

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Plano de formação contínua sobre doente renal crónico no Serviço Urgência

Luís Manuel Graça de Sousa

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Área específica de intervenção

Enfermagem Nefrológica

Plano de formação contínua sobre o doente renal

crónico no Serviço de Urgência

Luís Manuel Graça de Sousa

Maria Eulália Leite da Mota Novais

2015



PENSAMENTO

“No que diz respeito ao empenho, ao compromisso, ao esforço, à dedicação, não existe meio termo. Ou você faz bem feito ou não faz.”

Ayrton Senna

AGRADECIMENTO

Agradeço o esforço e compreensão, pela ausência e falta de disponibilidade, das minhas mulheres. Um agradecimento aos amigos que ajudaram a tornar possível este meu desejo.

O meu obrigado pela disponibilidade á Prof.^a Eulália Novais.

RESUMO

A realização deste relatório enquadra-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica, na área específica de intervenção de Enfermagem Nefrológica no qual descrevo e analiso criticamente as competências desenvolvidas durante o meu percurso de estágio. Este foi composto por duas partes: primeira num hospital com todas as vertentes de prestação de cuidados de Enfermagem À pessoa com doença renal e a segunda no serviço de Urgência onde exerço funções para implementar o projecto que se designou “Plano de formação continua sobre o doente renal crónico no Serviço de Urgência”.

Descreve percurso percorrido em ensino clínico, apresenta a análise e reflexão das experiências vividas em cada campo de estágio e o seu contributo para a aquisição para consolidação de competências comuns específicas enquanto enfermeiro especialista na área Médico-cirúrgica, exigidas pela Ordem dos enfermeiros e na consolidação do perfil de enfermeiro de Nefrologia preconizado pela ETDNA/ ERCA.

A implementação do projecto contribuiu francamente para o desenvolvimento de competências como enfermeiro especialista, nomeadamente no domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem ao potenciar o desenvolvimento de competências nos enfermeiros do serviço. Apresenta a formação em serviço orientada para as necessidades formativas reais da equipa, respondendo as necessidades existentes reflectindo a prática e podendo discutir soluções imediatas que contribuem para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao DRC.

O desenvolvimento de competências descrito no relatório contribui para um crescimento pessoal e profissional necessário para me tornar elemento de referência nesta área específica no serviço onde exerço funções, papel a desempenhar pelo enfermeiro Especialista.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiro, Competências, Enfermeiro Especialista

ABSTRACT

The purpose of this report fits with the Master's degree in Nursing, in the specialization in Medical-surgical nursing, in the specific area of Nephrology nursing which I have described and critically analysed the skills developed during my training. This was divided in two parts: the first in a hospital that provided different types of nursing care for patients with kidney disease and the second in the emergency room where one of my functions is to implement the project called "A plan to teach about patients with chronic kidney disease in the emergency room".

Describes the way of the clinical trial, showing the review and reflection of lived experiences in each training field and the contribution for the acquisition and consolidation of common and specific skills as a specialist nurse in Medical-surgical area.

The implementation of this project contributes in the development of skills as a specialist nurse, in order to improve the quality in nursing care to increase the development of skills in the nurses on duty. It shows the formation and orientation for nurses on duty and their formative needs in the team, answering those existing needs, reflecting the practice and argue immediate solutions that contribute for better nursing cares provided to the DRC.

The development of skills described in the report contribute to a personal and professional growth necessary to become an element of reference in this specific area where I practise its performed by a specialist nurse.

KEY WORDS: nurse, skills, specialist nurse

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Alto Comissariado da Saúde
ANADIAL	Associação Nacional de Centros de Diálise
BO	Bloco operatório
CHC	Centro Hospitalar Central da área de Lisboa
CHP	Centro Hospitalar Periférico
DP	Diálise Peritoneal
DRC	Doente Renal Crónico
DGS	Direcção Geral de Saúde
EDTNA	European Dialysis Transplant Nurses Association
ERCA	European Renal Care Association
FAV	Fístula Arteriovenosa
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HD	Hemodiálise
HB	Hospital de Lisboa com todas as vertentes da Nefrologia
IRC	Insuficiência Renal Crónica
IRCT	Insuficiência Renal Crónica Terminal
MCDT's	Meios complementares de diagnóstico
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RCCEE	Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista
RSL	Revisão sistemática da literatura
SIADAP	Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho da Administração Pública
SPN	Sociedade Portuguesa de Nefrologia
SNCHP	Serviço de Nefrologia do CHP
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SUB	Serviço de Urgência Básica
SUB A	SUB da unidade de A do CHP
UCINT	Unidade de Cuidados Intermédios
TSFR	Tratamento de Substituição da Função Renal

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	8
1. ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA	11
2. QUADRO DE REFERÊNCIAS CONCEPTUAIS	17
2.1 Modelo teórico de Orem	23
3. ANÁLISE REFLEXIVA DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ENSINO CLÍNICO	26
3.1.Contexto de cuidados de Enfermagem no Serviço de Nefrologia do HB	26
3.2. Contexto de cuidados de Enfermagem ao doente Transplantado Renal no HB	32
3.3. Contexto de cuidados de Enfermagem na Unidade de DP do HB	35
3.4. Contexto de cuidados de Enfermagem na Unidade de Hemodiálise do HB	37
4. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO NO SUB A.....	44
5. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	50
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	66
Anexo I – Pedido para implementação do projeto a comissão de ética do CHP	67
Anexo II – Caracterização Sumária dos campos de estágio	68
Anexo III – Impressos de avaliação de estágio	69
Anexo VI – Revisão Sistemática de Literatura	70
Anexo V – Plano de sessão Doente renal crónico no Serviço de Urgência	71

INTRODUÇÃO

No âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Nefrológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Unidade Curricular - estágio com relatório, realizei um estágio no HB em todas as valências de Nefrologia onde pude aprofundar competências e implementar o projecto na SUB A do CHP onde demonstrei a aquisição das competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e pela *European Dialysis and Transplant Nurse Association/ European Renal Care Association* (EDTNA/ ERCA) e elaborei o presente relatório.

Este relatório apresenta a reflexão do caminho percorrido, a sua influência para um crescimento pessoal e profissional, representando uma mais valia em termos futuros, pois sistematiza todo o processo desenvolvido para a aquisição de competências comuns e específicas inerentes ao enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente nefrológica.

Ao desempenhar funções no Serviço de Urgência Básica (SUB), inserida na Unidade de A no Centro Hospitalar Periférico (CHP), unidade para onde são referenciados os doentes renais crónicos (DRC) do distrito de Santarém, procurei desenvolver um tema que fosse uma mais valia para a melhoria da qualidade de desempenho dos enfermeiros do SUB e que simultaneamente fosse da minha área de interesse.

Para a escolha da temática, tive em conta a minha experiência profissional, cerca de 4 anos no Serviço de Nefrologia a prestação de cuidados de enfermagem a doentes com Insuficiência Renal Crónica (IRC) nos estádios 4 e 5 ou em situação de agudização, dando apoio quando solicitado à unidade de Diálise peritoneal. A mudança de serviço durante este percurso lectivo, aliado às reuniões com a responsável do SUB confirmaram a necessidade formativa do serviço. Essas mesmas necessidades também eram sentidas na prática pela maioria dos elementos da equipa, que também referiam haver falta de conhecimentos sobre o DRC e sobre a prestação de cuidados em situação de emergência aos mesmos. Estes factores permitiram validar a necessidade e a adequação do projecto de estágio, por mim definido, e a sua

consolidação com os conhecimentos adquiridos ao longo destes dois semestres do presente curso.

A perspectiva de expansão do serviço de Nefrologia existente no CHP, o acréscimo de uma unidade de diálise privada na área de abrangência deste serviço e o constante aumento do número de DRC vai criar uma maior procura no SUB, onde os doentes recorrem. Como tal, o enfermeiro neste serviço tem uma necessidade acrescida de formação nesta área, para poder prestar cuidados de qualidade, e poder capacitar os doentes no seu autocuidado.

A compreensão dos problemas de adesão ao regime terapêutico, as alterações na qualidade de vida e as especificidades de cada tipo de TSFR enquadram as necessidades formativas dos enfermeiros na SUB A. Perante esta contextualização escolhi o tema – Plano de formação contínua sobre o doente renal crónico no Serviço de Urgência.

O modelo conceptual escolhido para o desenvolvimento de todo o trabalho foi a teoria do autocuidado de Dorothea Orem, que define que a enfermagem “é necessária sempre que a manutenção do autocuidado contínuo exija o uso de técnicas especializadas e a aplicação de conhecimentos científicos de modo a planear e a providenciar o cuidado” (Orem, 1980, p.7). O DRC necessita de ser capacitado e educado para compreender a doença (sinais e sintomas) e assim conseguir autonomia, independência e responsabilidade pessoal que lhe permitam recorrer de forma consciente ao SUB .

O modelo de Dorothea Orem, ao promover o autocuidado, é o melhor para o DRC e para quem lhe presta cuidados na urgência. Pois segundo Petronilho (2012) “a teoria de Orem é a crença de que o ser humano envolve-se em comunicação e intercâmbio num continuum entre si mesmo e o ambiente de forma a manter-se vivo e em funcionamento” (2012, p.17). O recurso a SUB deve ser uma forma consciente do seu processo de manutenção de saúde e gestão da doença, para restabelecer a sua qualidade de vida.

o contacto com equipa multidisciplinar é facilitado pelos conhecimentos que o próprio ou seu cuidador já detém.

Para reflexão das competências do enfermeiro especialista desenvolvidas durante este percurso foi usado o Regulamento Comum de Competências do Enfermeiro Especialista (RCCEE) da Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010), para reflexão e avaliação das competências

adquiridas como perito em Nefrologia, ou como enfermeiro com perfil em Nefrologia de acordo com EDTNA (2007), foi usada como referência os estádios de desenvolvimento de Benner (2001) .

Para reflexão e sustentação do projecto foi usado um quadro de referências descrito pelo autor com base na Revisão Sistemática da Literatura (RSL) e revisão bibliográfica que acompanhou a elaboração deste relatório.

Este relatório foi estruturado da seguinte forma: inicialmente apresentação do problema e sua contextualização, abordando de forma sintética o quadro de referências conceptuais. Depois segue-se uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido em cada campo de estágio, terminando com uma reflexão acerca das competências adquiridas e treinadas ao longo deste processo, como enfermeiro especialista. Seguidamente apresentação da reflexão acerca da implementação e do desenvolvimento do projecto no SUB A. Terminando com algumas considerações finais.

1. ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA

O SUB A onde exerço funções, funciona como o serviço de admissão aos doentes para o internamento de Nefrologia do CHP. A este são referenciados todos os DRC do distrito de Santarém pois é o único serviço no distrito com internamento.

No que se refere aos DRC o aumento da referenciação faz parte dos objectivos do Conselho de Administração. Para tal, este apresentou à tutela um projecto de incremento dos postos de hemodíalise (HD) para possibilitar a duplicação da capacidade assistencial dos DRC em programa regular de HD, para qual ainda se aguarda resposta. Em curso, estão algumas medidas que pretendem uma melhor resposta por parte deste serviço de Nefrologia que passam pelo incentivo do DRC na adesão à diálise peritoneal (DP) e pela construção de acessos vasculares em regime de ambulatório no CHP.

Estes aspectos têm vindo a aumentar a solicitação a esta urgência por parte dos DRC, para encaminhamento à Nefrologia. Outra das solicitações diz respeito a abertura de um novo centro privado de HD em Julho de 2013 em Ourém - Tomar.

O SUB da unidade de A (SUB A), tal como existe hoje, faz parte da reestruturação dos serviços de urgência proposta pelo Ministério da Saúde em Janeiro de 2007, tendo sido efetuadas as alterações em Fevereiro de 2012. Funciona as 24 horas do dia com resposta de dois médicos de clínica geral, dois enfermeiros das 22:00 às 10:00 horas e com três enfermeiros das 10:00 às 22:00.

Em 2013 foram admitidos em média 95 doentes por dia e cerca de 34670 por mês. A equipa de enfermagem é constituída por 73,68% de elementos do sexo feminino, à semelhança do contexto profissional da enfermagem; 57,89 % apresentam idades inferior a 39 anos e toda a equipa tem idade superior a 29 anos. Todos os elementos da equipa têm mais de 5 anos de serviço. Na equipa, 42,10% têm entre 5 e 9 anos de exercício no serviço de Urgência e 52,63% têm mais de 10 anos de exercício no serviço de Urgência, sendo uma equipa com

nível de experiência alto, encontrando-se enfermeiros em vários níveis de desenvolvimento de acordo com Benner (2001), entre proficiente e perito.

O Serviço de Nefrologia localizado na Unidade A de CHP presta apoio aos doentes renais de todo o distrito de Santarém, quer para problemas clínicos de carácter programado, quer para situações de urgência. O Serviço de Nefrologia do CHP (SNCHP) tem as condições necessárias para oferecer aos doentes renais praticamente todas as opções terapêuticas ao dispor da medicina actual, exceptuando o transplante renal. No que se refere à unidade de cuidados intensivos para realização de técnicas contínuas e apoio em situação de falência multiorgânica, esta situa-se na unidade C. O SNCHP dá resposta a uma área que abrange cerca de 453638 mil habitantes (censos 2011).

No ano 2012, admitiu 394 doentes, mantendo uma taxa de ocupação de 89,56%, com tempo de demora média de 9,12 dias. Destes doentes, 35,78% foram internados após admissão na SUB A, e 38,32% foram internados após observação na SUB A transferidos de outras unidades do CHP.

Os doentes IRC convivem diariamente com uma doença incurável. A evolução da doença e das suas complicações tem implicações e limitações que se repercutem na qualidade de vida do doente e da sua família (Baptista, G.; Carvalho, G., 2011), obrigando doente e cuidador/família a um processo de adaptação constante às repercussões físicas e psicológicas que condicionam a qualidade de vida do mesmo.

Perante a doença crónica, é possível que o doente tenha dificuldades na sua aceitação. Por vezes, o impacto vai além da adaptação à doença e estende-se aos contextos sociais, familiares e económicos, (Araújo, E.; Pereira, L.; Anjos, M., 2009), e até na forma como o doente recorre e se relaciona com os serviços de saúde.

Os enfermeiros, elementos fulcrais na prestação de cuidados de saúde a estes doentes, acabam por se deparar com estas realidades e sentir dificuldades na prestação de cuidados, quer seja na perspectiva fisiológica, pelas alterações devido às necessidades de acessos ou especificidades de cuidados, quer na perspectiva educacional e de esclarecimento de situações, dado que o próprio enfermeiro não está, por vezes, convenientemente informado.

Esta dificuldade evidencia-se num Serviço de Urgência, onde a multiplicidade de doentes, de estados de saúde diferentes, etnias e culturas diversas e com necessidades de respostas díspares, obriga a que o enfermeiro aprofunde conhecimentos para suprir as suas dificuldades e responder da forma mais adequada às necessidades dos doentes a quem presta cuidados. Estas dificuldades evidenciam-se mais, devido à grande evolução técnica e científica que a Nefrologia têm tido nas últimas duas décadas. Pontes (2008), refere que, aos enfermeiros da urgência “são exigidos procedimentos perfeitos, consciência dos riscos, respeito máximo pelas normas de segurança e alto nível de responsabilidade no cumprimento das funções que lhe são atribuídas, as quais devem ser exercidas em clima de cooperação e complementaridade” (p.12). Na área da prestação de cuidados ao DRC, é evidente que pela sua especificidade e necessidade de formação específica, exige por vezes o apoio do Nefrologista para uma resposta adequada e dos enfermeiros da Hemodiálise, para esclarecer dúvidas que surgem.

