende, no seio de uma equipa e em contacto direto com um indivíduo em bom estado de saúde ou doente e/ou uma coletividade, a planear, dispensar e avaliar os cuidados de enfermagem globais requeridos, com base nos conhecimentos e competências adquiridas. (...)”* (Portaria nº 799-D/99, de 18 de Setembro).

Este tem como objetivo, segundo o Regulamento Geral da Licenciatura de Enfermagem *“assegurar a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes necessários às intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional de enfermagem”*. Decorre em contexto hospitalar, ou em outras instituições de saúde, e na comunidade, sob a responsabilidade dos docentes dos EESE, com a colaboração de enfermeiros qualificados (Portaria nº 799-D/99, de 18 de Setembro). É no contexto do EC, e sob orientação de um EO do CPC e de um docente, que os EE, confrontados com as situações reais da prática, são confrontados com a aplicação do conhecimento apreendido em sala de aula e mobilização do mesmo, assim como das suas capacidades para o pôr em prática, construindo e desenvolvendo competências no âmbito dos cuidados de enfermagem (Correia e Santiago, 2012) (Garrido, Simões e Pires, 2008).

A estrutura do CLE é composta por uma formação teórica em contexto de sala de aula, e uma formação prática em contexto de EC. A formação em alternância combina uma série de dispositivos que associam a formação teórica e a formação prática. Malglaive (2003) refere que para se formar em alternância é

preciso querer formar os indivíduos para o exercício de uma profissão, o que é coincidente com os objetivos da formação em Enfermagem: formar enfermeiros.

A formação em alternância tem-se multiplicado, valorizando as estratégias formativas que combinam a formação e a acção num processo único, essencialmente devido à ineficácia da formação escolarizada. Esta perspectiva visa a articulação da formação com os contextos de trabalho partindo de uma lógica de resolução de problemas. O Ministério da saúde Português reconhece esta tendência referindo nas suas orientações que “*O modelo de formação-acção centrado na resolução de problemas ou realização de projectos é uma das metodologias que melhor se adequam às necessidades detectadas de provocar mudanças individuais, colectivas e de transformação das próprias estruturas*” (1994b, p.22).

Os diferentes saberes são complementares: o saber teórico equivale aos princípios que enquadram a acção, sendo independente das situações concretas. O saber prático está sempre associado a um determinado contexto, desenvolvendo-se acções específicas e adequadas a esse contexto, permitindo a resolução de problemas da prática quotidiana. Sendo assim a prática assume-se como produtora de diferentes saberes devidamente contextualizados, ou seja, saberes que só se revelam, quando são mobilizados perante situações concretas, adquirindo a forma de saberes socialmente reconhecidos, transmissíveis e transferíveis (Couceiro, 1996).

A formação em enfermagem só se materializa quando os EE têm oportunidade de vivenciar situações de aprendizagem nos EESE e nas Instituições de Saúde (Carvalho, 2003). Este contato permite ao EE o desenvolvimento de competências, necessárias ao profissional de enfermagem e a percepção das diferentes funções do enfermeiro (Matos, 1997) (Fernandes et al., 2012).

1.2.2 - Papel dos intervenientes no ensino clínico

Na orientação do EE estão presentes 3 intervenientes: o EE, o EO e o docente (Carvalho, 2003). O docente e o EO devem trabalhar em conformidade para que possa haver uma aquisição de conhecimentos e a realização de prática

de enfermagem, de forma a contribuir para que o EE tenha uma formação de qualidade. O REPE, no seu artigo 6º, e a autonomia de que reveste o ensino de enfermagem apontam para os enfermeiros como responsáveis pela supervisão das suas práticas. Desta forma recai sobre os enfermeiros a supervisão, quer a nível da formação, quer a nível quotidiano, assim como o acompanhamento na sua atividade prática (Abreu, 2013) (REPE).

O papel do EE nesta relação é apropriar-se do conhecimento que advém da experiência e da prática clínica naquele CPC. Ele beneficia da orientação do EO do CPC e do docente, desenvolvendo a sua capacidade crítica e reflexiva, a sua autonomia, a sua integração profissional e construindo a sua identidade profissional.

O EO apresenta-se como um interveniente essencial na partilha do conhecimento prático, que resulta do exercício da sua profissão, importante quer para o EE quer para o docente. A partilha mútua com o EE e o docente sobre a reflexão sobre as práticas é uma mais-valia para o EO, assim como o desenvolvimento das suas competências de orientação que decorre de todo o processo de orientação e de toda a relação entre os intervenientes.

O docente constitui-se como um recurso na área do saber, fundamentalmente teórico, e na área pedagógica e de supervisão. É o interveniente que melhor conhece o percurso formativo e individual do EE e deve partilhar informações e implementar estratégias com o EO, considerando sempre o EE e o seu processo de aprendizagem. Neste período de interacção com o EO e com o contexto de EC, o docente forma-se como enfermeiro e como docente, através dos momentos de aprendizagem na prática, podendo contribuir para a identificação ou resolução de necessidades de formação daquele contexto.

O docente e o EO, em conjunto, analisam todo o processo supervisivo, e o processo de ensino-aprendizagem centrado no EE, como sujeito, objecto e agente de formação.

Segundo Abreu (2007) compete ao formador (EO ou docente) assumir as seguintes atitudes:

- Facilitar as interacções entre os pares;
- Promover uma identidade positiva para o EE de modo a facilitar o processo de afirmação;

- Auxiliar o EE a definir o seu quadro de valores, respeitando a matriz ética e deontológica da profissão;
- Assumir-se como “modelo” para o EE, facilitando a adesão psicológica á profissão;
- Apresentar uma atitude de justiça na análise das experiências de aprendizagem;
- Desenvolver progressivamente uma linguagem profissional baseada no domínio científico e relacional:
- Gerir emoções do EE, principalmente perante o indivíduo em situação crítica;
- Fomentar espírito crítico como forma de promover a melhoria contínua;
- Identificar situações de isolamento ou sofrimento psicológico com potencial negativo para a aprendizagem ou para o EE;
- Adequar o grau de intervenção à autonomia e responsabilidade crescente do EE;
- Demonstrar empatia, disponibilidade, paciência e compreensão para dialogar e analisar problemas profissionais e pessoais;
- Identificar a etapa de desenvolvimento das competências clínicas e respectivas atitudes do EE, de forma adequar as possíveis intervenções.

Considerámos um dos aspectos acima referenciados por Abreu (2007) como fundamental para o EE: o formador deve assumir-se como “modelo”. O docente demonstra *mensagens explícitas* para o EE através dos conteúdos teóricos que lecciona, das estratégias que utiliza e da investigação que desenvolve. Os EO e os docentes devem transmitir também *mensagens implícitas ou periféricas*, que podem marcar definitivamente a atitude e identidade do EE: o entusiasmo no desempenho da profissão; a proximidade às ciências de enfermagem e os momentos informais em contexto de trabalho (Abreu, 2003).

O docente e o EO devem trabalhar lado a lado, numa atitude de complementaridade e co-responsabilidade, garantindo uma melhor qualidade na formação dos estudantes. Abreu (2003) identifica algumas das responsabilidades do docente e do EO:

Docente

- Assumir a responsabilidade geral pelo EC;

- Apoiar e trabalhar com os EO;
- Manter uma relação pedagógica com os EE e acompanhar o processo de aprendizagem;
- Colaborar nas actividades de formação ou investigação;
- Conhecer e fazer respeitar as normas em vigor na área da qualidade;
- Trabalhar os objectivos de aprendizagem e relacionar a formação em contexto de sala de aula e da prática clínica dos EE;
- Aprovar os objectivos elaborados;
- Realizar reuniões conjuntas com EE e EO para avaliar a evolução da aprendizagem;
- Constituir-se como recurso para os EE e para o EO;
- Avaliar a adequação das experiencias de aprendizagem aos objectivos do EC;
- Proceder à avaliação geral das experiencias da prática clínica, respeitando a avaliação realizada pelo EO;
- Avaliar a experiência de orientação;

Enfermeiro orientador

- Aceitar constituir-se como “modelo” para o EE, colaborando com o docente no processo de ensino-aprendizagem;
- Proporcionar uma integração humana e cientificamente consistente dos EE no contexto de trabalho;
- Mediar a relação entre os EE, a equipa multidisciplinar e os doentes;
- Obter informações sobre o EC e os conhecimentos adquiridos anteriormente;
- Mobilizar os recursos do CPC para a aprendizagem;
- Respeitar as normas e regras em vigor no serviço;
- Materializar o plano de orientação, contribuindo para a continuação dos objectivos;
- Assegurar oportunidades de aprendizagem pertinentes;
- Proporcionar experiências de aprendizagem e momentos sólidos de formação;
- Estar disponível para ouvir, apoiar e ajudar;

- Fornecer informação objectiva sobre a evolução do EE, considerando as aprendizagens futuras e a avaliação;

- Utilizar o docente como recurso para o seu desempenho enquanto EO.

Para Rankin (1991) e Washington (1997) o EO deve possuir as seguintes características:

- Ter competência científica, comunicacional e pedagógica;

- Promover o crescimento pessoal e profissional do EE;

- Saber aconselhar, apoiar e orientar o EE e ajudar a problematizar questões profissionais;

- Proporcionar oportunidades de aprendizagem;

- Promover a auto-estima e a auto confiança;

- Disponibilizar recursos para o processo de aprendizagem;

- Estimular o EE;

- Gerir as emoções (Abreu, 2007).

Serra (2006) enumera as capacidades que o EO deve possuir para o desempenho desta função:

- Capacidade nos domínios: técnico, científico-pedagógico, humano e cultural;

- Capacidade de liderança, planeamento e organização;

- Responsabilidade no cumprimento de deveres;

- Características de personalidade compatíveis com a função de orientação e ensino como empatia, autoconfiança, facilidade de relacionamento interpessoal, escuta ativa, flexibilidade, intuição, espírito de observação, resiliência, perseverança, aptidão para ensinar;

- Rigor e empenho.

As competências de comunicação e relações interpessoais são também consideradas relevantes para um bom EO: saber escutar, transmitir informação de forma clara e perceptiva (Abreu, 2007). As competências acima mencionadas estão inseridas num dos três grandes domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais aprovados pela OE: Prestação e gestão de cuidados, nomeadamente no subdomínio Prestação de cuidados. Os outros dois grandes domínios de competências são: Prática profissional, ética e legal e Desenvolvimento profissional (OE, 2012).

O formador (EO ou docente) para além de ensinar a desenvolver as competências técnicas, deve acima de tudo promover a prática reflexiva, facilitar a aprendizagem das experiências vivenciadas, ajudar na tomada de decisão, ensinar a trabalhar em equipa e proporcionar novos desafios e oportunidades.

Vários estudos referenciados por Abreu (2007) referem que os EE tendencialmente consideram como bons EO, os que mantêm uma relação de proximidade, que apresentam segurança nas suas capacidades, realismo, capacidade de gerar expectativas positivas, bom desempenho profissional e comunicacional, organizados, amigáveis, atenciosos, pacientes, compreensíveis, com bom sentido de humor, que mantenham o entusiasmo e que se sintam satisfeitos com a profissão. Os EE ao serem confrontados com um EO com estas características encaram-nos como “*exemplos a ser seguidos*”. Gray e Smith (2000) citados por Abreu (2007), confirmam que o exposto pelos EE, referindo que um bom EO tem capacidade para gerir o tempo de trabalho com o EE, enaltece a relação com o doente e é reconhecido como um “*modelo profissional*”. Outros autores referem que os EE valorizam a lealdade, a honestidade, a sinceridade, o saber ouvir, analisar situações-problema, reconhecer as suas limitações, proporcionar feedback, o ser facilitador sem ser directivo, e a capacidade de apoio, e de fazer críticas construtivas sem elaborar juízos de valor.

O papel importantíssimo que o EO desempenha enquanto orientador e facilitador no processo de desenvolvimento de competências do EE em EC, vem reforçado pela valorização que o EE lhe confere, salientando a disponibilidade como uma característica essencial. Sabemos que a orientação se têm de inserir, para além dessa importante característica (disponibilidade), numa prática pedagógica consolidada, participada, que requer momentos de encontro formativos para toda a equipa interveniente (Correia e Santiago, 2012).

O EO é a pessoa que passa mais tempo com o EE, e por isso pode vir a ser considerado mais importante que o docente na orientação em CPC. Contudo não devem existir diferenças hierárquicas entre ambos, pois o conhecimento teórico adquirido em contexto de sala de aula fundamenta a prática clínica do EE. Ao EO do CPC é solicitado que assuma o papel de enfermeiro, professor e pessoa (Nascimento, 2007) (Fernandes et al., 2012).

A colaboração e parceria entre estes intervenientes são fundamentais para favorecer a aprendizagem do EE, e passa por uma aproximação e co-responsabilização entre estes intervenientes, pelo estabelecimento de objetivos comuns, sistematização de várias dimensões como a complementaridade e interdependência de funções, partilha de recursos e informações, e pelo apoio no desenvolvimento de acções de cooperação (Abreu, 2003).

Na orientação do EE, o EO deve ter a capacidade de facilitar o desenvolvimento e a aprendizagem do EE, e estar atento às inibições que possam provir das experiências do mesmo, aos seus sentimentos, às suas perceções e à sua capacidade de auto-reflexão, criando em conjunto, novas formas de fazer, de conhecer, de aprender e de ser, num ambiente emocional positivo e humano (Alarcão e Tavares, 2010).

Abreu (2003) considera que as expectativas, o conhecimento, as atitudes e as emoções influenciam a construção e a interpretação do conteúdo das experiências vivenciadas.

Nem sempre os EO consideram como seu dever a contribuição para a formação inicial dos EE, através da orientação dos EE em contexto de trabalho. Por outro lado, nem todos os serviços apresentam recursos suficientes para a orientação de estudantes, podendo diminuir a qualidade da formação dos enfermeiros (Abreu, 2003).

A relação entre esta tríade (EE, EO e docente) pressupõe uma parceria e implica “ (...) *um atento e abrangente olhar que contemple e atente ao perto e ao longe, ao dito e ao não dito, ao passado e às hipóteses de futuro, aos factos e às suas interpretações possíveis, aos sentidos sociais e culturais, à manifestação do desejo e à possibilidade/impossibilidade da sua concretização, ao ser e à circunstância, à pessoa e ao seu próprio dever. (...). Uma concepção de supervisão que simultaneamente, abra a possibilidade do conhecimento mas sobretudo, instaure a possibilidade do afecto, redimensionando e requalificando o clima e, com ele, a qualidade da ambiência nos sistemas de formação (...), ou seja, os processos de supervisão na formação requerem uma formação em supervisão*” (Sá-Chaves, 2000:126 e 127).

Os EESE e as instituições que recebem os EE, quer em contexto hospitalar, quer em contexto comunitário, devem trabalhar em cooperação com

objectivos comuns. Tem de haver uma relação efectiva entre todos os intervenientes, partilha de saberes e recursos, responsabilização mútua e parcerias para apoiar o desenvolvimento de actividades e o EC dos EE“ (...) *num contexto de complementaridade (e co-responsabilização) e nunca de substituição*” (Abreu, 2003:52).

1.2.3 - Aprendizagem em contexto de ensino clínico

A aprendizagem em EC é um processo envolvente em que os EE são os principais agentes de aprendizagem, sendo eles os responsáveis pelos percursos por eles realizados e considerando que estes percursos só podem ser realizados por eles próprios, independentemente dos conteúdos ensinados e dos processos de ensino-aprendizagem.

Neste contexto o EE interage com o meio e com os indivíduos que fazem parte desse contexto – EO, equipa de enfermagem e multidisciplinar e doentes – estabelecendo relações interpessoais e trocando ideias e saberes. É neste processo interactivo de intercâmbio com os outros e com ele próprio, que durante o EC o EE vai interiorizando e cimentando conhecimentos, papéis e funções.

Vigotsky (1986) refere que os indivíduos adquirem conhecimentos pela interacção do próprio com o meio, evidenciando que o papel das instituições de ensino na transmissão de conhecimentos é diferente dos que são aprendidos na vida quotidiana. Desta forma os conhecimentos científicos transmitidos pela via do ensino fazem parte de um sistema organizado de conhecimentos, enquanto que os aprendidos pela via da experiência quotidiana, em contexto de EC, decorrem das interacções sociais entre o sujeito e o meio (Abreu, 2003).

D’Espiney (1999), falando sobre a aprendizagem em EC, evidencia que a aprendizagem só pode ocorrer se existirem espaços e momentos de abertura e relações horizontais entre os intervenientes, de forma a que o EE, em equipa, seja capaz de *“expor as suas dúvidas, de emitir hipóteses, de experimentar explicações, de recriar soluções”* que *“promovam a criatividade e o trabalho em equipa e desenvolvam a capacidade de agir”*. Esta partilha de experiências e conhecimentos permite que se aprenda a reflectir e a questionar sobre as

situações vivenciadas fomentando o desenvolvimento de competências que incluem a reflexão crítica e a capacidade de resolução de problemas (p. 203).

No contexto de trabalho, a prática clínica tem um papel imprescindível contribuindo para o desenvolvimento de competências e para a produção de saberes. *“A importância da prática clínica não reside na necessidade de aplicar conhecimentos teóricos adquiridos: a prática clínica e o trabalho com o doente permitem desenvolver competências que são acessíveis somente por esta via”* (Abreu, 2003: 153).

O MDP define o conceito de competência como *“saber mobilizar recursos cognitivos disponíveis para decidir sobre a melhor estratégia de acção perante uma situação concreta.”* (OE, 2009:11).

Sá- Chaves (2000: 1004) define competência de uma forma simples e objectiva como *“(...) acto de bem fazer e de fazer bem (...)”*.

O conceito de competência foi definido por Le Boterf (1995) como um conjunto de aprendizagens (comunicacionais e sociais) sustentadas por um lado pela aprendizagem e pela formação e por outro por um sistema de avaliação. Este conceito situa-se num cruzamento entre a pessoa (historia de vida e social), a sua educação e a sua experiência profissional. Este autor não considera a competência como um estado, nem a baseia nos recursos a mobilizar (conhecimentos e capacidades), mas sim na própria mobilização desses recursos. É um saber agir responsável e que é reconhecido pelos outros e implica saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num contexto profissional determinado, considerando-a então *“da ordem do saber mobilizar”* (Le Boterf, 1995:17). Uma pessoa competente é aquela que é *“(...) capaz de mobilizar, pôr em acção de forma eficaz as diferentes funções de um sistema em que intervêm recursos tão diversos como operações de raciocínio, conhecimentos, activações da memória, as avaliações, capacidades relacionais ou esquemas comportamentais (...)”* (Le Boterf, 1995:43).

Le Boterf (1995) menciona 5 saberes mobilizáveis: os saberes teóricos; os saberes procedentes; os saber-fazer procedentes; os saber-fazer experienciais e os saber-fazer sociais. As competências adquirem-se em CPC, com o contacto com situações particulares, em que o EE tem de resolver problemas práticos,

mobilizando os conhecimentos adquiridos em sala de aula e nas anteriores experiências de EC.

A produção de saber e o desenvolvimento da capacidade de dedução permite aos enfermeiros aumentar as suas competências pessoais na prestação de cuidados ao indivíduo. Para tal é necessário um tempo para parar e observar, analisar, discutir, criticar e reflectir as práticas e todo o contexto organizacional (Hesbeen, 2000).

Analisando os trabalhos desenvolvidos por Abreu (2003) na área da supervisão clínica de EE em contexto de trabalho – EC – verificámos que foram identificados por Hart e Rotem (1995) seis factores que caracterizam a aprendizagem em EC: autonomia e reconhecimento, clareza do papel a desempenhar, satisfação profissional, suporte dos pares, oportunidades de aprendizagem e qualidade da supervisão. Por um lado é esperado que o EE adquira autonomia nas suas actividades, tentando ao mesmo tempo ser reconhecido pelo docente e pela equipa de enfermagem como bom prestador de cuidados, com competência e saber. Por outro lado o EE não sabe bem que papel desempenhar, se o de EE, se o de enfermeiro com autonomia na tomada de decisão. A sua satisfação no desempenho do cuidar e a satisfação que o EO manifesta são importantes na sua motivação para a aprendizagem, assim como o suporte e apoio quer dos outros EE, quer da equipa de enfermagem. As oportunidades de aprendizagem que surgem em cada EC são particulares e imprevisíveis, pois dependem das situações clínicas dos doentes e dos procedimentos e cuidados que daí advêm. Por fim a qualidade da orientação realizada pelo EO do CPC e pelo docente, a motivação que estes conseguem impulsionar, o processo de reflexão sobre as situações clínicas, o desenvolvimento da capacidade de tomada de decisão para a autonomia é crucial no processo de aprendizagem do EE.

Estes aspectos são geradores de ansiedade para o EE: é um contexto que ele desconhece, em que tem de se relacionar com a equipa, EO e docente numa situação de avaliação, tem de cuidar de doentes em situações clínicas muitas vezes complexas e em que ele se sente inseguro, com medo de não ser capaz de cuidar (Abreu, 2003).

As aprendizagens em contexto de EC compreendem uma complexidade de comportamentos e atitudes, que só são possíveis de aprender e integrar nas reais situações de trabalho. As práticas são essenciais para uma aprendizagem profissionalizante, em que pesam as componentes cognitivas, psicomotoras, afectivas e relacionais (Carvalho, 2003).

Kolb (1984) utilizou referenciais dos estudos de Dewey, Lewin, e Piaget, que lhe permitiram desenvolver um olhar diferente acerca da forma como os estudantes desenvolvem a sua aprendizagem em contexto prático. O autor procurou conciliar os dois pólos – teoria e prática - num modelo estrutural de aprendizagem, identificando várias fases e estilos próprios da aprendizagem, que fundamentam a especificidade e a diversidade do processo de aprendizagem experiencial. Segundo Kolb, ocorre em termos cognitivos um processo de transformação, desde a observação até ao seu reinvestimento na acção – *ciclo de aprendizagem experiencial*. A transformação da experiência produz efeitos ao nível do saber, e neste processo questionam-se os saberes que nele se produzem, assim como a sua transformação, num saber transmissível e transferível (Abreu, 2003).

A aprendizagem é entendida como um processo holístico que permite o estabelecimento de ligações conceptuais entre as diferentes situações e contextos que ocorrem ao longo da vida de um indivíduo de forma contínua. Kolb define aprendizagem como o “*processo através do qual o conhecimento é criado através da transformação da experiência*” (p.30), valorizando assim nesta definição o papel da experiência no processo de aprendizagem.

Figura 1 – Processo de Aprendizagem e formas básicas de conhecimento

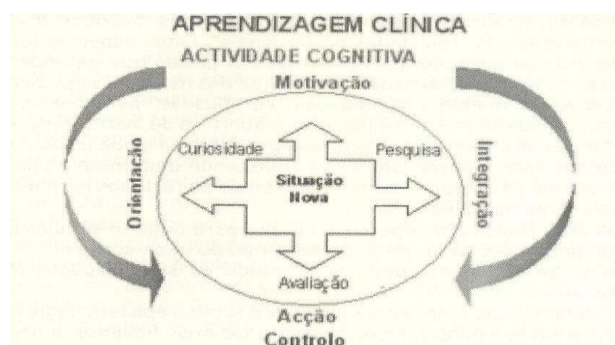


Adaptado de Abreu (2003)

Abreu (2007) nos seus trabalhos sobre aprendizagem em contexto de EC menciona quatro pressupostos principais a ser considerados num modelo explicativo sobre a aprendizagem em EC: a complexidade das experiências práticas; a aprendizagem processa-se de forma matricial, através da mobilização de saberes; a aprendizagem desenvolve-se de forma holística; e a formação impõe a mobilização de estratégias ao nível da gestão da informação.

A aprendizagem compreende uma actividade cognitiva em que estão implicados factores de ordem cultural, contextual, psicológica e física. O EE aprende, compreende e organiza os conhecimentos utilizando a sua capacidade intelectual ou física através das experiências vivenciadas. A aprendizagem ocorre pelo confronto com uma nova situação e pela redefinição de objectivos como esta explicito na tabela (Abreu, 2003).

Figura 2 – Aprendizagem em contexto de ensino clínico



Adaptado de Abreu (2003)

O EE aprende quando integra a informação fornecida e consegue desenvolver uma determinada acção num determinado contexto de avaliação e controlo. Este processo compreende a motivação, a orientação, a integração e a acção. A importância da supervisão clínica neste processo está implícita na orientação e avaliação do processo (Abreu, 2003).

A aprendizagem implica sempre transformações a nível cognitivo, das práticas socioprofissionais, do autoconhecimento e a redefinição de uma estratégia pessoal de processar e transferir a informação, de modo a que o saber adquirido em determinado contexto possa ser aplicado noutras situações e contextos futuros (Abreu, 2003).

Em EC, a aprendizagem surge da interacção entre o EE e o CPC em que ele está inserido. Neste confronto entre o meio interno e o meio externo que ocorre após a experiência vivida, o EE constrói uma aprendizagem com sentido para ele. A experiência concreta vivenciada num determinado contexto, enriquece o saber, pela compreensão e permite ao EE transpor esse saber para outros contextos.

Cabe ao EO analisar o conteúdo e o âmbito da informação, considerando as competências a desenvolver naquele EC. Nesta transformação de saberes temos de considerar sempre as circunstâncias afectivas, cognitivas e sociais.

Na aprendizagem em contexto de EC ocorre mobilização de saberes e estratégias centradas no cuidado ao doente e que permitem o desenvolvimento de novas competências. A experiência individual de cada EE e a reflexão *na e sobre* essa experiência, sob a orientação do EO e do docente, possibilita a produção de saberes e a transformação dessas interpretações dessa realidade concreta em formação adquirida. O sucesso da aprendizagem do EE em CPC depende das aprendizagens anteriores e das suas motivações internas.

Newman e Peile (2002) explicam como a experiência induz a reflexão e aprendizagem. Segundo os autores, o ciclo da aprendizagem possui três fases: principia com a experiência vivenciada pelo indivíduo, transportando-o para uma aprendizagem específica, que ocorre baseada na actividade reflexiva sobre essa mesma experiência. Esta aprendizagem pressupõe a orientação de um tutor, que extrai da experiência total uma aprendizagem específica.

No processo de aprendizagem, não ocorre uma resposta automática a um determinado estímulo contextual em que o indivíduo está envolvido. Essa resposta depende da capacidade de iniciativa, de autonomia e de intervenção do próprio sujeito. A aprendizagem reflexiva estimula o debate e fomenta a rotura com os referenciais já adquiridos pelo próprio em outros contextos experienciais vivenciados.

Quando se adquire conhecimentos através da aprendizagem pela experiência, para além do saber-fazer (domínio psicomotor), adquire-se o saber e o saber-ser, que são aprendizagens consideradas do domínio cognitivo, afectivo e social. Este processo é singular, dependendo de cada indivíduo o sentido que dá

à experiência vivida, e que só pode ser avaliado pelo próprio indivíduo, visto só ele conhecer o valor formativo dessa aprendizagem (Cavaco, 2002).

Todo este processo de aprendizagem *na e pela* experiência envolve o conceito de *reflexão na acção*.

Pires (2002) considera a reflexão como o aspecto indispensável para que ocorra aprendizagem: “*é através de um trabalho de reflexão sobre o resultado das acções empreendidas pelo sujeito que este aprende, tornando-se mais eficaz e competente*” (p. 194).

A reflexão na acção pressupõe a articulação de saberes teóricos, já adquiridos e já formalizados, com os saberes adquiridos através da acção para a produção de novo conhecimento. Esta concepção representa a ruptura com a ideia de se considerar a prática como mera aplicação da teoria (Canário, 2008).

Ao pensarmos na aprendizagem pela experiência numa perspectiva de reflexão da acção devemos encará-la como um processo facilitador do aperfeiçoamento da capacidade reflexiva acerca da nossa prática profissional, ou seja devemos considerar a nossa reflexão individual sobre a nossa prática como um processo de auto aprendizagem e formação.

1.2.4 - Contexto de Prática Clínica

A formação em CPC está associada à formação inicial de diversos grupos profissionais, através da disponibilidade para a realização de estágios, EC, práticas clínicas nos diversos serviços existentes. Esta possibilita a utilização e a valorização de saberes e espaços particulares e singulares integrando nas práticas clínicas uma dinâmica formativa que utiliza as estratégias e alternativas estabelecidas combinando espaços e tempos de trabalho e de formação.

A aprendizagem em CPC permite o desenvolvimento de competências individuais e colectivas, o desenvolvimento crescente da equipa multidisciplinar e da organização hospitalar. O indivíduo integrado na organização “*forma-se porque experimenta, vive, reflecte e aprende cuidando e cuida aprendendo*” (Bártolo, 2007:19).

As aprendizagens realizadas pelo EE em CPC são fundamentais para a aquisição de competências e para a qualidade de excelência dos cuidados

prestados. Le Boterf (2005) refere que o contexto é um campo de possibilidades para o desenvolvimento de competências (Correia e Santiago, 2012). Os enfermeiros dos contextos têm um papel fundamental na capacitação dos estudantes para o exercício profissional.

Os EE aprendem sobretudo nas práticas que decorrem em CPC, o conhecimento prático (as convenções da profissão, linguagem, valores, esquemas, tradições e conhecimento na ação) logo os EE “aprendem na ação” (Benner, 2001) (Correia e Santiago, 2012).

O ambiente hospitalar é uma organização complexa com grande potencial formativo para todos os profissionais que nele exercem as suas funções, existindo uma rede complexa de relações e de correlações, processos organizacionais e percursos pessoais que fazem emergir uma diversidade de motivações e saberes. A figura central desta organização é o doente e o cuidar do doente através da prestação de cuidados diferenciados. O hospital é visto como um produtor de serviços de saúde, onde os conhecimentos teóricos são postos em prática, quando na realidade deve ser encarado como formador de profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, técnicos de diagnóstico e terapêutica...), produtor de competências, prestador de cuidados de saúde, construtor de identidades pessoais e profissionais e ser uma mais valia para o amplo processo de socialização (Bártolo, 2007).

O CPC onde decorrem as aprendizagens experienciais não é imparcial. A aprendizagem implica a tomada de consciência de si e da sua relação com o contexto, determinando acções de mudança. A multiplicidade, a riqueza e a estimulação dos contextos podem aumentar as oportunidades de aprendizagem e as respectivas intervenções. Um indivíduo que contacta sempre com um contexto restrito, parece apresentar dificuldade na deslocação de saberes para outros contextos. Este poderá ser um aspecto limitativo da formação baseada na experiência (Rabiais, 2013).

D’Espiney (1999), falando sobre a aprendizagem em EC, evidencia que a aprendizagem só pode ocorrer se existirem espaços e momentos de abertura e relações horizontais entre os intervenientes, de forma a que o EE, em equipa, seja capaz de *“expor as suas dúvidas, de emitir hipóteses, de experimentar explicações, de recriar soluções”* que *“promovam a criatividade e o trabalho em*

equipa e desenvolvam a capacidade de agir”. Esta partilha de experiências e conhecimentos permite que se aprenda a reflectir e a questionar sobre as situações vivenciadas fomentando o desenvolvimento de competências que incluem a reflexão crítica e a capacidade de resolução de problemas (p. 203).

Os EC dos EE decorrem em CPC socioculturais complexos, imprevisíveis e em constante mutação. Verifica-se uma evolução constante dos conhecimentos científicos e a necessidade de adaptação aos mesmos, alterações sistemáticas dos sistemas de gestão e organização das instituições, e uma orientação mista – cuidar e tratar, referenciada por Ribeiro (1995). O grau de complexidade de cuidados assim como a pressão social para a qualidade e a excelência, exigem dos novos profissionais, não só saber e competência (destreza, segurança, atitude, habilidade), mas também a capacidade para contribuir para o desenvolvimento da profissão de enfermagem (Abreu, 2003).

Os EE são confrontados com situações de aprendizagem clínica complexas. Nestes períodos de ensino prático pretende-se que os EE tenham um ambiente seguro, com suporte emocional e com recurso a estratégias formativas adequadas (Benner, 2001).

O EE quando está em EC integrado num determinado contexto de trabalho, experiencia situações, reflecte sobre a prática dos cuidados prestados, por ele e pela equipa de enfermagem, participa em aprendizagens não formais e está sujeito a aprendizagens informais, pois pode vivenciar situações potencialmente educativas, de forma inconsciente e involuntária. Considerando esta perspectiva, o EE produz o seu próprio saber naquele contexto específico.

Os CPC têm assumido um papel de mero consumidor de saber com vista à orientação da prática, no entanto este contexto deve ser considerado como potenciador da formação, considerando que o contexto de trabalho do enfermeiro é muito exigente e está em constante mutação e porque mobiliza uma diversidade de competências. D’Espiney (2003:183) afirma que *“A participação na equipa multidisciplinar onde se discute colectivamente os doentes confere ao acto de reflectir a situação de cuidar um sentido, cuja finalidade se torna visível. Por outro lado, o reconhecimento pelo grupo de pares do valor do seu trabalho favorece o investimento e o empenhamento pessoal.”*

Os CPC representam um potencial formativo inegável, sendo necessário que os profissionais envolvidos nos contextos de trabalho façam da prática, objecto de reflexão e investigação, para que esse potencial passe *da virtualidade à realidade*, de forma a transformar a experiência em saber (Canário, 2008).

Poderemos então considerar, que o EE em EC e integrado num determinado contexto de trabalho está sujeito a um processo de aprendizagem e de formação. Por um lado o EE está a aprender, e só aprende se quiser, portanto dependente da sua iniciativa individual. Ele possui a capacidade de *autogerir* essa mesma aprendizagem. Por outro lado, o EE em EC vivencia experiências e pratica técnicas e procedimentos que lhe permitem desenvolver competências profissionais, ou seja, formar-se. Neste contexto o EE interage com o meio e com os indivíduos que fazem parte desse contexto – enfermeiros, orientadores, doentes e equipa multidisciplinar – estabelecendo relações interpessoais e trocando ideias e saberes. É neste processo interactivo de intercâmbio com os outros e com ele próprio, que durante o EC o EE vai interiorizando e cimentando conhecimentos, papéis e funções (Rabiais, 2013).

Considerando o dever expresso dos enfermeiros de participar na orientação e acompanhamento dos EE aquando da sua formação de base, e a importância mencionada sobre o CPC na aprendizagem dos EE, considero muito pertinente aprofundar conhecimentos nesta temática, por forma melhorar as competências e o desempenho dos orientadores da prática clínica, como promotores da aprendizagem em EC.

1.3 - REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Segundo Whitemore e Knafl (2005) a terminologia integrativa “*tem origem na integração de opiniões, conceitos ou ideias provenientes das pesquisas utilizadas no método*” evidenciando o potencial para a construção da ciência (Cunha, 2014).

Redeker (2000) refere que a revisão integrativa é um sumário da literatura, sobre um conceito, conteúdo ou área, em que a pesquisa é resumida, analisada e de onde são extraídas conclusões (Cunha, 2014). O objetivo da revisão

integrativa “*é reunir e sintetizar as evidências disponíveis na literatura.*” (Mendes, Silveira e Galvão, 2008: 763).

A RIL é uma metodologia que permite a sistematização do conhecimento científico, de forma a aproximar o investigador da problemática em questão, esboçando o panorama sobre a produção científica, a sua evolução ao longo do tempo e possibilitando oportunidades de pesquisa (Cunha, 2014). Esta metodologia pode ser utilizada quando se pretende sintetizar e analisar o conhecimento científico produzido sobre o tema que está a ser investigado, ou quando se pretende obter informações que possibilitem a avaliação da pertinência dos procedimentos utilizados na elaboração de uma revisão (Cunha, 2014).

A RIL permite a incorporação das evidências na prática clínica e agilidade na divulgação. Esta tem como finalidade agrupar e sintetizar resultados de pesquisas sobre uma delimitada questão ou tema, de forma ordenada e sistemática, a partir dos resultados evidenciados em cada estudo, construindo uma conclusão, que vai contribuir para aprofundar o conhecimento do tema em investigação (Mendes, Silveira e Galvão, 2008) (Pompeo, Rossi e Galvão, 2009).

Botelho, Cunha e Macedo (2011) referem que a elaboração de uma RIL obedece a 6 etapas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e seleccionados; categorização dos estudos seleccionados, análise e interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento (Cunha, 2014).

Na 1ª etapa - Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, o investigador deve definir o problema, formular a pergunta de pesquisa utilizando o formato PICOT ou PICOD, para delimitar o tema, definir uma estratégia de pesquisa, as palavras-chave, os descritores e as bases de dados a utilizar. A formulação da pergunta segundo os formatos PICOT ou PICOD fornece uma estrutura eficiente para a pesquisa dos dados nas bases eletrónicas (Cunha, 2014). Na formulação da questão devem constar os seguintes elementos: (P) participantes na intervenção; (I) intervenção; (C) comparação dessa intervenção com outra; (O) outcomes/efeitos provocados por essa intervenção; (T) tempo necessário para realizar a intervenção. Em substituição do (T) pode ser usado o

(D) desenho do estudo (Cunha, 2014) (Mendes, Silveira e Galvão, 2008) (Pompeo, Rossi e Galvão, 2009).

Na 2ª etapa - Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, é realizada a pesquisa nas bases de dados, utilizando os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Estes critérios têm como objetivo manter a coerência da pergunta de investigação, e devem ser identificados de modo objetivo, podendo ao longo da pesquisa e da elaboração da RIL ser necessário reorganiza-los (Cunha, 2014). Pompeo, Rossi e Galvão (2009: 436) referem que “*O elemento chave para a realização adequada da revisão integrativa é a busca exaustiva da literatura*”. A pesquisa pode incluir artigos publicados, dissertações e teses (Mendes, Silveira e Galvão, 2008).

Na 3ª etapa - Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados, é realizada uma leitura dos resumos, palavras-chave e título das publicações de forma a avaliar a pertinência dos mesmos para a pesquisa. Após esta leitura os pertinentes são selecionados, organizados e identificados (Cunha, 2014).

Na 4ª etapa – Categorização dos estudos selecionados, é elaborado um instrumento de síntese dos artigos, a informação é categorizada e analisada, e os estudos são analisados de forma crítica (Cunha, 2014). O instrumento elaborado será utilizado para reunir e sintetizar as informações-chave de cada estudo selecionado (Mendes, Silveira e Galvão, 2008). Este deve conter alguns itens básicos: identificação do estudo, introdução e objetivos, características metodológicas, resultados e conclusões (Pompeo, Rossi e Galvão, 2009).

Whitemore e Knafl (2005) consideram esta fase um grande desafio para o investigador, pois a síntese e a análise dos vários estudos envolve procedimentos diversos e complexos relativamente ao tipo de abordagem metodológica qualitativa ou quantitativa (Cunha, 2014).

Vários autores abordam a questão da categorização dos estudos: Souza, Silva e Carvalho (2010) e Botelho, Cunha e Macedo (2011) afirmam que esta categorização pode ser baseada no tipo de incidência, na cronologia, nas características da amostra ou na classificação conceitual predeterminada. Cook e Guyatt (1995) acrescentam o grau de confiança dos mesmos, relacionada com a sua qualidade metodológica (Cunha, 2014). Pompeo, Rossi e Galvão (2009) mencionam que os artigos devem ser analisados criticamente em relação aos

critérios de autenticidade, qualidade metodológica, importância das informações e representatividade. Pereira e Bachion (2006) referem que na literatura existem diferentes definições de classificação de evidências: tipo ou força de evidências, nível de evidências, nível do estudo que lhe deu origem, valor da evidência ou hierarquia das evidências (Cunha, 2014).

Na 5ª etapa – Análise e interpretação dos resultados, o investigador ao analisar os resultados, interpreta os mesmos, podendo identificar lacunas no conhecimento existente e sugerir futuras pesquisas. A identificação de lacunas encontradas na literatura é importante para o investigador validar o seu próprio estudo. Toda a análise e interpretação dos resultados é exposta ao longo da discussão (Cunha, 2014).

Nesta fase deve comparar-se os resultados encontrados nos artigos incluídos na RIL com o conhecimento teórico (Pompeo, Rossi e Galvão, 2009), identificar conclusões e implicações resultantes da RIL (Mendes, Silveira e Galvão, 2008), fazer sugestões para a prática de enfermagem e fazer recomendações para futuras investigações (Pompeo, Rossi e Galvão, 2009).

Na 6ª e última etapa – Apresentação da revisão/síntese do conhecimento, é elaborado um documento que deve conter de forma detalhada todas as etapas percorridas pelo investigador, apresentar os principais resultados e propostas para futuros estudos (Cunha, 2014).

1.4 - REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

A teoria orienta a prática de enfermagem descrevendo, explicando ou prevendo determinados fenômenos (George, 2000). Permite relacionar a teoria com a prática e a investigação. Tendo em consideração a dinâmica de trabalho desenvolvido no âmbito da EMC optou-se por abordar a obra de Patrícia Benner e a Teoria do Conforto de Katerine Kolcaba, considerando-se as mais aplicáveis a este contexto da prática.

Para a prática de enfermagem é fundamental o conceito de competência, e como tal considere importante abordar o Modelo de Desenvolvimento Socioprofissional de Patrícia Benner: De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na

Prática Clínica de Enfermagem, assim como o trabalho por ela desenvolvido no âmbito da prática em cuidados intensivos em enfermagem

Esta autora estudou a prática clínica de enfermagem, para tentar descobrir e descrever o conhecimento existente na prática, conhecimento esse que ocorre ao longo do tempo. A autora refere que o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina prática *“consiste no alargamento dos conhecimentos práticos (know-how) através de investigações científicas baseadas na teoria e através do levantamento no “know-how” existente desenvolvido por meio da experiência clínica na prática dessa disciplina”* (Brykcztnski, 2004:187).

Benner adaptou o Modelo de Dreyfus da Aquisição de Competências e Desenvolvimento de Competências de Dreyfus à enfermagem. Da análise das entrevistas realizadas a enfermeiros sobre episódios de cuidados ao doente emergiram 31 competências que foram agrupadas em 7 domínios:

- O papel de ajuda;
- A função de ensinar-treinar;
- A função de diagnóstico e de vigilância do doente;
- A gestão eficaz de situações que se alteram rapidamente;
- Ministras e monitorizar intervenções e regimes terapêuticos;
- Monitorizar e assegurar a qualidade das práticas de cuidados de saúde;
- Competências de trabalho organizacional (Benner, 2001) (Brykcztnski, 2004).

Patrícia Benner, no seu Modelo de Desenvolvimento Socioprofissional, caracteriza a aquisição de competências em 5 estados: Iniciada, Iniciada avançada, Competente, Proficiente e Perito. Esta concepção da autora é muito interessante pois percepção a aquisição e evolução do desenvolvimento das competências do enfermeiro baseada nas experiências vivenciadas e na forma como são ensinadas. Por forma a podermos relacionar estes estados com a aquisição de competências ao longo do meu estágio e na contextualização do meu PDA, importa descrever mais pormenorizadamente cada um deles (Benner, 2001) (Brykcztnski, 2004):

Iniciada – A iniciada não têm experiência da situação com que possa ser confrontada, pelo que têm que lhe ser descritas situações objectivas, regras e normas para as ensinar e orientar o desempenho de forma a adquirirem

experiência necessária ao desenvolvimento de competências. Estas regras impõem um comportamento típico, extremamente limitado e rígido. A iniciada tem dificuldade de distinguir a relevância dos aspetos. Este nível aplica-se a EE, mas também pode aplicar-se a enfermeiros com níveis elevados de competências numa área clínica/serviço, e que são colocados noutra área/serviço ou perante uma situação que desconhecem.

Iniciada Avançada – Conseguem demonstrar um desempenho aceitável, já tendo vivenciado situações reais em número suficiente, que lhes permitem captar aspetos subjectivos de uma situação, baseada no reconhecimento do contexto de uma situação experienciada. Nesta fase o enfermeiro sente-se responsável pela gestão de cuidados ao doente, mas ainda precisa de indicações e de ajuda dos mais experientes para se enquadrarem no CPC. As iniciadas avançadas ainda não são capazes de identificar o mais e o menos importante. Este estado aplica-se aos enfermeiros recém-formados.

Competente – O enfermeiro assume um aumento da responsabilidade e planeia os cuidados de forma consciente e intencional, determinando quais os aspetos da situação que são importantes ou que podem ser ignorados. Há um enfoque na gestão de tempo e na organização de tarefas, em prol das necessidades dos doentes. Este estado é fundamental na aprendizagem clínica, devendo o ensino e a aprendizagem estarem presentes de forma ativa, para treinar os enfermeiros para a transição para o próximo estado. Este estado reporta-se a enfermeiros com 2 ou 3 anos de prática clínica no mesmo serviço.

Proficiente – O enfermeiro percepção as situações na sua globalidade e não de forma fragmentada e as suas acções são conduzidas por máximas. A percepção é neste estado fundamental e é baseada na experiência e nos acontecimentos recentes. Há um reconhecimento dos aspetos mais importantes, implementação das respostas de acordo com a evolução da situação e um domínio intuitivo da situação, baseado na compreensão das experiências prévias. Demonstram confiança crescente nos seus conhecimentos e competências e há um maior envolvimento com o doente e família. Poderá passar-se de novo ao estado de competente quando lhes é pedido algo de novo. Este estado aplica-se a enfermeiros com 5 anos de prática clínica no mesmo contexto.

Perito – O enfermeiro já não utiliza regras, linhas orientadoras e máximas para compreender a situação e atuar. Apresenta um domínio intuitivo da situação, com capacidade para identificar um problema, sem se perder por uma variedade de diagnósticos e soluções, mas não deixando de os considerar. Os aspetos chave da prática de enfermagem perita são: domínio clínico e uma prática baseada na investigação; *know-how* incorporado; ver a situação no seu todo e ver o inesperado (Benner, 2001) (Brykcztnski, 2004).

Considerando a nossa aquisição de competências na área da pessoa em situação crítica e crónica e paliativa, considere importante abordar os 9 domínios da prática dos cuidados intensivos de enfermagem que Patrícia Benner identificou num estudo que realizou com enfermeiros dos cuidados intensivos:

- Diagnosticar e gerir as funções fisiológicas básicas em doentes instáveis;
- O *Know-how* competente de gestão de uma crise;
- Providenciar medidas de conforto para os doentes em estado crítico;
- Cuidar das famílias dos doentes;
- Prevenir os acidentes num ambiente tecnológico;
- Enfrentar a morte: cuidados de fim de vida e tomada de decisões;
- Comunicar e negociar múltiplas perspectivas;
- Monitorizar a qualidade e gerir a falha;
- O *Know-how* competente da liderança clínica (Brykcztnski, 2004).

Considerando o âmbito deste relatório, consideramos que o Modelo de Patrícia Benner se inseria no contexto do meu PDA, que tem como objetivo geral descrever o papel do enfermeiro especialista como promotor da aprendizagem em CPC e como objectivos específicos identificar os aspectos considerados pelos EE e pelos EO como influenciadores da aprendizagem em CPC. Segundo a autora os EE situam-se no estado de Iniciado, pelo que para que ocorra uma adequada aprendizagem os EO devem fazer a descrição das situações de forma objectiva, explicitando de forma clara as regras e normas, para que os EE orientem a sua prática clínica e a sua aprendizagem para o desenvolvimento das competências necessárias.

A obra de Patrícia Benner também nos permitiu refletir sobre o nosso processo de aquisição e desenvolvimento de competências ao longo dos estágios, especificamente no que respeita aos domínios da prática dos cuidados

intensivos de enfermagem, que se podem relacionar com as competências específicas dos enfermeiros especialistas em pessoas em situação crítica e ou em doença crónica e paliativa.

Para além da referência a esta autora, sentimos necessidade de contextualizar a nossa prática a nível teórico, identificando assim a nossa prática clínica com a Teoria do Conforto da Katherine Kolcaba.

É uma teoria simples, que regressa aos cuidados básicos de enfermagem e à sua missão tradicional, com o intuito de devolver à enfermagem uma prática centrada nas necessidades dos doentes, dentro ou fora das instituições. Esta teoria pode ser aplicada em qualquer situação de cuidados de saúde específica, nomeadamente nos contextos de prática clínica, e a vários contextos de investigação, cultura e grupo etário.

A hospitalização de forma súbita e inesperada, proporcionada por uma alteração de saúde em situação aguda e crítica, pode provocar sofrimento, angústia e insegurança. Estes sentimentos negativos refletem o desconforto psicoespiritual, pelo que os enfermeiros têm a competência de identificar essas causas e estabelecer um plano de cuidados, que visa a obtenção de conforto.

A Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba é designada como uma teoria de médio alcance, pelo fato de apresentar instrumentos de medida que possibilitam a avaliação deste construto, sendo de fácil operacionalização. O conforto é um resultado desejável holístico, que tem estados ligados à disciplina de enfermagem e os seres humanos esforçam-se por satisfazer ou verem satisfeitas as suas necessidades básicas de conforto; é a satisfação das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência que emergem da situação causadora de stress (Kolcaba, 1994). A palavra conforto deriva do latim *confortare*, que significa restituir as forças físicas e a energia; tornar forte, fortalecer, revigorar (Academia das ciências de Lisboa, 2001).

A autora analisou diversos artigos, de forma a fazer um relato histórico da utilização da palavra conforto em Enfermagem:

- O conforto do doente deve ser o objetivo principal de enfermagem, pois através deste se consegue a recuperação do doente;
- Nada no conforto pode ser ignorado pela enfermeira, pelo que deve ter-se em atenção todos os pormenores;

- O conforto era a primeira e a última apreciação da enfermeira;
- O conforto proporcionado reflecte a habilidade e personalidade da enfermeira;
- O conforto permite felicidade, tranquilidade física e mental;
- A enfermeira é julgada pela capacidade que tem para fazer o doente sentir-se confortável;

Para resumir os tipos de conforto e o seu conceito, Kolcaba baseou-se em três teóricos de Enfermagem: Orlando, Henderson e Paterson & Zderard. Orlando com o conceito de alívio, refere que as enfermeiras aliviam as necessidades manifestadas pelos doentes. Henderson através da tranquilidade, afirmava que existem 13 funções básicas dos seres humanos que tinham de ser mantidas em homeostase. Por fim Paterson & Zderard com a transcendência, acreditavam que os doentes ultrapassavam as dificuldades com a ajuda das enfermeiras. Watson, também referia que o ambiente era relevante para o bem-estar físico e mental dos doentes (Dowd, 2004).

Numa publicação da autora sobre a Teoria do Conforto, ela refere quatro princípios que estão na génese do conforto holístico:

- “1) O conforto é geralmente próprio de uma condição;
- 2) O resultado do conforto é sensível às mudanças ao longo do tempo;
- 3) Qualquer intervenção de Enfermagem holística, consistentemente aplicada, com uma história estabelecida para a eficácia, melhora o conforto ao longo do tempo;
- 4) O conforto total é maior do que a soma das suas partes. “ (Dowd, 2004: 484).

No que se refere aos metaparadigmas: enfermagem, doente, ambiente e saúde, Kolcaba citada por Dowd (2004), define o conceito de *Enfermagem*, com base no seu processo, através das etapas: Apreciação das necessidades de conforto do cliente, conceção e implementação das medidas bem como a reapreciação dos níveis de conforto. *Doente* é considerado qualquer pessoa, instituição, família ou comunidade que necessitam e recebem os cuidados de saúde. Deve ser encarado pelo profissional de saúde como um ser único numa situação particular e que carece de cuidados personalizados, atendendo ao seu bem-estar físico e mental. *Ambiente* é o aspeto do doente, família ou instituições

que podem ser manipulados pelos enfermeiros ou pessoas significativas, que visam a melhoria dos cuidados. *Saúde* é o bem-estar de acordo com o paciente ou grupo, de um doente, família ou comunidade (Dowd, 2004).

São seis os pressupostos gerais e enunciados teóricos da Teoria do Conforto de Kolcaba:

- 1) Os seres humanos têm respostas globais aos estímulos complexos;
- 2) O conforto é a visão holística dos cuidados de enfermagem;
- 3) Os seres humanos têm uma necessidade de conforto e procuram sempre esse conforto;
- 4) O conforto melhorado promove ânimo aos doentes para empreenderem comportamentos de procura de saúde;
- 5) Os doentes que têm capacidade para assumirem comportamentos de procura de saúde estão satisfeitos com os seus cuidados de saúde;
- 6) A integridade institucional centra-se num sistema de valores vocacionado para o alvo dos cuidados (Kolcaba, 2003) (Dowd, 2004).

Esta teoria apresenta três postulados: O primeiro refere que os enfermeiros reconhecem as necessidades de conforto por satisfazer aos doentes, posteriormente adotam medidas de conforto para colmatar essas necessidades e melhorar o conforto dos doentes, que é o objetivo desejado. O segundo descreve que o conforto está diretamente relacionado com o comportamento de procura de saúde que é resultado que se deseja. Por último o terceiro fundamenta que as pessoas têm uma sustentação essencial para se comprometerem com os comportamentos de procura de saúde (Dowd, 2004).

Kolcaba na sua Teoria do Conforto define alguns conceitos fundamentais:

- Necessidade de cuidados de saúde: são necessidades de conforto que resultam dos cuidados de saúde que não podem ser satisfeitas pelos sistemas de suporte normais. Incluem as necessidades físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais.

- Medidas de conforto: são intervenções de enfermagem para colmatar as necessidades de conforto das pessoas a todos os níveis.

- Variáveis intervenientes: são variáveis que vão influenciar a recepção do receptor, podem ser as experiências, prognósticos, idade, postura, estado emocional, entre outras.

- Comportamento de procura de saúde: refere-se aos resultados obtidos com a procura de saúde por parte de quem recebe os cuidados avaliados pelo enfermeiro. Estes comportamentos podem ser internos, externos ou uma morte pacífica.

- Integridade institucional: corresponde às empresas, as escolas, hospitais, igrejas, entre outros que sejam seguros, completos, honestos, com qualidade e condições.

- Conforto: é o nível imediato de estar fortalecido, através de ter satisfeitas as necessidades humanas: alívio, tranquilidade e transcendência. Estas são tratadas nos quatro contextos de experiência (físico, psicoespiritual, social-cultural e ambiental), como uma condição vivida pelas pessoas que recebem medidas de conforto, isto é, uma experiência imediata e holística fortalecida pela satisfação das necessidades de conforto (Kolcaba e Fisher, 1996).

O Alívio ocorre quando a pessoa tem uma necessidade específica satisfeita, sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual. A Tranquilidade é o estado de calma ou satisfação necessário para um desempenho eficiente. Por último, a Transcendência é o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planear, controlar e resolver os seus problemas.

Os três estados de conforto descritos anteriormente desenvolvem-se em quatro contextos: Físico, que pertence às sensações do corpo; Psico-espiritual, que se refere à consciencialização interna de si próprio, incluindo a estima, o conceito de si mesmo, a sexualidade e o significado da vida e pode também abranger um relacionamento do indivíduo com uma ordem mais alta ou ser superior; Socio-cultural, que diz respeito às relações interpessoais, familiares e sociais; Ambiental, que pertence às influências externas, ao meio envolvente (Dowd, 2004).

Considerando o meu contexto de prática clínica, SU, a imprevisibilidade do número de doentes que pode recorrer ao mesmo, e a diversidade de situações clínicas (agudas, críticas, crónicas agudizadas ou até paliativas) e considerando a minha experiência e prática de prestação de cuidados, identificamo-nos com a Teoria do Conforto de Kolcaba, pois independentemente da situação, da idade e do contexto do doente e família, considero *o proporcionar conforto* como a

intervenção mais relevante do enfermeiro e com grande visibilidade para a prática de cuidados de enfermagem.

2 - PROJETO DE DESENVOLVIMENTO ACADÉMICO

O presente PDA insere-se nos Estágio I, II e III, no âmbito da Unidade Curricular EMC I e II, que decorreu num SU, de um hospital da margem sul de Lisboa.

Enquanto enfermeira e orientadora de EC em CPC, sempre tivemos uma especial preocupação e atenção com os EE e com o seu processo de aprendizagem no serviço. Da nossa experiência profissional (16 anos como enfermeira e 8 anos como docente), da observação e das conversas com os EE que temos orientado, percebemos que o CPC e a respectiva orientação pelo EO e docente, influenciam a aprendizagem do EE.

Com a frequência do Mestrado em EMC, e considerando as competências do enfermeiro especialista, nomeadamente as competências comuns, consideramos fundamental nesta fase do nosso percurso pessoal e profissional, e considerando também as nossas necessidades de formação, o desenvolvimento de um PDA sobre o papel do enfermeiro especialista, como promotor da aprendizagem do EE do CLE no CPC.

2.1 - DIAGNÓSTICO E PLANEAMENTO

Como já foi referenciado no enquadramento teórico elaborado relativo a aprendizagem em CPC, o CLE tem, de forma articulada, uma parte teórica e uma parte prática, conforme descrito no Regulamento Geral da Licenciatura de Enfermagem, e deve ser de, pelo menos, metade da carga horária total do curso. (Portaria Nº 799-D/99, de 18 de setembro). O objectivo do EC descrito no Regulamento Geral da Licenciatura de Enfermagem é *“assegurar a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes necessários às intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional de enfermagem”*, e é assegurado *“sob a orientação dos docentes da escola superior, com a colaboração do pessoal de saúde qualificado”* (Portaria Nº 799-D/99, de 18 de setembro). O CPC onde decorrem as aprendizagens experienciais não é imparcial. A aprendizagem implica a tomada de consciência de si e da sua relação com o contexto,

determinando acções de mudança. A multiplicidade, a riqueza e a estimulação dos contextos podem aumentar as oportunidades de aprendizagem e as respectivas intervenções. Um indivíduo que contacta sempre com um contexto restrito, parece apresentar dificuldade na deslocação de saberes para outros contextos. Este poderá ser um aspecto limitativo da formação baseada na experiência (Rabiais, 2013). As oportunidades de aprendizagem que surgem em cada EC são particulares e imprevisíveis, pois dependem das situações clínicas dos doentes e dos procedimentos e cuidados que daí advêm. Por fim a qualidade da orientação realizada pelo EO e pelo docente, a motivação que estes conseguem impulsionar, o processo de reflexão sobre as situações clínicas, o desenvolvimento da capacidade de tomada de decisão para a autonomia é crucial no processo de aprendizagem do estudante (Abreu, 2003).