Estes aspectos, só podem ser atingidos de acordo com Pontes, et al. (2008), com “empenho do profissional e auto formação” (p.12). Este autor refere ainda que “as organizações onde está inserido não se podem alienar às suas responsabilidades de formação contínua em serviço, de modo a que a prática e a teoria estejam intimamente interligadas” (p.12).

Esta realidade evidencia a necessidade de uma actualização permanente, por parte do enfermeiro, com vista ao seu desenvolvimento profissional e à melhoria dos cuidados que presta a estes doentes. Este aspecto surge referenciado nas competências do enfermeiro de cuidados gerais, aprovadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2003, p.13), como domínio de desenvolvimento profissional e define dentro dele três formas de o fazer: a valorização profissional; a melhoria da qualidade e a formação contínua. Esta necessidade é mais evidente se considerarmos que apenas dois elementos da equipa se situam no nível proficiente na prestação de cuidados ao DRC, pois trabalham em clínicas de hemodiálise. No entanto, estes mesmos profissionais, referem existir lacunas de conhecimentos nas técnicas de DP e ao DRC transplantado. Os restantes elementos da equipa estão no nível de iniciados na prestação de cuidados ao DRC.

A OE considera, o enfermeiro como elemento da equipa multidisciplinar com competência para informar, de forma adequada, o utente aquando da prestação de cuidados:

- Respeita o direito dos clientes ao acesso à informação.
- Apresenta a informação de forma clara e sucinta.
- Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis ótimos de saúde e de reabilitação.” (OE, 2003, p.18).

Compreende-se que, para que um enfermeiro se mantenha competente e capaz de exercer o seu dever de informação, terá de se actualizar e promover a sua autoformação, formal ou informal, mantendo a sua formação contínua. De acordo com OE, a formação contínua desenvolve-se quando o enfermeiro:

- *Leva a efeito uma revisão regular das suas práticas.*
- *Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências.*
- *Actua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua.*
- *Contribui para a formação e para o desenvolvimento profissional de estudantes e colegas.*
- *Aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.* (OE, 2003, p.23-24).

Em enfermagem o processo de formação contínua visa a preparação dos enfermeiros para a sua actividade profissional, prolongando-se esse processo ao longo da vida. Santos, E. (2008, P.43) quando cita Botelho (1998) afirma que “o objectivo último da formação profissional contínua em enfermagem é o de garantir o nível máximo de qualidade dos cuidados”. É justamente isso que se promoveu com a implementação do projecto, promover um desenvolvimento de conhecimentos nos enfermeiros que se possam consolidar em competência na prestação de cuidados ao DRC, beneficiando os mesmos com melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Num dos primeiros momentos de integração no SUB e em reunião informal com a responsável de serviço, foi referenciada a necessidade de formação na área do DRC à equipa de enfermagem. Com o desenrolar da especialidade e com a necessidade de definir um tema para o projecto final, validou-se a pertinência desse tema. Considerou-se que a questão da Revisão Sistemática da Literatura (RSL) deveria ser: **“Quais as necessidades de formação do enfermeiro, no serviço de Urgência, para a prestação de cuidados de enfermagem ao doente renal crónico?”**

A RSL que responde a pergunta formulada é apresentada no ANEXO IV, no sentido de fundamentar o desenvolvimento de competências pelos enfermeiros em contexto de trabalho e a educação em enfermagem. Dos resultados da RSL ressalta-se que o enfermeiro interage com

o doente/ cuidador, dentro da equipa multidisciplinar, essa interacção promove experiência que se vai consolidar em competências. Essa construção de competências inicia-se enquanto aluno, é um processo contínuo, é influenciada pelo serviço em que o enfermeiro exerce funções e pelo seu responsável. Essa construção sofre ainda interferências das decisões organizacionais e da sua cultura. É influenciada pelas decisões políticas que interferem com a vivência das sociedades e que têm impacto nas organizações.

Os resultados obtidos demonstram de forma geral como os contextos de trabalho originam necessidades de formação e condicionam o processo de formação contínua. No entanto, verifica-se a existência de uma lacuna de abordagem ao DRC em termos formativos, no curso de base e de uma forma geral nos serviços de urgência. A formação contínua visa uma melhoria de competências dos enfermeiros e terá de ser feita através de projectos que apostem na formação interna com as necessidades que emergem do contexto, com um planeamento a médio e longo prazo para se possa cumprir um ciclo cronológico que permite avaliar se o projecto formativo teve impacto na prestação de cuidados ao DRC no serviço.

A formação na área da prestação de cuidados ao DRC como objectivo de otimizar os cuidados e suprir lacunas de conhecimentos dos enfermeiros do serviço, é imprescindível. Considerando que os enfermeiros do SUB A têm uma solicitação acrescida de DRC, visto que é uma das portas de entrada para o serviço de Nefrologia do CHP, que se encontra em ampliação desde 2012.

A problemática que sustenta o projecto implementado assenta no incremento do serviço de Nefrologia do CHP; na abertura de uma unidade privada de HD na área de abrangência do serviço de Nefrologia do CHP; no aumento de DRC a recorrem ao SUB A e na necessidade de formação na área da prestação de cuidados ao DRC em urgência por parte dos enfermeiros da SUB A. Assim, o tema por mim escolhido para o projecto foi: Plano de Formação contínua sobre o doente renal crónico no Serviço de Urgência.

Perante a problemática em estudo, definiu-se como objectivo geral para o projecto de formação implementado no SUB A:

- Desenvolver competências nos enfermeiros do serviço de urgência na prestação de cuidados de enfermagem ao doente renal crónico.

Como objectivos específicos:

- Identificar as necessidades de formação dos enfermeiros;
- Aumentar os conhecimentos dos enfermeiros, aquando a triagem de DRC em estágio 4 e 5, para sinalização e encaminhamento precoce da situação para o Nefrologista;
- Dar formação nesta área no serviço;
- Divulgar a Circular Normativa n.º017/2011 – “Tratamento Conservador Médico IRC estágio 5” como uma directriz obrigatória no processo de informação ao doente renal crónico em estágio terminal;
- Rever o processo de encaminhamento de doentes renais crónicos admitidos no Serviço de Urgência com ou sem referência à especialidade de Nefrologia de modo a melhorar o seu tratamento.

2. QUADRO DE REFERÊNCIAS CONCEPTUAIS

Este capítulo pretende enquadrar as referências usadas na análise e reflexão das vivências do ensino clínico, da implementação e elaboração do projecto. Tive em conta a problemática em estudo e seu enquadramento na RSL elaborada, a experiência pessoal e profissional, as vivências académicas deste processo, desde o ensino teórico ao ensino clínico.

Neste capítulo, apresento a definição e visão dos conceitos que suportam o modelo conceptual, que norteou a reflexão, durante o último ano académico.

A **sociedade** é influenciada cada vez mais pela globalização, pelas questões económicas, políticas e sociais a uma escala mundial. Os autores Bastos, A.; Gondim, S; Loiola, E. (2004) reforçam esta ideia quando dizem “a instabilidade do cenário mundial actual, que desencadeia mudanças contínuas nos sistemas sociais, repercute na configuração de novos formatos organizacionais...” (p.220). Os serviços de saúde nacionais não são imunes a estas influências.

As questões sociais influenciam as nossas vivências, pois o contexto de trabalho – Serviço de Urgência, é uma porta prioritária da entrada de doentes nos hospitais. A situação da crise política económica e social que o país atravessa reflecte-se neste serviço. As pessoas recorrem mais tarde aos serviços, mais doentes e por vezes, com processos de auto medicação em curso. O aumento da taxa moderadora e a falta de confiança no Serviço Nacional de Saúde conduziu a uma procura tardia dos serviços por parte dos doentes. Por outro lado, a crise já apresenta reflexo nos hábitos alimentares em especial de idosos e crianças que chegam desnutridos e com fome aos serviços de urgência.

O reflexo da globalização sente-se de forma clara, pois situações amplamente divulgadas na comunicação social, acabam por se verificar neste SUB. Foram exemplos disso: o antrax, a gripe das aves, a gripe A entre outras situações. Estes aspectos evidenciam que o contexto de cuidados que vivemos sofre uma influência clara da globalização e do seu efeito social nos indivíduos doentes que recorrem o SUB A.

No que se refere às doenças crónicas, em termos mundiais, afectam hoje mais pessoas do que as doenças infecciosas e são responsáveis pelo maior peso da doença na Europa. Dados do National Health System britânico revelam que 70% dos doentes admitidos nos Serviços de Urgência têm uma exacerbação de doença crónica, cujos custos para os doentes com mais do que uma doença crónica são seis vezes mais elevados do que para os que têm apenas uma doença. Aspectos que em crise são pouco falados, mas representam grandes despesas de saúde para o país e pesam no bolso de todos os cidadãos.

Em Portugal, com base nos dados do Gabinete de Registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2014), em 2013, existiam 18345 doentes em terapia de substituição renal (TSR). Destes, 33,17% receberam um transplante e os restantes realizam diálise. Em 2013, cerca de 2427 doentes iniciaram o TSFR e existiam 11709 doentes em diálise. A SUB A não é excepção, os doentes crónicos recorrem com bastante frequência à urgência, quer com situações comuns de doença súbita quer pela descompensação da sua situação de doença crónica e pela própria idade. No caso dos DRC em TSFR, pelo facto de existir um Serviço de Nefrologia neste hospital, a solicitação na SUB A aumenta.

As **organizações** são cada vez mais o reflexo das influências sociais e políticas, das orientações governamentais e tutelares emanadas, que se podem sentir quase no imediato, em especial quando nos referimos a organizações públicas e aos recentes cortes económicos.

Apesar desse forte impacto, as organizações dependem das orientações da administração e essencialmente dos profissionais, que as fazem cumprir e dos que as implementam, da sua predisposição para se envolver nos processos de mudança de organização. De uma forma mais conceptual, dependem da cultura organizacional e da sua predisposição para a aprendizagem organizacional.

A cultura organizacional tem impacto no desenvolvimento das competências dos profissionais, pois as condições nos serviços, a aposta em processos de mudança, são decisões da direcção da organização que influenciam a cultura organizacional e, desta forma, os serviços, os profissionais e a prestação de cuidados de saúde que aí são prestados.

A cultura organizacional é transmitida, no processo de integração na instituição, a cada profissional. A sua assimilação depende da sua experiência pessoal e profissional e de quem a transmite. Surge como elemento orientador e motivador do desenvolvimento de competências de cada profissional, e se assim for, temos um ambiente cultural positivo orientado para as

organizações aprendentes. Cultura, que assenta em regulamentos do exercício profissionais internos e em planos de integração definidos, mas essencialmente nos profissionais que o implementam das suas interações com os novos profissionais e do ambiente organizacional e contexto de trabalho em que se dá a integração dos mesmos.

A vontade da organização em envolver-se em processos de mudança assenta numa visão de aprendizagem organizacional virada para instituições com vontade de aprender ou aprendentes. Assim, Alarcão, I. (2000) refere que para que isso aconteça nas organizações, parte-se de um conceito que as organizações se caracterizam como grupos humanos onde se transforma conhecimento. Esse processo faz com que a organização apreenda. A autora refere-se a esse processo de produção como um “confronto e partilha de significados que podem dar origem a normas e valores colectivamente reconhecido e legitimados.” (p.31).

Segundo vários autores existe aprendizagem Organizacional em várias circunstâncias apesar de algum desacordo conceptual. Os conceitos mais relevantes na aprendizagem organizacional para mim são:

- a organização procura corrigir erros no confronto dos resultados esperados com a realidade, Argyrus e Schon (1978, 1996) citados por Alarcão, I. (2000, p.31);
- práxis num contexto de trabalho, a qual se traduz na construção de um dado conjunto de significados a partir da informação disponível, Dixon (1994) citados por Alarcão, I. (2000, p.31-32)

Por outro lado, a aprendizagem organizacional está intimamente ligada e condicionada com a cultura organizacional e o conceito de “learning organization” (Senge, 1992,1995; SChein,1993; Nevis et al., 1995; Di Bella e Nevis, 1998) citado por Alarcão, I. (2000).

Estes conceitos norteiam, a visão que tenho da organização em que exerço funções, uma organização aprendente que parte dos seus processos, assimila, constrói e utiliza conhecimento, ao mesmo tempo que reflecte e adapta o conhecimento à sua realidade.

De acordo com Alarcão, I. (2000) a influência da cultura organizacional na aprendizagem organizacional é evidente, mas quando a organização se apresenta como “grupo humano que se constrói, confronta e partilha e troca significações” (p.33), permitindo um processo dinâmico central de “aprendizagem organizacional” como estruturante da própria cultura organizacional.

Este é o conceito que quero reforçar, organizações aprendentes têm uma dinâmica de aprendizagem organizacional evidente orientada para a sua melhoria contínua da qualidade e vão recriando a sua cultura organizacional.

O **contexto de trabalho** influencia em grande parte o desenvolvimento de competências dos seus actores. Nomeadamente, no cumprimento do plano de integração no serviço, potenciador do processo de socialização na equipa e no serviço, considerando os aspectos técnicos, científicos e relacionais, processo de transmissão de cultura organizacional.

O estímulo e a forma como os responsáveis pelos serviços incentivam as relações e impulsionam os seus indivíduos a desenvolver competências através de grupos de trabalhos, responsabilização por determinadas áreas, surgem como orientadores do desenvolvimento de competências dos seus enfermeiros.

No entanto, o contexto de trabalho, as experiências técnicas, científicas e relacionais que este proporciona, marcam o processo de desenvolvimento das competências individuais. A prática serve como local para aquisição de novas técnicas, aprender a executá-las e a usar novas tecnologias.

O contexto de trabalho contribui para o processo de desenvolvimento de saberes e competências, uma vez que são colocados constantemente em acção, os saberes técnicos e os saberes práticos e, nesta interacção e confluência, surgem novas competências. Assim, a prática num serviço específico, as experiências vividas, o desenvolvimento individual de cada um (o seu investimento formativo), vai potenciando a sua autonomia, a responsabilidade e a sua capacidade de resolução de problemas, através de uma prática reflexiva que o torna um elemento reconhecido no seio da equipa devido às suas competências técnicas e relacionais, ou seja, na forma como são evidenciados os seus: saber fazer, saber estar e saber ser.

Por outro lado, os processos de mudança que afectam o contexto de trabalho acabam por orientar e condicionar os desenvolvimentos de competências individuais, pois, sempre que se verificam mudanças nas organizações, torna-se evidente uma mudança nas necessidades de resposta dos enfermeiros, nas suas diferentes funções. Estas mudanças podem apenas revestir-se de melhorias tecnológicas e aquisição de equipamentos, com que os enfermeiros têm de apreender a trabalhar, mas acabam sempre por ter impacto no contexto de trabalho.

O **doente** que recorre ao serviço de urgência é um doente que necessita de uma intervenção rápida com o objectivo de recuperar a sua saúde ou melhorar a sua qualidade de vida. No caso do DRC ele surge muitas vezes numa situação idêntica de doença como qualquer outra pessoa, mas o seu impacto na saúde é diferente, uma vez que o tratamento tem de respeitar a insuficiência renal existente. O DRC em TSFR tem em média 66,07 anos, sofre de outras doenças e a sua qualidade de vida é muitas vezes afectada, necessitando de apoio de **cuidador** que muitas vezes é familiar e cônjuge.

O DRC e o seu cuidador em norma são incentivados e orientados pela equipa multidisciplinar para o autocuidado para melhor poderem gerir a evolução da doença, por isso são informados e consciencializados dos sinais e sintomas da mesma. Também são alertados para o impacto na qualidade de vida. Doente ou cuidador tornam-se mais exigentes com a equipa multidisciplinar e fazem com que os enfermeiros necessitem de desenvolver competências na área da nefrologia, para conseguir dar uma resposta adequada.