Considerando o dever expresso dos enfermeiros de participar na orientação e acompanhamento dos EE aquando da sua formação de base, e a importância mencionada sobre o CPC na aprendizagem dos EE, considero muito pertinente aprofundar conhecimentos nesta temática, de forma a melhorar e desenvolver as competências e o acompanhamento dos EO da prática clínica, como promotores da aprendizagem em EC.

Enquanto enfermeira da prática e EO de EE e enquanto futura enfermeira especialista em EMC, sentimos a necessidade de identificar quais os aspectos considerados pelos EE do CLE e pelos EO, que podem influenciar a aprendizagem em CPC, de forma a compreender qual o papel do enfermeiro especialista como promotor da aprendizagem, neste contexto.

Considerando a problemática apresentada identificamos como problemas parcelares:

- Quais os aspectos considerados pelos EE do CLE como influenciadores da aprendizagem no CPC?
- Quais os aspectos considerados pelos EO da prática como influenciadores da aprendizagem dos EE no CPC?

Definimos como objetivo geral para este PDA: Descrever o papel do enfermeiro especialista como promotor da aprendizagem dos EE do CLE em CPC.

Como objetivos específicos estabelecemos:

- Identificar os aspectos considerados pelos EE do CLE como influenciadores da aprendizagem em CPC.
- Identificar os aspectos considerados pelos EO da prática como influenciadores da aprendizagem do EE em CPC.
- Elaborar uma revisão integrativa da literatura.
- Divulgar os resultados com a equipa de enfermagem.
- Divulgar os resultados da pesquisa em revistas científicas.

Para cada objetivo específico estabelecemos as atividades e estratégias a desenvolver para os atingir, conforme documento em apêndice (Apêndice 1) Elaboramos inicialmente também um cronograma, inserido no planeamento do projeto (Apêndice 1), que não conseguimos cumprir na totalidade os tempos definidos, por intercorrências a nível pessoal e profissional.

2.2 - REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Esta RIL surge então como um dos objetivos específicos formulados na elaboração do nosso PDA.

O objetivo desta RIL é identificar os aspectos considerados pelos EE do CLE e pelos EO da prática como influenciadores da aprendizagem em CPC.

Após a contextualização da temática definimos o nosso problema e formulamos as nossas questões de pesquisa:

- Quais os aspectos considerados pelos estudantes do CLE como influenciadores da aprendizagem em CPC?
- Quais os aspectos considerados pelos EO da prática como influenciadores da aprendizagem do EE do CLE em CPC?

A escolha dos EE e dos EO da prática, prende-se com o fato de estes serem os atores que interagem de forma contínua no CPC, levando à aquisição e desenvolvimento de muitas das competências do EE durante o EC.

Para conhecer a evidência científica sobre esta problemática foram realizadas pesquisas em junho e julho de 2015, nas bases de dados eletrónicas: EBSCO (CINAHL with Full Text, MEDLINE with Full Text, Cochrane Data base of Systematic Reviews, Cochrane Central Register of controlled trials, Data base of abstracts of reviews of effects, Medlatina); LILACS (texto integral disponível),

SCIELO (Portugal) e RCAAAP usando as seguintes palavras-chave: estudantes AND ensino clínico. Foram procurados artigos científicos publicados, nos últimos 10 anos. Por terem sido encontrados um grande número de artigos, houve necessidade de redefinir as palavras-chave, de forma a limitar os artigos selecionados e a responder as nossas questões de investigação. Foram então selecionadas as palavras-chave: aprendizagem AND ensino clínico AND Enfermagem.

Foram encontrados na totalidade 40 artigos disponíveis em texto integral, publicados entre 2005 e 2015. Na EBSCO foram encontrados 10 artigos, na LILACS, 17 artigos, na SCIELO 9 artigos e no RCCAP 4 documentos (2 teses de doutoramento, 1 dissertação de mestrado e 1 documento de conferência).

De forma a validarmos a nossa pesquisa, em março de 2016 realizamos nova pesquisa nas mesmas bases de dados, procurando artigos científicos publicados após 2006, disponíveis em texto integral, utilizando as palavras-chave: aprendizagem AND ensino clínico AND Enfermagem (32 artigos), aprendizagem AND estágio AND Enfermagem (239 artigos) e aprendizagem AND educação clínica AND Enfermagem (27 artigos). Foram encontrados um total de 301 artigos.

Foram considerados como critérios de inclusão artigos escritos em língua portuguesa, espanhola ou inglesa, com limite temporal de 10 anos e que tivessem como participantes EE do CLE e EO da prática clínica. Serão excluídos artigos que não estejam disponíveis em texto integral e revisões integrativas da literatura.

Foram lidos os resumos dos artigos e aplicados os critérios de inclusão e exclusão, tendo apenas sido selecionados 53 artigos.

Após a leitura destes artigos verificamos que apenas 11 respondiam de forma clara a nossa questão de investigação. Os artigos foram identificados de A1 a A11 e foram analisados segundo os níveis de evidência de Oxford. Os dados recolhidos foram agrupados nos seguintes quadros:

Identificação do estudo	Autor: Maria da Conceição Batista Correia; Maria Dulce Santos Santiago Título: <i>A orientação para a prática reflexiva e o desenvolvimento de competências dos estudantes de enfermagem nos cuidados ao doente crítico</i> Ano de publicação: 2012
A 1	Nível de Evidência – 3B
Objetivo do estudo	Caraterizar o modo como o estudante de enfermagem reflete sobre a sua experiencia na ação, no cuidado à pessoa em situação crítica durante o ensino clínico, em cuidados intensivos
População	Estudantes de enfermagem
Intervenção	Relações no processo ensino-aprendizagem
Outcomes/ Resultados	Acolhimento do estudante (1º momento com o tutor); Comunicação doente/família; Rácio enfermeiro/doente; Manuseamento do equipamento; Especificidade das intervenções de enfermagem; Disponibilidade do tutor em partilhar conhecimento; Reflexão sobre a ação.
Desenho do estudo	Estudo qualitativo

Identificação do estudo	Autor: Carla Fernandes; Bruno Santos; Raquel Torres; Victor Lobo Título: <i>Refletindo sobre a qualidade da supervisão no ensino clínico de enfermagem em saúde mental: perspectiva dos supervisores</i> Ano de publicação: 2012
A 2	Nível de Evidência – 3B
Objetivo do estudo	Identificar atributos para a qualidade da supervisão do ensino clínico de enfermagem em Saúde Mental
População	Enfermeiros orientadores e Docentes
Intervenção	Relações no processo ensino-aprendizagem
Outcomes/ Resultados	Acolhimento dos estudantes e da organização; Envolvimento dos alunos a nível institucional; Escolha correta dos serviços; Sobrecarga dos enfermeiros; Rácio tutor/aluno, enfermeiro/doente, supervisor/aluno; Tempo destinado a supervisão; Cronograma de EC; Características do supervisor; Formação para profissionais que orientam os estudantes; Parceria com os tutores e entre os diferentes grupos profissionais do serviço; Promover a reflexão; Feedback; Motivação dos estudantes.
Desenho do estudo	Estudo qualitativo – Estudo fenomenológico

Identificação do estudo	Autor: Miriam Aparecida Barbosa Merighi; Maria Cristina Pinto de Jesus; Selisvane Ribeiro da Fonseca Domingos; Deíse Moura de Oliveira; Thaís Norikalto Título: <i>Ensinar e aprender no campo clínico: perspectiva de docentes, enfermeiras e estudantes de enfermagem.</i> Ano de publicação: 2014
A 3	Nível de Evidência – 3B
Objetivo do estudo	Conhecer e discutir as expectativas dos docentes, enfermeiras e estudantes com relação ao ensino em campo clínico
População	Estudantes de enfermagem, enfermeiras e docentes
Intervenção	Relações no processo ensino-aprendizagem
Outcomes/ Resultados	Acolhimento; Ambiente que promova empatia, confiança, paciência, respeito para com os estudantes; Articulação teoria-prática; Oportunidades de aprendizagem; Complexidade dos cenários de prática clínica; Relação orientador-estudante; Relação orientador-instituição de ensino; Conhecimento; Estimular a estudante; Reflexão sobre a aprendizagem/prática (questões teóricas, práticas e atitudinais); Maturidade pessoal e profissional; Competência e segurança; Feedback; Atitude pró-ativa e comprometida do estudante; Segurança e autonomia; Criatividade; Curiosidade.
Desenho do estudo	Estudo qualitativo – Estudo fenomenológico

Identificação do estudo	Autor: Zélia Marilda Rodrigues Resck; Elizabeth Laus Ribas Gomes Título: <i>Background and managerial practice of nurses: paths for transforming praxis.</i> Ano de publicação: 2008
A 4	Nível de Evidência – 3B
Objetivo do estudo	Analisar as demandas e as expectativas oriundas do cenário das práticas gerenciais, face ao Projeto Pedagógico a às estratégias que favoreçam ou não a práxis transformadora
População	Estudantes, Enfermeiros e Docentes
Intervenção	Relações no processo ensino-aprendizagem
Outcomes/ Resultados	Exigências do serviço; Tempo de estágio e número de estudantes; Interação estudante-enfermeiro-docente; Relação; Discussão em grupo envolvendo todos os intervenientes; Dar feedback.
Desenho do estudo	Estudo qualitativo – Focus grupo

Identificação do estudo	Autor: Danielle Costa de Souza; Ilza Lopes da S. Santos; Janayna de Oliveira Rosa Miranda; Aline Affonso Luna; Fábio José de Almeida Guilherme; Maria da Soledade Simeão dos Santos Título: <i>Percepções do graduando de enfermagem sobre as atividades desenvolvidas durante o estágio supervisionado integralizador I</i> Ano de publicação: 2015
A 5	Nível de Evidência – 3B
Objetivo do estudo	Descrever o processo de aprendizagem do graduando de enfermagem inserido no estágio Supervisionado I; Identificar as habilidades adquiridas pelo graduando de enfermagem no decorrer do estágio; Discutir a contribuição do estágio no processo de formação do graduando de enfermagem
População	Estudantes de enfermagem
Intervenção	Relações no processo ensino-aprendizagem
Outcomes/ Resultados	Interações aluno/aluno, aluno/equipe e aluno/profissional; Medo; Preocupação; Insegurança; Tensão; Ambiente (doente); Ansiedade.
Desenho do estudo	Estudo qualitativo - Estudo descritivo e exploratório

Identificação do estudo	Autor: Geraldo Antônio da Silva; Raul José Vicente Corrêa; Rebeca Corrêa; Cristiane Aparecida Silveira; Sônia Maria Alves de Paiva Título: <i>Sentimentos vivenciados por graduados em enfermagem durante o estágio supervisionado</i> Ano de publicação: 2011
A 6	Nível de Evidência – 4
Objetivo do estudo	Identificar os sentimentos vivenciados pelos alunos durante o estágio supervisionado em enfermagem, caracterizando-os quanto ao perfil socioeconômico, correlacionando os sentimentos vivenciados durante a aprendizagem teórico-prática, e às interferências no processo ensino-aprendizagem
População	Estudantes de enfermagem
Intervenção	Relações no processo ensino-aprendizagem
Outcomes/ Resultados	Relacionamento com outros estudantes; Integração teoria-prática; Ansiedade; Medo; Insegurança; Angústia Satisfação; Motivação.
Desenho do estudo	Estudo quali-quantitativo – Estudo descritivo e epidemiológico

Identificação do estudo	Autor: Mónica Illesca Pretty; Mirtha Cabezas González; Carmen Nuin Orrio; Pilar Jurschik Jiménez Título: <i>Competencias del docente clínico enfermeira/o, Universidades Lleida (Espana) y La Frontera (Chile): Percepción del estudiante</i> Ano de publicação: 2010
A 7	Nível de Evidência – 3B
Objetivo do estudo	Comparar as opiniões dos estudantes de enfermagem das Universidades de Lleida e La frontera relativamente a percepção dos estudantes sobre as competências que deve ter um enfermeiro tutor para a orientação clínica
População	Estudantes de enfermagem
Intervenção	Relações no processo ensino-aprendizagem
Outcomes/ Resultados	Organização dos cuidados; Trabalho de equipa; Relacionamento interpessoal; Conhecimento; Experiência; Competências técnicas; Capacidade de ensino ("docente"); Inteligente; Empatia (amável); Motivação; Satisfação.
Desenho do estudo	Estudo qualitativo

Identificação do estudo	Autor: Juliana Cristina Casate; Adriana Katia Corrêa Título: <i>Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde</i> Ano de publicação: 2006
A 8	Nível de Evidência – 3B
Objetivo do estudo	Compreender as vivências dos alunos Curso de Graduação em Enfermagem nas situações de estágio no cotidiano hospitalar, refletindo sobre o processo de formação, com ênfase na dimensão humana
População	Estudantes de enfermagem
Intervenção	Relações no processo ensino-aprendizagem
Outcomes/ Resultados	Acolhimento; Inserção na equipa de saúde; Sentimentos associados às experiências em ensino clínico; Apoio, escuta e orientação; Ansiedade; Medo; Frustração; Tristeza; Impotência; Gratificação; Motivação.
Desenho do estudo	Estudo qualitativo

Identificação do estudo	Autor: Ana Paula Scheffer da Silva Título: <i>A Enfermeira e a corresponsabilidade pela formação do aluno em estágio curricular</i> Ano de publicação: 2012
A 9	Nível de Evidência – 2B
Objetivo do estudo	Analisar a participação do enfermeiro no desenvolvimento, acompanhamento e supervisão de alunos de enfermagem em estágio curricular por meios de uma estratégia de intervenção educativa a distância
População	Enfermeiros
Intervenção	Relações no processo ensino-aprendizagem
Outcomes/ Resultados	Discussão do currículo do curso; Ausência de participação na organização do EC e de informação durante o decorrer do EC; Estabelecimento de metas e de um perfil de estudante para aquele EC; Apoio e presença do docente.
Desenho do estudo	Estudo qualitativo – Estudo de Caso (Tese de Doutorado)

Identificação do estudo	Autor: Ana Paula Espada Título: <i>O erro na aprendizagem clínica dos estudantes de enfermagem- Percepções de Estudantes de Enfermagem em Aprendizagem Clínica sobre os Erros Cometidos e o Papel que Desempenham na Aprendizagem e o no Desenvolvimento</i> Ano de publicação: 2013
A 10	Nível de Evidência – 2B
Objetivo do estudo	Analisar os factores associados aos erros cometidos pelos estudantes de enfermagem durante a aprendizagem clínica, e as suas percepções relativamente a essas ocorrências e à oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento delas resultantes
População	Estudantes de Enfermagem
Intervenção	Relações no processo ensino-aprendizagem
Outcomes/ Resultados	Stress; Feedback; Ambiente; erro como oportunidade de aprendizagem.
Desenho do estudo	Estudo quantitativo e qualitativo (Tese de doutoramento)

Identificação do estudo	Autor: Laurinda Medeiros e Costa Título: <i>A aprendizagem na convivência: o estágio curricular em enfermagem</i> Ano de publicação: 2008
A 11	Nível de Evidência – 2B
Objetivo do estudo	Analisar o processo de aprendizagem de estudantes de enfermagem em estágio curricular na estratégia saúde da família, tendo como fio condutor a aprendizagem na convivência
População	Estudantes de Enfermagem
Intervenção	Relações no processo ensino-aprendizagem
Outcomes/ Resultados	Sobrecarga de funções do enfermeiro; Relação e diálogo enfermeiro/docente; docente/estudante; enfermeiro /estudante; Presença do docente; Acolhimento pelo orientador e equipa. Sentimentos do estudante.
Desenho do estudo	Estudo Qualitativo (Dissertação de Mestrado)

Os dados recolhidos e sistematizados nos quadros anteriores foram analisados e categorizados:

Quadro 1 - Aspectos que influenciam a aprendizagem em contexto de prática clínica

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Acolhimento	Instituição de Saúde A2
	Enfermeiro Orientador A1 A11
	Equipa A1 A2 A3 A8 A11
Organização do Ensino Clínico	Currículo do curso A2 A9
	Planeamento do ensino clínico A2 A4 A9
	Relação escola-serviço A4
Contexto de prática clínica	Especificidade dos cuidados de enfermagem A1 A3 A10
	Rácios A1 A2 A11
Processo ensino-aprendizagem	Articulação teoria-prática A3 A6
	Desenvolvimento de competências A3
	Reflexão sobre a prática A1 A2 A3 A4
	Relação interpessoal: - Terapêutica A1 A5 - Pedagógica A5 A6 A7 - Multiprofissional A2 A3 A4 A5 A6 A8 A11
Enfermeiro orientador	Características e postura A1 A2 A3 A7 A8
	Conhecimento e competências A2 A3 A7
Estudante	Características pessoais A3
	Emoções – mecanismos de coping A2 A5 A6 A8 A10 A11

Após esta apresentação dos resultados encontrados, importa agora discutirlos considerando o referencial teórico apresentado e encontrado na pesquisa bibliográfica que sustentou esta pesquisa.

Interpretação dos resultados

Os aspetos que influenciam a aprendizagem em CPC, referenciados pelos EE e pelos EO da prática clínica, foram agrupados em 6 categorias: acolhimento, organização de ensino clínico, contexto de prática clínica, processo de ensino-aprendizagem, enfermeiro orientador e estudante.

Relativamente à primeira categoria, **acolhimento**, encontramos 3 subcategorias: instituição de saúde, enfermeiro orientador e equipa.

O acolhimento do EE é relatado pelos mesmos, como uma das formas de desenvolvimento de competências (Correia e Santiago, 2012), considerando o acolhimento pelos enfermeiros da prática como fundamental para a sua aprendizagem em CPC (Merighi et al., 2014) (Correia e Santiago, 2012).

Segundo os mesmos, o primeiro contato com a equipa e principalmente com o EO é importante pois pode diminuir sentimentos de medo e insegurança (Correia e Santiago, 2012), que podem dificultar a aprendizagem. Há EE que referem que se sentem pouco inseridos na equipa de saúde/enfermagem, e que este aspeto pode influenciar a aprendizagem (Casate e Corrêa, 2006).

O EO deve criar um ambiente acolhedor para o EE, no CPC, sendo que quando este ambiente for negativo, irá influenciar a restante equipa, impedindo o diálogo e a aprendizagem (Costa, 2008). Segundo os EE, o EO é o elo de ligação com a equipa multiprofissional e a comunidade, sendo a sua atuação imprescindível para o êxito do desempenho do estudante (Costa, 2008).

No estudo de Costa (2008), a autora verificou que com orientadores diferentes os EE tiveram oportunidades de aprendizagem e intercorrências distintas, comprovando a importância do acolhimento e da relação estabelecida no CPC como um diferencial na aprendizagem (Costa, 2008).

O Despacho Ministerial 1/87 de 21/4/87, reforçado pelo Despacho 8/90 de 28/2/90, refere que “...os estabelecimentos e serviços dependentes do Ministério da Saúde devem prestar a maior colaboração às Escolas Superiores de Enfermagem nomeadamente, facilitando campos de estágio de natureza e qualidade adequados à formação de novos enfermeiros.” (Portugal, Decreto de Lei nº 64, 1990, p. 2706). Para além da disponibilização de CPC com qualidade, os enfermeiros salientam que um bom acolhimento por parte das instituições de saúde é fundamental para que os EE conheçam o contexto global da mesma, e assim beneficiem ao sentirem que fazem parte da própria instituição (Fernandes et al., 2012).

Aquando do acolhimento devem ser consideradas as limitações dos EE e possíveis conflitos, de forma a promover a maturidade pessoal e profissional,

transpondo a componente técnica e valorizando a formação enquanto cidadão e de ser humano (Casate e Corrêa, 2006).

Na **organização do ensino clínico** foram identificadas 3 subcategorias: currículo do curso de enfermagem, planeamento do ensino clínico e a relação escola-serviço.

Na organização do EC estão envolvidos os EESE e as instituições de saúde, especificamente os serviços onde ocorre a prática clínica. Algumas das responsabilidades inerentes à qualidade da orientação de EE foram atribuídas aos EESE. Os EO consideram que o programa de ensino do CLE pode ser considerado um elemento facilitador. Algumas lacunas teóricas identificadas pelos EO estão relacionadas com o plano de estudos da escola (Fernandes et al., 2012). A discussão do currículo do curso com os enfermeiros da prática, promove a valorização destes profissionais (Silva, 2012). Borges (2010) refere que a escola deve identificar os problemas e fazer uma aproximação entre os conteúdos programáticos e os problemas identificados na prática clínica.

Dentro do planeamento do EC, a escolha adequada dos CPC é evidenciada pelos EO, pois estes CPC devem permitir que os objetivos estipulados para o EC possam ser cumpridos (Fernandes et al., 2012). Cabe aos EESE conhecerem as características do CPC, para adequar os objetivos de EC, a duração e o número de EE a colocar nesses CPC. Estes aspetos podem influenciar a qualidade da orientação dos EE (Silva e Silva, 2004) e a aprendizagem dos estudantes.

Segundo os EE e os EO, a adequação do tempo de EC e do número de EE (Resk e Gomes, 2008) (Silva, 2012) a cada CPC, deve considerar os objetivos do EC e o desenvolvimento da prática prevista (Resk e Gomes, 2008).

Os EE referem que o conhecimento prévio das exigências de cada CPC pode influenciar a aprendizagem em EC. Este conhecimento pode ser adquirido através da interação entre EE-docente-EO durante o desenvolvimento da prática clínica (Resk e Gomes, 2008).

Os EO salientam a importância do fornecimento de documentação de apoio, nomeadamente de um guia orientador de EC e da adequação das grelhas de avaliação aos CPC (Fernandes et al., 2012). O estabelecimento de metas,

contratos e até do perfil do EE no EC (competências, atitudes, responsabilidades e conhecimento), são uma necessidade manifestada pelos EO (Silva, 2012).

A ausência de participação no planeamento do EC e a não receção de informações relativas as atividades entre o docente e o EE, também foram relatados pelos EO, como uma experiencia frustrante e desmotivadora (Silva, 2012).

Os EO consideram que no final de cada EC deve ser dado feedback sobre o EC ao EESE e ao CPC, de forma a melhorar a parceria entre os EESE e o serviço (Resk e Gomes, 2008).

Em relação ao **contexto de prática clínica** foram identificadas 2 subcategorias: especificidade dos cuidados de enfermagem e rácios.

O ambiente em que decorre o CPC inclui as características das organizações e dos serviços, assim como o ambiente psicológico e as características anímicas dos profissionais, que podem influenciar, de modo positivo ou negativo o desempenho e a aprendizagem dos estudantes (Espada, 2013).

Nos CPC a imprevisibilidade das situações exige uma constante actualização (Espada, 2013), e é neste contexto que os EE percebem a complexidade dos cuidados de enfermagem e como este aspeto os ajuda a desenvolverem-se como futuros enfermeiros (Benner, 2001).

No EC, espera-se que o EE desenvolva habilidades técnicas, científicas e interpessoais. Para que tal aconteça é necessário que o CPC seja dotado de um ambiente que promova empatia, confiança e respeito pelos EE. Uma experiência positiva do EE promove a reflexão sobre a sua atuação profissional (Merighi et al., 2014), influenciando de forma afirmativa a sua aprendizagem. A conquista da autonomia do EE está associada ao suporte profissional do EO do CPC e do docente (Merighi et al., 2014).

A identificação da complexidade dos vários CPC e das diferentes situações do cuidar, pressupõe o desenvolvimento no EE da sua curiosidade, criatividade, capacidade para enfrentar situações incertas e para compreender a dinâmica da atualização contínua do conhecimento (Merighi et al., 2014).

O manuseamento de equipamento e a prestação de cuidados ao doente em situação crítica são aspetos relatados pelos EE como promotores do desenvolvimento de competências: equipamentos como ventiladores, cateteres venosos centrais, linhas arteriais, seringas infusoras, assim como a instabilidade hemodinâmica do doente, procedimentos técnicos e o conhecimento da terapêutica e respectivas interações, obriga o EE a pesquisar e a adquirir destreza técnica. Por outro lado os EE também referem medo relacionado com a diversidade do equipamento associado a prestação de cuidados ao doente crítico (Correia e Santiago, 2012).

A aquisição de competências técnicas associadas aos CPC é fonte de ansiedade para os EE. Num estudo realizado por Carvalho et al (1999) verificou-se que 81,8% dos EE apresentava ansiedade, relacionada com o medo de errar e de provocar dano ao doente (Casate e Corrêa, 2006).

No CPC é também evidente, pelos próprios EE, a dificuldade na separação das competências técnicas e humanas. Aquando do primeiro contato com estes contextos os EE apresentam menos preocupação com a dimensão emocional e social do doente, e a própria comunicação restringe-se à explicação do procedimento que irá ser realizado. Apesar de os EE considerarem que devem ter uma visão holística sobre o doente, referem que é muito difícil a concretização dessas noções teóricas nas suas intervenções do cuidar, prevalecendo a dicotomia entre as competências técnicas e as humanas (Casate e Corrêa, 2006).

Os EO da prática clínica referem que a disponibilidade de recursos humanos para a orientação de EE pode influenciar a aprendizagem em CPC, nomeadamente o rácio EO/EE e enfermeiro/doente. O excesso de EE por EO e a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros na prestação direta de cuidados, limita a disponibilidade dos mesmos (Fernandes et al., 2012) para a orientação de qualidade dos EE. Costa (2008) refere como preocupante a sobrecarga de funções de muitos enfermeiros que têm de assumir mais uma atribuição, a de orientação de EE, nem sempre reconhecida, e em que lhes é exigido a mesma qualidade e eficiência na prestação de cuidados.

Estes aspetos também são referidos por Martins (2009), designadamente a quantidade de recurso humanos e materiais do EC, e a necessidade do número adequado de EE por EO.

Os EE consideram que no CPC de cuidados intensivos, o rácio enfermeiro/doente, e a especificidade das intervenções permitem ao EE uma aprendizagem qualificada, reflectida e fundamentada (Correria e Santiago, 2012).

Na categoria **processo de ensino-aprendizagem** foram encontradas 4 subcategorias: articulação teoria-prática, desenvolvimento de competências, reflexão sobre a prática e relação.

A integração da teoria e da prática constitui uma expectativa recíproca para docentes, EO e EE (Merighi et al., 2014). As expectativas do docente de aproximar a teoria à prática são evidenciadas também pelos EO, que valorizam essa interface do conhecimento como fundamental à construção da aprendizagem (Merighi et al., 2014). Na perspectiva do EE este espera com esta articulação, aplicar o conhecimento teórico-prático adquirido em sala de aula e aprender, de forma a qualificar a sua aprendizagem para o seu exercício profissional (Merighi et al., 2014).

Para que esta integração ocorra os participantes neste processo devem estar disponíveis para o diálogo, coerente e recíproco, e devem considerar o potencial e as limitações dos envolvidos e do próprio CPC (Merighi et al., 2014).

A aprendizagem é mais enriquecedora e eficaz quando a teoria é integrada concomitantemente com a prática clínica. O receio, medo e ansiedade do EE diminuem dando lugar a práticas clínicas mais autónomas fundamentados por conhecimento científico (Souza et al., 2015).

Alguns autores consideram esta desarticulação teoria-prática um pseudodilema, pois a aprendizagem em CPC não pressupõe a aplicação da teoria, mas sim a sua transferência para a prática real em contexto de trabalho, numa praxis de desenvolvimento (Benner, 2001; Carvalho, 2005), em que o EO/docente são elementos facilitadores da aprendizagem (Espada, 2013).

O EE considera a sua experiência em contexto de EC, como uma oportunidade de desenvolvimento de competências práticas necessárias, numa perspectiva de complementaridade à sua formação profissional, especialmente na aquisição de segurança e autonomia para o exercício profissional (Merighi et al., 2014). Por outro lado o EO e o docente esperam que o EE desenvolva em CPC

uma atitude proactiva e de comprometimento para com a sua própria aprendizagem (Merighi et al., 2014).

Docentes, EO e EE ambicionam que o CPC favoreça o desenvolvimento de competências que superem a dimensão do saber fazer, estimulando a capacidade de reflexão crítica sobre as situações de aprendizagem vivenciadas (Merighi et al., 2014).

O desenvolvimento de competências em enfermagem assenta na experiência e na reflexão (Benner, 2001) (Rua, 2011) (Espada, 2013). A acção que decorre nos CPC tem de ser estimulada, pelo EO/docente, através da reflexão, de forma a ser promotora da aprendizagem (Carvalho, 2005). A aquisição e evolução do desenvolvimento das competências do enfermeiro é baseada nas experiências vivenciadas e na forma como as mesmas são ensinadas (Benner, 2001)

Os docentes e EO consideram que o EC transcende a realização de procedimentos técnicos, e o desenvolvimento dessas competências, e que ao serem elementos facilitadores da aprendizagem, o EE possa reflectir criticamente sobre o que faz (Merighi et al., 2014). O exercício de reflexão sobre as práticas, amplia a intervenção do EE na realidade vivenciada, pelo suporte crítico e reflexivo no desenvolvimento de competências instrumentais em determinadas situações (Merighi et al., 2014).

O momento de passagem de turno é referido pelos EE como uma fonte de informação, pois implica a mobilização de saberes, a pesquisa e um exercício para colher a informação da melhor forma e conseguir transmitir a informação essencial sobre o doente (Correia e Santiago, 2012). Este momento permite não só a continuidade dos cuidados, mas acima de tudo a reflexão pelos enfermeiros acerca da qualidade dos cuidados prestados, o que por si só é promotor do desenvolvimento de competências (Correia e Santiago, 2012).

A reflexão sobre situações de insucesso e o enfrentar a morte, pode ser visto como promotor da aprendizagem, pois estas situações remetem para reflexões e decisões de natureza ética e apresentam-se como uma dificuldade na relação do EE com o doente e família. A reflexão vai permitir uma compreensão holística, unitária e integradora das situações vivenciadas. Os EE referem sentir

necessidade de uma maior preparação, empenho e atenção (Correia e Santiago, 2012).

O erro pode influenciar a aprendizagem de forma positiva ou negativa, consoante a forma como são entendidos e geridos. Alguns EE consideram-no como contributo na medida em que o tiveram maior atenção na prestação de cuidados, na tomada de consciência de que se cometem erros e nos conhecimentos adquiridos. A reflexão na acção com o EO/docente ou em grupo, o feedback imediato e construtivo e em privado, a demonstração de paciência e confiança comunicação calma, atenção ao desempenho do EE, a explicação das consequências e a abertura para retirar dúvidas foram considerados como facilitadores da aprendizagem (Espada, 2013).

O erro foi também entendido como dificultador da aprendizagem por factores relacionados com os supervisores (feedback inadequado e na presença de terceiros), ansiedade, falta de tomada de consciência do sucedido, diferença entre a teoria e a prática, falta de reflexão (Espada, 2013).

Segundo os EE, a orientação para uma prática reflexiva, visando um agir com competência pressupõe a interação com os outros e implica o desenvolvimento de estratégias de atuação como: a clarificação de metas e discussão dos objetivos de aprendizagem com a presença do docente; a presença do EO, de forma a desenvolverem a capacidade de autonomia; a integração na equipa de forma a promover o crescimento teórico e pessoal (Correia e Santiago, 2012).

Os docentes e os EO, enquanto elementos facilitadores, também demonstram a necessidade de introduzir estratégias que estimulem o pensamento crítico e reflexivo, questionando as práticas e articulando a teoria com a prática (Resk e Gomes, 2008). Ambos consideram relevante a discussão em grupo (docente, EO e EE), de forma a aproximar o ensino e os serviços e a redesenhar o projecto pedagógico do EE (Resk e Gomes, 2008).

A relação terapêutica, relação com a equipa, com familiares e/ou pessoas significativas do doente é desenvolvida pelos EE através da observação e pela escuta ativa enquanto se encontram em CPC. A reflexão associada ao conhecimento teórico adquirido favorece o desenvolvimento pessoal do estudante (Correia e Santiago, 2012).

As interações interpessoais entre os EE, EE/docente e EE/ equipa de saúde/funcionários, são o alicerce que facilita a aprendizagem. A eficácia da aprendizagem ocorre quando há uma relação interpessoal sólida (Souza et al., 2015).

Os EO consideram que um fator que pode ser facilitador ou dificultador da aprendizagem, dependendo da forma como está desenvolvido na organização, é a relação entre os vários profissionais. Uma situação de conflito pode ser reflectida no EE (Fernandes et al., 2012).

Os EE relatam que na relação com a equipa conseguiram apreender o papel de cada profissional e exercitar o trabalho em equipa (Costa, 2008), elogiando a integração realizada por alguns deles e as aprendizagens dentro das suas especificidades.

A relação EE-docente, construída no processo de ensino aprendizagem em CPC, e sentimentos associados, pode facilitar ou limitar a aprendizagem do EE (Casate e Corrêa, 2006). Num estudo desenvolvido por Costa (2008) os EE sentiram necessidade da presença do docente tendo sido frequente a sugestão de que os docentes visitem mais vezes o CPC e que reúnam com o EO e EE para discutirem as dificuldades sentidas no EC. Os EE consideram fundamental o papel do docente na mediação pedagógica em EC, explicitando os objetivos da aprendizagem e avaliando o processo de aprendizagem (Costa, 2008).

A dificuldade em estabelecer uma relação interpessoal e o défice de diálogo, em especial com o EO, geraram sofrimento e ausência de estímulo, inibindo o EE (Costa, 2008). Os EE manifestaram que alguns sinais de abertura ao diálogo e de aceitação eram suficientes para que estes se sentissem motivados, demonstrando assim que o diálogo e a aprendizagem estão associados. Alguns chegam a dizer que se a relação fosse mais positiva a aprendizagem teria sido facilitada (Costa, 2008).

Costa (2008) defende que o EO deve dialogar com o EE, exercendo a sua autonomia e estimulando a autonomia e liberdade do EE, fornecendo-lhe simultaneamente apoio e segurança, de forma a evitar conflitos que vão inibir a sua intervenção e prejudicar a sua aprendizagem.

O apoio do EO e docente são o contributo para o sucesso do EE, devendo esta relação basear-se em práticas pedagógicas humanas que valorizem o EE

(Rua, 2011) (Espada, 2013). Nesta relação o EE deve ser corrigido, em privacidade, mas não humilhado, com uma postura calma e com feedback imediato (Espada, 2013).

Espada (2013) refere no seu estudo que o feedback é um elemento facilitador da aprendizagem. O docente/EO que apoiam o EE são fundamentais na aprendizagem, pois conferem a capacidade para o EE progredir e para confiar nos seus conhecimentos e praticas. A capacidade de emitir e receber critica têm-se revelado um fator de sucesso e de estímulo para a aprendizagem, na formação de enfermeiros (Espada, 2013).

A construção da relação entre o docente e o EO é descrita pelos EE e EO como fundamentais para capacitar o EE a consolidar não só as competências técnicas e científicas, mas também aspetos éticos, políticos, comunicacionais e de cidadania, que são fundamentais para o exercício profissional, que na prestação de cuidados, quer na gestão dos mesmos (Resk e Gomes, 2008). Os EE consideram que o docente deveria escolher de forma mais criteriosa o EO e apoiá-lo, principalmente quando este não tem experiência de orientação (Costa, 2008).

O EO/docente deve estabelecer um ambiente de confiança, exigente e estimulante e com condições que viabilizem o desenvolvimento pessoal e profissional, planeando estratégias com essa finalidade (Alarcão e Tavares, 2010) (Espada, 2013). Se o docente/EO esteve presente ao lado do EE, explicou as consequências das suas intervenções, demonstrou abertura e disponibilidade, foi um elemento facilitador da aprendizagem, conseguiu criar um bom ambiente, antecipando as necessidades do EE e confiando e acreditando no potencial do mesmo (Espada, 2013).

Alguns EO sentem-se “solitários” na orientação do EE, referindo a ausência do docente, para se sentirem apoiados e seguros nas situações em que os EE apresentem mais dificuldades. Pensam que esta presença deve ser planeada e formalizada no planeamento do EC (Silva, 2012).

Ao docente cabe a responsabilidade de definir estratégia de orientação, relaciona-las com o CPC e desenvolver competências nos EO (Espada, 2013).

Quanto mais intensas e positivas forem as relações no CPC maior é o estímulo para a aprendizagem. O EO é a interveniente com maior destaque,

segundo os EE, tanto pelo exemplo profissional como por ser o elemento de ligação à equipa multiprofissional e ao doente. O docente aparece de forma decisiva nos momentos de conflito (Costa, 2008).

Na categoria **enfermeiro orientador** encontramos 3 subcategorias: características e postura e conhecimento e competências.

O EO desempenha um papel importantíssimo, enquanto elemento facilitador do desenvolvimento de competências do EE em contexto de EC. Esta orientação deve ser baseada numa prática pedagógica sólida, participativa e que utiliza encontros formativos entre todos os intervenientes (Correia e Santiago, 2012).

Num estudo realizado com 173 EE foram identificadas como principais características do supervisor: amabilidade, experiência, paciência, docente, simpatia, empatia, compreensivo, responsável, conhecimento, comunicação, humano, respeitoso, tolerante, amigável, sincero, confiável, solidário e disponível (Pretty et al., 2010).

Os EE valorizam o papel do EO, e salientam a disponibilidade do mesmo como uma característica essencial. No contexto dos cuidados à pessoa em situação crítica, em que a identificação, planeamento e priorização dos cuidados é fundamental, assim como a especificidade da terapêutica e procedimentos, os EE valorizam a disponibilidade manifestada pelo EO, principalmente associada à partilha do conhecimento e à capacidade de levar o EE a reflectir sobre as práticas (Correia e Santiago, 2012). Os EE valorizam a postura proactiva e reflexiva do EO do CPC, sentindo necessidade de obter feedback dos elementos facilitadores da aprendizagem, que segundo os mesmos, devem estar envolvidos de forma ativa e reflexiva no processo de construção de conhecimento (Merighi et al., 2014).

O EO está sempre a ser observado pelo EE em relação à personalidade, discurso, desempenho profissional, comportamento ético e conhecimento técnico/científico (Costa, 2008). O exemplo profissional que é assumido pelo EO requer que exista coerência entre as suas acções e o seu discurso (Costa, 2008).

Muito do que os EE aprendem resulta das interações com os enfermeiros mais experientes, que lhes transmitem conhecimentos e demonstram como se prestam cuidados (Espada, 2013).

Os EO aprendem esta função, de forma informal, por reprodução do comportamento dos pares. Silva, Pires e Vilela (2011) referem que os enfermeiros no início destas funções se sentem perdidos, sem orientações para o seu desempenho, sem rumo.

Os EO salientam a necessidade de formação dos intervenientes, para a orientação de EE, sugerindo até que as instituições que acolhem os EE formem os enfermeiros para a orientação dos estudantes, de forma a desenvolver as suas capacidades de supervisão, e para serem elementos de referência para o acompanhamento dos EE (Fernandes et al., 2012). Garrido, Pires e Simões (2008), referem ser incontornável a necessidade da existência de uma política de formação sustentada, para que haja qualidade na formação dos estudantes, enfermeiros orientadores e docentes (Fernandes et al., 2012).

Na categoria **estudante**, encontramos 2 subcategorias: características pessoais e emoções e mecanismos de coping.

A expectativa dos docentes e dos EO quanto ao EC em CPC é que este possibilite o desenvolvimento do EE, e como já foi referido anteriormente eles percebem-se como elementos facilitadores do ensino, estimuladores da prática profissional (Merighi et al., 2014). Eles esperam que o EE se veja como elemento activo no seu processo de aprendizagem. Por outro lado, o EE espera ter oportunidade para se desenvolver no CPC, com uma postura proactiva dos facilitadores de sua aprendizagem de forma a desenvolverem a autonomia. O EE espera que o docente e EO estimulem, apoiem e colaborem na aprendizagem, e que consigam motivar o EE para ter a iniciativa necessária a adquirir segurança e a desenvolver a sua autonomia. Assim sendo os intervenientes no CPC consideram a postura proactiva e reflexiva como mediadora da aprendizagem (Merighi et al., 2014). Benner (2001) considera o EE no nível iniciado, e neste sentido, o EO deverá fazer descrições objectivas das situações e das regras e normas, de forma a ensinar e orientar o desempenho para a aquisição de experiência necessária ao desenvolvimento das competências.

A experiência do EE num CPC desconhecido, é um momento que desperta no EE sentimentos ambivalentes e contraditórios, devido a adaptação dos conteúdos teóricos para o CPC, à imprevisibilidade das situações clínicas e à complexidade dos cuidados que poderá encontrar (Souza et al., 2015) (Silva et al., 2011). O cuidar do outro mobiliza sentimentos, o que implica considerarmos uma dimensão emocional no processo de ensino-aprendizagem, que nem sempre é considerada pelos docentes. É necessário refletir sobre estratégias que reduzam os desconfortos do EE, de forma a facilitar o seu desenvolvimento. Muitos destes sentimentos estão relacionados, segundo os EE, com a relação que os EE estabelecem com o doente. A relação, fundamental para a humanização dos cuidados de enfermagem, pode gerar sentimentos gratificantes, mas também pode ser fonte de sofrimento para o EE (Casate e Corrêa, 2006).

A aprendizagem não está então limitada a conhecimentos de ordem técnica e clínica, mas implica também aprender a lidar com estes (Casate e Corrêa, 2006).

Sentimentos como medo, ansiedade, tensão, inquietude, insegurança, preocupação, frustração, tristeza e impotência surgem associadas a situações difíceis enfrentadas pelos EE junto dos doentes, equipas de saúde, docentes e colegas. Por outro lado surgem expectativa, euforia, gratificação, motivação e satisfação quando os EE se sentem reconhecidos pelo doente/família, docente e equipa de saúde (Souza et al., 2015) (Silva et al., 2011) (Casate e Corrêa, 2006). Num estudo desenvolvido por Costa (2008) os EE manifestaram no início do EC medo (de uma experiência nova e do acolhimento). Posteriormente sentiram alegria, autoconfiança, auto-estima e segurança, mas também sentiram sofrimento, revolta e indignação (relacionadas com a situação dos doentes) e impotência (para a mudança). Surgiram também sentimentos de frustração (por não conseguirem por em pratica o planeado).

Segundo os EE o stress em EC surge pelo medo de errar, pela morte e sofrimento do doente, por questões relacionais com o EO/docente/equipa (conflitos, ser repreendido na presença de doentes/outros profissionais), com os pares (conflitos, competição ou dependência), com o doente (dificuldade em estabelecer relação), pelo ambiente do serviço, pela gestão de cuidados (experiências, procedimentos técnicos, insegurança nas competências clínicas,

situações de emergência), pelo estar a ser observado (inibe o seu desempenho) e por outros aspetos não diretamente relacionados com o CPC, como a sobrecarga de trabalhos académicos (falta de tempo livre), as dificuldades económicas, e preocupações com o futuro da sua carreira profissional (Espada, 2013).

Os EE manifestaram ansiedade associada à oportunidade de ir pôr em prática o conhecimento adquirido na componente teórica (Correia e Santiago, 2012), nomeadamente na execução de procedimentos técnicos, na relação com o doente e na avaliação (Silva et al., 2011).

Muitas vezes, os sentimentos vivenciados pelos EE durante EC podem interferir de forma dificultadora na aprendizagem (Souza et al., 2015) (Silva et al., 2011), sendo fundamental que o EO/docente esteja atento e que assuma atitudes compreensivas para com o EE, que vão influenciar o discurso do EE e a sua aprendizagem de forma positiva ou negativa (Souza et al., 2015). Cabe aos EESE proporcionar aos EE conhecimentos e desenvolvimento de competências que lhes permitam o exercício profissional, e despertar nos docentes a importância da relação com os EE, não só pela transmissão de conhecimentos, mas acima de tudo pelo papel facilitador e cooperativo na formação dos mesmos (Silva et al., 2011). As dificuldades e angústias que o EE vivência no relacionamento com o docente/doente/contexto geram efeitos positivos e negativos em relação às primeiras experiências práticas do EE junto do doente (Souza et al., 2015).

O sentimento de satisfação sugere um comportamento positivo, que impulsiona a aprendizagem e a procura contínua do aperfeiçoamento profissional. Quando o EE considera o CPC agradável, atinge os seus objetivos ou realiza algo à muito esperado, gera sentimentos de satisfação, que se vão reflectir na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, já que a satisfação impulsiona a aprendizagem e o desenvolvimento contínuo (Silva et al., 2011). A percepção da satisfação é influenciada pela relação com a equipa, com o CPC e com os seus próprios problemas (Silva et al., 2011). A satisfação e a motivação dos EE são fatores imprescindíveis para que o EE tenha uma aprendizagem significativa (Pretty et al., 2010). A motivação do EE é alimentada pelas relações entre os atores e pelos desafios do CPC (Costa, 2008).

O processo de ensino-aprendizagem, pela sua complexidade e abrangência, envolve uma série de fatores que são determinantes para a

formação de um profissional qualificado. Muitas vezes, os sentimentos vivenciados pelos EE durante o processo ensino-aprendizagem podem ser dificultadores da aprendizagem (Silva et al., 2011).

Síntese

Os aspectos identificados pelos EE e pelos EO da prática clínica como influenciadores da aprendizagem em CPC, foram considerados pelos mesmos, como potenciadores ou inibidores da aprendizagem.

Verificamos que um acolhimento positivo por parte da instituição, equipa e EO, é fundamental para que o EE desenvolva a sua maturidade pessoal e profissional, e para a aquisição de competências na sua formação técnica, mas também na sua formação como cidadão e pessoa (Casate e Corrêa, 2006), enquanto futuro profissional.

Na organização do EC é fundamental a articulação entre os EESE e os serviços de CPC, que pressupõe a partilha de saberes, para uma construção colectiva da aprendizagem. As relações entre os intervenientes no processo de ensino aprendizagem conduzem à consolidação do conhecimento, pela reflexão sobre a realidade/momentos de aprendizagem (Merighi et al., 2014). O conhecimento e a negociação entre os EESE/serviço e o docente/EO sobre o currículo do curso e o planeamento do EC promove a valorização dos profissionais (Silva, 2012), facilita o cumprimento dos objetivos do EC (Fernandes et al., 2012) e influencia a qualidade da orientação (Silva e Silva, 2004) e a aprendizagem dos EE (Fernandes et al., 2012). O feedback no final de cada EC, quer para o EESE, quer para o próprio CPC, é uma forma de melhorar a articulação entre o EESE e o serviço (A6). Simões (2004) refere que para se atingir o objetivo final da supervisão em EC, se deve investir numa orientação de EE em parceria, e não em colaboração (Fernandes et al., 2012).

As características e ambiente do CPC podem influenciar a aprendizagem dos EE (Espada, 2013). A imprevisibilidade das situações, a complexidade dos cuidados, o manuseamento de equipamento, os procedimentos técnicos, as oportunidades de aprendizagem, a relação com o doente e a disponibilidade do EO para a orientação (rácios), são aspectos que influenciam a aprendizagem. Os

EE também referem que o conhecimento prévio das exigências de cada CPC pode influenciar a aprendizagem (Resk e Gomes, 2008).

No processo de ensino-aprendizagem a articulação entre a teoria leccionada em sala de aula e a prática vivenciada nas situações reais do CPC, é valorizada pelos intervenientes e considerada fundamental à construção da aprendizagem (Merighi et al., 2014). O desenvolvimento de competências no CPC deve superar o saber-fazer e a experiência, e estimular a reflexão sobre as aprendizagens vivenciadas, sendo o docente e o EO elementos facilitadores neste processo (Merighi et al., 2014) (Benner, 2001; Rua, 2011) (Espada, 2013). A reflexão sobre as práticas, e a sua articulação com a teoria, com as situações relacionais vivenciadas pelo EE e com as questões relacionadas com o EC, implica que o docente e EO, enquanto elementos facilitadores da aprendizagem, introduzam estratégias que estimulem o pensamento crítico e reflexivo (Resk e Gomes, 2008). A relação terapêutica, pedagógica e multiprofissional é uma base facilitadora da aprendizagem, que é mais eficaz se a relação interpessoal com os diferentes intervenientes for sólida (Souza et al., 2015). A presença e proximidade docente/EO é um aspeto construtor e facilitador da aprendizagem, pois possibilita a partilha e reflexão sobre as experiências vivenciadas pelo EE (Merighi et al., 2014). Quanto mais intensas e positivas forem as relações no CPC maior é o estímulo para a aprendizagem (Costa, 2008).

O EO desempenha um papel fundamental no desenvolvimento de competências do EE, enquanto elemento facilitador da aprendizagem (Correia e Santiago, 2012). Para além das características, conhecimento e experiência, a disponibilidade e postura proactiva e reflexiva do mesmo é salientada pelos EE (Merighi et al., 2014) (Correia e Santiago, 2012).

As características pessoais do EE e as emoções que cada um deles vivencia no EC também influenciam a aprendizagem. A proatividade, a forma como se relacionam com o outro e os sentimentos (positivos ou negativos), podem ser facilitadores ou dificultadores neste processo (Silva et al., 2011).

Pela análise realizada anteriormente consideramos que a forma como é realizado o acolhimento e a integração no serviço, a forma como decorre a preparação e planeamento do EC, o próprio CPC, a forma como se desenvolve o processo de ensino-aprendizagem em CPC e o comportamento dos

intervenientes neste processo influencia a aprendizagem dos EE do CLE em CPC.

2.3 - PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA COMO PROMOTOR DA APRENDIZAGEM

Em CPC geralmente cabe ao enfermeiro de cuidados gerais a orientação dos EE do CLE. O REPE, no seu artigo 6º, e a autonomia de que reveste o ensino de enfermagem apontam para os enfermeiros como responsáveis pela orientação das suas práticas. Desta forma recai sobre os enfermeiros a supervisão quer a nível da formação, quer a nível quotidiano, assim como o acompanhamento na sua atividade prática (Abreu, 2013) (OE, 2015). O enfermeiro especialista neste momento fica mais responsável pela orientação dos enfermeiros que estão a obter o título de especialista.

Consideramos que o enfermeiro especialista é detentor de competências especializadas que lhe permitem ter um papel promotor e facilitador da aprendizagem do EE em CPC, nomeadamente no acompanhamento da equipa de enfermagem na orientação dos EE do CLE. Esta competência está patente nas competências do domínio das aprendizagens profissionais, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, definidas pela OE (2010) no ponto D2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na sua área da especialidade.

Um dos aspetos que influencia a aprendizagem dos EE é a preparação e organização do EC. O enfermeiro especialista, considerando as suas competências do domínio da gestão de cuidados pode em articulação com o enfermeiro chefe/coordenador participar na preparação do EC, nomeadamente na adequação do CPC aos objetivos dos EC, colaborando na seleção dos EO e sendo elemento intermediário no feedback sobre a forma como o CPC contribuiu para que os objetivos do EC fossem atingidos. A preparação da equipa de enfermagem, antes do início do EC, é fundamental para motivar a equipa para a receção dos EE, promovendo desta forma um acolhimento positivo ao EE e consequentemente qualidade no processo de ensino-aprendizagem.

Outro fator identificado como influenciador da aprendizagem em CPC é o acolhimento do EE no CPC. Considerando as competências do domínio da melhoria da qualidade, ponto B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro e as competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, ponto D1 – Detém o autoconhecimento e a assertividade, pensamos que o enfermeiro especialista deve promover no CPC e na equipa multiprofissional um ambiente de empatia, confiança e respeito para com o EE, inculcar no EO e equipa de enfermagem, uma postura facilitadora quer no acolhimento, quer no processo de integração do EE no CPC, e simultaneamente, monitorizar a integração do EE. Pensamos que a elaboração de um guia de acolhimento do EE, orientador da equipa de enfermagem, inserido em programas de melhoria contínua da qualidade seria também importante para o acolhimento e integração do EE na equipa, pelas suas competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, no ponto D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, e no domínio da melhoria da qualidade, nos pontos B2 – Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade e B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

Outro aspeto onde nos parece que o enfermeiro especialista pode ter um papel imprescindível é no acompanhamento e monitorização do processo de ensino-aprendizagem que decorre em CPC. Neste contexto o enfermeiro especialista pode acompanhar o EO no processo de orientação do EE, tendo um papel de suporte do EO para as suas questões/dúvidas e até tomada de decisão, usando as suas competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, do domínio da melhoria da qualidade, ponto B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro e do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, ponto D1 – Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade. O enfermeiro especialista pode, de uma forma mais direta, promover determinado comportamento no EO, e indirectamente promove o desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem.

O enfermeiro especialista pelas suas competências do domínio da gestão dos cuidados, pode gerir a alocação dos EO, de acordo com a especificidade dos

cuidados e as competências do EO, promovendo mais oportunidades de aprendizagem para os EE.

O acompanhamento do EC através de reuniões com o EO e o EE, que possam fomentar momentos de reflexão sobre as práticas e a identificação de fatores influenciadores da aprendizagem do EE em CPC, são aspetos em que consideramos que o enfermeiro especialista pode ter um papel relevante, sendo facilitador da aprendizagem. Estas reuniões não invalidam nem substituem as reuniões que decorrem normalmente entre o EO e o EE. O enfermeiro especialista também pode promover a disponibilização de ferramentas ao EO e EE para o desenvolvimento dos seus conhecimentos e competências. As suas competências no domínio da melhoria da qualidade, ponto B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, ponto D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e no ponto D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, assim como as suas competências do domínio da gestão dos cuidados, ponto C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos as situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados, colocam o enfermeiro especialista numa posição favorável para a realização deste acompanhamento.

Por fim, mas não menos importante consideramos que o enfermeiro especialista pelas suas competências no âmbito do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, ponto D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e ponto D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, assim como as suas competências no domínio da melhoria da qualidade, no ponto B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria da contínua da qualidade e B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro, pode ter um papel fulcral na promoção do desenvolvimento de competências nos enfermeiros de cuidados gerais para o acompanhamento de EE do CLE. Pela promoção no enfermeiro de uma postura proactiva no seu desempenho como orientador, pela promoção da formação dos enfermeiros nesta área e pela criação, gestão ou colaboração de programas da melhoria contínua da qualidade relacionados com a orientação de EE, o enfermeiro especialista pode motivar a equipa de enfermagem para a orientação de EE.

Em síntese, pensamos que o enfermeiro especialista pelas competências comuns especializadas que possui, pode ter um papel facilitador do processo de ensino-aprendizagem em CPC dos EE do CLE, pela sua intervenção junto aos enfermeiros nas equipas de enfermagem, nomeadamente do âmbito de:

- Preparação e organização do EC em CPC;
- Acolhimento e integração do estudante no CPC;
- Acompanhamento e monitorização do EC em CPC.

3 - PROJETO DE APRENDIZAGEM DE COMPETÊNCIAS CLÍNICA

No âmbito dos estágios realizados foi preconizado o desenvolvimento do PAC, onde são analisadas as competências comuns dos enfermeiros especialistas, as competências específicas dos enfermeiros especialistas em pessoa em situação crítica e ou em doença crónica e paliativa e as competências de mestre em EMC, desenvolvidas ao longo dos estágios ou previamente adquiridas.

3.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS

As competências comuns dos enfermeiros especialistas são definidas pela OE como sendo “... *as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;*” (OE, 2010).

Segundo a OE (2010) o enfermeiro especialista é aquele “*com um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. A definição de competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição de competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios das competências do enfermeiro de cuidados gerais*”.

Durante estes estágios tivemos oportunidade de realizar intervenções que nos permitiram adquirir e/ou aprofundar algumas competências comuns dos enfermeiros especialistas.

Considerando os 4 domínios das competências comuns dos enfermeiros especialistas, iremos passar a descrever e a analisar as situações vivenciadas e as intervenções realizadas, que nos permitiram adquirir e/ou aprofundar essas competências.

3.1.1 - Competências do domínio da responsabilidade profissional. Ética e Legal

- A — *Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal*
- A1 — *Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.*
- A1.1 — *Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada.*
- A1.2 — *Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas.*
- A1.3 — *Lidera de forma efectiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade*
- A1.4 — *Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.*
- A2 — *Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.*
- A2.1 — *Promove a protecção dos direitos humanos.*
- A2.2 — *Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.*

Segundo o artigo 8º do REPE, os enfermeiros deverão no exercício das suas funções “*adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos*” (OE, 2015).

Os enfermeiros devem acima de tudo defender e respeitar os direitos da pessoa de quem cuidam, pessoa, família ou comunidade.

Durante a nossa prática clínica sempre respeitamos os princípios éticos constantes no DPE e consideramos as nossas responsabilidades profissionais estabelecidas no REPE. Tentámos sempre respeitar os direitos das pessoas emitidos pela declaração universal dos direitos do Homem e os direitos dos doentes na instituição hospitalar e agir de acordo com os princípios da beneficência, da não maleficência e da justiça, respeitando sempre a autonomia da pessoa (Beauchamp e Childress, 1994) e os seus valores e crenças e salvaguardando o direito do doente ao sigilo, no acesso à informação, à privacidade e à escolha dos cuidados.

No estágio tivemos oportunidade de colaborar com a equipa multiprofissional, no suporte de tomada decisão ética em situações de decisão de não reanimar e de intervir em situações em que a privacidade e segurança do doente estavam em risco. Consideramos sempre na nossa prática os estados de

conforto referidos por Kolcaba (1994), alívio, tranquilidade e transcendência no contexto físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Dowd, 2004).

Os conteúdos das UC Enfermagem, Filosofia, Bioética e Direito e EMC II foram fundamentais para o desenvolvimento desta competência, no que concerne aos aspectos relativos à segurança e gestão do risco, e questões éticas em cuidados complexos, pois permitiram a reflexão sobre as implicações e responsabilidades decorrentes das nossas acções.

O enfermeiro especialista deve promover a responsabilidade profissional, ética e legal no cuidado ao doente/família, identificando as necessidades e adequando as intervenções, e considerando os princípios éticos da profissão e a prática baseada na evidência no processo de tomada de decisão.

3.1.2 - Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

B — Domínio da Melhoria da Qualidade

B1 — Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

B1.1 — Inicia e participa em projectos institucionais na área da qualidade.