O **enfermeiro** em exercício na prestação de cuidados está permanentemente em interacção com os doentes e seus cuidadores, com os seus pares e com a restante equipa multidisciplinar. Este processo de interacção que se dá de forma interpessoal, de acordo com Serrano (2011), obriga a desenvolver competências de relação, de trabalho de equipa para além das competências técnicas associadas ao saber fazer. Obriga também o enfermeiro a um processo intrapessoal pela confrontação que o próprio tem com as suas emoções e com as suas limitações. Estes processos assentam na teoria de Bronfenbrenner e Morris (1998) que referem que a pessoa se desenvolve em interacção com o meio.

Desta forma, o desenvolvimento de competências do enfermeiro, assenta muito na iniciativa e motivação do próprio em interacção no seu local de trabalho com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados a doentes e cuidador. É um processo iniciado enquanto aluno, na construção da sua identidade profissional e é influenciado pelas interacções potenciadoras de competências relacionais, experiências e vivências pessoais, e pela confrontação consigo próprio, ao longo da vida. Também os estímulos institucionais e da chefia directa são factores que potencializam o desenvolvimento de competências na sua equipa. O enfermeiro constrói-se e reconstrói-se no seu dia-a-dia nas interacções que estabelece, de acordo com o momento pessoal ou profissional que atravessa. Esses estímulos são transformadores de conhecimento em competências.

O enfermeiro, através do desempenho no seu exercício, num contexto específico, nas dificuldades com que se vai deparando e nas necessidades que sua prática lhe exige, deve investir na sua autoformação, como resposta para as dificuldades técnicas, científicas, emocionais e relacionais, e com um objectivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Quando não é suficiente, procura soluções de formação externa, sugere formação em serviço e recorre às chefias e aos elementos da equipa multidisciplinar para encontrar as respostas.

Este processo de desenvolvimento de competências individuais, assenta na formação contínua, na autoformação e na capacidade reflexiva de construção de competências no exercício da prática, numa perspectiva de formação em contexto de trabalho.

Esta prática específica, associada a um contexto específico, confronta o indivíduo com dificuldades, dúvidas e experiências concretas, que o próprio, com a ajuda da equipa daquele serviço, recorrendo às suas experiências anteriores e aos procedimentos e normas existentes, vai usar para dar resposta as exigências da prática. As passagens de turno, as visitas médicas, os estudos de caso e a partilha de experiências ou de conhecimentos científicos, naquele serviço, vão orientar o desenvolvimento de competências.

A formação é uma forma de desenvolvimento de competências, pois de acordo com Collière (1999) “ela desempenha um papel determinante em relação à evolução dos cuidados de enfermagem, no sentido em que é geradora de condutas, de comportamentos e de atitudes” (p.339). Este é um dos efeitos explorado da formação na implementação do projecto.

A formação externa procura-se que seja orientada para a prática no serviço, ou seja, útil à prática de cuidados naquele serviço. Os elementos da equipa que frequentam essa formação, são convidados a replicá-la no serviço, permitindo assim uma partilha de conhecimentos científicos e um momento de aprendizagem, enquadrado como formação em serviço.

A formação em serviço, surge orientada para o erro e para a falta de conhecimentos dos elementos do serviço. Esta formação, é vista como pertinente e adequada às necessidades, que os responsáveis e os elementos dos serviços apresentam. Permite assim contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para o desenvolvimento de competências específicas nos elementos de serviço, direccionadas para a prática de cuidados prestados no serviço.

De forma mais específica, os processos associados à melhoria da qualidade dos cuidados, relacionados com a certificação da qualidade dos serviços ou dos processos de acreditação das instituições e, mais recentemente, com os processos de idoneidade dos serviços, levados a cabo pela Ordem dos Enfermeiros, obrigam os enfermeiros a repensar as suas práticas. Têm que descrevê-las na forma de procedimentos, protocolos, instruções e definir e monitorizar indicadores, monitorizando a formação dos elementos, influenciando e reorientando serviços e os seus profissionais, para novas áreas de desenvolvimento de competências.

O desenvolvimento de competências do enfermeiro surge numa responsabilidade partilhada entre o seu interesse, motivação e auto-investimento e as condições proporcionadas pelo serviço e pela sua cultura organizacional.

2.1 Modelo teórico de Orem

A teoria de enfermagem de Dorothea Orem apresenta um paradigma absoluto para a relação de ajuda e capacitação, destacando incessantemente, o autocuidado por parte da pessoa ou do seu cuidador e também em última instância, a acção de enfermagem como um realizar de actividades que o individuo não pode executar em determinadas fases da sua vida. Este modelo assenta na premissa que as pessoas podem cuidar de si próprias, e são estimuladas a ser independentes o máximo de tempo possível. Petronilho (2012) refere ainda que pode “ser conceptualizado como um processo de saúde e bem-estar dos indivíduos, inato mas também aprendido” (p.11).

Quando um individuo é incapaz de cumprir os seus requisitos de autocuidado, o trabalho do enfermeiro começa por identificar essas dificuldades e definir estratégias de acção. No caso do DRC esta estratégia passa por informá-lo e dotá-lo de conhecimentos acerca da doença, para que nas determinadas fases possa conscientemente decidir de forma clara o que mais se adequa à sua vida e à manutenção da sua qualidade de vida.

Podemos então dizer que o modelo de Orem, de acordo com Sidani (2011) considera que “o autocuidado é o foco e o resultado de promoção de saúde e das intervenções para gerir a doença que visam melhorar os problemas de saúde física, psicossocial e condição de saúde global dos indivíduos” (in Petronilho 2011, p13). Assim o enfermeiro deve centrar-se na

promoção do autocuidado da pessoa, através da promoção da saúde, de forma a esta poder adaptar-se às alterações que a sua vida lhe vai trazendo, quer por envelhecimento, quer por doença. O enfermeiro, contribui para a sua saúde e qualidade de vida, fornecendo informação adequada, de forma a promover o autocuidado na pessoa. Esta ideia surge reforçada por Sousa C. (2012), quando considera que o enfermeiro que presta cuidados ao DRC, têm “um papel primordial na promoção do desenvolvimento de comportamentos de autocuidado, através da informação que fornece à pessoa, com o intuito de a incentivar a utilizar o seu potencial de aquisição de conhecimentos, capacidades e comportamentos” (p.14). O mesmo autor, aprofunda a questão, em relação aos acessos vasculares para hemodiálise, e refere que “o desenvolvimento de comportamentos de autocuidado possibilita desenvolver competências, que permitem a aquisição de habilidades para identificar e evitar ou detectar situações susceptíveis de disfunção da FAV, pela pessoa” (p.14, 2012).

Segundo Petronilho (2011), o autocuidado envolve vários domínios, todos eles importantes, mas no caso do DRC, considero que deve ser dado maior ênfase ao domínio cognitivo - “conhecimento da condição de saúde e das habilidades cognitivas necessárias para cumprir a acção de autocuidado”(p.20) e ao domínio do comportamento - “ter as habilidades necessárias para executar os comportamentos de autocuidado”(p.21).

Por outro lado, alguns dos requisitos universais do autocuidado (Orem, 2011 p.225), tocam as necessidades de conhecimento do DRC, para melhor gestão da sua doença, em especial *a manutenção de uma ingestão suficiente de água e a manutenção de uma ingestão suficiente de alimentação*, mas também todos os outros são importantes do ponto de vista do DRC.

A informação e formação dada pelo enfermeiro potenciam a melhoria da qualidade de vida pela promoção do autocuidado no DRC. Só é possível com enfermeiros bem informados que prestam cuidados, suportados numa formação contínua, que passa por uma pesquisa bibliográfica, assente em evidências científicas, normas organizacionais, validação de dúvidas ou partilha com os seus pares com mais experiência. Este processo faz parte do desenvolvimento profissional com vista à melhoria contínua da prestação de cuidados e deve ser direccionado para o contexto de trabalho e para a cultura organizacional, de forma a poder ser mais útil e motivador para o profissional e adequado aos doentes a quem prestam cuidados.

Mesmo num serviço de urgência onde intervimos em situação de crise do doente é preciso educarmos e promovermos o seu autocuidado, com o objectivo de recuperar o mais rapidamente a sua saúde ou adaptação a doença. É importante lembrar que “os enfermeiros são vistos como fontes de saber, principalmente a nível dos ensinamentos realizados no âmbito dos auto-cuidados ou em relação a estratégias adaptativas e controlo de sintomas” Novais, et al (2009, p.40). Devemos usar esta imagem para tentar explicar os sintomas ao DRC/ cuidador de forma a promover o seu autocuidado.

Este modelo coloca o enfermeiro como elemento de referência na equipa multidisciplinar com um papel de educador e orientador, promotor da saúde no doente a quem se presta cuidados. Cumprindo o pressuposto, em que de acordo com Hesbeen, W. (1998), “a profissão de enfermeiro cumpre, assim, uma função de perito e de conselheiro” (P.27), esta função é explorada na área da Nefrologia, de uma forma bastante evidente pelo papel que é dado ao enfermeiro enquanto educador do DRC para uma melhor adesão terapêutica do mesmo. Este aspecto é evidente no estudo de Toljamo & Hentim (2001) em que adesão ao autocuidado estava relacionada com valor da glicemia capilar (in Petronolho, 2012, p.75). Assim, espera-se que os DRC em que enfermeiros intervêm promovendo conhecimentos, através de educação para saúde, orientada para a sua individualidade, adiram ao autocuidado e tenham uma gestão mais positiva da sua doença e qualidade de vida.

No que se refere à prestação de cuidados de enfermagem num serviço de urgência, pode parecer um contra senso a opção por este modelo, uma vez, que se presta cuidados emergentes e que pretendem responder rápido às necessidades dos doentes, havendo pouco espaço para a promoção do autocuidado. No entanto no que se refere a abordagem do DRC e seu cuidador no contexto de urgência, se o mesmo estiver consciente da sua doença, se for o próprio ou cuidador a promover o seu autocuidado, recorrerá à urgência apenas pelos motivos certos, informando o enfermeiro dos sinais e dos sintomas de descompensação da doença e monitorizando-os de uma forma mais eficaz, não se deixando chegar à exaustão.

Portanto, na minha opinião, o modelo do autocuidado de Orem, torna os DRC conscientes e mais capazes de tomar decisões positivas, facilitando a comunicação com a equipa multidisciplinar, o que é uma vantagem quando se pretende num curto espaço de tempo, prestar os melhores cuidados de enfermagem ao doente como é o contexto de urgência.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ENSINO CLÍNICO

O estágio foi planeado tendo em vista a vivência de experiências associadas ao DRC, em especial a TSFR, que permitissem sustentar a implementação do projecto definido e que me levasse a consolidar as minhas competências como enfermeiro especialista na área da Nefrologia, de acordo com a EDTNA (2007).

O estágio dividiu-se em duas partes: uma primeira de aquisição de experiência e validação da componente teórica, de 14 semanas, no Hospital B (HB) que decorreu de 30 de Setembro a 17 de Janeiro. A caracterização sumária dos serviços do HB encontra-se no ANEXO II. A segunda parte para implementação do projecto, de 4 semanas, no SUB A, de 20 de Janeiro a 14 de Fevereiro. Por motivos de gestão de serviço foi necessário prolongar o estágio até dia 26 de Fevereiro, para poder cumprir os objectivos a que me propus.

3.1.Contexto de cuidados de Enfermagem no Serviço de Nefrologia do HB

A escolha deste campo, residuiu na necessidade de observar e participar na prestação de cuidados de enfermagem ao DRC internado num serviço de Nefrologia com uma realidade diferente da que eu conhecia, uma vez que tem uma área populacional mais abrangente e um maior número de vagas, para além de ter sido o primeiro serviço de Nefrologia em Portugal e uma referência na área.

Com a realização deste estágio consegui ter uma percepção mais vasta e abrangente dos DRC internados num serviço de Nefrologia, que abrange uma população de 400.000 habitantes e é referência para cerca de 1.000.000 de habitantes, onde se engloba inclusive o SNCHP onde exerci funções. O principal objectivo foi consolidar competências nos domínios da

capacitação dos doentes/ cuidadores para entender a Insuficiência renal diagnosticada e o seu tratamento de acordo com o que é preconizado pela EDTNA (2007).

Uma das principais diferenças da realidade do SNCHP em relação ao Serviço de Nefrologia do HB, prendia-se com a grande quantidade de DRC em TSFR transplantados internados, o que enriqueceu a minha experiência de prestação de cuidados directos.

A centralização de doentes com maiores necessidades de cuidados de enfermagem nas duas salas de cuidados intermédios foi uma mais-valia, pois permitiu uma melhor monitorização dos doentes e rentabilização da equipa, aspectos que no SNCHP não existem.

O internamento de DRC em TSFR em DP conjuntamente com os outros doentes é uma grande diferença pois no SNCHP os doentes ficavam em quartos individuais de forma a minimizar riscos de infecção.

Estes foram as principais diferenças entre os dois serviços, no que se refere à tipologia dos doentes internados, o que permitiu aumentar a diversidade de experiências na prestação de cuidados ao DRC e poder desenvolver mais competências.

Em relação à prestação de cuidados de enfermagem ao DRC senti algumas diferenças em relação as práticas em vigor no SNCHP, no que se refere:

- ao cuidado com hidratação, existe menor rigor nas prescrições do reforço hídrico e nas restrições hídricas, no HB;
- ao menor investimento no ensino ao doente e cuidador, sem planificação do ensino adequado a cada situação, no HB;
- ao cuidado na passagem de turno, na referenciação de dados acerca da evolução analítica dos doentes no HB.

Estas diferenças traduzem oportunidades de melhoria na prestação de cuidados em ambos os serviços, que podem transformar-se em ganhos na prestação de cuidados de enfermagem ao DRC e na sua capacitação do autocuidado.

De acordo com as orientações da fisiologia do doente renal, de Vennegoor. M. in Thomas, N. (2005) a ingestão hídrica recomendada varia com a quantidade do volume de urina, de um modo geral, a restrição de líquidos é 500 ml a 750 ml (de acordo com a TSFR) + volume

urinário residual no dia anterior. Este aspecto é usado de forma rigorosa no CHP e é generalizado a todo o DRC internado, associado a restrições dietéticas de sódio, potássio e proteínas. Estas restrições são acompanhadas pela dietista que cada vez que solicitada intervém na constituição dietética da refeição personalizada dos doentes. Do ponto de vista educacional, esta área tem uma abordagem inicial pelos enfermeiros e aquando a alta, o doente/ cuidador é informado das restrições pela dietista que dá orientações práticas para o cumprimento das mesmas.

No que se refere ao ensino do doente, são vários os autores que reforçam a sua importância por exemplo, Naidoo (1998) citado por Queiroz, et al. (2008) refere “a educação para saúde é parte especial na prática de qualquer profissional de saúde, em especial, do enfermeiro. Portanto deve ser uma ferramenta que capacite as pessoas para tomar as suas próprias decisões” (p.61). Neste mesmo sentido, Meireles; Goes; Dias (2004) referem “ser necessário realizar educação para a saúde com esses pacientes para que eles tenham maior conhecimento a respeito da sua patologia e do seu tratamento, e assim adquirirem segurança e maiores subsídios para o seu autocuidado” (p.176). Com esta mesma visão na Nefrologia do CHP existe um plano de ensinos para os DRC internados.

No entanto, no que se refere a organização do serviço a existência de camas atribuídas a outras especialidades dentro do serviço, dificultam a organização da equipa em especial no que se refere a articulação com equipa médica. Outra das dificuldades prende-se com as alterações terapêuticas que são feitas a qualquer hora sem que o enfermeiro seja avisado, tanto pelos Nefrologistas como pelos médicos das outras especialidades, fazendo com que exista faltas de terapêutica por não fornecimento da farmácia atempadamente. Este aspecto é relevante para a prática uma vez que a administração terapêutica é feita com base em “cardex” e só depois validada a administração informaticamente, situação que promove erros na terapêutica.

No que se refere ao método de enfermeiro responsável em vigor no serviço e ao uso do Sistema de Classificação de Doentes para Enfermagem para distribuição de doentes, é na maioria das vezes preterido pela funcionalidade geográfica do serviço, o que subverte o objectivo do método e quebra a individualização e potencialização de um relação de confiança enfermeiro de referência doente/ cuidador.

Quanto à forma de organização de serviço, os stocks de medicação e aprovisionamento estão dispersos pelo serviço sem um método claro de gestão apenas assente em pedidos informáticos aos serviços de reposição. A manutenção e validação, dos mesmos, competem ao chefe de equipa que quando o número de enfermeiros não o possibilita também fica com doentes distribuídos. Assim esta validação e reposição de stocks pelo serviço ficam dependentes das possibilidades e da sensibilidade do chefe de equipa, que é ainda o elemento de referência para responder à sala de emergência e de cateteres. Isto acaba por originar roturas de stock que só são resolvidas durante os turnos da manhã e nos dias úteis.

Este estágio permitiu reforçar a prática de cuidados ao DRC em especial ao doente transplantado, mas também valorizar alguns dos instrumentos de trabalho existentes no SNCHP, tais como registos informatizados em plataforma partilhada pela equipa multidisciplinar, registo de medicação informática e em tempo real com as alterações terapêuticas na hora. Este aspecto permite um trabalho com a equipa médica mais articulado e sem erros na interpretação de prescrições ou orientações terapêuticas, contribuindo para a segurança do doente. A existência de protocolos escritos das práticas de cuidados e de integração de novos elementos na equipa, são, sem dúvida, uma mais-valia para quem chega de novo a um serviço, este facto foi validado com os enfermeiros que estavam há menos tempo no serviço e referem também ter sentido essa dificuldade. São vários os autores que reforçam esta ideia, Johson, B. (2009) refere que a integração e a formação dadas permitem que os enfermeiros sejam altamente competentes, inovadores e demonstrem flexibilidade em adaptarem-se às mudanças nas funções e nas relações profissionais. De acordo com Duchscher, J. (2009), o desenvolvimento da habilidade prática clínica, promove-se através de integrações com elementos experientes, pela transmissão do saber fazer naquele contexto de trabalho. Bártolo, E. (2008) reforça esta ideia dizendo que os enfermeiros se preocupam “com um programa de integração de qualidade, que permita um processo de socialização rápido e eficaz, assumindo o procedimento de integração, como um processo contínuo, dinâmico para qual contribuem os diferentes autores” (p.14).

Assim, podemos concluir que planos de integração documentados, com a formação adequada, implementados por profissionais experientes com competência na área da supervisão clínica facilitam o processo de integração e potencializam o desenvolvimento de competências nos enfermeiros recém chegados ao serviço.

No que se refere à prestação de cuidados uma das reflexões que fiz, relaciona-se com as características do doente crónico e sua atitude de autoconhecimento e de desconfiança perante uma nova informação adversa e a resistência inicial que o mesmo coloca. Demonstra alguma diminuição da capacidade de resiliência que é mais evidente em doentes mais idosos, muito evidente neste estágio nos doentes transplantados. De acordo com Novais, et al (2009) “o cuidado de enfermagem à pessoa com doença crónica prima por uma partilha de saberes e pela mútua aprendizagem” (p.42), esta aprendizagem foi um dos aspectos que enriqueceu a minha experiência e que levo para a minha prática.

Nesse sentido e após alguma discussão entre o grupo de alunos que fez estágio neste semestre no HB, foi elaborado um manual para o serviço de Nefrologia de forma a possibilitar um suporte informativo para autoformação e para rápida consulta no esclarecimento de dúvidas. No entanto, da minha prática no serviço de Nefrologia do CHP considero importante que seja elaborado um plano de integração de novos elementos para assegurar que a integração no serviço permita uma adequada aquisição de conhecimentos, procedimentos e rotinas a nível prático e organizacional para garantir uma fácil adaptação dos novos elementos e que ela se dê de forma uniforme. Em paralelo, deve ser aproveitado o processo de auditorias da qualidade, que recomeçou no início deste ano no HB e aproveitar as não conformidades e hipóteses de melhoria para criar documentos esclarecedores das práticas e reflectir sobre as mesmas.

Da minha experiência no SNCHP e no HB foi possível verificar que os DRC pouco sabem sobre o seu diagnóstico de insuficiência renal, pois por vezes o Nefrologista não explicou o porquê da doença, outras porque a doença chegou de surpresa e o doente prefere focar-se no tratamento. No entanto, existe DRC que sabem o seu diagnóstico de Insuficiência renal e referem pesquisar sobre o mesmo apresentando-se na consulta de opções com dúvidas e algumas ideias acerca da TSFR. Em suma o aspecto de maior enfoque por parte do DRC parece ser a TSFR, ou seja, a preocupação com o seu futuro.

A minha experiência no SNCHP já me tinha permitido consolidar a abordagem ao DRC / cuidador em agudização, em especial pelo processo de educação para a saúde planeado no serviço pelo enfermeiro para o DRC/ cuidador. Este aspecto era avaliado à saída do DRC e reavaliado pelos vários reinternamentos, o que me permitiu treinar o ensino e o

esclarecimento de dúvidas que permitisse capacitar o DRC / cuidador para o autocuidado necessário.

A minha principal lacuna prendia-se com o DRC em TSFR transplante e as suas intercorrências. Nesse sentido, durante o estágio sempre que possível prestei cuidados a DRC transplantados, de forma a consolidar competências no que se referia às intercorrências mais comuns, a terapêutica imunossupressora e a forma como a TSFR transplante interferia na sua vida. Verifiquei grande independência destes DRC e percebi a importância que o transplante, bem-sucedido, teve nas suas vidas e a forma cuidada com que tomam a medicação e cumprem a hidratação.

Durante o estágio, procurei junto destes doentes conhecer a sua história de doença até chegar ao transplante. Foram vários a considerar o transplante como uma “nova vida”, pela capacidade física em especial que lhes é de novo dada com o transplante quando comparado com a hemodiálise (HD). Verifiquei que o recurso ao cuidador no DRC transplantado surge geralmente apenas quando as limitações trazidas pela idade começam a afectar a autonomia.

No que se refere aos DRC em TSFR por Diálise Peritoneal (DP), esta consolidação pela prestação de cuidados aos doentes internados no serviço de nefrologia do HB foi limitada, mas as estratégias e os processos educacionais para capacitação do DRC em DP/ cuidador foram possíveis consolidar e treinar na unidade de DP do HB no ensino da técnica em doentes que estavam a iniciar DP. Verifiquei que apesar de ser uma TSFR que carece de grande envolvimento do doente em algumas circunstâncias os cuidadores surgem como elementos fundamentais na execução e suporte para realização da DP.

Considero pelo percurso referido ter atingido os objectivos a que me propus, no entanto, considero que teria sido mais vantajoso fazer mais manhãs, uma vez que este turno permite experiências mais variadas, devido ao maior número de decisões clínicas, mas a minha disponibilidade profissional não me permitiu.

De acordo com Benner (2001) e de acordo com o preconizado pela EDTNA (2007) na área da prestação de cuidados ao DRC internado em serviço de Nefrologia, pela experiência e a formação adquiridas situo-me no nível Competente.

3.2. Contexto de cuidados de Enfermagem ao doente Transplantado Renal no HB

Este campo de estágio, foi opção devido à necessidade de compreender a dinâmica e o percurso efectuado pelo DRC submetido a transplante. Outro dos motivos, foi o facto deste campo de estágio ser uma referência na transplantação em especial no programa de dador vivo não familiar. O percurso efectuado no HB permitiu acompanhar o doente em todas as fases para assim poder compreender a abrangência da prestação de cuidados de enfermagem a DRC em TSFR transplante, desde a consulta de opções até às consultas pós-transplante de rotina.

O objectivo deste estágio passava essencialmente por conhecer e clarificar todo o processo educacional do DRC transplantado de forma mais específica pretendia ficar em posse de conhecimentos que me permitissem ajudar e clarificar dúvidas ao DRC em relação ao Transplante, os seus riscos e benefícios, de acordo com o que é preconizado pela EDTNA (2007).

Antes de realizar o estágio, já tinha um conhecimento do funcionamento desta unidade de transplante pela experiência de DRC transplantados a quem prestei cuidados no SNCHP. O estágio permitiu validar a existência de um grande conjunto de profissionais que pertencem a uma equipa multidisciplinar, que nos diferentes momentos em que prestam cuidados ou em que contactam com o doente potencializam o processo de consciencialização de autocuidado informando o doente sem contradições, sabendo de forma clara as suas responsabilidades em cada fase do processo.

Nesta equipa, o enfermeiro é o elemento mobilizador da informação iniciada na consulta de opções na unidade de DP, em que a informação é adequada a cada DRC. É informado acerca do que é o transplante e valida as dúvidas, para que o doente decida se quer ser transplantado ou não, de forma consciente.

De seguida, na consulta de transplante o enfermeiro informa o doente de forma clara dos cuidados pós-transplante, os riscos e benefícios do mesmo. A sua opinião acerca da capacidade do DRC para ser transplantada é tida em conta e é enviada para a Comissão de Ética em conjunto com as outras da equipa multidisciplinar. É de destacar uma experiência na consulta de transplante de acompanhamento de um jovem de 22 anos adoptado, DRC em

TSFR desde os 4 anos, inicialmente em DP e nos últimos dois anos em HD. Este estava acompanhado na consulta de transplante com quatro hipóteses de dadores, nenhum sendo familiar de sangue. Esta foi uma situação muito enriquecedora de acompanhamento na reunião com a equipa multidisciplinar de esclarecimento de dúvidas e elucidação dos riscos relacionados com o transplante. Foi possível também acompanhar a consulta individual de enfermagem ao jovem para esclarecimento de dúvidas e validação das suas competências para viver com o transplante, com o objectivo de dar o parecer de enfermagem para a decisão a enviar para a comissão de ética. Esta experiência foi bastante esclarecedora sobre a forma como é feito o processo e permitiu perceber toda a complexidade prática e a responsabilidade do enfermeiro inerente a todo o processo.

Aquando do internamento do DRC para transplante o enfermeiro no Serviço de Cirurgia faz o seu acolhimento valida a informação que o doente tem acerca do transplante e prepara o DRC para a cirurgia. Após alta do recbro o doente transplantado é internado na UCINT pequena, sempre que existam vagas, e é monitorizado de acordo com protocolo existente no serviço. À medida que o doente recupera a capacidade intelectual e demonstra interesse pela nova adaptação ao transplante inicia-se um protocolo de ensino que termina com a alta hospitalar.

O protocolo é validado pelo enfermeiro, logo no dia após a alta, na consulta de transplante e é entregue um boletim do transplantado na unidade do HB onde estão os contactos com a unidade. Este contacto é usado pelos doentes transplantados em diferentes fases pois observei vários desses contactos, com diferentes doentes com dúvidas e necessidades de esclarecimento, que são assegurados pelo enfermeiro elemento de confiança da equipa para esse efeito.

Desta forma evidencia-se o papel de relevo assumido pelo enfermeiro no processo educacional e informativo ao DRC em TSFR – transplante, no seio da equipa multidisciplinar numa área tão específica como esta. Reforçando o papel do enfermeiro como educador, Silva, H; Silva, M. (2004) refere

a atuação da(o) enfermeira(o) como educadora e facilitadora da adaptação do cliente é indispensável, pois a mesma é responsável pelo treinamento e conscientização do cliente sobre o autocuidado, conduzindo informações a todos os clientes, tornando os membros ativos no processo saúde-doença, sendo o paciente o responsável pelo sucesso do tratamento. (p.14),

O enfermeiro contribui assim para o sucesso e longevidade do transplante renal pela acção da educação para a saúde do doente/ cuidador.

Observei que em todo o processo de informação e educação do DRC, desde que proposto para transplante até ser transplantado, é acompanhado por enfermeiros peritos nesta área, pois agem com a competência específica dotando doentes e cuidadores de conhecimentos que potencializam o seu autocuidado no seu dia-a-dia. É um processo mais complexo, com envolvimento de um maior número de profissionais, do que aquele que esperava. No entanto é perceptível um trabalho contínuo entre os vários serviços, demonstrando a existência de um plano comum trabalhado em prol do doente. O sucesso do transplante é sentido por todos os profissionais que contactam com o doente e o acompanham pós transplante, sentindo-se reconhecimento dos doentes para com os profissionais.

Considero ter atingido e consolidado o objectivo inicial, pois foi possível acompanhar o DRC em TSFR em estágio V, com opção de transplante em todas as fases do processo, desde a consulta de opções até ao transplante. Na consulta de transplantados foi possível acompanhar diferentes situações de consulta, desde uma a reunião com quatro dadores vivos com o receptor e equipa multidisciplinar, a primeira consulta após transplante e doentes em TSFR transplantados há vinte anos. Este acompanhamento permitiu-me uma experiência variada e enriquecedora e perceber claramente que o transplante muda a vida dos DRC e sua qualidade de vida. Estes demonstram grande apreço e gratidão pela equipa que ajudou reescrever as suas vidas.

De acordo com Benner (2001) e de acordo com o preconizado pela EDTNA (2007) na área da prestação de cuidados ao DRC em TSFR - transplantado, devido à pouca experiência e a complexidade do processo situar-me no nível Iniciado.

3.3. Contexto de cuidados de Enfermagem na Unidade de DP do HB

Este campo de estágio foi opção devido à necessidade de conhecer uma unidade de DP com mais volume de doentes e poder fazer um comparativo com as práticas que eu conhecia. Por outro lado, acompanhar mais DRC em DP para perceber melhor a razão da sua opção.

Este estágio tinha como objectivos adquirir conhecimentos que me permitissem apoiar o doente e cuidador em DP de forma individualizada e acompanhar a educação ao doente de acordo com o que preconizado pela EDTNA (2007). O conhecimento que tinha desta unidade prendia-se apenas com a visita realizada em Maio de 2013 ao HB, onde foi descrita o seu funcionamento e volume de doentes em DP, que me despertou interesse, pois no que se refere ao número de DRC em DP a unidade do HB tem cerca de 80 doentes, que representa 10,93% dos doentes em DP em todo o país, quase o dobro dos DRC em hemodiálise em ambulatório que são 44, que representam apenas 0,40% dos doentes em HD no país (SPN 2013).

Na Unidade de DP foi apresentado um *power-point* explicativo do funcionamento da unidade o que tornou mais fácil a adaptação e integração às rotinas da mesma.

No SNCHP, já tinha experiência de prestação de cuidados a doentes DP internados no serviço e o apoio à consulta, sempre que solicitado pelas responsáveis da DP. De uma forma geral, o funcionamento de ambas as unidades é bastante idêntico, pois é dos serviços do HB em que existem protocolos de actuação e folhetos de apoio ao ensino ao doente, ensino protocolado pela equipa, aspectos idênticas à prática no serviço de nefrologia do CHP. No entanto o grande número de doentes permitiu perceber melhor as diferentes motivações dos doentes para TSFR DP e as intercorrências da mesma. A salientar que ambas as unidades os enfermeiros facultam os contactos pessoais para apoio e esclarecimento de dúvidas o que faz com que exista uma relação de confiança evidente entre enfermeiro e doente.