B1.2 — Incorpora directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática.

B2 — Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

B2.1 — Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado.

B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua.

B2.3 — Lidera programas de melhoria.

B3 — Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos/grupo.

B3.2 — Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais.

Segundo o REPE, artigo 9º, os enfermeiros “*contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente: c) Propondo protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação dos cuidados.*” (OE, 2015).

A avaliação da qualidade dos cuidados de saúde deve ser realizada pela eficácia do diagnóstico e procedimentos terapêuticos no atingir dos objetivos, pela adequação dos cuidados, considerando os custos e benefícios, e aspectos interpessoais de apoio e da relação com o doente. Este controlo permite estabelecer padrões para os cuidados, avalia-los e implementar medidas corretivas quando os cuidados não satisfazem os padrões estabelecidos (Sheehy, 2001).

Pensamos que durante a nossa experiência profissional temos em consideração a segurança na prestação de cuidados, assim como a segurança na administração de terapêutica e a utilização de equipamento de protecção individual (EPI). Estas competências necessitam sempre de uma particular atenção, especialmente considerando que prestamos cuidados num ambiente imprevisível e complexo (SU) com uma grande rotatividade de doentes, e por isso consideramo-nos sempre atentas as questões da segurança e a revalidação de nomes, procedimentos e terapêuticas, com a noção de que devem ser aspetos a melhorar continuamente.

Desde julho de 2014, que somos elemento interlocutor da qualidade, pelo que participámos na elaboração e revisão de procedimentos, divulgação dos mesmos aos profissionais e também nas auditorias realizadas no SU.

Tivemos oportunidade de assistir a uma conferência sobre *Patient Safety* pelo Professor Walter Sermeus, Diretor do consórcio RN4CAST, na Universidade Católica Portuguesa, no âmbito do Doutoramento em Enfermagem, em que foram abordadas as questões do risco e dos fatores que o podem influenciar, e as pesquisas realizadas na área de enfermagem (ambiente de trabalho, qualidade, segurança e profissionais), doente (experiências dos doentes com os enfermeiros e informações hospitalares), hospitais (tipo de hospital, afluência e escoamento de doentes) e altas hospitalares, e em que foram partilhados alguns resultados obtidos até então.

Participamos no III Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica, em julho de 2015 em Coimbra, onde pudemos assistir a uma conferência sobre os Efeitos Adversos e Cultura de Segurança, pela Professora Amélia Castilho, e a um mesa redonda onde foram abordados a implementação e o desenvolvimento de projetos para a segurança. Os aspetos que consideramos fundamentais nesta conferência foram a importância de uma cultura organizacional de segurança, o conhecimento dos tipos de eventos adversos e o seu impacto no doente, assim como as principais causas de incidentes e as medidas a implementar para os prevenir.

Em outubro de 2015 participamos também nas I Jornadas Ibéricas de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente, na Universidade Nova de Lisboa, onde pudemos perceber a importância da resistência aos anti-microbianos, dos

modelos de avaliação do risco clínico, e onde foram partilhadas as experiências de melhoria da qualidade e da segurança de vários hospitais.

Consideramos também que a elaboração do PDA sobre o papel do enfermeiro especialista como promotor da aprendizagem, a elaboração do Fluxograma de evacuação de doentes do SU, e a participação na formação sobre o Plano de catástrofe externo, nos permitiu desenvolver esta competência.

As UC de Enfermagem e Gestão de Processos e Recursos permitiram-nos desenvolver esta competência, pelos seus conteúdos relativos à segurança e gestão do risco, aos padrões de qualidade em saúde e à contextualização da qualidade nos cuidados de saúde.

Durante o estágio procuramos seguir as normas, procedimentos e orientações do SU e da profissão, promover a saúde e prevenir a doença em articulação com a equipa multidisciplinar, valorizando a comunicação interpessoal, especialmente com o doente/família, incluindo-os em todo o processo, e tentando sempre assegurar a sua satisfação.

Benner aborda os domínios de competências dos enfermeiros que se interligam com este domínio de competências que pensamos ter desenvolvido: a função de ensinar-treinar, a monitorização de intervenções e regimes terapêuticos, a monitorização e o assegurar a qualidade das práticas de cuidados de saúde e as competências de trabalho organizacional. A mesma autora quando estudou as competências associadas a prestação de cuidados nos cuidados intensivos também referenciou as competências de prevenção dos acidentes num ambiente tecnológico e de monitorização da qualidade e de gestão da falha/erro (Benner, 2001) (Brykcztnski, 2004).

3.1.3 - Competências do domínio da gestão dos cuidados

C — Domínio da gestão dos cuidados

C1 — Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.

C1.2 — Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.

C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.

C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.

C2.2 — Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos.

No domínio da gestão dos cuidados é fundamental o conhecimento aprofundado da organização e funcionamento do serviço, da equipa multiprofissional e suas responsabilidades, de forma a adaptar e otimizar os recursos disponíveis de forma segura e com qualidade.

O enfermeiro especialista deve ter a capacidade de liderança, deve ser capaz de conduzir o grupo nos processos de mudança, de forma a atingir a melhoria contínua dos cuidados. A liderança implica a coordenação de grupos organizados e a persuasão dos mesmos com vista a atingir um determinado objetivo, considerando sempre os recursos disponíveis e as pessoas envolvidas, e obtendo-se em nível de desempenho elevado (Ferreira et. al., 2001). Uma liderança democrática e transformacional, que defenda os interesses dos doentes e do profissional, valoriza o trabalho realizado e promove o trabalho em equipa com qualidade.

Desde agosto de 2015 que temos funções de chefia de equipa de enfermagem, mas já desde 2010 que eramos 2º elemento da equipa, pelo que faz parte das nossas funções na chefia de equipa, a gestão da equipa de enfermagem e dos assistentes operacionais e a articulação com a equipa multiprofissional na gestão de cuidados ao doente no SU. Muitas vezes temos de gerir os recursos disponíveis, nomeadamente vagas com monitorização ou oxigenoterapia, para libertar os doentes da sala de reanimação (SR). Para esta função é fundamental a comunicação com a equipa multiprofissional, a capacidade de liderança, ouvindo a equipa e o saber estar de forma a otimizar a qualidade de cuidados pela equipa multiprofissional.

Em situações de falta de profissionais, é também necessário otimizarmos recursos humanos, em especial dos assistentes operacionais, sendo muitas vezes necessário a mobilização dos mesmos da área de internamento, para a área de ambulatório, ou vice-versa. Dependendo do número de doentes em ambulatório e na sala de observações (SO), também é necessário gerir os enfermeiros indicando-lhes em que área devem auxiliar os colegas, que por motivos de maior trabalho num determinado horário, ou pela afluência de doentes à parte ambulatória, não se conseguem prestar os cuidados da forma mais adequada.

Para uma boa gestão de cuidados é fundamental um bom planeamento e ter capacidade de organização e de tomada de decisão. A avaliação da situação e respectivos riscos, a gestão dos recursos existentes e dos cuidados, em articulação com a equipa multiprofissional é imprescindível para promover um ambiente positivo e favorável que favorece o trabalho em equipa.

No III Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica, pudemos assistir a uma conferência sobre “Complexidade e Imprevisibilidade” pela Professora Idália Sá Chaves e a uma mesa redonda sobre “Formação e Gestão na Complexidade e Imprevisibilidade”, onde a primeira nos forneceu aporte teórico para fundamentar estes conceitos e desenvolver esta competência, e na segunda foram apresentadas estratégias para treinar estas competências no âmbito da formação de enfermeiros (simulação de alta fidelidade), e foram contextualizados e abordados conceitos sobre a Gestão de Cuidados em fim de vida.

A UC Gestão de Processos e recursos, com ênfase no módulo de liderança de equipas e gestão de cuidados de enfermagem, assim como o trabalho desenvolvido no módulo de supervisão clínica, contribuíram para o desenvolvimento desta competência.

Pensamos ter demonstrado, de acordo com o definido por Benner, as competências de trabalho organizacional e as competências associadas ao doente crítico: o *know-how* competente da liderança clínica (Benner, 2001) (Brykcztnski, 2004).

3.1.4 - Competências do domínio das aprendizagens profissionais

D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1 — Desenvolve o auto -conhecimento e a assertividade.

D1.1 — Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.

D1.2 — Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional

D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.

D2.2 — Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.

D2.3 — Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho

Segundo o DPE, “O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: c) Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem

esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas;” (DPE, Art.º 88º, c)).

Ao longo do nosso percurso profissional sempre valorizámos a formação profissional, através da frequência de cursos, congressos e seminários, de formação contínua e de serviço. Realizamos o Mestrado em SIDA: Da Prevenção à Terapêutica, tendo elaborado uma dissertação de Mestrado subordinada ao tema “Controle de náuseas, vômitos e diarreia no doente infetado por VIH/SIDA”. Obtivemos o Curso de Formação Avançada em Formação de Adultos e estamos neste momento a frequentar o Doutoramento em Enfermagem e claro a terminar este Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Elaboramos vários pósteres e artigos, os mais recentes (desde 2014) baseados em pesquisa em bases de dados científicas e utilizando a metodologia da revisão integrativa da literatura:

- Estudo de Caso: Teses de Doutoramento em Portugal (Póster), maio de 2015.

- Factores que interfieren con el sueño del paciente en ambiente hospitalário (Artigo) Rev Rol de Enferm, 2014, 37 (9) 560- 566.

- Fatores que dificultam a implementação de parcerias entre os Estabelecimentos de Ensino Superior de Enfermagem e as Instituições de Saúde em Portugal (Póster), maio de 2014.

- Medidas a implementar para melhorar a articulação entre os os Estabelecimentos de Ensino Superior de Enfermagem e as Instituições de Saúde em Portugal (Póster), maio de 2014.

- Dinâmica de Gestão de Ensino Clínico (Póster), maio de 2013.

- Cuidados Continuados na Infeção com HIV/SIDA (Póster), novembro de 2005.

- Distanásia – Cuidar do Sofrimento (Póster), setembro de 2000.

Participamos também nas 1ª Jornadas Técnico-Científicas da Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches, em setembro de 2015, onde apresentamos o tema “Pensar... Os Ensinos Clínicos e os Contextos da Prática...”, numa mesa redonda sobre “Pensar o Presentar, Projetar o Futuro”.

Durante o estágio procurámos identificar as nossas necessidades formativas e colmata-las, assim como aproveitar todas as oportunidades de aprendizagem nos vários contextos onde estagiámos.

Pensamos que esta competência foi também aprofundada com a elaboração do PDA a que nos propusemos neste Mestrado: O Enfermeiro especialista como promotor da aprendizagem, pois identificámos uma necessidade formativa, desenvolvemos uma RIL e obtivemos resultados que contribuem para a melhoria da formação dos EE no CLE.

Todas as UC do mestrado em EMC contribuíram para o desenvolvimento desta competência, pelos conhecimentos adquiridos e desenvolvidos que nos permitiram desenvolver enquanto profissional e enquanto pessoa.

A competência de monitorização e de assegurar a qualidade das práticas de cuidados de saúde, referida por Benner, esta patente nesta análise, uma vez que a prática clínica baseada na evidência científica é uma forma de assegurar a qualidade da mesma (Benner, 2001) (Brykcztnski, 2004).

Benner refere que o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina prática *“consiste no alargamento dos conhecimentos práticos (know-how) através de investigações científicas baseadas na teoria e através do levantamento no “know-how” existente desenvolvido por meio da experiência clínica na prática dessa disciplina”* (Brykcztnski, 2004:187). Pensamos que a aquisição e atualização de conhecimentos, assim como o desenvolvimento de competências de pesquisa e de investigação, num enfermeiro que se quer com capacidade de análise crítica, tomada de decisão e liderança, são fundamentais para basear a nossa prática clínica em conhecimentos científicos e assim melhorar a qualidade da nossa prestação de cuidados de enfermagem.

3.2 - COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA

O enfermeiro especialista é *“o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de*

cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.” (OE, 2015).

A pessoa em situação crítica é definida pela OE como *“aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” (OE, 2011).*

O mesmo regulamento define os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica como cuidados *“ altamente qualificados prestados de forma continua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas devidas, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2011).*

O regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, define *competências específicas*, como as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

É fundamental nesta fase do nosso percurso descrever as competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa e em pessoa em situação crítica, analisando as competências já adquiridas e as desenvolvidas ao longo dos estágios.

3.2.1 - Competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa

As competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa são: L5 – Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida e L6 – Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e

familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

Estas 2 competências encontram-se divididas em unidades de competência, que tentaremos abordar ao longo da nossa reflexão.

L5 – Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal (DCIT), dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.

L5.1 – Identifica necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal (DCIT), seus cuidadores e familiares.

L5.2 – Promove intervenções junto de pessoas com DCIT, cuidadores e seus familiares.

L5.3 – Envolve cuidadores da pessoa em situação CIT, para otimizar resultados na satisfação das necessidades.

L5.4 – Colabora com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio.

Os cuidados paliativos pretendem melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, quando estas se deparam com situações de doença potencialmente mortal, através da prevenção, avaliação e controlo de sintomas físicos, psicossociais e espirituais (Monahan et al., 2010). Os pilares dos cuidados paliativos são: controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa.

O SU recebe um grande número de pessoas em fase de agudização da sua doença crónica e também de pessoas com DCIT. Verificámos que em algumas destas situações a família/cuidador estão exaustos.

É fundamental na apreciação inicial identificar as necessidades destas pessoas com DCIT e das suas famílias ou cuidadores, para conceber um plano de cuidados, com intervenções eficazes e adequadas a cada situação. Desde a apreciação inicial devemos tentar envolver o doente/família/cuidador, quer na prestação de cuidados, quer no planeamento de resultados e possíveis encaminhamentos necessários para a equipa multiprofissional ou para a comunidade.

Na nossa prestação de cuidados tentámos escutar o doente e família, apoiá-los, minimizar o sofrimento, nomeadamente avaliando e aliviando a dor e proporcionando conforto, refletindo e ponderando a realização de procedimentos invasivos que possam agravar o sofrimento do doente.

Várias foram as situações identificadas por nós, aquando da conversa com o doente/família/cuidador da necessidade de apoio no domicílio e posterior encaminhamento para o serviço social, Equipa de Gestão de Altas (EGA) e da necessidade de apoio da Equipa Multidisciplinar de cuidados paliativos (EMCP) e da Unidade da Dor.

Nas situações de exaustão do cuidador é necessário a articulação com a EGA para a integração do doente na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Para que esta articulação seja possível é fundamental o conhecimento dos recursos hospitalares e da comunidade.

Podemos citar 2 situações em que pudemos intervir: numa das situações tínhamos uma doente na área de SO (com um acidente vascular cerebral (AVC) isquémico à direita, com hemiparesia a esquerda e disartria), em que no período de informações da manhã, ao falar com a filha da doente, percebemos que a mesma não tinha noção das futuras limitações da sua mãe, e que atendendo a uma possível alta, a família não tinha condições para receber a mãe em casa. Combinámos com a filha de vir falar connosco no horário da visita, e entretanto contactámos o serviço social que veio falar com a filha no horário da visita. A assistente social sinalizou a situação e referenciou a doente para uma unidade de convalescença, integrada na RNCCI.

Noutra situação, na área de ambulatório, ao analisarmos a história de saúde de uma doente com neoplasia do cólon, com colostomia, percebemos que tinha vários episódios de urgência em que o motivo de vinda era dor. Como era um turno da manhã, entramos em contato com a EMCP/unidade da dor, que prontamente veio ao SU conversar com a doente e família, alterando as medidas farmacológicas instituídas e encaminhamento para uma consulta com a EMCP.

Na nossa prática diária tentamos sempre promover o conforto destes doentes, nomeadamente através da colocação de colchões anti-escaras, dos posicionamentos e cuidados de higiene parciais, para aumentar o conforto; da satisfação de necessidades básicas, como a alimentação e a hidratação, e do alívio da dor e de outros sintomas geradores de desconforto (como por exemplo: dispneia, náuseas e vómitos).

De acordo com a Teoria do Conforto de Kolcaba, pensamos conseguir transmitir alívio físico e psicoespiritual aos doentes e famílias; tranquilidade

ambiental, pelos encaminhamentos e articulações com as diferentes equipas e comunidade e transcendência sócio cultural, pela capacitação das famílias (Dowd, 2004).

Pela necessidade já sentida no início da nossa atividade profissional, e pelo nosso interesse pessoal na área do doente em fim de vida, frequentamos em outubro do ano 2000, um curso de formação em cuidados paliativos, com a duração de 34 horas. Foram abordadas várias áreas temáticas das quais destacamos os princípios da medicina paliativa, as questões ético-legais, o controlo de sintomas, nomeadamente o alívio da dor, as estratégias de comunicação com o doente e família, os cuidados nos últimos dias de vida e o luto.

Por termos frequentado este curso no início da nossa vida profissional, foi uma área que nos fascinou, e daí termos pesquisado e elaborado um póster “Distanásia – Cuidar do Sofrimento” em Setembro de 2000, e posteriormente aquando da frequência do Mestrado em SIDA: Da Prevenção à Terapêutica, escolhemos a área dos cuidados paliativos para investigar nomeadamente o “Controlo de náuseas, vómitos e diarreia no doente com VIH/SIDA”, título da nossa dissertação de mestrado.

Participámos também no Fórum Nacional de Enfermagem “O Doente Crónico”, em novembro de 2005, onde foram abordados aspetos relacionados com o doente com AVC, doente diabético, doente com disfunções cardiovasculares, doente em fase avançada da doença e quais os desafios aos cuidados paliativos, assim como os efeitos crónicos da braquiterapia.

No III Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica, em junho de 2015, pudemos assistir a uma mesa redonda sobre “Formação e Gestão na Complexidade e Imprevisibilidade”, onde foi abordado a gestão de cuidados em fim de vida, fornecendo-nos mais algum suporte teórico e legal sobre os cuidados paliativos, e que nos fez refletir sobre a nossa prática diária.

Em janeiro de 2015 tivemos oportunidade de participar no seminário “Controlo de sintomas em Cuidados Paliativos – Abordagens Farmacológicas e não Farmacológicas”, onde apresentamos o tema “Cuidados Paliativos no serviço de Urgência”, e que nos permitiu reflectir sobre toda a problemática relacionada com os doentes com DCIT no contexto de um SU.

No âmbito do estágio III pudemos acompanhar a EMCP do nosso hospital, percebendo o funcionamento da mesma, princípios de gestão de cuidados e a sua articulação com os serviços. A EMCP tem um papel fundamental no apoio aos doentes internados a cargo desta equipa, para controlo sintomático, onde pudemos acompanhar a enfermeira responsável nestas visitas e observar a articulação com a equipa de enfermagem e médica dos serviços. Assistimos também às consultas agendadas, onde pudemos compreender o excelente trabalho de equipa enfermeiro-médico, as necessidades do doente e família, e o apoio dados, assim como possíveis encaminhamentos para apoio psicológico. A EMCP realiza também conferências familiares, apoio telefónico ao doente /família e registo da situação dos doentes na RNICC.

O Enfermeiro que exerce funções no SU, contexto mais associado a situações urgentes e emergentes, onde é mais imperativo o “salvar vidas”, deve também estar sensibilizado para as situações em que o proporcionar conforto é imprescindível para ultrapassar a última fase da vida com dignidade, respeitando os valores culturais, espirituais e religiosos do doente e família.

Os enfermeiros especialistas, pelos seus conhecimentos e competências devem fomentar e difundir a filosofia dos cuidados paliativos à equipa de enfermagem de forma à adequação das intervenções de enfermagem às reais necessidades do doente/família.

As UC de EMC I e EMC II, nos módulos relativos aos cuidados ao doente com falência multiorgânica, com múltiplos sintomas e com dor, assim como os cuidados ao cliente em fim de vida e espiritualidade foram determinantes no desenvolvimento desta competência.

No percurso realizado em estágio pensamos ter desenvolvido as competências do domínio do papel de ajuda e da gestão eficaz de situações que se alteram rapidamente, assim como as competências associadas a prestação de cuidados em cuidados intensivos, definidas por Benner: o *know-how* competente de gestão de uma crise, o providenciar medidas de conforto para os doentes em estado crítico, o cuidar das famílias dos doentes, o enfrentar a morte: cuidados de fim de vida e tomada de decisões e a comunicação e negociação de múltiplas perspectivas (Benner, 2001) (Brykcztnski, 2004).

L6 – Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

L6.1 – Promove parcerias terapêuticas com o indivíduo portador de DCIT, cuidadores e família.

L6.2 – Respeita a singularidade e autonomia individual, quando responde a vivências individuais específicas, a processos de morrer e de luto.

L6.3 – Negoceia objetivos/metapas de cuidados, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico.

L6.4 – Reconhece os efeitos da natureza do cuidar em indivíduos com DCIT, nos seus cuidadores e familiares, sobre si e outros membros da equipa, e responde de forma eficaz.

Na nossa prática profissional no SU, temos contactado com vários doentes com DCIT, e suas famílias. Sempre tentamos estabelecer uma relação terapêutica, de confiança, com o doente/família/cuidador, analisando as necessidades, explicando a sua situação clínica, tentando que a família/cuidador aceitasse a fase da doença, permitindo a sua permanência junto do doente (nem sempre fácil devido a estrutura física do SU), ligando à família para solicitar a sua presença no SU, em fase agónica e permitindo que a família/cuidador esteja presente no momento da morte, ou mesmo após esta. Temos de estar sensibilizados para o encaminhamento especializado em situações em que já não conseguimos dar resposta. No SU o estabelecimento da relação terapêutica com a família/cuidador nem sempre é possível devido ao curto tempo de permanência no SO (dias), devido ao período de visitas ser limitado a 30 minutos e devido a rotatividade dos enfermeiros pelos diferentes postos de trabalho.

A formação que tivemos sobre “Relação de Ajuda ao Doente em Situação Crítica”, em novembro de 2001, alertou-nos para a importância da comunicação e técnicas de comunicação facilitadoras do estabelecimento da relação terapêutica com o doente em fase terminal e sua família, e para as estratégias para adaptação a situação de doença.

Recordamos algumas situações em que tínhamos no SO doentes em fase agónica e em que, após informação e clarificação da situação clínica do doente à família, permitimos a permanência da família junto do doente, até ao falecimento do doente.

Noutras situações de pós-morte, e após a comunicação da notícia à família, acompanhámos a mesma no momento da despedida.

Tentámos sempre proporcionar, na nossa prática de cuidados, tranquilidade psicoespiritual, sociocultural e ambiental, assim como transcendência psicoespiritual e sociocultural ao doente e família (Dowd, 2004).

O respeito pela autonomia do doente, pela sua individualidade e pela sua vontade, assim como pelos objetivos acordados pela equipa multidisciplinar, doente e família/cuidador foram assegurados.

Durante este processo de morrer e de luto parece-nos fundamental a escuta ativa e realmente empática e o suporte emocional, muitas vezes com mais enfoque na família /cuidador. O conhecimento do doente e família, a avaliação dos aspetos emocionais, duração da doença, necessidade de tratamento são aspetos importantes para a apoio e aconselhamento para capacitar o doente e família na tomada de decisão, e no ultrapassar da situação de crise.

As UC de EMC I e EMC II, nos módulos relativos aos cuidados ao doente com falência multiorgânica, com múltiplos sintomas e com dor, assim como os cuidados ao cliente em fim de vida e espiritualidade foram determinantes no desenvolvimento desta competência.

As competências referidas por Benner, implícitas nesta análise são do domínio do papel de ajuda e da gestão eficaz de situações que se alterem rapidamente, e considerando os domínios da prática dos cuidados intensivos, as competências de cuidar das famílias dos doentes, enfrentar a morte: cuidados de fim de vida e tomada de decisões e comunicar e negociar múltiplas perspectivas (Benner, 2001) (Brykcztnski, 2004).

3.2.2 - Competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica

As competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica são: K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção e K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção 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.

Estas 3 competências encontram-se divididas em unidades de competência, que tentarei abordar ao longo da nossa reflexão.

K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica

K.1.1 – Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.

K.1.2 – Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos.

K.1.3 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando respostas.

K.1.4 – Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica.

K.1.5 – Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.

K.1.6 – Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência crónica.

Segundo a OE (2011) o enfermeiro especialista deve mobilizar conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil e de forma holística a complexidade de situações de saúde da pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica e à sua família.

Considerando que exercemos funções como enfermeira de cuidados gerais há cerca de 16 anos, 14 dos quais num SU, podemos afirmar que prestamos cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica (situações emergentes e instáveis) e em risco/ou falência orgânica.

Um dos protocolos existentes no SU é a triagem de prioridades na urgência (Manchester Triage Group Protocol) para identificar e priorizar o atendimento médico do doente, permitindo a identificação do doente em situação crítica, que é imediatamente encaminhado para a SR.

Para além deste protocolo, conhecemos os restantes procedimentos do SU, ainda mais sendo elemento interlocutor da qualidade no SU. Este conhecimento permite responder de forma eficaz às necessidades da pessoa e família, em situação de crise, a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica, com cuidados de enfermagem atempados e de qualidade.

Como chefe de equipa (anteriormente 2º elemento da equipa) estamos muitas vezes na SR, pelo que articulamos os nossos conhecimentos teóricos, baseados na evidência clínica, na nossa prática clínica, gerindo protocolos terapêuticos (via verde de sépsis, via verde AVC, enfarte agudo do miocárdio, fibrinólise, suporte inotrópico, doentes conetados a ventilação não invasiva (VNI)

e ventilação invasiva (VI), abordagem ao politraumatizado...) e encaminhando os doentes para outros serviços e profissionais com maior capacidade de resposta à situação do doente (Hemodinâmica, Unidade de AVC, UCI, transferências inter-hospitalares para observação por especialidades que não temos no SU (neurocirurgia, cirurgia plástica...). Na área de SO também recebemos estes doentes, após a sua saída da SR, pelo que damos continuidade as intervenções e cuidados mediante a sua situação clínica. Na área de SO também ocorre destabilização da situação clínica de alguns doentes, com aumento da necessidade de cuidados a doentes críticos ou em falência orgânica (paragem cardio-respiratória (PCR), sépsis, enfarte agudo do miocárdio, edema agudo do pulmão...).

A participação no 1º Congresso Nacional de Serviços de Urgência e Emergência de Medicina e Enfermagem, em março de 2007, possibilitou o conhecimento de realidades diferentes do nosso contexto de trabalho, que nos fizeram refletir sobre a nossa prática diária, melhorando a nossa prestação de cuidados.

A Curso “Advanced Trauma LifeSupport” que assistimos e colaboramos em fevereiro de 2003, assim como a participação nas I Jornadas Helped Emergency “O trauma na Criança e no Adulto” em outubro de 2011, ajudaram a complementar os nossos conhecimentos teóricos na área do trauma, permitindo aumentar a nossa qualidade de cuidados nesta área.

Trabalhando no SU foi também fundamental para a nossa prática diária o “VI Curso de Reanimação Cardio-Respiratória” em março de 2001, e o Curso de Suporte Avançado de Vida (SAV) em março de 2009 e janeiro de 2015, pois permitiram cimentar e actualizar conhecimentos teóricos e passá-los para a prática, com as situações clínicas apresentadas. Em maio tivemos oportunidade de participar em sessões de prática simulada de SAV realizadas no âmbito da formação em serviço do SU. Foi muito interessante perceber que apesar de pensarmos que temos os conhecimentos teóricos e as competências práticas, quando estamos na posição de *teamleader*, a gestão da equipa multidisciplinar e da própria situação clínica do doente parece muito mais complexa e geradora de stress.

Durante este estágio tivemos oportunidade de aprofundar conhecimentos na área da VNI, pela frequência de um curso “Ventilação Não Invasiva” em abril de 2015 e pela participação no seminário VNI em outubro de 2015. Para além do relembrar dos conhecimentos teóricos, tivemos oportunidade de aprofundar competências na área da adaptação do doente à VNI, escolha de interfaces e cuidados de enfermagem na manutenção e vigilância do doente com VNI.

Considerando o elevado número de doentes com patologia cardíaca que recorre ao SU, nomeadamente de etiologia isquémica, foi muito importante no início da nossa vida profissional, janeiro de 2003, a frequência do curso de “Cuidados Intensivos Cardíacos”. A frequência do curso e a integração simultânea no SU cimentou de forma mais sólida esta área da prestação de cuidados, que ainda hoje nos entusiasma.

No SU somos também confrontados com doente em situação de dor aguda ou crónica, pelo que temos de gerir a dor e vigiar o doente em articulação muito estreita com a equipe médica. Utilizamos escalas para avaliação da dor e utilizamos medidas farmacológicas, em articulação com a equipe médica, e medidas não farmacológicas para promover o conforto do doente.

O doente e família confrontados com situações de crise, apresentam-se emocionalmente vulneráveis, pelo que a comunicação (escuta e a transmissão de informação atempada) é fundamental para diminuir a ansiedade. Nesta abordagem devemos considerar 4 contextos: pessoa, saúde, ambiente e família.