Do contacto com o DRC em TSFR DP, foi manifestado pela maioria dos doentes que era o tratamento mais cómodo, confortável e sem necessidade de deslocação quando comparado com a HD. Os doentes em idade laboral, referiam que é mais fácil estes se adaptarem às suas rotinas uma vez que o tratamento é realizado em casa. Referiam que passavam mal nas sessões de HD e que não se sentiam em condições para ir trabalhar, logo após a sessão. Em suma, o conforto e comodidade do lar, e o facto de ser um tratamento não agressivo do ponto

de vista fisiológico fizeram estes doentes optar pela DP. Aspectos que vão ao encontro do que Silva, H.; Silva, M. (2003) preconiza quando compara as modalidades dialíticas no seu estudo e refere que “dentre as modalidades de tratamento para insuficiência renal, a DPAC possibilita maior independência e liberdade ao cliente, tornando-o instrumento indispensável para o seu autocuidado e a melhora da qualidade de vida” (p.11). Este aspecto é reforçado por Carvalho, C; Costa, E.; Pereira (2012) quando referem a DP como “um tratamento que privilegia o auto cuidado, a autonomia e a responsabilidade do doente, facilitando o fato de que, sem sair da sua residência e do seio da sua família o doente realize o seu tratamento” (p.90).

A consulta de opções é assumida pela equipa de DP, funciona de acordo a Norma da Direcção Geral de Saúde (DGS) e tem quatro momentos de consulta com equipa multidisciplinar – Nefrologista, enfermeiro, Assistente Social e Dietista (que não me foi possível acompanhar em nenhum dos dias). A consulta de opções é sem dúvida uma forma de informar o DRC em estágio terminal adequada, que potencializa o autocuidado e permite uma decisão consciente. O enfermeiro tem aqui um papel relevante na informação e esclarecimento de dúvidas acerca das TSFR disponíveis, reforçando o papel de educador do enfermeiro, reconhecido na equipa multidisciplinar. De acordo com, Queiroz, et al (2008): “o educador em saúde deve acreditar que o conhecimento dá responsabilidade e autonomia à pessoa para viver de maneira mais digna e humana; ou seja; ajuda o paciente a tomar decisões e desenvolver habilidades para cuidar de si, emancipando-o” (p.62).

A mais-valia da consulta de opções está na consciencialização e educação do DRC em relação à sua doença, progressão e TSFR mais adequado. Pretende-se que o DRC melhore o seu autocuidado, atrase a entrada em TSFR e opte de forma consciente pelo que mais se adequa à sua pessoa, de acordo com as suas características fisiológicas e psicológicas.

No que se refere aos cuidados ao DRC em DP foram várias as observações de situações que permitiram consolidar conhecimentos na prestação de cuidados ao doente em DP e perceber o funcionamento da unidade. Evidenciando o papel do enfermeiro como elo de ligação com a unidade e com o tratamento, vários foram os telefonemas de doente e familiares para validação de dúvidas e pedidos de esclarecimento. Da prática fica evidente o papel que o enfermeiro desempenha no ensino da técnica de DP e na validação da aptidão de cada doente/cuidador. Aspecto que demonstra a responsabilidade do enfermeiro na DP.

A equipa da unidade preza bastante o ensino ao doente, tem vários folhetos explicativos para as diferentes situações desde os cuidados básicos até às intercorrências, funcionando como suporte em casa para os doentes como referido pela equipa. O estágio nesta unidade permitiu a observação e colaboração em ensinamentos a doentes/ cuidador sobre a técnica de DP com ambas as enfermeiras e foi evidente a existência de um discurso coeso e comum da equipa que é mantido também pelos Nefrologistas.

Considerando a especificidade da TSFR DP, todos os doentes internados independentemente do serviço em que estejam são sempre acompanhados pelos profissionais da unidade de DP.

Este estágio permitiu atingir o meu objectivo de consolidação de conhecimentos na prestação de cuidados ao doente em DP e iniciar a reflexão acerca da prestação de cuidados aos mesmos na SUB A.

De acordo com Benner (2001) e de acordo com o preconizado pela EDTNA (2007) na área da prestação de cuidados ao DRC em DP situo-me no nível Iniciado avançado.

3.4. Contexto de cuidados de Enfermagem na Unidade de Hemodiálise do HB

A opção por este campo de estágio e a sua duração, era indispensável uma vez que nunca tinha prestado cuidados numa unidade de Hemodiálise e ser este o tipo de tratamento que mais DRC em TSFR faz em Portugal. Tendo em conta esta necessidade, decidi aproveitar este estágio para vivenciar e experienciar a prestação de cuidados de enfermagem durante as sessões de hemodiálise e responder às emergências que aí ocorrem.

Com a realização deste estágio, pretendi adquirir a experiência necessária para cuidar do doente e realizar sessão de HD, monitorizar e analisar a sessão de forma adequada, de acordo com o preconizado pela EDTNA (2007).

Este estágio permitiu-me viver um contexto de prestação de cuidados ao DRC que me era completamente novo, desta forma este foi o estágio que me exigiu maior aquisição e fundamentação de conhecimentos para me integrar no contexto e ser capaz de prestar cuidados ao DRC em TSFR em HD aquando a realização da sessão, apesar dos conhecimentos teóricos que já possuía.

O início desde estágio passou por uma fase de leitura do manual do monitor de HD existente, exigência legal e de responsabilidade civil, leitura de documentação da área e acompanhamento do orientador na prestação de cuidados, uma vez que nunca tinha trabalhado com nenhum monitor de HD. Esta fase foi importante de forma a poder compreender o funcionamento do monitor de HD, e assim começar a interpretar melhor os dados fornecidos pelo monitor. Esta fase foi fundamental para me ajudar a ultrapassar os meus receios e inseguranças.

Posteriormente acompanhei a prestação de cuidados de enfermagem para compreender e apreender o processo de preparação do monitor de HD até à conexão do DRC. De seguida, iniciei a prestação de cuidados ao DRC em HD com cateter como acesso, passando por leitura do processo e plano de sessão. Executei registos em papel e acompanhei os registos no programa informático que se encontra em teste.

No que se refere aos DRC em HD com FAV ou PTFE como acesso, acompanhei sempre que possível desde início, uma vez que era do meu interesse, a inspecção, palpação e punção, para poder adquirir mais sensibilidade na avaliação dos mesmos, especialmente os que apresentavam alterações. O estágio permitiu consolidar alguma sensibilidade nesta área uma vez que foi possível inspeccionar muitos acessos com alterações: síndromes de roubo, estenoses várias, acessos trombosados com hematomas, etc.

Durante a prestação de cuidados percebi a responsabilidade do enfermeiro na monitorização dos acessos no que se refere aos sinais de infecção, funcionalidade e características de forma a prevenir complicações com os mesmos. Foi evidente a exigência e a necessidade de uma monitorização adequada pelos enfermeiros dos acessos para HD, garantindo uma melhor qualidade de vida do DRC e da qualidade da sua sessão de HD, aspecto que é reforçado por Sousa, C. (2012), quando refere que enfermeiros necessitam desenvolver “habilidades para avaliar e diagnosticar todas as alterações que possam ocorrer com a FAV” (p.16) e com qualquer acesso de HD. O acesso é primordial para eficácia da HD e para a qualidade de vida do DRC. É da responsabilidade do enfermeiro o seu uso e a sua monitorização, cabendo-lhe prevenir complicações com o mesmo.

Este estágio deu-me a conhecer a hemodiálise como uma técnica com maior flexibilidade, do que aquela que esperava e com grande autonomia do enfermeiro. Pois foi evidente o seu papel

como elemento fulcral, com grande responsabilidade na promoção do autocuidado do DRC em HD, com preocupação evidente com a qualidade de vida, o conforto e estabilidade durante a sessão de HD. Esta experiência fez também ressaltar na prática o papel do enfermeiro, descrito e fundamentado por Nascimento, C. e Marques, I. (2005) como o “profissional que assiste mais de perto o paciente nas sessões de hemodiálise,” tem de “estar apto e prontamente intervir e assim evitar outras potenciais complicações.” (p.722). Este aspecto foi vivenciado durante as sessões, pois muitas vezes o Nefrologista é apenas informado sobre as intercorrências e dos procedimentos tomados, após estarem resolvidas as situações, tais como hipotensões, câibras ou náuseas.

As competências que o enfermeiro detém em hemodiálise e a sua grande especificidade técnica aliada à experiência e conhecimento dos DRC em HD, faz com que cada sessão seja o adequar da prescrição de HD a capacidade do DRC e do seu acesso naquele dia. Esta adequação assenta na observação da prescrição, comportamento do doente nas sessões anteriores, monitorização do acesso e sua punção/ conexão e vigilância de sinais vitais. Estas avaliações permitem ao enfermeiro prevenir sintomas, antecipar intercorrências e adequar a velocidade de bomba e programar a quantidade de peso a perder, da forma mais confortável possível para o doente.

Durante as várias sessões foi possível verificar a adequação dos perfis permitidos pelos monitores de forma a promover estabilidade hemodinâmica, recorrer aos ajustes no sódio, temperatura e velocidade de bomba de forma a evitar hipotensão e promover vasoconstrição, aspectos técnicos que desconhecia e são sem dúvida uma mais-valia para que o doente tolere melhor a HD.

Os DRC atravessam diferentes fases num processo de adaptação ao diagnóstico e a HD, de acordo com Thomas, N. (2002) “os doentes passam por uma série de fases após o diagnóstico de insuficiência renal, semelhantes às respostas ao luto descritas por Kubler- Ross” (p.89). Aspecto que foi observado em vários DRC uma vez que os doentes iniciam HD sem terem aceitado a doença, manifestando negação e revolta com todo o processo. Considero que esta situação foi mais evidente devido aos DRC em ambulatório nesta unidade serem doentes mais dependentes e com mais co-morbilidades que os das clínicas.

No entanto Thomas, N. (2002) refere também que para adaptação ao início da terapia dialítica e de acordo com Abram (1970), existem três fases que os doentes atravessam são elas: euforia, reacção depressiva e adaptação realista. Durante o estágio e devido às características dos DRC desta unidade de HD, considero que a maioria dos DRC se encontrava na fase de adaptação realista e alguns na fase da reacção depressiva. No que se refere a fase da euforia, não acompanhei nenhum DRC na unidade a atravessar essa fase.

Durante o estágio, foi evidente a existência de DRC em HD em fase terminal, inclusive um deles a iniciar já nessa mesma fase. Estas situações fizeram-me reflectir sobre a questão ética da obstinação terapêutica e da própria distanásia uma vez que nos processos que me irei referir a seguir não houve evidência do envolvimento da família e doente, ficando a decisão da HD aos médicos que os acompanham. As situações que mais me marcaram foram a de uma mulher com esclerose múltipla em fase avançada, traqueostomizada e totalmente dependente, mantida em HD e uma outra mulher com neoplasia da mama metastizada com dependência total excepto na alimentação, que colocou cateter de HD e iniciou HD. Nestas duas situações considero que a qualidade de vida de ambas com a HD deveria ser alvo de uma reflexão multidisciplinar, com envolvimento do doente e das suas famílias, para ponderar a opção do tratamento conservador com internamento em cuidados paliativos assim que a situação o exigisse, de acordo com norma da DGS 017/2011. No entanto, como não se consegue assegurar a última fase do tratamento conservador, tenta-se através da HD melhorar a qualidade de vida, por vezes acrescentando algum sofrimento ao doente. Estes aspectos carecem de uma reflexão e discussão profunda no seio das comissões de ética e das ordens profissionais.

Os aspectos relacionados com a adaptação e aceitação dos DRC em HD, vivenciados por mim na prática em sala de HD, permitiram ter uma visão mais abrangente e criar mais alguns mecanismos de negociação e persuasão para usar na relação com o DRC, uma vez que foi possível verificar várias posturas e abordagens usadas pelos enfermeiros e treinar e reflectir sobre algumas. São exemplos o recurso ao cuidador e ao médico de referência para fazer passar indicações terapêuticas ou alimentares, o uso da negociação e chantagem para levar o doente a acatar às indicações dadas pela equipa, tais como o lugar na sala ou o canal da televisão entre outras.

Do ponto de vista de gestão de cuidados, este estágio também me permitiu uma grande aprendizagem uma vez que a minha orientadora foi muitas vezes chefe de equipa e como tal foi possível acompanhar essa dinâmica no contexto de HD. Uma vez que lhe competia a distribuição de enfermeiros pelos postos de HD dos doentes pelos postos, validação de situações clínicas dos doentes internados para programação das sessões do dia, gestão de tempos e rentabilização dos postos para responder às urgências que vão existindo ao longo do dia, gestão de stocks aprovisionamento e farmácia, entre outros problemas que vão surgindo, deixando registado em livro de turno, aspecto que às vezes se torna de difícil consulta.

Este serviço quando comparado com o serviço de HD do CHP apresenta falta de protocolos e instruções de trabalho para que todos executem a técnica e respondam a intercorrências da mesma forma. Esse foi dos aspectos que mais estranheza me causou e dificuldade pois muitas vezes fiquei baralhado com as indicações que outras colegas, que não minha orientadora, davam por executarem a recirculação de forma diferente, por exemplo. Desta forma e de acordo com a OE (2007) considero que a elaboração de documentos “quando rigorosamente elaborados e utilizados, podem ser uma base para sistematizar as intervenções de enfermagem, adequando a eficiência e segurança da acção à eficácia do resultado.” (p.10), aspecto que seriam de extrema importância para este contexto de trabalho e para a integração de novos elementos.

Durante o período de estágio em que estive na HD do HB foi possível acompanhar a formação teórica e prática para introdução de novos monitores de HD, para substituir os existentes, que tem em média 15 anos. Este processo foi bastante interessante de observar, pois foi possível ouvir as opiniões dos enfermeiros durante todo o processo, de grande resistência no início pois já tinham passado cerca de dois anos pela formação teórica e já tinham uma ideia negativa acerca do monitor, uma vez que segundo os mesmos lhe ia reduzir a sua flexibilidade de actuação e autonomia na gestão da sessão de HD, para além de exigir acesso vasculares mais optimizados.

Considerando que o meu projecto incidia sobre o desenvolvimento de competências e se direccionava para a formação, foi com particular atenção que vivenciei a experiência, pois os processos de mudança e as novas tecnologias são apontadas como contributos para o desenvolvimento de competências pelos enfermeiros. A vivência deste projecto permitiu verificar que o momento de formação em sala foi aproveitado para reflectir a prática e discutir

algumas rotinas e técnicas que todos questionam, mas que no dia-a-dia não têm tempo para fazer. Estas questões prenderam-se com pertinentes pormenores técnicos como por exemplo o tipo de desinfecção entre doentes ou técnicas mais correctas a usar.

O processo teve uma segunda fase, no serviço em treino com os monitores e depois na realização de sessões com os mesmos, que veio quebrar algumas resistências. No entanto veio dar razão a quem questionava a operacionalidade do mesmo para a tipologia de doentes do serviço, limitando a flexibilidade de utilização de perfis e alteração de parâmetros durante a sessão. Essas eram questões legítimas, que foram rebatidas pela formadora. Pois fez sobressaltar a necessidade de privilegiar a segurança do doente e acautelar a responsabilidade do enfermeiro.

Esta questão demonstra também a falta de sensibilidade dos órgãos de gestão de envolver os enfermeiros da prática, peritos em HD, que irão trabalhar com os monitores e que conhecem bem os doentes e os seus problemas. Aspecto que contribuiriam para uma melhor adesão da equipa a um processo de mudança como estes e adequação da escolha do equipamento.

Paralelamente a este processo, decorreu também um reatar do processo de qualidade pelo Departamento de Qualidade do CHC, com a realização de auditoria interna ao serviço, apesar de não conhecer o resultado da mesma. Verifico que a falta de documentos escritos é um problema para quem se integra na equipa. Este seria um processo motivador para a equipa, se fosse envolvida na construção desses documentos e no envolvimento deste processo, minimizando resistências e potencializando o desenvolvimento de competências na equipa e promoveria sem dúvida, a uniformização da prática e reflexão sobre a mesma. Esta opinião está bem patente na opinião da OE (2007), que refere a

elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados reveste-se de grande actualidade, já que estes são considerados Instrumentos de Qualidade, não só na área da saúde, pelo que os enfermeiros devem basear a sua actuação profissional em práticas recomendadas, tornando os cuidados que prestam mais seguros, visíveis e eficazes (p.3).

Este estágio permitiu-me adquirir conhecimentos e capacidades para prestar cuidados ao DRC em sessão de HD e demonstrou-me nesta área tão específica que o doente valoriza as competências técnicas e humanas do enfermeiro. O estágio foi bastante rico pela possibilidade de aprendizagem devido as diversas intercorrências existentes em sala durante as sessões, tais como náuseas, câibras e hipotensões assintomáticas, sintomas frequentes, mas também

hipotensão sintomática com perda de conhecimento, hemóstases difíceis com necessidade de utilização de pinça hemostática, avarias de máquinas com necessidade de troca de linhas. Em suma, foi bastante enriquecedor e respondeu às necessidades de aquisição de experiência para abranger o perfil do enfermeiro de nefrologia proposto pela EDTNA (2007).

Considero que os meus objectivos para este estágio foram atingidos e para isso contribui, em muita, a experiência da minha orientadora e sua visão como enfermeira especialista aliada à visão da especificidade técnica e humana aplicada ao DRC em HD, da mesma.

De acordo com Benner (2001) e de acordo com o preconizado pela EDTNA (2007) na área da prestação de cuidados ao DRC em HD situo-me no nível Iniciado, mas sinto que esta é uma área em que a competência só se adquire, melhora e evolui com a rotinização da técnica exigindo uma prática continuada.

4. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO NO SUB A

A implementação do projecto pretendia, desde início, dar resposta aos meus objectivos na aquisição de competências como enfermeiro especialista em Médico-cirúrgica na vertente Nefrológica e ao mesmo tempo suprir uma lacuna de formação identificada pelo responsável do serviço.

A implementação do projecto foi balizada pelos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2003) uma vez que a SUB A se candidatou em Fevereiro de 2014 ao processo de Idoneidade Formativa dos contextos de prática clínica, considerando assim, que seria a melhor forma de enquadrar o projecto no serviço.

O enunciado descritivo pelo qual me regi foi o “3.3. A prevenção de complicações ” pois a formação incidia e reflectia a prática de cuidados de enfermagem ao DRC com vista “à identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis” (OE, p.8). Aspecto a atingir a através da discussão de caso em equipa e reflexão das práticas. Os responsáveis do SNCHP foram envolvidos de forma a poder articular sinergias em prol do DRC e melhorar a resposta de cuidados, para assim, potenciar “a referência das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde” (OE, p.9) previsto nesse mesmo enunciado.

Considerando que este projecto estava orientado para a formação contínua como forma de desenvolvimento de competências nos enfermeiros, passando pela realização de uma sessão de formação em serviço orientada para as necessidades dos indivíduos, que permitiu reflectir as práticas e discutir melhorias na prestação de cuidados ao DRC, mobilizámos também o enunciado 3.6. “A organização dos cuidados” na perspectiva que o projecto estava orientado “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a

máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” (OE, p.9). Por outro lado, a sessão de formação respondia a “existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade” (p.10) já existente no serviço, pois o serviço apresenta todos os anos ao departamento de formação as lacunas formativas existentes, onde se enquadram as necessidades formativas na área da prestação de cuidados ao DRC.

Após estes constrangimentos iniciais, foram apresentadas a estratégia e metodologia previstas, ao orientador de estágio, responsável pelo serviço, que de imediato concordou com o planeamento, acrescentado algumas sugestões e apresentado as restrições para calendarização da formação.

O projecto assentava na necessidade formativa identificada pela responsável do serviço em relação às competências dos enfermeiros na área nefrológica em especial a DP e os cuidados de emergência ao DRC em HD. Esta questão enquadrava-se de uma forma evidente no RCCEE (2010), em especial nos Domínios:

- Melhoria da Qualidade em “B.2.2. Planeia programas de melhoria contínua” (p.6) pois o projecto assenta na melhoria da prática do exercício de enfermagem ao DRC e será alvo de projecto individual até 2015;
- Gestão de Cuidados em “C.2.2.4. Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada” (p.9) pretendeu mobilizar novos conhecimentos em sessão formativa, reflectir sobre eles e discuti-los para que pudessem ser implementados na prática, aproveitando os projectos de desenvolvimento do SNCHP que aumentará a solicitação de resposta aos DRC no SUB A;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais em “D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho na área da especialidade” (P.10) este é o descritivo que resume a implementação do projecto de formação na vertente específica da Nefrológica que era apontado como uma necessidade do serviço.

Este projecto tinha como aliciente contribuir para o desenvolvimento de competências dos meus pares na vertente Nefrológica e poder contribuir para o processo de formação continua.

De acordo com Johnson, B. (2009) a formação em enfermagem continua a desenvolver-se para enfrentar os desafios impostos pelo ambiente de saúde e as mudanças da sociedade, aspectos que se verificam na realidade deste serviço.

A formação em serviço é apresentada como uma das melhores estratégias de formação contínua na área de enfermagem, uma vez que permite uma adequação da formação necessária aos profissionais. Por outro lado, é uma maneira de resolução de problemas, fazendo com que a formação surja contextualizada dos problemas concretos do serviço, de acordo com D’Espiney (1997). Santos (2008) refere “a formação em contexto de trabalho significa em enfermagem, nada mais, nada menos, do que a formação em serviço ligada à experiência e ao desenvolvimento de competências” (p.61). Estes aspectos validam o objectivo do projecto, o desenvolvimento de competências através da formação em serviço e no seu contexto a prática de cuidados de enfermagem.

A formação contínua é a forma de manter os conhecimentos actualizados e potencializar o desenvolvimento de competências adequadas ao exercício profissional. A formação em serviço à medida das necessidades do serviço e orientadas para as necessidades dos enfermeiros, é uma das formas mais adequadas de formação contínua. De acordo com D’Espiney, (2003) existe um investimento “na formação em serviço, no sentido de que as acções não surjam à margem dos problemas concretos dos serviços” (p.172) e permitem de acordo com a mesma autora melhor adesão da formação e a eficácia na mudança de comportamentos, aspecto último que irei poder validar com o projecto individual SIADAP, uma vez que a mudança de comportamentos não é imediata, sendo necessário um processo de reflexão e experimentação até que se mude comportamentos. Assim, no projecto individual para 2015-2016 pelo SIADAP, a avaliação da prestação de cuidados ao DRC vai ser realizada, através de novo levantamento das necessidades formativas, manutenção do portfólio e auditoria aos processos de DRC entrados na SUB A.

Considerando que se trata da formação de adultos e para poder tornar a formação aliciante para os mesmos, foi necessário defini-la de acordo com as necessidades ou como diz Canário (2000), “valorizando a singularidade de cada situação educativa” (p.24), e como formador “apreender os problemas e construir as respostas educativas adequadas” (Canário, p.25), ou seja construir uma sessão à medida das necessidades dos enfermeiros da SUB. Para isso, foi construído um questionário que pretendeu situar a equipa acerca do nível de conhecimentos

acerca das TSFR no DRC, do conhecimento acerca da Norma da Direcção Geral de Saúde nº017/2011 – Tratamento Conservador médico da Insuficiência Renal Crónica em Estádio 4 e 5, através de uma pergunta aberta solicitar uma experiência de prestação de cuidados ao DRC que levantou dúvidas aos mesmos. Este questionário foi tratado e permitiu orientar os tempos da formação para as áreas de maior lacuna e responder às dúvidas existentes e validar as necessidades identificadas pela enfermeira responsável. A pergunta aberta permitiu também orientar para a construção do estudo de caso que foi alvo de discussão e reflexão na parte final da sessão formativa.

Durante este processo e em paralelo foram planeadas entrevistas semiestruturadas ao Director de Serviço e Enfermeira Responsável do SNCHP, com objectivo de validar a opinião dos mesmos acerca da articulação com o SUB e que aspectos consideravam necessário melhorar.

Ambos reforçaram a ideia de que articulação entre serviços podia ser optimizada e que para isso existia uma grande abertura do serviço de Nefrologia. Foi evidenciado como prioritário encontrar uma forma de enquadrar as suspeitas de peritonite e de infecção do local de inserção cateter dos DRC em DP.

Estes aspectos foram reflectidos na equipa de enfermagem durante a sessão e considerando as limitações impostas pela triagem de Manchester, foi sugerido que trabalhasse com os responsáveis pelo serviço de Nefrologia um protocolo de encaminhamento destes caso para o Nefrologista. Este aspecto será enquadrado no projecto SIADAP 2015/ 2016, individual que apresento para o serviço.

A formação em serviço foi planeada em dois dias diferentes de acordo com a prática existente no serviço, realizada na sala de reuniões do serviço. O plano da sessão é apresentado no ANEXO V (Plano de sessão Doente renal crónico no Serviço de Urgência) de forma detalhada e fundamentada. A formação foi bastante participada, cerca de 75% da equipa e de acordo com a avaliação feita, logo após a sessão pelos participantes, de uma forma geral, correspondeu às expectativas dos mesmos. A sessão cumpriu vários objectivos de acordo com o nível de conhecimentos de cada participante, pois permitiu rever, aprofundar e adquirir conhecimentos nas diferentes áreas de TSFR. Na avaliação da sessão todos os aspectos avaliados foram apresentados como positivos, os participantes valorizaram a adequação dos conhecimentos para a prática e a pertinência dos conteúdos. Estes aspectos estão trabalhados

no ANEXO V. Consistiu também num momento de reflexão da prática e de partilha de experiências, para isso foi importante os grupos terem sido de 5 e 7 elementos precisamente (de acordo apenas com a participação no primeiro e no segundo dia respectivamente).

A formação permitiu um momento de reflexão e discussão importante para planear a melhor forma de prestarmos cuidados de qualidade aos DRC que recorrem a SUB. Na formação, foram sistematizados, abordados e validados conhecimentos sobre a prestação de cuidados ao DRC e as TSFR disponíveis, colocando todos os elementos com uma base de conhecimentos comum. Permitiu uma reflexão individual e uma discussão em equipa das práticas da prestação de cuidados ao DRC na SUB. O estudo de caso e sua discussão no final permitiram sistematizar e orientar a prestação de cuidados ao DRC na SUB. O facto de ser grupos pequenos possibilitou uma discussão quase informal sobre os temas em debate, permitindo discussão reflectir em equipa sobre as melhorias a implementar na prática.

Da reflexão durante a formação com a equipa e das reuniões com os responsáveis do serviço de Nefrologia surgiu a necessidade de elaborar um protocolo de encaminhamento para DRC em DP, com suspeita de peritonite e suspeita de infecção do orifício do cateter, de forma a não colidir com a triagem de Manchester, ficando o contacto na triagem do Nefrologista, para orientação precoce do doente. Outra das grandes mais-valias da formação assentou no estudo de caso e na reflexão gerada à volta da utilização dos acessos vasculares de HD, fluidoterapia em hipotensão e algiação em DRC com anúria. Estes aspectos que emergiram da reflexão serão centrais para uma mudança de comportamentos na abordagem ao DRC em situação de emergência e contribuirão para a melhoria de cuidados ao DRC. Esta discussão reforça a importância da formação em serviço orientada para os problemas do mesmo e para as reais necessidades dos elementos da equipa.

Estes aspectos evidenciam-se, por exemplo, na utilização do cateter de HD para administração de terapêutica e fluidoterapia, que era apontado como uma lacuna de formação pelos elementos da equipa. No entanto, era desconhecida a existência de um protocolo do SNCHP, sobre o uso de acessos vasculares, onde constam todas as orientações para utilização dos mesmos. Estes momentos formativos servem também para sistematizar e divulgar informação interna que, por vezes, é criada no âmbito de um serviço, mas interessa a vários.

De forma a potencializar a formação contínua individual de cada enfermeiro, foi realizado paralelamente um portfólio, com os documentos que fundamentaram a realização da formação e ajudaram a suportar alguns dos conhecimentos. Este portfólio foi realizado em formato informático e deixado nos computadores da sala de trabalho, de forma a ficar acessível sempre que haja alguma pausa e de forma a poder ser facilmente copiado e lido onde o colega desejar. A leitura de documentos científicos e a leitura de documentos internos (protocolos, instruções de trabalho) são uma forma de esclarecer dúvidas, ou por outro lado suscitar interesse e mais questões. Este cuidado potencializa a autoformação e a formação contínua dos profissionais, levando a pesquisa e discussão com os pares.

De forma a estimular a leitura e potencializar o portfólio é objectivo dentro do projecto individual SIADAP 2015-2016, a manutenção do mesmo com a introdução de documentos actualizados de interesse e envio de e-mail aos elementos da equipa para informar da actualização do mesmo.

Espera-se que o projecto que termina agora tenha sido o início de trabalho de formação contínua em serviço, numa interacção dinâmica dos enfermeiros da equipa com vista à melhoria da prestação de cuidados ao DRC na SUB A.

De acordo com avaliação da sessão de formação realizada pela equipa de enfermagem do SUB A, considero que a mesma contribuiu para a reflexão da prática de abordagem ao DRC em situação de emergência e permitiu a revisão imediata das práticas (fluidoterapia, terapêutica, algaliação, utilização de acesso de HD, DRC em DP).

Considero que a formação, contribuiu para que o DRC seja visto pelos enfermeiros da SUB A, com a especificidade necessária para que os cuidados de enfermagem prestados sejam de qualidade, partindo ambos de uma base de conhecimentos comum (norma da DGS nº017/2011).

5. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

No desenvolvimento deste relatório, demonstrei ter percorrido várias etapas, vivenciado várias experiências, que me permitiram consolidar conhecimentos e atingir as competências como enfermeiro especialista a que me propus.

Assim, em relação aos seguintes domínios:

Responsabilidade profissional, ética e legal: considero ter realizado um exercício da prática seguro, profissional e ético, tendo em conta as minhas limitações e como princípio basilar a segurança do doente e a qualidade dos cuidados ao doente. Esta preocupação esteve sempre presente ao longo de todos os estágios, mas em especial na unidade de HD uma vez que era área em que tinha maiores inseguranças. Na HD do HB comecei por ler o manual do monitor de HD, por ser uma das responsabilidades éticas e legais do enfermeiro e conhecer o equipamento que manuseia.

Durante a prestação de cuidados tive de tomar decisões e dar opinião na equipa em relação a diversas situações, mas as mais relevantes foram as relacionadas com a não informação, ou seja com a omissão de informações aos doentes, e foi possível fundamentar a minha opinião ético legal, no método DECIDE abordado na unidade curricular de Enfermagem Nefrológica e na Carta de direitos e deveres do doente da DGS. Com esta postura tentei sempre promover uma prática de cuidados orientada para os direitos da pessoa prezando a responsabilidade profissional.

Foram exemplo uma DRC em DP internada no serviço de Nefrologia do HB em que foi identificada a necessidade de retirar o cateter de DP e a informação acerca da decisão foi protelada. Reforcei o direito do doente em ser informado e dado tempo para a aceitar e questionar a decisão. Outra das situações prendia-se com as prescrições terapêuticas e planos de sessão na HD não actualizados e com diferenças nas doses da eritropoetina, nos tamanhos dos filtros ou nas concentrações dos dialisadores, aspectos para os quais fui estando alerta e reporteiei à orientadora e/ou nefrologista.

Melhoria contínua da Qualidade: este domínio foi norteador para todo o estágio, pois desde início esteve presente o objectivo de aquisição e consolidação de conhecimentos nas diferentes áreas da prestação de cuidados ao DRC que me permitisse adquirir um conjunto de competências mais alargado de forma a consolidar, como enfermeiro especialista, com as competências em Nefrologia da EDTNA (2007). Considero ter atingido esse perfil, que me permitiu implementar o projecto no SUB A e desempenhar um papel de dinamizador de projecto de formação contínua ao DRC. Projecto esse que pretendeu melhorar os cuidados prestados ao DRC que recorre o SUB. Como se trata de um projecto de formação contínua, insere-se na procura da melhoria contínua da qualidade dos cuidados ao DRC no serviço projecto que darei continuidade no projecto individual de avaliação de desempenho 2015-2016, inserido no Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho da Administração Pública (SIADAP).