Tivemos oportunidade de assistir a uma formação sobre a “Avaliação e monitorização da dor ao cliente com patologia vascular aguda não comunicante verbalmente internado na unidade de AVC”, usando a escala de Doloplus. Esta formação permitiu-nos conhecer uma escala nova, e sistematizar a avaliação e monitorização da dor nos doentes não comunicantes.

Muitas vezes o facilitar a visita ao próprio doente é por si só calmante para a família e para o doente. Enquanto chefe de equipa, sou o elemento mais disponível para colmatar estas situações de ausência de notícias e para articular a comunicação entre o doente/família e equipa multiprofissional. Tentamos dentro das condições do SU, estabelecer uma relação terapêutica com o doente e família, o que nem sempre é fácil, pelos sentimentos apresentados pelo doente e família: stress, ansiedade, medo, dúvida, esperança. As nossas intervenções

devem ter como objetivo a promoção da saúde e do bem-estar e passam pela ajuda com dignidade, pela escuta ativa, pela valorização da pessoa e por uma postura adequada.

Vivenciámos uma situação de uma doente que deu entrada na SR por edema agudo do pulmão, que vinha acompanhada pela filha, e que após a avaliação e intervenções adequadas para estabilizar a doente, ao solicitar informações a filha, percebemos que a filha se encontrava com uma grande labilidade emocional, com medo que a mãe viesse a falecer, e completamente em pânico. Tivemos oportunidade de levar a familiar para uma sala, deixa-la falar de todos os seus medos e receios, explicar-lhe a situação da sua mãe e de como ela estava neste momento e posteriormente leva-la à SR para que pudesse ver e falar um pouco com a sua mãe para se tranquilizar.

Relativamente aos cuidados à pessoa em situação crítica, marcou-nos a situação de um jovem, vítima de um acidente de moto, que deu entrada em PCR na SR, e em que após o tempo previsto de SAV, o cirurgião realizou toracotomia para realizar massagem cardíaca direta.

No SO também acontece termos doentes, potenciais dadores de órgãos, durante algumas horas até haver vaga na UCI. Estes doentes necessitam do mesmo tipo de cuidados que o doente crítico, por forma a permitir a manutenção das funções vitais e a perfusão tecidual dos órgãos. Já frequentámos uma formação sobre “O essencial sobre doação de órgãos”, em abril de 2009, e mais recentemente em Outubro de 2015 participei no seminário “Dador Multiorgânico” e em Abril de 2015 participei no Curso “ Morte Cerebral = Morte do Tronco Cerebral = Morte do individuo” (formação contínua). Estas participações realertaram-nos para a importância da manutenção do dador e para a necessidade de identificação de situações de possíveis dadores de órgãos.

No III Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica, em junho de 2015, pudemos assistir a uma conferência sobre “Colheita de Órgãos na PCR irreversível”, onde foi partilhada a realidade espanhola sobre esta temática, que nós desconhecíamos, e que ainda não está totalmente implementada no nosso país.

No mesmo congresso assistimos a uma mesa redonda sobre “A pessoa em falência Orgânica”, onde foram abordados os desafios da transplantação de

órgãos, o papel do enfermeiro na coordenação do gabinete de transplantação de órgãos, a manutenção do dador de órgãos e o enquadramento ético e legal na transplantação. Apesar das diversas formações que já participámos nesta área, foi muito interessante conhecer o papel do enfermeiro na coordenação do gabinete de transplantação de órgãos, e os aspetos legais que sustentam esta problemática, assim como as questões éticas a equacionar perante um possível dador.

Realizámos inicialmente um estágio de observação numa UCI de um hospital da margem sul, com os objetivos de conhecer os projectos do serviço de melhoria contínua da qualidade e de conhecer a organização e funcionamento da UCI. No estágio III voltamos a esta UCI com o intuito de adquirir e aprofundar competências na área das técnicas dialíticas, VI e monitorizações invasivas. Tivemos oportunidade de prestar cuidados a doentes conetados a VI e com técnica dialítica continua, pesquisar e aprofundar os nossos conhecimentos e desenvolver as nossas competências técnicas na prestação de cuidados a estes doentes. Tivemos oportunidade também de prestar cuidados a uma doente com um balão intra-aórtico, procedimento que ainda não tínhamos presenciado na nossa experiência profissional.

Foi muito importante, nesta fase da nossa vida profissional (trabalhar no SU há 14 anos), conhecer uma nova realidade, onde a filosofia de prestação de cuidados é diferente. Pela observação e também pela prestação de cuidados, ficámos mais despertos para o cuidado que estes enfermeiros têm na vigilância e monitorização do doente em situação crítica e na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS).

Procuramos durante o estágio refletir sempre sobre a prestação de cuidados e as tomadas de decisão realizadas, aplicando os conhecimentos adquiridos na observação, avaliação, monitorização e prevenção de complicações, identificando focos de instabilidade, definindo prioridades e tomando decisões de forma rápida e eficaz, executando cuidados técnicos complexos de acordo com as necessidades do cliente, avaliando posteriormente a resposta às nossas intervenções. Procuramos também obter a satisfação do doente, promovendo a saúde e capacitando-o para a gestão da situação de

doença, estabelecendo uma relação terapêutica com o doente e família e respeitando a intimidade e privacidade do doente.

As situações de doença, agudização da mesma ou de de internamento provocam desconforto espiritual no doente, pelo que devemos identificar as causas e intervir de forma a obtermos o conforto do doente que emerge de uma situação de stress (Dowd, 2004). Pelo acima relatado, consideramos que na nossa prática clínica proporcionamos ao doente e família alívio físico, psicoespiritual e sociocultural, assim como tranquilidade psicoespiritual e sociocultural (Dowd, 2004).

As UC de EMC I e II, assim como os módulos onde foram leccionados aspetos éticos e legais da profissão, foram fundamentais para o desenvolvimento desta competência.

Após esta reflexão e relacionando com as competências da prestação de cuidados nos cuidados intensivos, definidas por Benner, pensamos ter desenvolvido as seguintes competências: diagnosticar e gerir as funções fisiológicas básicas em doentes instáveis; o *know-how* competente de gestão de uma crise, providenciar medidas de conforto para os doentes em estado crítico; cuidar das famílias dos doentes, comunicar e negociar múltiplas perspectivas e o *know-how* competente da liderança clínica (Brykcztnski, 2004). Consideramos também o desenvolvimento das competências do domínio da função de diagnóstico e de vigilância do doente, a gestão eficaz de situações que se alteram rapidamente, o ministrar e monitorizar intervenções e regimes terapêuticos e as competências de trabalho organizacional (Benner, 2001).

K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção.

K.2.1 – Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência.

K.2.2 – Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe.

K.2.3 – Gere os cuidados em situações de emergência e catástrofe.

Segundo a OE (2011) a catástrofe consiste num acidente, ou numa série de acidentes graves, susceptíveis de provocar elevados danos materiais e eventualmente vítimas, afectando as condições de vida e socioeconómicas numa área ou no país. Pode ser um evento natural ou provocado pelo Homem.

A afluência de doentes a um SU é por vezes elevada, sendo necessário dar resposta atempada e eficiente a todas as situações. A gestão adequada de recursos humanos e materiais é fundamental nestas circunstâncias.

A resposta a situações de emergência multi-vítima ou catástrofe (humana ou natural) implica o conhecimento prévio dos planos de catástrofe interno e externo, de forma a sabermos como atuar, numa destas circunstâncias, de forma planeada e eficaz.

Em termos de formação em serviço tivemos oportunidade de assistir à formação sobre o plano de catástrofe externo, em maio de 2015. Pudemos participar num simulacro de catástrofe externa, realizado no hospital, com funções definidas, para testarmos a executabilidade do mesmo. Tivemos também oportunidade de assistir a um simulacro de catástrofe externa no Congresso Nacional de Emergência, em março de 2007, onde simularam uma explosão numa zona fabril perto de Aveiro. Tivemos oportunidade de perceber todo o dispositivo humano e material necessário para fazer face a uma catástrofe, a sua forma de organização, assim como os encaminhamentos.

Aquando da explosão de um prédio em Setúbal, em 2007, estávamos de serviço no SU e foi ativado o plano de catástrofe externa, onde pudemos observar e participar nas orientações e intervenções realizadas. Evacuámos a zona ambulatória e toda a zona de SO, criamos novas SR e gerimos os recursos materiais e humanos de forma a dar resposta a esta situação.

Por vezes a SR, que só tem lotação para 2 pessoas, chega a ter 5 doentes, sendo necessário gerir os cuidados em situações de emergência, avaliando, planeando, intervindo e orientando a saída dos doentes para outros locais com a mesma capacidade material e humana para os receber.

Enquanto chefe de equipa (atualmente) e como 2º elemento de equipa já tivemos de gerir situações multi-vítimas, nomeadamente um acidente de viação (5 vitimas), onde foi necessário otimizar os recursos materiais e a equipa multiprofissional, gerir os recursos humanos (enfermeiros e assistentes operacionais), avaliar de forma rápida e eficaz as vítimas e a orientar a sua saída e encaminhamento de acordo com as suas necessidades.

Como enfermeira no SU e chefe de equipa, conhecemos o procedimento interno de atuação perante uma emergência/ catástrofe interna e externa.

O enfermeiro especialista deve compreender os planos de catástrofe de forma a gerir de forma eficaz as intervenções da equipa, para que esta responda de forma eficaz e eficiente perante uma situação de catástrofe interna ou externa.

Realizamos um estágio na CGR de forma a aprofundarmos esta competência e a percebermos melhor o trabalho desenvolvido por esta comissão. Percebemos o seu trabalho a nível da política de gestão de risco, relatos de incidente, segurança de pessoas e bens e gestão de resíduos. Pudemos participar com os elos de ligação no serviço numa avaliação do risco clínico e não clínico realizada ao serviço em outubro de 2015. Em dezembro de 2015 também frequentamos a formação da gestão do risco, onde ficamos alerta para as questões relacionadas com a segurança do serviço, relembramos o plano de emergência interno e treinamos a evacuação de doentes.

Sentimos necessidade de, em colaboração com uma colega deste mestrado, elaborar um fluxograma de evacuação do SU, de forma a considerarmos a especificidade do SU no caso de evacuação do mesmo. Para tal analisamos o Procedimento de atuação e a Fluxograma de atuação perante Emergência/Catástrofe Interna do nosso hospital e construímos o fluxograma (Apêndice 2), onde considerámos as características físicas do SU, a necessidade de termos 2 coordenadores locais de evacuação, um no SO e outro na área de ambulatória, os profissionais que trabalham no SU, o serviço de refúgio e o ponto de reunião.

A UC de EMC II, nomeadamente o cenário criado de prática simulada de uma situação de explosão de bomba em sala de aula, com que fomos confrontados, foi importante para percebermos as dificuldades que vamos encontrar no terreno e descobrir as melhores estratégias para uma resposta adequada. A incerteza do número de vítimas, da gravidade da sua situação e a limitação de recursos exigiu que fosse feita uma avaliação da situação, tomada de decisão e intervenções rápidas. A importância do trabalho de equipa foi realçado, nomeadamente a comunicação eficaz e a coordenação da equipa.

Consideramos ter desenvolvido as competências de diagnosticar e gerir as funções fisiológicas básicas em doentes instáveis; o *know-how* competente de gestão de uma crise e o *know-how* competente da liderança clínica, enumeradas por Benner relativamente à prestação de cuidados em cuidados intensivos

(Brykcztnski, 2004). As competências do domínio do trabalho organizacional e da gestão eficaz de situações que se alteram rapidamente também foram desenvolvidas (Benner, 2001).

K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção 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

K.3.1 – Concebe um plano de prevenção e controlo de infecção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

K.3.2 – Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infecção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das IACS à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

As IACS são frequentes no ambiente hospitalar e uma das principais causas de morte e aumento da morbilidade nos clientes hospitalizados. Estas ocorrem quando há uma quebra na cadeia de infeção: agente infeccioso, reservatório, porta de saída, modo de transmissão, porta de entrada e hospedeiro susceptível (Sheehy, 2001). A utilização de EPI e das medidas de precaução universais são fundamentais para prevenir o aparecimento das IACS.

Pelo contexto do SU, elevado número de doentes, estrutura física e imprevisibilidade e desconhecimento das situações, é imprescindível um cuidado redobrado com a prevenção das IACS. Um dos aspetos básicos é a higienização das mãos, a utilização de EPI e o isolamento de situações de suspeita de infeção transmissível. A higienização das mãos é uma das mais simples precauções básicas, e das mais eficientes na prevenção e redução das IACS, assim como uma medida com impacto indirecto no controlo de resistência aos antimicrobianos (DGS, 2010).

Apesar de já termos conhecimento sobre as diretivas e procedimentos emanadas pelo GCLPPC do hospital e das pesquisas realizadas por nossa iniciativa e curiosidade, as aulas do Mestrado em EMC alertaram-me para as diretrizes emanadas pela DGS e sensibilizaram-me para o controle de infecção e de resistência aos antimicrobianos.

Conhecemos o GCLPPC do hospital, assim como as enfermeiras responsáveis, e os elos de ligação do SU com esta comissão. Enquanto interlocutora da qualidade articulam-nos com os elementos de ligação ao GCLPPC para a construção de procedimentos específicos para o SU.

Colaborámos diretamente com os elementos do GCLPPC aquando da formação multiprofissional sobre o vírus Ébola, nomeadamente nas sessões práticas de vestir e despir o EPI.

Na prestação de cuidados procuramos não descurar os procedimentos requeridos na prevenção e controlo das IACS no doente em situação crítica e/ou falência orgânica, assim como o cumprimento dessas normas pelos outros profissionais.

Nas situações de isolamento, nomeadamente na sala aberta e no SO, explicamos e ajudamos os familiares na colocação de EPI e nas precauções que devem tomar junto dos seus familiares doentes, consoante as situações de isolamento/vias de transmissão.

Sentimos necessidade de aprofundar conhecimentos e competências nesta área, pelo que estagiámos no GCLPPC do hospital. Os nossos objetivos eram perceber a organização desta comissão e o trabalho desenvolvido, assim como os projetos em curso. Pudemos entender o trabalho desenvolvido a nível da vigilância epidemiológica, normas de procedimento, formação, auditorias e pareceres emitidos. Tivemos oportunidade de assistir à apresentação de uma norma de procedimento sobre “Inserção, fixação e manutenção do cateter venoso periférico”, elaborada com o apoio deste grupo, e com objetivo de ser transversal a todo o hospital. Conseguimos, após o conhecimento da futura implementação desta norma e conversa com a enfermeira coordenadora do SU, implementar no SU a desinfecção com uma solução que contenha cloro-hexidina a 2%. A adesão da equipa de enfermagem a esta mudança foi elevada e rápida.

Também foi discutido com o GCLPPC e com a coordenadora do SU a necessidade de o serviço ter mais sacos para os resíduos hospitalares do grupo IV – Resíduos hospitalares específicos. Ficou acordado a colocação de sacos na sala de tratamentos e na sala de trabalho do SO.

Participámos também em auditorias de acondicionamento de materiais esterilizados e contaminados, realizadas pelo GCLPPC a um serviço do hospital. Conseguimos perceber os requisitos, a atribuição de conformidade ou não, e principalmente a articulação da enfermeira responsável do GCLPPC com o elemento do serviço, de forma questionar soluções e a sugerir melhorias para os requisitos que se apresentavam em não conformidade.

A UC de EMC I contribui, pelos conceitos transmitidos sobre controlo de infeção e de resistência aos antimicrobianos, precauções básicas de controlo de infeção e precauções nas vias de transmissão para o desenvolvimento desta competência.

Consideramos que desenvolvemos as competências do domínio da monitorização e garantia da qualidade das práticas de cuidados de saúde e das competências de trabalho organizacional, definidas por Benner (2001). Relativamente aos domínios da prática em cuidados intensivos consideramos ter desenvolvido as competências de prevenir os acidentes num ambiente tecnológico, monitorizar a qualidade e gerir a falha e o *know-how* competente de liderança clínica (Brykcztnski, 2004).

4 – COMPETÊNCIAS DE MESTRE

No âmbito deste relatório importa também refletir sobre a aquisição de competências do grau de mestre. De acordo com o Regulamento do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica (2011), vou passar a apresentar as atividades desenvolvidas para a aquisição e desenvolvimento destas competências, refletindo sobre este processo.

Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem

- a) *Realize avaliações exaustivas do indivíduo, das famílias e das comunidades, em situações complexas;*
- b) *Sintetize e analise criticamente os dados das avaliações para uma tomada de decisão segura;*
- c) *Diagnostique e gira problemas e condições de saúde;*
- d) *Prescreva intervenções de enfermagem geral e especializada;*
- e) *Inicie e coordene a educação de indivíduos, famílias e comunidades para proteger e promover a sua saúde e prevenir doenças;*
- f) *Referencie e receba referência de doentes e famílias, para assegurar a continuidade dos cuidados;*
- g) *Avalie a prática para assegurar serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade.*

No âmbito da nossa prestação de cuidados no SU, ao longo destes 14 anos, temos desenvolvido esta competência, em que está inerente o processo de enfermagem, e temo-nos articulado com outros profissionais de saúde, quer por referência dos mesmos, quer assegurando a continuidade de cuidados (registo de alta ou transferência), quer encaminhando o doente para profissionais

mais qualificados para a resolução de um determinado problema identificado, conforme descrevemos nas competências L5 e K1.

O processo de enfermagem é um instrumento fundamental no quotidiano do enfermeiro, pois proporciona um enquadramento organizacional para a avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação dos cuidados prestados. O enfermeiro utiliza os seus conhecimentos teóricos e empíricos para prestar cuidados competentes e personalizados (Sheehy, 2001).

Em várias situações na SR temos realizado a avaliação exhaustiva e crítica do doente, identificado diagnósticos de enfermagem e executado intervenções de enfermagem independentes e interdependentes especializadas, agindo de forma rápida e segura, com respeito pela autonomia e vontade do doente, participando com a equipa médica na tomada de decisão e avaliando todo o processo. Como chefe de equipa temos desempenhado a função de *teamleader* em situações de PCR, gerindo a equipa de enfermagem e antecipando e sugerindo intervenções que poderiam prevenir intercorrências do estado clínico do doente.

Assumimos um papel fundamental na gestão dos recursos aquando da transferência inter-hospitalar dos doentes, onde avaliamos o doente com o chefe de equipa médica de acordo com a escala de avaliação para transporte secundário.

O suporte teórico adquirido em sala de aula, nas UC de Enfermagem, EMC I, EMCII, Ambientes em saúde e Gestão de processos e Recursos, foi fundamental para a aquisição e consolidação de conhecimentos na prestação e supervisão de cuidados, liderança de equipas, relação de ajuda e segurança e gestão do risco.

O trabalho desenvolvido no módulo de Supervisão de Clínica, permitiu-nos também desenvolver raciocínio crítico e fundamentado na tomada de decisão em situações complexas, utilizando a metodologia do processo de enfermagem.

Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas

- a) *Identifique os seus próprios recursos pessoais, ajustando as necessidades de formação ao seu próprio projeto pessoal/profissional;*
- b) *Valorize a autoformação como componente essencial do desenvolvimento.*

Segundo a OE (2006) a operacionalização e promoção do desenvolvimento pessoal e profissional passam pela autoformação, formação contínua e avaliação de desempenho, ou seja, a aprendizagem ao longo da vida, numa perspetiva de actualização e desenvolvimento pessoal. A aprendizagem ao longo da vida deve abranger todos os enfermeiros, promovendo um espírito investigador e pensamento crítico.

Desde o início do nosso exercício profissional que procuramos um enriquecimento a nível pessoal e profissional, quer a nível de conhecimentos, quer a nível de competências. Esta procura esta patente na formação profissional, através da frequência de cursos, congressos e seminários, de formação contínua e de serviço.

Em 2001 frequentamos o mestrado em SIDA: Da Prevenção à Terapêutica, na Universidade de Coimbra, tendo elaborado uma dissertação de Mestrado subordinada ao tema “Controle de náuseas, vómitos e diarreia no doente infetado por VIH/SIDA”. Em 2009 inscrevemo-nos no Instituto de Educação da Universidade de Lisboa, no Doutoramento, mas optamos por ficar apenas com Curso de Formação Avançada em Formação de Adultos. Desde 2012 que estamos a frequentar o Doutoramento em Enfermagem na Universidade Católica, e em 2014 inscrevemo-nos também no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Temos elaborado vários pósteres e artigos, os mais recentes (desde 2014) baseados em pesquisa em bases de dados científicas e utilizando a metodologia da revisão integrativa da literatura, conforme descrevemos de forma detalhada nas competências do domínio das aprendizagens profissionais, tendo partilhado as pesquisas desenvolvidas.

O desenvolvimento do nosso PDA demonstra também as nossas necessidades de formação e de desenvolvimento pessoal e profissional com vista ao aumento da qualidade de formação dos EE do CLE.

Todas as UC leccionadas no mestrado em EMC foram determinantes para o desenvolvimento desta competência, pela aquisição e consolidação de conhecimentos em diferentes áreas de enfermagem.

Consideramos fundamental, enquanto enfermeiros especialistas e mestres, mantermo-nos actualizados nos conhecimentos, baseados em evidência

científica, de forma a suportar a nossa prática profissional com conhecimentos válidos e fundamentados. A partilha com a equipa de enfermagem é também importante para o aperfeiçoamento constante das práticas e melhoria contínua dos cuidados prestados.

Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva

- a) *Aplique os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização;*
- b) *Conheça os conceitos, fundamentos, teorias e factos relacionados com as Ciências de Enfermagem e suas aplicações, nos diferentes campos de intervenção;*
- c) *Sirva como consultor para outros profissionais de saúde, quando apropriado;*
- d) *Faça gestão de casos quando aplicável;*
- e) *Trabalhe em colaboração com entidades ou organizações de saúde pública, profissionais de saúde e outros líderes comunitários relevantes e/ou agências para melhorar a saúde global da comunidade.*

No decorrer deste Mestrado em EMC integramos o grupo de enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica do hospital onde exercemos funções e onde temos debatido o papel do enfermeiro especialista em EMC no seio das equipas de enfermagem, de forma a destacarmos as nossas funções específicas de acordo com as dinâmicas de cada serviço. Enquanto elemento interlocutor da qualidade no SU, articulamo-nos com o gabinete da qualidade do hospital, quer na implementação de novas normas que consideramos necessárias para o SU, quer na atualização das normas existentes.

Como chefe de equipa de enfermagem (anteriormente 2º elemento da equipa), somos disponíveis para o esclarecimento de dúvidas/questões, relativamente aos cuidados de enfermagem, e os colegas recorrem ao nosso apoio para a resolução de situações de conflito, para a tomada de decisão, na gestão dos cuidados e para esclarecimento de procedimentos burocráticos ou normas do serviço. Assumimos então o papel de consultor na nossa área de especialização, pelo esclarecimento de dúvidas, partilha de conhecimentos, quer adquiridos em contexto académico, quer pela pesquisa de evidência científica e gestão de cuidados, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional da equipa de enfermagem.

A articulação com a equipa multidisciplinar, quer na prestação de intervenções especializadas e na gestão dos cuidados, quer nos processos de tomada de decisão fundamentada em situações complexas, suportada por

conhecimentos teóricos, éticos e legais, promove a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Os conhecimentos adquiridos na UC de Gestão de processos e Recursos e no Módulo de Supervisão Clínica foram determinantes para o desenvolvimento desta competência.

Ao longo deste relatório pensamos ter demonstrado conhecimento sobre a Enfermagem enquanto ciência e sobre a metodologia de investigação utilizada na pesquisa científica em Enfermagem.

Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos

- a) *Selecione os meios e estratégias mais adequados à resolução de um determinado problema, de forma fundamentada;*
- b) *Avalie os resultados, em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e da perspectiva das repercussões em sentido ético e deontológico.*

Segundo a OE (2001) no processo de tomada de decisão em enfermagem, e na implementação das intervenções, os enfermeiros integram os resultados de investigação. O processo de tomada de decisão perante um problema é complexo e decisivo. O profissional deve analisar a informação disponível, considerando os seus conhecimentos teóricos e experiência prática, e sustentado pelos princípios éticos e deontológicos da profissão. Salienta-se o respeito pelos princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça e o respeito pela individualidade e a dignidade da pessoa.

O enfermeiro especialista, na sua prática profissional, deve seleccionar os meios e estratégias mais adequados à resolução dos problemas identificados, gerindo as situações de forma eficaz, fundamentando as suas decisões e avaliando os resultados das mesmas, nomeadamente os ganhos em saúde e as consequências éticas e deontológicas.

Na nossa prática diária tentamos analisar os problemas que surgem, ouvir os intervenientes e utilizar os nossos conhecimentos e competências para a tomada de decisão. Alguns exemplos foram abordados nas competências K1, K2, L5 e L6.

O desenvolvimento do PDA também nos permitiu, de forma fundamentada, seleccionar os meios e as estratégias mais adequados à resolução do problema identificado.

As UC de Enfermagem, Ambientes em Saúde, EMC I e II, Filosofia Bioética e Direito, leccionadas em sala de aula muniram-nos de conhecimentos e instrumentos para o desenvolvimento desta competência, nomeadamente os aspectos relativos ao clima e cultura organizacional, gestão de conflitos e liderança, considerando sempre as dimensões ética, legal e deontológica. O trabalho desenvolvido no Módulo Questões Éticas Emergentes em Cuidados complexos, onde desenvolvemos um algoritmo de tomada de decisão relativamente à Decisão de reanimar/não reanimar, permitiu-nos reflectir sobre a complexidade deste processo, capacitando-nos para uma tomada de decisão ponderada e fundamentada.

Durante o estágio e na prática profissional, solicitámos sempre que possível a colaboração e consentimento do doente, responsabilizamo-nos pelos nossos atos e sentimo-nos mais competentes na tomada de decisão autónoma, fundamentando as nossas decisões com base nos princípios éticos e assumindo a toma de decisão com mais segurança.

Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência

- a) *Analise, conceba e implemente resultados de investigação e contributos da evidência para a resolução de problemas, com especial ênfase nos que emergem da área dos estudos especializados, considerando os aspetos sociais e éticos relevantes;*
- b) *Use capacidades de investigação apropriadas para melhorar e fazer evoluir a prática.*

A investigação é um processo através do qual se estabelece e confirma a validade e rigor, que proporciona novos conhecimentos e identifica respostas e soluções válidas para os problemas identificados. O objetivo da investigação em enfermagem é estimular o desenvolvimento de intervenções que melhorem os resultados, em termos de saúde, e que contribuam para a excelência na prestação de cuidados (Sheehy, 2001). A OE (2006) refere que a investigação contribui para o ampliação do conhecimento em enfermagem, e considera-a como um processo científico, rigoroso e sistemático, que procura responder a questões ou resolver problemas para benefício das pessoas/famílias ou comunidade. O

conhecimento científico é essencial para a aplicação do processo de enfermagem no contexto clínico, e promove a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem.

O desenvolvimento do PDA, recorrendo à metodologia da RIL, demonstra a nossa capacidade de investigar e contribuir para a melhoria da formação em enfermagem, com conseqüente melhoria da qualidade dos cuidados assegurados pelos futuros profissionais.

Relativamente ao desenvolvimento desta competência, referenciamos também a dissertação de mestrado já realizada em 2005, o projeto de doutoramento defendido e aprovado no âmbito da frequência do Doutoramento em Formação de Adultos, e os trabalhos desenvolvidos utilizando metodologias de investigação, sempre que possível realizando pesquisas em bases de dados científicas, de forma a obter evidência para a resolução de situações com que somos confrontadas na nossa prática clínica em contexto de trabalho. Sempre que possível divulgamos e partilhamos os resultados das nossas pesquisas, através de artigos ou pósteres.

Durante o estágio e a nossa prática clínica, fomos apurando o espírito crítico e questionando algumas práticas, o que nos conduziu a necessidade de pesquisar evidência científica para fundamentar e divulgar possíveis mudanças nas práticas da equipa de enfermagem.

Benner (2001) refere que o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina prática se faz pela identificação do *know-how* existente, e pela ampliação do *know-how* através de investigação baseada na teoria. Consideramos que os contributos da evidência, provenientes dos resultados da investigação, são fundamentais para a resolução de problemas da prática e para a evolução da mesma.

Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em saúde em geral e em enfermagem em particular.

Pensamos que ao utilizarmos a metodologia do processo de enfermagem e ao integrarmos as equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva na prestação de cuidados, conseguimos diagnosticar problemas, planear, realizar intervenções especializadas e avaliar, respondendo as necessidades do doente e família.

O PDA elaborado permitiu o desenvolvimento desta competência, pelo diagnóstico de situação realizado, pelo planeamento e pelas intervenções que poderão ser implementadas. É fundamental a partilha dos resultados desta investigação com os pares, daí termos elaborado o artigo em apêndice (Apêndice 3) que pretendemos divulgar, promovendo desta forma o desenvolvimento da profissão e o crescimento profissional e pessoal.

Identificámos também a necessidade de elaborar um Fluxograma de evacuação dos doentes do SU, pelo que nos articulamos dentro da equipa, e com a CGR para o desenvolvimento deste projeto.