Gestão de cuidados: neste campo experienciei as várias dinâmicas existentes nos serviços por onde passei. No Serviço de Nefrologia ao acompanhar o Responsável de turno foi possível colaborar nas rotinas de organização e gestão para optimização dos cuidados no serviço, desde a distribuição de doentes pelo enfermeiro, programação de MCDT's para os dias seguintes, gestão de stocks do aprovisionamento e da farmácia e gestão de vagas no serviço. Na unidade de HD foram vários turnos que acompanhei e colaborei com o responsável de turno, uma vez que a minha orientadora assumia a função sempre que estava presente por ser enfermeira especialista, na validação e organização dos doentes por salas de HD para optimização dos tempos de sessão e para poder responder às urgências necessárias.

Estas experiências permitiram reflectir o imprescindível papel do enfermeiro especialista no apoio ao Chefe de Serviço na gestão de stocks (farmácia, aprovisionamento, dietética, rouparia) e o papel de apoio na optimização das equipas na prestação de cuidados de enfermagem com a melhor qualidade possível, com os recursos existentes evidenciando a dificuldade em manter o número adequado. Na unidade de HD, por exemplo estavam por turno por vezes escalados seis e noutros sete enfermeiros, nos que estavam sete, o elemento responsável de turno exercia apenas funções de gestão, nos dias em que estavam seis, esse elemento também prestava cuidados e tinha doentes atribuídos. Assim, pela realidade que vivemos hoje nos serviços de saúde, com carências de recursos humanos e materiais, é difícil ter a qualidade desejada, obrigando o enfermeiro que tem funções de gestão, a grande

flexibilidade e habilidade de gestão de recursos, mas também é necessário muita capacidade de resiliência para não desanimar perante as adversidades

Na prestação de cuidados, interagi com as equipas no sentido de otimizar os cuidados a prestar com a melhor qualidade possível aproveitando a oportunidade para fazer uma prática reflexiva, que me levou a várias reflexões que espero ter deixado explícitas ao longo deste relatório. Estas reflexões estiveram essencialmente relacionados com a prestação de cuidados no Serviço de Nefrologia no que se referia à administração terapêutica e à duplicação do registo de enfermagem, por vezes, com alterações terapêuticas não informadas pelos Nefrologistas; stocks dispersos pelo serviço com dificuldade de controlo levando por vezes a roturas de stock aspectos relacionados com a gestão que foram referidos à orientadora.

Por outro lado, na prestação de cuidados foi evidente a grande autonomia dos DRC em TSFR transplante e a sua capacidade de autocuidado, com conhecimentos adequados da terapêutica, hidratação e alimentação, resistindo por vezes a informações não desejadas ou contraditórias, recorrendo de imediato à validação com os elementos da equipa de saúde.

Aprendizagens profissionais: neste campo aproveitei para vivenciar novas experiências no sentido de cimentar as minhas competências como enfermeiro com competências em Nefrologia.

De forma geral, das minhas experiências e vivências em estágio, percebi que o DRC em TSFR, é um doente promotor do seu autocuidado, capaz de decidir e optar por ser mais ou menos interveniente no seu processo de tratamento, submetendo-se a HD, executando a DP ou aceitando o transplante, conscientes dos riscos que correm e dos cuidados que tem de ter. Nos casos dos DRC em DP e transplantados, a consciencialização dos mesmos evidencia um grande trabalho de ensino de educação para a saúde, fundamentalmente feito pelo enfermeiro. Em todos os DRC foi evidente o recurso ao enfermeiro como o cuidador de referência na equipa de saúde para esclarecer dúvidas ou encaminhá-los de forma adequada.

Estas vivências permitiram consolidar aprendizagens profissionais no âmbito do Nefrologia, mas também, reforçar que a competência e o profissionalismo na prestação de cuidados são reconhecidos por quem realmente importa, os doentes e os seus cuidadores.

Na unidade de HD, aproveitei para vivenciar uma experiência de aprendizagem profissional associada a um processo de mudança de um novo equipamento, aspecto que é ressaltado na RSL como potenciador do desenvolvimento de competências nos enfermeiros. Assim, aproveitei para vivenciar como observador informal antes, durante e após, a substituição de alguns monitores de HD na sala de HD e foi possível verificar as resistências existentes, algumas fundamentadas.

Por outro lado, o projecto incidiu neste domínio uma vez que o objectivo principal era promover a aquisição de conhecimentos no DRC que colmatasse as lacunas existentes e assim melhorar a prestação de cuidados ao DRC que recorre a SUB A. Este projecto permitiu explorar as minhas competências, neste domínio, como preconizado no RCCEE, “D.2 Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (p.10, OE, 2010), bases consolidadas durante o estágio no HB, como já referi. Para implementação do projecto incidi em “D3.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho na área da especialidade” (p.10, OE, 2010), assim o processo foi conduzido por mim e validado pela orientadora que é responsável do serviço e que identificou a lacuna de conhecimentos que existia. Este processo permitiu cimentar competências nesta área, no entanto o projecto individual que irei manter nos dois próximos anos também permitirá avaliar o impacto da formação e validar outras necessidades formativas na área e cimentar o meu papel na equipa como referência nesta área de cuidados.

O percurso efectuado na aquisição de conhecimentos no HB, permitiu consolidar as minhas competências como enfermeiro especialista com o perfil de enfermeiro de Nefrologia de acordo com EDTNA (2007), contribuindo para me tornar elemento de referência na equipa do SUB, onde exerço funções na área da Nefrologia. Este aspecto teve maior visibilidade com a realização da formação em serviço e com o portfólio deixado no serviço, partes do projecto que implementei ao qual irei dar continuidade. Transpondo a formação continua nesta área no SUB para o meu projecto individual, orientado para as competências do enfermeiro especialista, onde tem um papel de potenciador de desenvolvimento de competência na sua equipa de acordo com RCCEE, ou seja, “toma iniciativa na formulação e implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica especializada” (p.10, OE, 2010).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com Carapinheiro, G. (1993) na década de 90, a especialidade funcionava como instrumento de acesso aos graus superiores da hierarquia de enfermagem e não como forma de uma prática de enfermagem especializada. Hoje em dia, a progressão na carreira está estagnada. No entanto, a procura da realização da especialidade continua a ser uma realidade, pois é uma mais-valia pelas competências específicas que dá ao enfermeiro para prática no contexto em que exerce.

A frequência desta especialidade foi sem dúvida uma mais-valia para a consolidação da minha identidade profissional e para o desenvolvimento de novas competências. A especialidade surgiu como uma forma de evoluir profissionalmente, de rever o desenvolvimento da Enfermagem enquanto ciência e distinguir-me numa área específica da prestação de cuidados de enfermagem passando a ser referência para os pares nessa área.

O ensino clínico possibilitou-me cumprir os objectivos a que me tinha proposto e implementar o projecto inicialmente delineado. A experiência adquirida em estágio no HB permitiu consolidar as minhas competências enquanto enfermeiro com especialidade Médico-Cirúrgica na vertente Nefrológica, à luz do perfil definido pela ETDNA (2007). Por outro lado, permitiu desenvolver competências do enfermeiro especialista ao acompanhar os orientadores nas rotinas diárias de enfermeiro responsável de turno ou chefe de equipa.

No entanto, senti algumas dificuldades em cumprir os períodos de estágio, em especial no estágio HB devido à distância e ao horário de 40 horas sem qualquer tipo de dispensa. Isso fez com que não tivesse disponibilidade para realizar mais manhãs, turnos mais ricos em experiências de cuidados. Este estágio exigiu grande esforço profissional, pessoal e familiar.

A frequência da especialidade permitiu-me observar que o enfermeiro tem grande autonomia na área da Nefrologia, no que se refere à educação para a saúde do DRC e na clarificação das TSFR, permitindo grande visibilidade e ênfase no papel de educador dentro da equipa multidisciplinar. Nesta área, em que muitas vezes surgem dúvidas, é ao enfermeiro que os

doentes recorrem. No caso da DP e consulta de transplante o enfermeiro esclarece e encaminha as situações com a maior articulação possível com os serviços e as famílias, facilitando inclusivamente o seu contacto telefónico pessoal.

A educação para a saúde é uma estratégia consciente na promoção do autocuidado e na capacitação do DRC, em estádios terminais, para autonomia da escolha pela TSFR que mais se adequa à sua vida. Os doentes com informação tendem a aceitar melhor a doença, uma vez que se tornam mais autónomos e agentes pró-activos. Sem dúvida que os DRC que passam pela consulta de opções, orientada pela circular normativa, estão mais esclarecidos, e alerta para os sinais e sintomas da doença e melhor capacitados para o autocuidado.

Esta estratégia que já tem frutos claros dos DRC em TSFR por DP e transplante, deveria ser uma aposta nos DRC em HD pois representam a maior percentagem de doentes e também manifestam carências de conhecimentos que por vezes o contexto da sessão de HD não é capaz de suprir, apesar destes doentes terem maior contacto com a equipa de saúde. Torna-se assim necessário reforçar a educação para a saúde aos DRC em TSFR HD, por exemplo através de consultas de enfermagem.

O modelo do autocuidado, promove doentes e/ou cuidadores mais conscientes e informados acerca da evolução da doença, sinais e sintomas. Estes recorrem de forma mais adequada às urgências e em geral, comunicam mais claramente as suas queixas. Este aspecto é importante num serviço de urgência em que o tempo é curto e é preciso otimizar a comunicação para colher o máximo de informação importante do doente e das suas queixas para o poder triar de forma adequada.

Este impacto é visível no DRC em TSFR por DP ou transplante, pois quando recorrem ao Serviço de Urgência estão mais esclarecidos e direccionam as queixas e colocam questões de forma clara, o que permite ao enfermeiro um encaminhamento adequado. Na SUB A e após a formação, o Nefrologista de urgência passou a ser contactado pelo enfermeiro da triagem sempre que se justifique nas queixas dos DRC a realizar TSFR.

O enfermeiro tem efeito catalítico em todo o processo educativo, de opção pela TSFR mais adequada a cada DRC, no ensino da técnica da DP e no despiste de sintomas e prevenção de complicações da DRC. Este último aspecto deve ser trabalhado por todos os enfermeiros em especial nos cuidados de Saúde Primários, rastreando e acompanhando os doentes com maior

risco de desenvolver doença renal crónica. Assim, deve-se valorizar o trabalho educacional do enfermeiro ao DRC, pois permite a diminuição de intercorrências e a melhoria da qualidade de vida do mesmo. Esta educação deve ser feita por enfermeiros com competências nesta área, pela sua experiência prática (perito), ou por enfermeiros com a especialidade médico-cirúrgica na vertente Nefrológica.

O Serviço de Urgência pelas suas características constitui um contexto de trabalho potenciador de desenvolvimento de competências profissionais, num processo contínuo de formação e interacção entre doentes e cuidadores e equipa multidisciplinar, pela diversidade e heterogeneidade de solicitações de cuidados que surgem no dia-a-dia. O DRC devido à sua especificidade exige um investimento por parte dos enfermeiros, para melhor compreenderem e poderem responder às exigências da prestação de cuidados de enfermagem aos mesmos.

As competências do enfermeiro, quando avaliadas à luz de Benner (2001), colocam o enfermeiro em diferentes níveis em função dos contextos de trabalho e das áreas específicas abordadas. Assim, enfermeiros peritos num serviço de urgência podem apresentar lacunas de conhecimentos do DRC e das TSFR, ficando, nesta área específica, no nível iniciado.

Considerando que grande parte do processo de desenvolvimento de competências profissionais do enfermeiro faz-se na interacção com o doente e/ou cuidador e no seio da equipa multidisciplinar, concordo com Pinto, M. (2012) quando diz “o desenvolvimento das competências comunicacionais contribui no sentido de melhor agir, elevando a qualidade da acção” (p.59). Assim, o processo de desenvolvimento de competências profissionais dá-se todos os dias e é orientado pelo contexto de trabalho e pelo investimento individual na sua formação contínua, esta procura deve-se em parte as lacunas deixadas pela formação base de enfermagem, uma vez que é geral. Este processo faz parte da construção da identidade profissional, que se constrói e reconstrói a partir da individualidade de cada um e das influências dos factores do contexto e da organização.

A formação profissional contínua tem sido o motor de inúmeras mudanças nas instituições para melhoria dos serviços. Dentro da formação contínua, a formação em serviço tem esse potencial. Ao ser orientada para problemas reais, permite potenciar conhecimentos que irão desenvolver competências, resolver problemas e criar mudanças de comportamento e de

rotinas. A formação em serviço tem boa adesão e permite através da discussão orientada, reflectir a prática.

Considerando as vantagens existentes na formação em serviço, foi essa a estratégia que escolhi para potenciar mudanças na equipa de enfermagem e atingir os meus objectivos. A formação permitiu reflectir a prática e adoptar algumas medidas, em especial no que se refere às questões feitas ao DRC em TSFR e ao prévio contacto com o Nefrologista de Urgência, para um rápido encaminhamento. Reflectiu-se a actuação em situação de emergência com o DRC, de forma a evitar os erros cometidos pela aplicação das medidas gerais de actuação em emergência, sem pensar na especificidade do DRC. Da formação em serviço emergiu ainda que a triagem de Manchester não permite especificar as particularidades dos DRC em DP com suspeita de peritonite, e problemas com o orifício do cateter. Para solucionar esta questão será criado um protocolo de actuação com a Nefrologia, para particularizar esta questão na triagem e encaminhar os doentes de forma precoce ao Nefrologista. Portanto, o objectivo geral começa já a ser atingido: melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao DRC em TSFR no SUB A.

No campo da formação concordo com Bártolo (2008) quando refere que a formação terá de encarar o “contexto de trabalho e a prática clínica como *uma nova formação*”(p.15), pois só reflectindo a prática no serviço, no contexto de trabalho, através de formação direccionada aos problemas, numa metodologia de resolução de problemas, direccionar reflexões e discussões no serviço entre a equipa, se podem encontrar as melhores forma de *fazer* com os recursos existentes. Este tipo de formação parece o mais adequado, pois identifica os problemas do contexto, reflecte e discute soluções no mesmo e para o mesmo. Os custos desta formação são menores e os resultados são mais controláveis.

Com a crise económica e os cortes na saúde, é cada vez mais difícil potencializar o desenvolvimento de competências profissionais do enfermeiro, pois é dado cada vez menos tempo para formação e o grande investimento organizacional que está a ser feito na formação é direccionado para os processos de idoneidade que uniformizam e generalizam. Não se visualiza uma preocupação com a resolução dos problemas específicos dos serviços. Assim, os enfermeiros acabam por não investir nas necessidades identificadas na formação contínua, pela desmotivação gerada pelas alterações governamentais e institucionais e a falta de tempo, que hoje em dia persiste com o aumento da carga de trabalho para as 40 horas semanais.

No que se refere ao Serviço de Urgência, a formação privilegiada diz respeito a doentes em paragem e peri-paragem do foro médico ou trauma. Em alternativa, incidimos sobre o DRC que recorrem ao serviço com frequência e abordamos as suas especificidades. Esta forma de formação responde às necessidades e deve ser uma opção. Esta especificidade surge por vezes em documentos da qualidade, como protocolos, procedimentos ou instruções de trabalho específicas que são orientadores para a prática de enfermagem.

Os processos de qualidade são por vezes questionados, devido ao seu volume de produção documental avulsa, mas apesar de muitas vezes os documentos serem de uso para um serviço específico, o seu conteúdo é importante e com aplicação prática a vários serviços. Por exemplo, no CHP existe uma instrução de trabalho para acessos vasculares de HD, disponível na Nefrologia, que permite esclarecer às dúvidas dos enfermeiros da SUB A existentes para o seu uso em caso de emergência. Este documento ficou disponível na SUB A, no portfólio criado acerca do DRC para fácil consulta.