Como chefe de equipa de enfermagem (anteriormente 2º elemento na chefia da equipa), temos colaborado de forma informal com o coordenador do serviço na avaliação de desempenho dos enfermeiros da equipa de enfermagem. Sempre que necessário temos colaborado com o elemento responsável pela formação em serviço, identificando, sugerindo e participando na formação em serviço. Tivemos oportunidade de fazer 3 sessões de formação aos enfermeiros do SU sobre a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, no âmbito da futura implementação do sistema informático S-Clinic.

Os contributos teóricos das UC de Ambientes em Saúde, Gestão de Processos e Recursos e o módulo de Formação Contínua aplicada à Enfermagem, foram importantes para o desenvolvimento desta competência.

5 - REFLEXÃO FINAL

Concluído o presente relatório, consideramos que atingimos os objetivos inicialmente propostos, tendo ficado patente o percurso percorrido, quer na elaboração do PDA, recorrendo à metodologia de RIL, quer na demonstração e reflexão das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e/ou em situação crónica ou paliativa, assim como das competências de mestre, adquiridas e desenvolvidas ao longo dos estágios.

A concretização do PDA no contexto do enfermeiro especialista como promotor da aprendizagem e do PAC permitiram responder às competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e mestre em EMC.

Durante o estágio, foram prestados cuidados a doentes em diferentes situações críticas e crónicas e paliativas, tendo-se procurado promover o bem estar e minimizar o sofrimento quer do doente, quer da família/cuidador, garantindo a prestação de cuidados de qualidade e seguros. Atendendo à teoria que suporta a nossa prática procuramos, considerando o contexto do SU, e o desconforto espiritual pela situação de doença e internamento, proporcionar alívio, tranquilidade e por vezes transcendência nos contextos identificados por Kolcaba: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental.

Com a elaboração do PDA, recorrendo à metodologia da RIL, conseguimos identificar e discutir os aspetos que influenciam a aprendizagem do EE do CLE em CPC (Acolhimento, Organização do EC, CPC, Processo ensino-aprendizagem, EO, EE) e baseados na interpretação e na análise das competências comuns do enfermeiro especialista, apreender que o enfermeiro especialista pode ter um papel facilitador do processo de ensino-aprendizagem nos CPC, pela sua intervenção junto às equipas de enfermagem, nomeadamente do âmbito de: Preparação e organização do EC em CPC; Acolhimento e integração do estudante no CPC; Acompanhamento e monitorização do EC em CPC. A ressaltar nesta reflexão que Benner (2001) considera o EE no nível iniciado, e que a mesma autora defende que a aquisição e desenvolvimento das competências é baseada nas experiências vivenciadas e na forma como as

mesmas são ensinadas (Benner, 2001), valorizando o papel do EO e do acompanhamento e monitorização do EC.

Salientamos como aspeto facilitador na elaboração deste relatório, o interesse pessoal pela temática investigada na RIL, e como aspeto constrangedor os fatores de ordem pessoal e profissional que me limitaram no cumprimento do cronograma previsto.

Esperamos continuar a desenvolver os aspetos chave da prática de enfermagem perita, citados por Benner (2001) e Brykcztnski (2004): domínio clínico e uma prática baseada na investigação, know-how incorporado e a visualização de uma situação no seu todo, antecipando o inesperado.

Consideramos que fomos proactivos e dinamizadores no caminho percorrido, quer no contexto de estágio, quer no processo de aprendizagem contínuo e autónomo. Procurámos pesquisar conhecimentos e mobiliza-los, aprofundar conhecimentos pela frequência de formação, participar com prelecções em seminários e jornadas, participar na tomada de decisão com a equipa multidisciplinar em situações complexas, refletir sobre as práticas e desenvolver competências especializadas de análise, planeamento, intervenção, avaliação e investigação, contribuindo para o desenvolvimento de conhecimentos teóricos e práticos da EMC e desta forma promovendo a qualidade dos cuidados prestados

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. C. (2003). *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: que Parcerias para a Excelêncioas em Saúde?* Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.

Abreu, W. (2007). *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico: Fundamentos, Teorias e Considerações.* Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.

Academia das Ciências de Lisboa (2001). *Instituto de Lexicologia e Lexicografia - Dicionário da língua portuguesa contemporânea.* Lisboa: Editorial Verbo.

Alarcão, I., Tavares, J. (2010). *Supervisão da prática pedagógica – uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem.* Coimbra: Livraria Almedina.

Bártolo, E. (2007). *Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar: um estudo etnográfico numa unidade de cuidados intensivos pediátricos.* Lisboa: Climepsi Editores.

Beauchamp, T., Childress, J. (1994). *Principles of Biomedical Ethics.* 4thed. New York: Oxford University Press.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem.* 1^a Edição, Coimbra: Quarteto Editora.

Borges, C. (2010). *Supervisão de Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico: Que Parcerias?* Aveiro: Universidade de Aveiro (Dissertação de Mestrado).

Brykcztnski, K. (2004). *De Principiante a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* In: Tomey, A. M; ; Alligood, M. R. *Teóricas de Enfermagem e sua Obra.* 5^a Edição. Loures: Lusociência. p. 185-207.

Canário, R. (2008). *Educação de adultos: um campo e uma problemática.* Lisboa: Educa.

Carvalho, R. (2003). *Parcerias na formação - Papel dos orientadores clínicos - perspectiva dos actores*. Loures: Lusociência.

Carvalho, A. (2005). *Avaliação da Aprendizagem em Ensino Clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget.

Carvalho, M., Pelloso, S., Valsecchi, E., Coimbra, J. (1999). Expetativas dos alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio hospitalar. *Rev Esc Enferm USP*, 33 (2), p.200-6.

Casate, J., Corrêa, A. (2006) Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde. *Rev Esc Enferm USP*, 40 (3), p. 321-8.

Costa, L. (2008). *A Aprendizagem na convivência: o estágio curricular em enfermagem*. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Dissertação de Mestrado).

Cavaco, C. (2002). *Aprender fora da escola: percursos de formação experiencial*. Lisboa: Educa.

Correia, M., Santiago, M.,(2012). A orientação para a Prática e o desenvolvimento de competências do estudante de enfermagem nos cuidados ao doente crítico. *Journal of Nursing*, 6 (5), 1069-76.

Couceiro, M. (1996). *Reflexão sobre a pratica profissional: uma experiencia de formação de professores*. In: Formação, saberes profissionais e Situações de Trabalho. Lisboa: Universidade de Lisboa.

Cunha, L. (2014). *Manual Revisão Bibliográfica Sistemática e Integrativa: a pesquisa baseada em evidência*. Belo Horizonte: Grupo Anima Educação.

D'Espiney, L. (1999). *Aprender a aprender pela experiência: a formação inicial de enfermeiros*. Lisboa: FPCE (dissertação de Mestrado).

Direção Geral de Saúde (2010) Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Circular Normativa N° 13/DQS/DSD. Consultado em 16 de setembro de 2016 através de <http://www.dgs.pt/ms/3/paginaRegisto.aspx?back=1&id=16279>.

Dowd, T. (2004). *Teoria do Conforto* In: Tomey, A. M., Alligood, M. R. Teóricas de Enfermagem e sua Obra. 5ª Edição. Loures: Lusociência. p. 481-495.

Espada, A. (2013). *O erro na aprendizagem clínica dos estudantes de enfermagem. Percepções de estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica sobre os erros cometidos e o papel que desempenham na aprendizagem e no desenvolvimento*. Ponta Delgada: Universidade dos Açores (Tese de Doutoramento).

Fernandes, C., Santos, B., Torres, R., Lobo, V. (2012). Refletindo sobre a Qualidade da Supervisão no Ensino Clínico de Enfermagem em Saúde Mental: Perspetiva dos supervisores. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (7), p. 25-32.

Ferreira, J. et al. (2001). Manual de Psicossociologia das Organizações. Lisboa: McGraw-Hill.

Garrido, A., Pires, R., Simões, J., (2008). *Supervisão Clínica em Enfermagem - Perspetivas Práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem – Os Fundamentos à Prática Profissional*. 4ª edição. Porto Alegre: Artmed.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspetiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Kolcaba, K. (1994). A Theory of holistic Comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 19. N.º 6, p. 1178-1184.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company, New York.

Kolcaba, K., Fisher, E. (1996) A holistic perspective on Comfort care as na advance directive. *Critical Care Nursing Quartely*, 18 (4), p. 6676.

Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais* (Vol. 3ª Ed.). Porto Alegre: Artmed.

Malglaiive, G. (2003). *Formação e Saberes profissionais: entre a teoria e a prática*. In Canário, R. (Org.). *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora.

Martins, C. (2009). *Competências desejáveis dos supervisores de ensino clínico: representações de alunos de enfermagem*. Lisboa: Universidade de Lisboa (Dissertação de Mestrado).

Matos, E. (1997). A Colaboração escola-serviços. *Nursing*, Nº 114, 31-34.

Mendes, K., Silveira, R., Galvão, C. (2008). Revisão Integrativa da Literatura: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis. 17(4): 758-64.

Merighi, M., Jesus, M., Domingos, S., Oliveira, D., Ito, T. (2014). Ensinar e aprender no campo clínico: perspectiva de docentes, enfermeiras e estudantes de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(4), p. 505-11.

Ministério da Saúde (1994b). *A formação e o desenvolvimento profissional. Linhas de actuação*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Monahan, F. et al. (2010). *Enfermagem Médico Cirúrgica – Perspetivas de Saúde e Doença*. (Vol I 8ª Edição). Loures: Lusociência.

Nascimento, C. (2007) *Docentes de Enfermagem: necessidades de formação em Supervisão Clínica*. In: Rodrigues, A et al. *Processos de Formação na e para a Prática de Cuidados*. Loures: Lusociencia. p. 1-41.

Newman, P; Peile, E. (2002). "Valuing learners" experience and supporting further growth: educational models to help experienced adult learners in medicine. *British Medical Journal*, 325, pp. 200-202.

Ordem dos Enfermeiros (1998). Criação da Ordem dos Enfermeiros. Consultado em 15 de julho de 2015 através de http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/PreambuloDL104_98.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Consultado em 13 de março de 2016 através de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2006). Investigação em Enfermagem – Tomada de Posição. Consultado a 19 de setembro de 2016 através de http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2009). Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional. Consultado em 15 de julho de 2015 através de <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Consultado em 25 de agosto de 2016 através de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Consultado em 25 de agosto de 2016 através de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompeticenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa. Consultado em 12 de setembro de 2016 através de http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCESituacaoCronicaPaliativa.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2012). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Consultado a 13 de junho de 2015 através de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Consultado em 26 de maio de 2016 através de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Consultado em 17 de agosto de 2016 através de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf

Pires, A. (2002). *Educação e formação ao longo da vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competência*. Lisboa: Faculdade de Ciências e tecnologia (Tese de Doutoramento).

Pretty, M., González, M., Orrio, C., Jiménez, P. (2010). Competencias del docente clínico enfermeira/o, Universidades Lleida (Espanã) y La Frontera (Chile): Percepción del estudiante. *Ciencia y Enfermería XVI*, (2), p. 99-106.

Pompeo, D. A., Rossi, L. A., Galvão, C. M. (2009). Revisão Integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 22(4): 434-8.

Portaria nº 799-D/99, de 18 de Setembro. *Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem.*

Rabiais, I. (2013). *Processos de Aprendizagem de Cuidar dos Estudantes de Enfermagem.* Lisboa: Universidade Católica Portuguesa (Tese de Doutoramento).

Resk, Z., Gomes, E. (2008). A formação e a prática gerencial do enfermeiro: caminhos para a práxis transformadora. *Rev Latino-am Enfermagem*, 16 (1), p. 71-72.

Rua, M. (2011) *De Aluno a Enfermeiro. Desenvolvimento de Competências em Contexto de Ensino Clínico.* Aveiro: Universidade de Aveiro (Tese de Doutoramento).

Sá-Chaves, I. (2000). *Formação, Conhecimento e Supervisão – Contributos nas Áreas da formação de professores e de outros profissionais.* Aveiro: Universidade de Aveiro.

Serra, M. N. (2006). Supervisão dos estudantes de enfermagem realizada por enfermeiros de prática clínica: a perspectiva dos actores. *Associação Portuguesa de Enfermeiros/Investigar para melhor cuidar.* 27.

Sheehy, S. (2001). *Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática.* 4ª ed. Loures: Lusociência.

Silva, A. (2012). *A Enfermeira e a corresponsabilidade pela formação do aluno em estágio curricular*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Tese de Doutorado).

Silva, G., Corrêa, R., Silveira, C., Paiva, S. (2011) Sentimentos vivenciados por graduandos em enfermagem durante o estágio supervisionado. *Rev enferm UFPE on line*, 5 (7), p. 1635-643.

Silva, R., Pires, R., Vilela, C. (2011). Supervisão de estudantes de enfermagem em ensino clínico – Revisão Sistemática da Literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, Nº 3, p. 113-122.

Silva, D., Silva, E. (2004). O ensino clínico na formação enfermagem. *Escola Superior de Enfermagem de Viseu*. Disponível em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/8.pdf>

Simões, J. (2004). *Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem – a perspectiva dos enfermeiros cooperantes*. Aveiro: Universidade de Aveiro (Dissertação de Mestrado).

Souza, D., Santos, I., Miranda, J., Luna, A., Guilherme, F., Santos, M. (2015). Percepções do graduando de enfermagem sobre as atividades desenvolvidas durante o estágio supervisionado integrador I. *Rev enferm UFPE on line*, 9 (10), p. 9550-7.

APÊNDICES

Apêndice 1- Planejamento do projeto

Estudante: Guida Maria Marques da Silva Amaral	Orientador Enfª Inês Raposo
Instituição: Centro Hospitalar de Setúbal – Hospital de São bernardo	Serviço: Urgência Geral
Título do Projecto: O Enfermeiro Especialista como promotor da aprendizagem	
Objectivos (geral específicos, centrados na resolução do problema).	
<u>OBJECTIVO GERAL</u>	
- Descrever o papel do enfermeiro especialista como promotor da aprendizagem em contexto de prática clínica.	
<u>OBJECTIVOS Específicos</u>	
- Identificar os aspectos considerados pelos estudantes de enfermagem como influenciadores da aprendizagem em contexto de prática clínica.	
- Identificar os aspectos considerados pelos enfermeiros como influenciadores da aprendizagem do estudante em contexto de prática clínica.	
- Elaborar uma revisão integrativa da literatura.	
- Divulgar os resultados com a equipa de enfermagem.	
- Divulgar os resultados da pesquisa em revistas científicas.	
Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção	
- Enfº Coordenador do serviço	
- Enfº Orientador	

Pretendo neste projeto realizar uma Revisão integrativa de Literatura (RIL) de forma a descrever o papel do enfermeiro especialista como promotor da aprendizagem em contexto de prática clínica.

O objetivo desta RIL é identificar os aspectos considerados pelos estudantes de enfermagem e pelos enfermeiros como influenciadores da aprendizagem em contexto de prática clínica.

Para conhecer a evidência científica sobre esta problemática vou realizar pesquisas em Junho e Julho de 2015, nas bases de dados eletrónicas: EBSCO (CINAHL with Full Text, MEDLINE with Full Text, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Central Register of controlled trials, Database of abstracts of reviews of effects, Medlatina); LILACS (texto integral disponível), SCIELO (Portugal) e RCAAAP usando as seguintes palavras-chave: estudantes AND ensino clínico. Serão procurados artigos científicos publicados, nos últimos 10 anos (2005-2015).

Os artigos encontrados serão analisados segundo os níveis de evidência de Oxford e validados os critérios de inclusão e exclusão definidos. Os critérios de inclusão e exclusão relacionam-se com a questão de investigação e o objetivo do estudo. Os artigos serão identificados por numeração árabe. Após a leitura, os dados serão reunidos e inseridos em tabelas pré-construídas para o efeito.

Os dados recolhidos e sistematizados nas tabelas serão analisados e interpretados, considerando o referencial teórico. Esperamos conseguir identificar os aspectos considerados pelos estudantes de enfermagem e pelos enfermeiros como influenciadores da aprendizagem em contexto de prática clínica, e relacionar estes dados com as competências do enfermeiro especialista de forma a descrever o papel do enfermeiro especialista como promotor da aprendizagem em contexto de prática clínica.

Data: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____

Objectivos Específicos	Actividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
<p>- Identificar os aspectos considerados pelos estudantes de enfermagem como influenciadores da aprendizagem em contexto de prática clínica.</p> <p>- Identificar os aspectos considerados pelos enfermeiros como influenciadores da aprendizagem do estudante em contexto de prática clínica.</p>	<p>- Realização da pesquisa bibliografia, utilizando a metodologia de RIL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação da questão de pesquisa • Identificação das palavras-chave • Seleção os critérios de inclusão e exclusão dos artigos • Construção da tabela para recolha de dados • Pesquisa nas bases de dados (EBSCO) • Análise dos artigos segundo os níveis de evidência de Oxford • Leitura dos artigos e validação dos critérios de inclusão e exclusão • Recolha de dados dos artigos • Interpretação e discussão dos resultados 	<p>Orientador</p> <p>Professor da escola</p>	<p>Computador</p> <p>Internet / Bases dados eletrónicas</p> <p>Papel</p> <p>Lápis</p> <p>Caneta</p> <p>Borracha</p>		<p>Evidencia escrita</p> <p>Artigos encontrados com bom nível de evidência</p>
<p>- Elaborar uma revisão</p>	<p>- Identificação da questão de pesquisa</p>	<p>Orientador</p>	<p>Computador</p>		<p>Evidencia escrita</p>

integrativa da literatura.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação das palavras-chave - Seleção os critérios de inclusão e exclusão dos artigos - Construção da tabela para recolha de dados - Pesquisa nas bases de dados (EBSCO) - Análise dos artigos segundo os níveis de evidência de Oxford - Leitura dos artigos e validação dos critérios de inclusão e exclusão - Recolha de dados dos artigos - Interpretação e discussão dos resultados - Construção final da RIL 	Professor da escola	Internet / Bases dados eletrónicas Papel Lápis Caneta Borracha		Artigos encontrados com bom nível de evidência
- Divulgar os resultados com a equipa de enfermagem.	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de um plano de formação de sessão - Elaboração da apresentação (PowerPoint) - Marcação da sessão de formação - Divulgação da formação - Realização da sessão de formação - Avaliação da formação 	Orientador Responsável da formação Enfº Coordenador do serviço Gabinete de Gestão da Formação	Computador Internet/mail Slide show Papel Caneta Cadeiras Mesa		Nº de enfermeiros a participarem na formação Avaliação da formação como pertinente Avaliação da formação segundo a Ficha de Avaliação do Formando, do CHS.
- Divulgar os resultados da pesquisa em revista científica.	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de um artigo, baseado na RIL realizada - Submissão do artigo numa revista indexada à Scopus 	Professor da escola	Computador Internet CD Correio		Publicação do artigo numa revista indexada à Scopus
Cronograma:					

	Abril 2015	Mai 2015	Junho 2015	Julho 2015	Agosto 2015	Setembro 2015	Outubro 2015	Novembro 2015	Dezembro 2015	Janeiro 2016
Diagnóstico de Situação										
Planeamento										
Identificação da Questão de Pesquisa										
Identificação das palavras-chave										
Seleção os critérios de inclusão e exclusão dos artigos										
Construção da tabela para recolha de dados										
Pesquisa nas bases de dados (EBSCO)										
Análise dos artigos segundo os níveis de evidência de Oxford										
Leitura dos artigos e validação dos critérios de inclusão e exclusão										
Recolha de dados dos artigos										
Interpretação e discussão dos resultados										
Elaboração da RIL										

Orçamento:

Recursos Humanos:

Não se prevêem gastos com os recursos humanos.

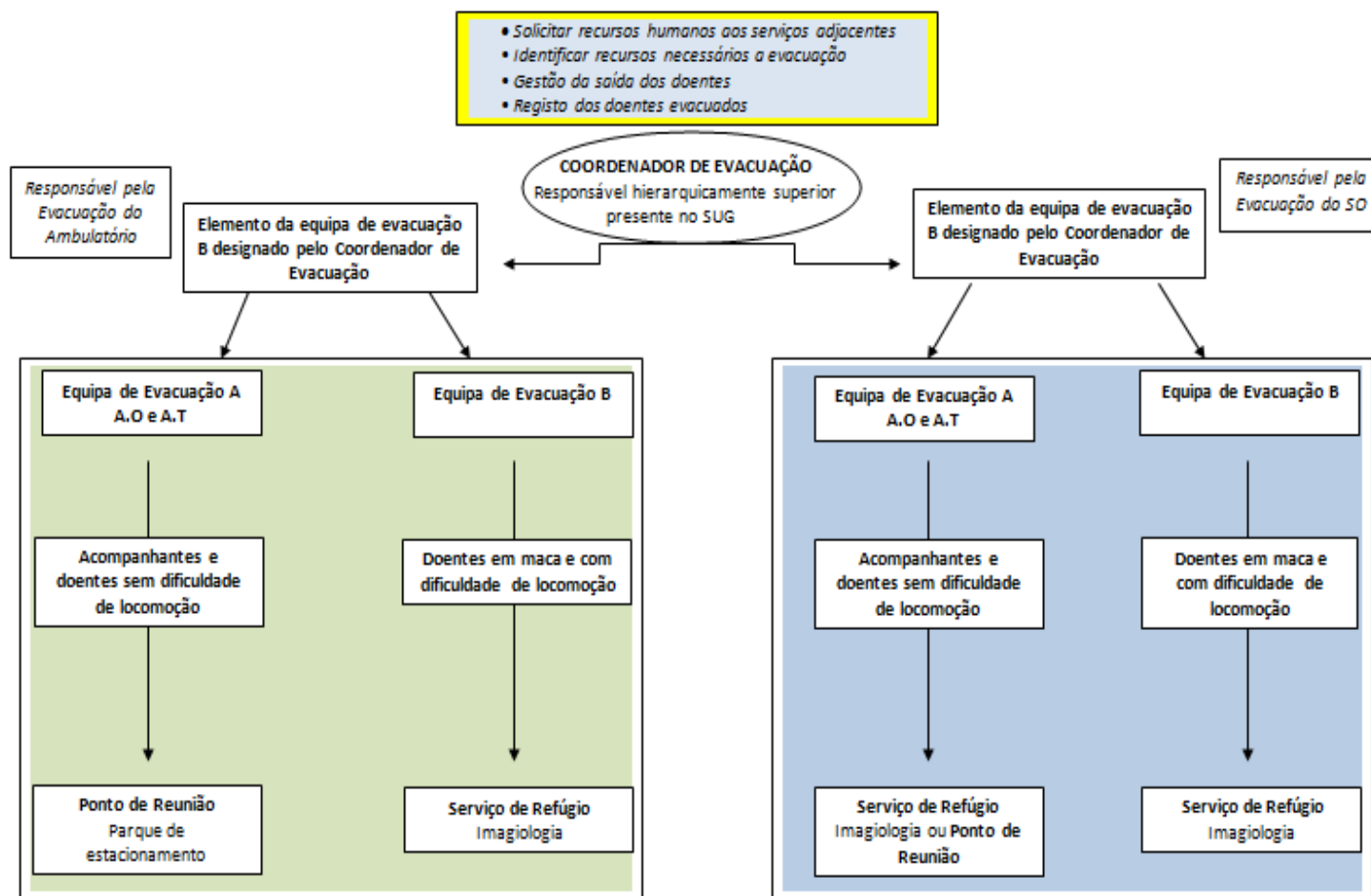
Recursos Materiais:

Prevêem gastos com a impressão de documentos/artigos.

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

Não se prevêem constrangimentos para a elaboração deste Projeto de Desenvolvimento de Aprendizagem.

Apêndice 2 - Fluxograma de Evacuação do Serviço de Urgência



Atendendo a que na área de SO serão necessários mais elementos da equipa de evacuação B, o coordenador de evacuação deve designar quem permanece na área de ambulatório e quem se dirige ao SO.

Na evacuação do SO e por forma a que se consiga evacuar o maior número de doentes e em segurança, deve o coordenador de evacuação designar um elemento da equipa B que proceda à evacuação do corredor externo ao SO.

Apêndice 3 - Artigo

**AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA PROMOÇÃO DO
PROCESSO DE ENSINO APRENDIZAGEM DOS ESTUDANTES DO CURSO DE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**THE NURSES SKILLS SPECIALIST IN TEACHING AND LEARNING PROCESS
PROMOTION OF NURSING STUDENTS GRADUATION**

Guida Amaral *

Mariana Pereira **

* Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica, Lisboa; Mestranda em Enfermagem Médico-cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS), Docente na ESS/IPS; Enfermeira Graduada no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal; gmms.amaral@gmail.com.

** Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Mestre em Ciências da Educação, Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica – Instituto de Ciências da Saúde Lisboa; mariana.pereira@ess.ips.pt

Resumo

O Curso de Licenciatura em Enfermagem tem uma vertente teórica e uma vertente prática denominada Ensino clínico. O contexto de prática clínica onde decorrem as aprendizagens experienciais não é imparcial. A qualidade da supervisão clínica realizada pelo enfermeiro orientador e pelo docente, a motivação que estes conseguem impulsionar, o processo de reflexão sobre as situações clínicas, o desenvolvimento da capacidade de tomada de decisão para a autonomia é crucial no processo de aprendizagem do estudante [1].

Objetivo: Identificar os aspectos que influenciam a aprendizagem dos estudantes de enfermagem do curso de licenciatura em enfermagem no contexto de prática clínica.

Metodologia: Foi efetuada uma revisão integrativa da literatura, pela pesquisa na EBSCO (CINAHL, MEDLINE, Cochrane Data base of Systematic Reviews, Cochrane Central Register of controlled trials, Data base of abstracts of reviews of effects, Medlatina); LILACS, SCIELO (Portugal) e RCAAP, usando as seguintes palavras-chave: aprendizagem AND ensino clínico AND Enfermagem (32 artigos), aprendizagem AND estágio AND Enfermagem (239 artigos) e aprendizagem AND educação clínica AND Enfermagem (27 artigos). Foram encontrados um total de 301 artigos. Foram lidos os resumos dos artigos e aplicados os critérios de inclusão e exclusão, tendo apenas sido selecionados 53 artigos. Após a leitura destes verificamos que apenas 11 respondiam de forma clara a nossa questão de investigação.

Resultados: Identificamos 6 categorias de aspectos que influenciam a aprendizagem: Acolhimento, Organização do ensino clínico, Contexto de Prática clínica, Processo de ensino-aprendizagem, Enfermeiro Orientador e Estudantes de enfermagem.

Conclusão: O enfermeiro especialista pelas competências comuns especializadas que possui, pode ter um papel facilitador do processo de ensino-aprendizagem em contexto de prática clínica dos estudantes de enfermagem do curso de licenciatura em enfermagem, pela sua intervenção junto aos enfermeiros nas equipas de enfermagem, nomeadamente do âmbito de: Preparação e organização do ensino clínico Acolhimento e integração do estudante e Acompanhamento e monitorização do ensino clínico.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista; Processo ensino-aprendizagem; Ensino clínico

Abstract

The Graduate of Nursing has a theoretical and practical part called clinical teaching. The context of clinical teaching in which stem from the experiential learning is not impartial. The quality of clinical supervision performed by the nursing practice advisor and the teacher, motivation they can boost the process of reflection on clinical situations, the development of decision-making capacity for autonomy is crucial in the process of student learning [1].

Objective: To identify the factors that influence the learning of nursing students in context of clinical teaching

Methods: We performed a research on EBSCO (CINAHL, MEDLINE, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Database of abstracts of reviews of effects, Medlatina), LILACS, SCIELO (Portugal) and RCAAP using the keywords: learning AND clinical teaching AND nursing (32 articles), learning AND intership AND nursing (239 articles) and learning AND clinical education AND nursing (27 articles). We found a total of 301 items. Article abstracts were read and applied the inclusion and exclusion criteria, having only been selected 53 articles. After reading these, we found that only 11 responded clearly to our research question.

Results: We identified six categories of factors that influence learning: Reception, Organization of the clinical teaching, Context of clinical practice, Teaching-learning process, Nurse supervisor and Student.

Conclusion: The nurse specialist by the common skills they have, may have a facilitating role in the teaching-learning process in the context of clinical practice for the nursing student, by their intervention with the nursing teams, including the scope of: Preparation and organization of the clinical teaching; Reception and integration of student and Tracking and monitoring the clinical teaching

Keywords: Nurse Specialist; Teaching and learning process; Clinical teaching

Introdução

O curso de licenciatura em enfermagem (CLE) tem, de forma articulada, uma parte teórica e uma parte prática, conforme descrito no Regulamento Geral da Licenciatura de Enfermagem, e deve ser de, pelo menos, metade da carga horária total do curso [2]. O objectivo do ensino clínico (EC) descrito no Regulamento Geral da Licenciatura de Enfermagem é *“assegurar a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes necessários às intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional de enfermagem”*, e é assegurado *“sob a orientação dos docentes da escola superior, com a colaboração do pessoal de saúde qualificado”* [2]. Considerando o dever expresso dos enfermeiros de participar na orientação e acompanhamento dos estudantes de enfermagem (EE) aquando da sua formação de base, e a importância mencionada sobre o contexto de prática clínica (CPC) na aprendizagem dos EE, é fundamental compreendermos os aspetos considerados pelos enfermeiros orientadores (EO) e pelos EE como influenciadores da aprendizagem em CPC, de forma a melhorarmos a qualidade da formação dos enfermeiros.

O presente artigo tem como objetivo identificar os aspetos que influenciam a aprendizagem dos EE do CLE no CPC.

Enquadramento Teórico

O CPC onde decorrem as aprendizagens experienciais não é imparcial. A aprendizagem implica a tomada de consciência de si e da sua relação com o contexto, determinando ações de mudança. A multiplicidade, a riqueza e a estimulação dos contextos podem aumentar as oportunidades de aprendizagem e as respetivas intervenções. Um indivíduo que contacta sempre com um contexto restrito, parece apresentar dificuldade na deslocação de saberes para outros contextos. Este poderá ser um aspeto limitativo da formação baseada na experiência [3]. As oportunidades de aprendizagem que surgem em cada EC são particulares e imprevisíveis, pois dependem das situações clínicas dos doentes e dos procedimentos e cuidados que daí advêm. Por fim a qualidade da supervisão clínica realizada pelo EO e pelo docente, a motivação que estes conseguem impulsionar, o processo de reflexão sobre as situações clínicas, o desenvolvimento da capacidade de tomada de decisão para a autonomia é crucial no processo de aprendizagem do EE [1].

É no CPC, e sob orientação de um EO do CPC e de um docente, que os EE, confrontados com as situações reais da prática, são confrontados com a aplicação do conhecimento apreendido em sala de aula e mobilização do mesmo, assim como das suas capacidades para o pôr em prática, construindo e desenvolvendo competências no âmbito dos cuidados de enfermagem [4] [5].

O docente e o EO devem trabalhar lado a lado, numa atitude de complementaridade e corresponsabilidade, garantindo uma melhor qualidade na formação dos estudantes [1].

Em EC, a aprendizagem surge da interação entre o EE e o CPC em que ele está inserido. Neste confronto entre o meio interno e o meio externo que ocorre após a experiência vivida, o EE constrói uma aprendizagem com sentido para ele. A experiência concreta vivenciada num determinado contexto, enriquece o saber, pela compreensão e permite ao EE transpor esse saber para outros contextos.

A formação em enfermagem só se materializa quando os EE têm oportunidade de vivenciar situações de aprendizagem nos EESE e nas Instituições de Saúde [6]. Este contato permite ao EE o desenvolvimento de competências, necessárias ao profissional de enfermagem e a percepção das diferentes funções do enfermeiro [7] [8] (Fernandes et al., 2012).

Metodologia

Como ponto de partida para a elaboração desta revisão integrativa da literatura foram formuladas as seguintes questões de investigação em formato PI[C]O [9]: “Quais os aspetos (O) considerados pelos EE (P) como influenciadores da aprendizagem em CPC(I)?” e “Quais os aspetos (O) considerados pelos EO da prática (P) como influenciadores da aprendizagem em CPC(I)?”

O objetivo desta revisão é identificar os aspectos considerados pelos EE do CLE e pelos EO da prática como influenciadores da aprendizagem em CPC.

Para conhecer a evidência científica sobre esta problemática foram realizadas pesquisas em junho e julho de 2015, nas bases de dados eletrónicas: EBSCO (CINAHL with Full Text, MEDLINE with Full Text, Cochrane Data base of SystematicReviews, Cochrane Central Register of controlled trials, Data base of abstracts of reviews of effects, Medlatina); LILACS (texto integral disponível), SCIELO (Portugal) e RCAAP usando as seguintes palavras-chave: estudantes AND ensino clínico. Foram procurados artigos científicos publicados, nos últimos 10 anos. Por terem sido encontrados um grande número de artigos, houve necessidade de redefinir as palavras-chave, de forma a limitar os artigos selecionados e a responder as nossas questões de investigação. Foram então selecionadas as palavras-chave: aprendizagem AND ensino clínico AND Enfermagem.

Foram encontrados na totalidade 40 artigos disponíveis em texto integral, publicados entre 2005 e 2015. Na EBSCO foram encontrados 10 artigos, na LILACS, 17 artigos, na SCIELO 9 artigos e no RCCAP 4 documentos (2 teses de doutoramento, 1 dissertação de mestrado e 1 documento de conferência).

De forma a validarmos a nossa pesquisa, em março de 2016 realizamos nova pesquisa nas mesmas bases de dados, procurando artigos científicos publicados após 2006, disponíveis em texto integral, utilizando as palavras-chave: aprendizagem AND ensino clínico AND Enfermagem (32 artigos), aprendizagem AND estágio AND Enfermagem (239 artigos) e aprendizagem AND educação clínica AND Enfermagem (27 artigos). Foram encontrados um total de 301 artigos.

Foram considerados como critérios de inclusão artigos escritos em língua portuguesa, espanhola ou inglesa, com limite temporal de 10 anos e que tivessem como participantes EE do CLE e EO da prática clínica. Serão excluídos artigos que não estejam disponíveis em texto integral e revisões integrativas da literatura.

Foram lidos os resumos dos artigos e aplicados os critérios de inclusão e exclusão, tendo apenas sido selecionados 53 artigos.

Após a leitura destes artigos verificamos que apenas 11 respondiam de forma clara a nossa questão de investigação. Os artigos foram identificados de A1 a A11 e foram analisados segundo os níveis de evidência de Oxford.

Resultados

Os dados recolhidos dos artigos selecionados foram agrupados nos seguintes quadros:

Identificação do estudo	Autor: Maria da Conceição Batista Correia; Maria Dulce Santos Santiago Título: <i>A orientação para a prática reflexiva e o desenvolvimento de competências dos estudantes de enfermagem nos cuidados ao doente crítico</i> Ano de publicação: 2012
A 1	Nível de Evidência – 3B
Objetivo do estudo	Caraterizar o modo como o estudante de enfermagem reflete sobre a sua experiencia na ação, no cuidado à pessoa em situação crítica durante o ensino clínico, em cuidados intensivos
População	Estudantes de enfermagem
Intervenção	Relações no processo ensino-aprendizagem
Outcomes/ Resultados	Acolhimento do estudante (1º momento com o tutor); Comunicação doente/família; Rácio enfermeiro/doente; Manuseamento do equipamento; Especificidade das intervenções de enfermagem; Disponibilidade do tutor em partilhar conhecimento; Reflexão sobre a acção.
Desenho do estudo	Estudo qualitativo

Identificação do estudo	Autor: Carla Fernandes; Bruno Santos; Raquel Torres; Victor Lobo Título: <i>Refletindo sobre a qualidade da supervisão no ensino clínico de enfermagem em saúde mental: perspectiva dos supervisores</i> Ano de publicação: 2012
A 2	Nível de Evidência – 3B
Objetivo do estudo	Identificar atributos para a qualidade da supervisão do ensino clínico de enfermagem em Saúde Mental
População	Enfermeiros orientadores e Docentes
Intervenção	Relações no processo ensino-aprendizagem
Outcomes/ Resultados	Acolhimento dos estudantes e da organização; Envolvimento dos alunos a nível institucional; Escolha correta dos serviços; Sobrecarga dos enfermeiros; Rácio tutor/aluno, enfermeiro/doente, supervisor/aluno; Tempo destinado a supervisão; Cronograma de EC; Características do supervisor; Formação para profissionais que orientam os estudantes; Parceria com os tutores e entre os diferentes grupos profissionais do serviço; Promover a reflexão; Feedback; Motivação dos estudantes.
Desenho do estudo	Estudo qualitativo – Estudo fenomenológico

Identificação do estudo	Autor: Miriam Aparecida Barbosa Merighi; Maria Cristina Pinto de Jesus; Selisvane Ribeiro da Fonseca Domingos; Deise Moura de Oliveira; Thaís Norikalto Título: <i>Ensinar e aprender no campo clínico: perspectiva de docentes, enfermeiras e estudantes de enfermagem.</i> Ano de publicação: 2014
A 3	Nível de Evidência – 3B
Objetivo do estudo	Conhecer e discutir as expectativas dos docentes, enfermeiras e estudantes com relação ao ensino em campo clínico
População	Estudantes de enfermagem, enfermeiras e docentes
Intervenção	Relações no processo ensino-aprendizagem
Outcomes/ Resultados	Acolhimento; Ambiente que promova empatia, confiança, paciência, respeito para com os estudantes; Articulação teoria-prática; Oportunidades de aprendizagem; Complexidade dos cenários de prática clínica; Relação orientador-estudante; Relação orientador-instituição de ensino; Conhecimento; Estimular a estudante; Reflexão sobre a aprendizagem/prática (questões teóricas, práticas e atitudinais); Maturidade pessoal e profissional; Competência e segurança; Feedback; Atitude pró-ativa e comprometida do estudante; Segurança e autonomia; Criatividade; Curiosidade.
Desenho do estudo	Estudo qualitativo – Estudo fenomenológico

Identificação do estudo	Autor: Zélia Marilda Rodrigues Resck; Elizabeth Laus Ribas Gomes Título: <i>Background and managerial practice of nurses: paths for transforming praxis.</i> Ano de publicação: 2008
A 4	Nível de Evidência – 3B
Objetivo do estudo	Analisar as demandas e as expectativas oriundas do cenário das práticas gerenciais, face ao Projeto Pedagógico a às estratégias que favoreçam ou não a práxis transformadora
População	Estudantes, Enfermeiros e Docentes
Intervenção	Relações no processo ensino-aprendizagem
Outcomes/ Resultados	Exigências do serviço; Tempo de estágio e número de estudantes; Interação estudante-enfermeiro-docente; Relação; Discussão em grupo envolvendo todos os intervenientes; Dar feedback.
Desenho do estudo	Estudo qualitativo – Focus grupo

Identificação do estudo	Autor: Danielle Costa de Souza; Ilza Lopes da S. Santos; Janayna de Oliveira Rosa Miranda; Aline Affonso Luna; Fábio José de Almeida Guilherme; Maria da Soledade Simeão dos Santos Título: <i>Percepções do graduando de enfermagem sobre as atividades desenvolvidas durante o estágio supervisionado integralizador I</i> Ano de publicação: 2015
A 5	Nível de Evidência – 3B
Objetivo do estudo	Descrever o processo de aprendizagem do graduando de enfermagem inserido no estágio Supervisionado I; Identificar as habilidades adquiridas pelo graduando de enfermagem no decorrer do estágio; Discutir a contribuição do estágio no processo de formação do graduando de enfermagem
População	Estudantes de enfermagem
Intervenção	Relações no processo ensino-aprendizagem
Outcomes/ Resultados	Interações aluno/aluno, aluno/equipe e aluno/profissional; Medo; Preocupação; Insegurança; Tensão; Ambiente (doente); Ansiedade.
Desenho do estudo	Estudo qualitativo - Estudo descritivo e exploratório

Identificação do estudo	Autor: Geraldo Antônio da Silva; Raul José Vicente Corrêa; Rebeca Corrêa; Cristiane Aparecida Silveira; Sônia Maria Alves de Paiva Título: <i>Sentimentos vivenciados por graduados em enfermagem durante o estágio supervisionado</i> Ano de publicação: 2011
A 6	Nível de Evidência – 4
Objetivo do estudo	Identificar os sentimentos vivenciados pelos alunos durante o estágio supervisionado em enfermagem, caracterizando-os quanto ao perfil socioeconômico, correlacionando os sentimentos vivenciados durante a aprendizagem teórico-prática, e às interferências no processo ensino-aprendizagem
População	Estudantes de enfermagem
Intervenção	Relações no processo ensino-aprendizagem
Outcomes/ Resultados	Relacionamento com outros estudantes; Integração teoria-prática; Ansiedade; Medo; Insegurança; Angústia Satisfação; Motivação.
Desenho do estudo	Estudo quali-quantitativo – Estudo descritivo e epidemiológico

Identificação do estudo	Autor: Mónica IllescaPretty; Mirtha Cabezas González; Carmen NuinOrrio; Pilar Jurschik Jiménez Título: <i>Competencias del docente clinicoenfermeira/o, Universidades Lleida (España) y La Frontera (Chile): Percepción del estudiante</i> Ano de publicação: 2010
A 7	Nível de Evidência – 3B

Objetivo do estudo	Comparar as opiniões dos estudantes de enfermagem das Universidades de Lleida e La frontera relativamente a percepção dos estudantes sobre as competências que deve ter um enfermeiro tutor para a orientação clínica
População	Estudantes de enfermagem
Intervenção	Relações no processo ensino-aprendizagem
Outcomes/ Resultados	Organização dos cuidados; Trabalho de equipa; Relacionamento interpessoal; Conhecimento; Experiência; Competências técnicas; Capacidade de ensino (“docente”); Inteligente; Empatia (amável); Motivação; Satisfação.
Desenho do estudo	Estudo qualitativo

Identificação do estudo	Autor: Juliana Cristina Casate; Adriana Katia Corrêa Título: <i>Vivências de alunos de enfermagem em estagio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde</i> Ano de publicação: 2006
A 8	Nível de Evidência – 3B
Objetivo do estudo	Compreender as vivências dos alunos Curso de Graduação em Enfermagem nas situações de estágio no quotidiano hospitalar, refletindo sobre o processo de formação, com ênfase na dimensão humana
População	Estudantes de enfermagem
Intervenção	Relações no processo ensino-aprendizagem
Outcomes/ Resultados	Acolhimento; Inserção na equipa de saúde; Sentimentos associados às experiências em ensino clínico; Apoio, escuta e orientação; Ansiedade; Medo; Frustração; Tristeza; Impotência; Gratificação; Motivação.
Desenho do estudo	Estudo qualitativo

Identificação do estudo	Autor: Ana Paula Scheffer da Silva Título: <i>A Enfermeira e a corresponsabilidade pela formação do aluno em estágio curricular</i> Ano de publicação: 2012
A 9	Nível de Evidência – 2B
Objetivo do estudo	Analisar a participação do enfermeiro no desenvolvimento, acompanhamento e supervisão de alunos de enfermagem em estágio curricular por meios de uma estratégia de intervenção educativa a distância
População	Enfermeiros
Intervenção	Relações no processo ensino-aprendizagem
Outcomes/ Resultados	Discussão do currículo do curso; Ausência de participação na organização do EC e de informação durante o decorrer do EC; Estabelecimento de metas e de um perfil de estudante para aquele EC; Apoio e presença do docente.
Desenho do estudo	Estudo qualitativo – Estudo de Caso (Tese de Doutoramento)

Identificação do estudo	Autor: Ana Paula Espada Título: <i>O erro na aprendizagem clínica dos estudantes de enfermagem- Percepções de Estudantes de Enfermagem em Aprendizagem Clínica sobre os Erros Cometidos e o Papel que Desempenham na Aprendizagem e o no Desenvolvimento</i> Ano de publicação: 2013
A 10	Nível de Evidência – 2B
Objetivo do estudo	Analisar os factores associados aos erros cometidos pelos estudantes de enfermagem durante a aprendizagem clínica, e as suas percepções relativamente a essas ocorrências e à oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento delas resultantes
População	Estudantes de Enfermagem
Intervenção	Relações no processo ensino-aprendizagem
Outcomes/ Resultados	Stress; Feedback; Ambiente; erro como oportunidade de aprendizagem.
Desenho do estudo	Estudo quantitativo e qualitativo (Tese de doutoramento)

Identificação do estudo	Autor: Laurinda Medeiros e Costa Título: <i>A aprendizagem na convivência: o estágio curricular em enfermagem</i> Ano de publicação: 2008
A 11	Nível de Evidência – 2B
Objetivo do estudo	Analisar o processo de aprendizagem de estudantes de enfermagem em estágio curricular na estratégia saúde da família, tendo como fio condutor a aprendizagem na convivência
População	Estudantes de Enfermagem
Intervenção	Relações no processo ensino-aprendizagem
Outcomes/ Resultados	Sobrecarga de funções do enfermeiro; Relação e diálogo enfermeiro/docente; docente/estudante; enfermeiro /estudante; Presença do docente; Acolhimento pelo orientador e equipa. Sentimentos do estudante.
Desenho do estudo	Estudo Qualitativo (Dissertação de Mestrado)

Os dados recolhidos e sistematizados nos quadros foram analisados e categorizados:

Quadro n.º 1 – Aspectos que influenciam a aprendizagem dos EE em CPC

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Acolhimento	Instituição de Saúde A2
	Enfermeiro Orientador A1 A11
	Equipa A1 A2 A3 A8 A11
Organização do Ensino Clínico	Currículo do curso A2 A9
	Planeamento do ensino clínico A2 A4 A9
	Relação escola-serviço A4
Contexto de prática clínica	Especificidade dos cuidados de enfermagem A1 A3 A10
	Rácios A1 A2 A11
Processo ensino-aprendizagem	Articulação teoria-prática A3 A6
	Desenvolvimento de competências A3
	Reflexão sobre a prática A1 A2 A3 A4
	Relação interpessoal: - Terapêutica A1 A5 - Pedagógica A5 A6 A7 - Multiprofissional A2 A3 A4 A5 A6 A8 A11
Enfermeiro orientador	Características e postura A1 A2 A3 A7 A8
	Conhecimento e competências A2 A3 A7
Estudante	Características pessoais A3
	Emoções – mecanismos de coping A2 A5 A6 A8 A10 A11

Discussão

Os aspectos identificados pelos EE e pelos EO da prática clínica como influenciadores da aprendizagem em CPC, foram considerados pelos mesmos, como potenciadores ou inibidores da aprendizagem.

Verificamos que um acolhimento positivo por parte da instituição, equipa e EO, é fundamental para que o EE desenvolva a sua maturidade pessoal e profissional, e para a aquisição de competências na sua formação técnica, mas também na sua formação como cidadão e pessoa [10], enquanto futuro profissional.

Na organização do ensino clínico é fundamental a articulação entre os EESE e os serviços de CPC, que pressupõe a partilha de saberes, para uma construção colectiva da aprendizagem. As relações entre os intervenientes no processo de ensino aprendizagem conduzem à consolidação do conhecimento, pela reflexão

sobre a realidade/momentos de aprendizagem [11]. O conhecimento e a negociação entre os EESE/serviço e o docente/EO sobre o currículo do curso e o planeamento do EC promove a valorização dos profissionais [12], facilita o cumprimento dos objetivos do EC [8] e influencia a qualidade da orientação [13] e a aprendizagem dos EE [8]. O feedback no final de cada EC, quer para o EESE, quer para o próprio CPC, é uma forma de melhorar a articulação entre o EESE e o serviço. Simões (2004) refere que para se atingir o objetivo final da supervisão em EC, se deve investir numa orientação de EE em parceria, e não em colaboração [8] [14].

As características e ambiente do contexto de prática clínica podem influenciar a aprendizagem dos EE [15]. A imprevisibilidade das situações, a complexidade dos cuidados, o manuseamento de equipamento, os procedimentos técnicos, as oportunidades de aprendizagem, a relação com o doente e a disponibilidade do EO para a orientação (rácios) são aspectos que influenciam a aprendizagem. Os EE também referem que o conhecimento prévio das exigências de cada CPC pode influenciar a aprendizagem (RESK, GOMES, 2008).

No processo de ensino-aprendizagem a articulação entre a teoria leccionada em sala de aula e a prática vivenciada nas situações reais do CPC, é valorizada pelos intervenientes e considerada fundamental à construção da aprendizagem [11]. O desenvolvimento de competências no CPC deve superar o saber-fazer e a experiência, e estimular a reflexão sobre as aprendizagens vivenciadas, sendo o docente e o EO elementos facilitadores neste processo [11] [15] [16] [17]. A reflexão sobre as práticas, e a sua articulação com a teoria, com as situações relacionais vivenciadas pelo EE e com as questões relacionadas com o EC, implica que o docente e EO, enquanto elementos facilitadores da aprendizagem, introduzam estratégias que estimulem o pensamento crítico e reflexivo [18]. A relação terapêutica, pedagógica e multiprofissional é uma base facilitadora da aprendizagem, que é mais eficaz se a relação interpessoal com os diferentes intervenientes for sólida [19]. A presença e proximidade docente/EO é um aspeto construtor e facilitador da aprendizagem, pois possibilita a partilha e reflexão sobre as experiências vivenciadas pelo EE [11]. Quanto mais intensas e positivas forem as relações no CPC maior é o estímulo para a aprendizagem [20].

O enfermeiro orientador desempenha um papel fundamental no desenvolvimento de competências do EE, enquanto elemento facilitador da aprendizagem [4]. Para além das características, conhecimento e experiência, a disponibilidade e postura proactiva e reflexiva do mesmo é salientada pelos EE [4] [11].

As características pessoais do estudante e as emoções que cada um deles vivencia no EC também influenciam a aprendizagem. A proatividade, a forma como se relacionam com o outro e os sentimentos (positivos ou negativos), podem ser facilitadores ou dificultadores neste processo [21].

Pela análise realizada anteriormente consideramos que a forma como é realizado o acolhimento e a integração no serviço, a forma como decorre a preparação e planeamento do EC, o próprio CPC, a forma como se desenvolve o processo de ensino-aprendizagem em CPC e o comportamento dos intervenientes neste processo influencia a aprendizagem dos EE do CLE em CPC.

Conclusão

Nesta revisão de literatura foram identificados 6 aspetos que influenciam a aprendizagem dos EE do CLE no CPC: Acolhimento, Organização do EC, CPC, Processo de ensino-aprendizagem, EO e EE.

Em CPC geralmente cabe ao enfermeiro de cuidados gerais a orientação dos EE do CLE. O REPE, no seu artigo 6º, e a autonomia de que reveste o ensino de enfermagem apontam para os enfermeiros como responsáveis pela supervisão das suas práticas. Desta forma recai sobre os enfermeiros a supervisão quer a nível da formação, quer a nível quotidiano, assim como o acompanhamento na sua atividade prática [11] [22]. O enfermeiro especialista neste momento fica mais responsável pela orientação dos enfermeiros que estão a obter o título de especialista.

Consideramos que o enfermeiro especialista é detentor de competências especializadas que lhe permitem ter um papel promotor e facilitador da aprendizagem do EE em CPC, nomeadamente no acompanhamento da equipa de enfermagem na orientação dos EE do CLE.

Um dos aspetos que influencia a aprendizagem dos EE é a preparação e organização do EC. O enfermeiro especialista pode em articulação com o enfermeiro chefe/coordenador participar na preparação do EC, nomeadamente na adequação do CPC aos objetivos dos EC, colaborando na seleção dos EO e sendo elemento intermediário no feedback sobre a forma como o CPC contribuiu para que os objetivos do EC fossem atingidos. A preparação da equipa de enfermagem, antes do início do EC, é fundamental para motivar a equipa para a receção dos EE, promovendo desta forma um acolhimento positivo ao EE e consequentemente qualidade no processo de ensino-aprendizagem.

Outro fator identificado como influenciador da aprendizagem em CPC é o acolhimento do EE no CPC. O enfermeiro especialista deve promover no CPC e na equipa multiprofissional um ambiente de empatia, confiança e respeito para com o EE, inculcar no EO e equipa de enfermagem, uma postura facilitadora quer no acolhimento, quer no processo de integração do EE no CPC, e simultaneamente monitorizar a integração do EE. Pensamos que a elaboração de um guia de acolhimento do EE, orientador da equipa de enfermagem,

inserido em programas de melhoria contínua da qualidade será também importante para o acolhimento e integração do EE na equipa.

Outro aspeto onde nos parece que o enfermeiro especialista pode ter um papel imprescindível é no acompanhamento e monitorização do processo de ensino-aprendizagem que decorre em CPC. Neste contexto o enfermeiro especialista pode acompanhar o EO no processo de orientação do EE, tendo um papel de suporte do EO para as suas questões/dúvidas e até tomada de decisão. O enfermeiro especialista pode, de uma forma mais direta, promover determinado comportamento no EO, e indirectamente promove o desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem.

O enfermeiro especialista pode gerir a alocação dos EO, de acordo com a especificidade dos cuidados e as competências do EO, promovendo mais oportunidades de aprendizagem para os EE.

O acompanhamento do EC através de reuniões com o EO e o EE, que possam fomentar momentos de reflexão sobre as práticas e a identificação de fatores influenciadores da aprendizagem do EE em CPC, são aspetos em que consideramos que o enfermeiro especialista pode ter um papel relevante, sendo facilitador da aprendizagem. Estas reuniões não invalidam nem substituem as reuniões que decorrem normalmente entre o EO e o EE. O enfermeiro especialista também pode promover a disponibilização de ferramentas ao EO e EE para o desenvolvimento dos seus conhecimentos e competências.

Por fim, mas não menos importante consideramos que o enfermeiro especialista pode ter um papel fulcral na promoção do desenvolvimento de competências nos enfermeiros de cuidados gerais para o acompanhamento de EE do CLE. Pela promoção no enfermeiro de uma postura proactiva no seu desempenho como orientador, pela promoção da formação dos enfermeiros nesta área e pela criação, gestão ou colaboração de programas da melhoria contínua da qualidade relacionados com a orientação de EE, o enfermeiro especialista pode motivar a equipa de enfermagem para a orientação de EE.

Em síntese, pensamos que o enfermeiro especialista pelas competências comuns especializadas que possui, pode ter um papel facilitador do processo de ensino-aprendizagem em CPC dos EE do CLE, pela sua intervenção junto aos enfermeiros nas equipas de enfermagem, nomeadamente do âmbito de:

- Preparação e organização do EC em CPC
- Acolhimento e integração do estudante no CPC
- Acompanhamento e monitorização do EC em CPC.

Referências Bibliográficas

- [1] Abreu, W. C. (2003). *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: que Parcerias para a Excelências em Saúde?* Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- [2] Portaria nº 799-D/99, de 18 de Setembro. *Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem*.
- [3] Rabiais, I. (2013). *Processos de Aprendizagem de Cuidar dos Estudantes de Enfermagem*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa (Tese de Doutoramento).
- [4] Correia, M., Santiago, M.,(2012). A orientação para a Prática e o desenvolvimento de competências do estudante de enfermagem nos cuidados ao doente crítico. *Journal of Nursing*, 6 (5), 1069-76.
- [5] Garrido, A., Pires, R., Simões, J., (2008). *Supervisão Clínica em Enfermagem - Perspetivas Práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- [6] Carvalhal, R. (2003). *Parcerias na formação - Papel dos orientadores clínicos - perspectiva dos actores*. Loures: Lusociência.
- [7]. Matos, E. (1997). A Colaboração escola-serviços. *Nursing*, Nº 114, 31-34.
- [8] Fernandes, C., Santos, B., Torres, R., Lobo, V. (2012). Refletindo sobre a Qualidade da Supervisão no Ensino Clínico de Enfermagem em Saúde Mental: Perspetiva dos supervisores. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (7), p. 25-32.
- [9] Melnyk, B, Fineout- Overholt, E. Outcomes and implementation strategies from the first U.S. Evidence-Based Leadership 2005; 113-121.
- [10] Casate, J., Corrêa, A. (2006) Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde. *Rev Esc Enferm USP*, 40 (3), p. 321-8.
- [11] Merighi, M., Jesus, M., Domingos, S., Oliveira, D., Ito, T. (2014). Ensinar e aprender no campo clínico: perspectiva de docentes, enfermeiras e estudantes de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(4), p. 505-11.
- [12] Silva, A. (2012). *A Enfermeira e a corresponsabilidade pela formação do aluno em estágio curricular*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Tese de Doutoramento).
- [13] Silva, D., Silva, E. (2004). O ensino clínico na formação enfermagem. *Escola Superior de Enfermagem de Viseu*. Disponível em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/8.pdf>
- [14] Simões, J. (2004). *Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem – a prespetiva dos enfermeiros cooperantes*. Aveiro: Universidade de Aveiro (Dissertação de Mestrado).

- [15] Espada, A. (2013). *O erro na aprendizagem clínica dos estudantes de enfermagem. Percepções de estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica sobre os erros cometidos e o papel que desempenham na aprendizagem e no desenvolvimento*. Ponta Delgada: Universidade dos Açores (Tese de Doutoramento).
- [16] Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. 1ª Edição, Coimbra: Quarteto Editora.
- [17] Rua, M. (2011) *De Aluno a Enfermeiro. Desenvolvimento de Competências em Contexto de Ensino Clínico*. Aveiro: Universidade de Aveiro (Tese de Doutoramento).
- [18] Resk, Z., Gomes, E. (2008). A formação e a prática gerencial do enfermeiro: caminhos para a práxis transformadora. *Rev Latino-am Enfermagem*, 16 (1), p. 71-72.
- [19] Souza, D., Santos, I., Miranda, J., Luna, A., Guilherme, F., Santos, M. (2015). Percepções do graduando de enfermagem sobre as atividades desenvolvidas durante o estágio supervisionado integrador I. *Rev enferm UFPE on line*, 9 (10), p. 9550-7.
- [20] Costa, L. (2008). *A Aprendizagem na convivência: o estágio curricular em enfermagem*. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Dissertação de Mestrado).
- [21] Silva, R., Pires, R., Vilela, C. (2011). Supervisão de estudantes de enfermagem em ensino clínico – Revisão Sistemática da Literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, Nº 3, p. 113-122.
- [22] Ordem dos Enfermeiros (1996) - *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Decreto-lei n104/98, de 21 de Abril. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/REPE.pdf>