A produção documental é importante, pois quando se chega a um serviço, a integração pode ser facilitada pelos documentos existentes ao acompanhar diferentes elementos da equipa, para existir uma uniformização das técnicas e dos cuidados ao doente.

A experiência de ter estado no HB, onde existe uma escassez documental orientadora da prática, veio alertar para a importância de manuais de boas práticas e de documentos informativos e explicativos das práticas nos serviços, pois permitem em qualquer momento uma base de discussão comum, da prática e dos *habitus* (Serrano, 2008). Neste sentido, os alunos que estiveram em estágio no serviço de Nefrologia do HB, criaram um Manual de Nefrologia, que pretende ser um instrumento de transmissão dos conhecimentos básicos para prestar cuidados ao DRC e aos enfermeiros em integração.

As vivências no HB e a experiência no CHP levaram-me a concordar com as conclusões do estudo de Johnson, B. (2009), que indicam que a cultura organizacional tem um impacto significativo no desenvolvimento de competências dos profissionais, pois o investimento de ambas as Instituições na área da Nefrologia obriga os enfermeiros a desenvolverem competências na área da Nefrologia.

Reforço que o desenvolvimento de competências dos enfermeiros é influenciado pela organização e sua cultura, pelo serviço e pelos seus responsáveis, pelas experiências de

interacção que o enfermeiro estabelece com equipa multidisciplinar e o doente/ cuidador. Considero de todo pertinente continuar a estudar a área do desenvolvimento de competências e perceber até que ponto outras variantes influenciam este desenvolvimento, como por exemplo a motivação pessoal e profissional.

Penso que este trabalho será um contributo para a enfermagem, como um exemplo de abordagem para a resolução de necessidades formativas nos serviços, orientada para o desenvolvimento de competências dos enfermeiros.

De um modo geral, a elaboração deste relatório constitui uma importante etapa do trabalho para a minha reflexão e evolução pessoal e profissional, sendo uma etapa de aprendizagem positiva.

Em suma, ao terminar esta etapa considero estar preparado para iniciar o meu percurso como Mestre em Enfermagem com Especialização Médico-cirúrgica, na vertente nefrológica, tendo em conta as responsabilidades inerentes e sabendo que não é um processo acabado, mas sim o início de uma nova etapa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. (Org.). (2000). *Escola Reflexiva e Supervisão. Uma Escola em Desenvolvimento e Aprendizagem*. Porto: Porto Editora.
- Alto Comissariado da Saúde (2010). *Plano Nacional de saúde 2011-2016 – A qualidade dos cuidados e dos serviços*. Lisboa. Dezembro de 2010. Consultado em 11 de Dezembro de 2013. Acessível em: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/CSH2.pdf>
- ANADIAL. (Março de 2012). *Panorama da IRCT em Portugal*. Lisboa: Ernst & Young.
- Araújo, E. S., Pereira, L. L. & Anjos, M. F. (2009). Autonomia do paciente com doença renal crónica em tratamento hemodialítico: a aceitação como factor decisório. *Acta Paulista de Enfermagem*, pp. 509-514.
- Baptista, G., Carvalho, G. (2011). Aceitação Positiva da Doença Crónica pelo Indivíduo Hemodialisado. *INFAD Revista de Psicologia*, Março, pp. 45-56.
- Bastos, A., Godin, S. & Loiola, (2004) Aprendizagem organizacional versus organizações que aprendem: características e desafios que cercam essas duas abordagens de pesquisa. *Revista de Administração*. São Paulo. V. 39. Jul/ago/set 2004. N.º.3, 220-230
- Bártolo, E. (2008) – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos: um lugar onde os profissionais aprendem. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*. Lisboa. ISSN 1646-4990. N.º5. Jan/ Fev. pp.7-18
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*; ed. Comemorativa; Coimbra, Quarteto Editora.
- Bronfenbrenner, U., Morris, P. (1998). The Ecology of developmental Process. In: W. Damon & R.M. Lerner. (Eds), *Handbook of Child Psychology*, 1, Theoretical Models of Human Development, pp. 993-1028. New York: Wiley
- Canário, R. (1997). “Formação e mudança no campo da saúde”. In: Canário, R. (Org.) *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora.
- Canário, R. (2000). *Gestão da escola: Como elaborar o plano de formação?*; Instituto de inovação educativo.
- Canário, R. (2000). *Educação de Adultos. Um campo e uma problemática*. Lisboa: Educa

- Carapinheiro, G. (1998). *Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares*. (3ª ed.) Porto: Edições Afrontamento.
- Carvalho, C., Costa, E. & Pereira, s. (2012).[documento a aguardar publicação] *Manual prático de diálise peritoneal – cuidados de enfermagem*. Serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Cruz, Unidade de Dialise Peritoneal
- Chamney, M. (2007). Competency Framework: EDTNA/ERCA. Consultado a 30 de Novembro de 2012. Acessível em em: <http://www.edtnaerca.org/pdf/education/CompetencyBook.pdf>
- Collière, M. F. (1999). *Promover a Vida: Da prática das mulheres em virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- CHRONIC DISEASES [web site]. Geneva, World Health Organization, 2008, Consultado a 15 de dezembro de 2012.Acessível em: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/
- D’Espiney, L. (1997). A Escola como Organização que aprende. In: Cánario; R.; Correia, J.; Dubar; C.; Malglaive, G.; Barroso;J.; Bolívar;A.;...; D’Espiney,L.; Formação e Situações de Trabalho. Porto. Porto editora
- D’ Espiney, L. (2003). Formação e situações de trabalho. 2ª ed.,Porto: Porto editora, p.172
- Direcção Geral da Saúde. (2011). Norma nº 017/2011 de 28/09/2011 atualizada a 14/06/2012.Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5: Consultado a 11 de Dezembro de 2012. Acessível em: <http://www.dgs.pt/?cr=21155>
- Duchscher, J.E.B. (2009). Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated Registered Nurses. The Journal of Advanced Nursing, nº. 65(5), pp. 1103-1113.
- ETDNA/ERCA (2000). Nephrology Nurse Profile. Consultado a 11 de Junho de 2013. Acessível em: <http://www.edtnaerca.org/pdf/education/NephrologyNurseProfile.pdf>
- Gabinete de registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia. (2012). de Relatório Anual do Gabinete da sociedade Portuguesa de Nefrologia. Consultado a 5 de Julho de 2013. Acessível em: http://www.spnefro.pt/comissoes_gabinetes/Gabinete_registo_2012/default.asp
- Garcia, L.M.A (2001). *Adaptação do insuficiente renal crónico à hemodiálise, contributo do enfermeiro*. Dissertação de mestrado de ciências de enfermagem não publicada. Apresentada na Universidade do Porto. Instituto de Ciência Biomédica Abel Salazar, Porto.
- Guerra, J. (2009) .([documento de trabalho] Fevereiro de 2009 . Proposta para criação do Núcleo de Estudos Sobre Gestão da Doença Crónica da SPMI. Acedido a 12 de

Dezembro de 2012, Acessível em:http://www.spmi.pt/pdf/Proposta_NEGDC_da_SPMI.pdf

HESBEEN, WALTER. *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspetiva de cuidar*. Loures: Lusociência, 2000.

Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2011 edition. Acessível em: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2011.pdf>

Johnson, B.H. (2009). EMPOWERMENT of Nurse Educators Through Organizational Culture, Nursing Education Perspectives. January / February 2009 .Vol.30 No.1. pp. 8-13.

KÜBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo, Martins Fontes, 1996

Marantides, D. K., Marek, J. F., Morgan, J., & Bartucci, M. R. (2003). Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica. In W. J. Phipps, J. K. Sands, & J. F. Marek, *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* (H. S. Azevedo, L. C. Leal, N. Diogo, & A. S. Espada, Trads., 6ª ed., Vol. III, pp. 1669-1680). Loures: Lusociência.

Meireles, V.C.; Goes, H.L.F.& Dias, T.A. Vivências do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico: subsídios para o profissional enfermeiro (2004) *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*. 2004 v. 3, n. 2, p. 169-178, mai/ago. 2004

Nascimento, C.D., Marques, I.R. (2005) Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2005 nov-dez; 58 (6). 719-722.

Queiroz, M., Dantas, M., Ramos, I., Jorge, M. (2008). Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2008 Jan-Mar; 17(1): 55-63.

Novais, E., Conceição, A. P., Domingos, J., Duque, V. (2009). O saber da pessoas com doença crónica no auto cuidado. *Rev HCPA*, pp. 36-44. Consultado a 11 de Dezembro de 2012.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAUDE (2013) . Relatório Primavera 2013 – duas faces da saúde. Lisboa.

Orem, D. (1980). *Nursing: Concepts of practice*. 2ª edição. Chevy Chase Maryland; McGraw-Hill Book Company. ISBN: 0-07-047718.3

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. 6ª edição. St Louis ; Mosby

- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual enunciados descritivos*.
<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2003). Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Conselho de enfermagem. Lisboa. Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Recomendações para elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados. Comissão de formação. Julho 2007. Consultado em 22 de Novembro de 2013. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPPraticas.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Modelo de desenvolvimento profissional – Fundamentos, processos e instrumentos para operacionalização do sistema de certificação de competências. Conselho de Enfermagem. Janeiro 2010. Lisboa. Consultado em 15 de Janeiro de 2014. Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos1.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Lisboa. Consultado em 15 de Maio de 2013. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Servir a comunidade e garantir a qualidade: Os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica. Maio 2010. Lisboa. Consultado 15 de Maio de 2013. Acessível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Relatório de atividades do programa PQCE. Julho 2012. Consultado a 15 de Janeiro de 2014. Acessível em
http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Documents/PPQCE_Relatorio_FevJul_2012.pdf
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (2012). Chronic Diseases. Consultado em 3 de Dezembro de 2012. Disponível em: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/
- Paquay, L., Perrenoud, P., Altet, M. & Charlier, E. (Org). (2001). *Formando Professores, Profissionais, Quais as estratégias? Quais as competências?.* São Paulo: Artmed.

- Petronilho, F. (2012). *AUTOCUIDADO – Conceito central de Enfermagem – Da conceptualização aos dados empíricos através de uma Revisão da Literatura dos últimos 20 anos (1990-2011)*. Coimbra: Formasau - Formação e saúde, Lda.
- Pinto, M. (2012). Relatório de estágio. Apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica
- Pontes, B.; Mendoça, C.; Ornelas, C. & Nunes, M. (2008). Competências dos enfermeiros que exercem funções nos serviços de urgência periféricos da RAM. Funchal. Dissertação de mestrado apresentada na Universidade Atlântica.
- Ruas, R.; Antonello, C. S. & Boff, L. H. (2005). *Aprendizagem Organizacional e Competências*. Porto Alegre: Bookman.
- REGULAMENTO nº.122/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República. II série nº.35 de 18 de Fevereiro. pp.8648-8653
- Santos, E. (2008). Formação em serviço e desenvolvimento profissional: desafios e constrangimentos no processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros. Faro. Dissertação não publicada para a obtenção do grau de mestre em Ciências da Educação Área de Especialização de Educação e Formação de Adultos. Universidade do Algarve, Faro.
- Serra, M. (2008). Aprender a ser enfermeiro, Identidade profissional em estudantes de enfermagem. *Sísifo / revista de ciências da educação*. Nº5 Jan./ abr. ISSN 1646-4990
- Serrano, M. (2008). *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*. Dissertação para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Didáctica não publicada. Apresentada na Universidade de Aveiro. Aveiro.
- Serrano, M.; Costa, A. & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*. III série nº.3. pp.15-23. Consultado em 6 de Maio de 2013. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n3/v3n3a02.pdf>
- Silva, H. G.; Silva, M. J.(2003). Motivações do paciente renal para a escolha a diálise peritoneal ambulatorial contínua. *Revista Eletronica de Enfermagem*, v. 5 n.º 1 p.10-14, 2003. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/Revista>.
- Sousa, C. (2012). Cuidar da pessoa com fístula arteriovenosa: modelo para a melhoria contínua. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Escola Nacional de Saúde Pública. 2012; nº.30(1). Pp.11–17. Consultado a 31 de Maio de 2013. Acessível em <http://elearning.esel.pt/>

Thomas, N. (2005). Enfermagem em Nefrologia (Cunha, M.J. Trad.) (2ª ed.). Camarate: Lusociência. (Tradução do original do Inglês Renal Nursing). ISBN 972-8383-85-1

UNIDADE CURRICULAR DE ADAPTAÇÃO À DOENÇA RENAL CRÓNICA
(apontamentos). Prof.ª Rita Reis ESEL, 2013

ANEXOS

Anexo I – Pedido para implementação do projecto a comissão de ética do CHP

*À Sr. Enfe. Responsável
do serviço para por em
estabelecimento a intenção
de present. fecha
Luis 14/11/2013*

Nelson Paulino Silva (Enfº)
Enfermeiro Director

*Autuiza - a - fidei
e - n - f - e -
Luis 18/11/2013*

Exmº. Srº Enfermeiro Director

Nelson Paulino Silva (Enfº)
Enfermeiro Director

Assunto: Pedido de Estágio

Eu, Luís Manuel Graça de Sousa, enfermeiro com nº. Mecanográfico 71238, a frequentar o 2º ano do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica – área específica de intervenção – Enfermagem Nefrológica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho pedir para realizar estágio de Janeiro a Fevereiro de 2014 no Serviço de Urgência Básica de Unidade de Torres Novas, com o objectivo de implementar um projecto com o nome “Plano de formação contínua dobre doente renal crónico no Serviço de Urgência”.

Agradeço, desde já a atenção despendida.

Com os melhores cumprimentos

Luis

Luís Manuel Graça de Sousa

Torres Novas, 4 de Novembro de 2013

15/11/2013

	
CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO, E.P.E.	
EXPEDIENTE GERAL	
ASS: <i>Luis</i>	ENTRADA
Nº: 14964	DATA: 12/11/13
DESTINO:	
COPIA:	
ASS:	DATA:

• Sem inconveniente para o serviço.
• Área de interesse para o serviço, uma vez que o doente renal crónico é encaminhado para os serviços do CHMT para o SJB e posteriormente para o internamento.

Síntese 10/11/2013

Anexo II – Caracterização Sumária dos campos de estágio

Introdução

Pretendo com este documento fazer uma breve caracterização dos serviços pelos quais passei em estágio no HB. De forma a ser perceptível a realidade na qual experienciei e vivenciei situações na área da prestação de cuidados ao DRC e ao DRC nas diferentes TSFR.

1. Caracterização do serviço de Nefrologia Internamento

O serviço de Nefrologia do HB situa-se no piso 2 divide-se em três alas, duas com um internamento de 24 camas, das quais seis estão afectas a outras especialidades. Apresenta duas salas de Unidades de Cuidados Intermédios (UCINT), uma com cinco camas e um quarto de isolamento e a segunda sala com três camas, estas salas permitem realização de HD. O serviço tem uma sala de urgência, onde recorrem os DRC que a Nefrologia do HB seguem em consulta. Recebe também doentes referenciados pelas outras unidades do Centro Hospitalar Central de Lisboa (CHC) e outras. Tem também uma sala equipada para realização de ecografia, biopsia renal e colocação de cateteres.

Os enfermeiros do serviço de Nefrologia asseguram também o funcionamento destas salas

2. Caracterização da unidade de Diálise Peritoneal do HB

A unidade de DP, está inserida no Serviço de Nefrologia, apesar de fisicamente se encontrar no piso 0, na área da Consulta Externa. É constituída por um gabinete de Enfermagem e um gabinete médico, uma sala para trocas em ambulatório e uma zona de arquivos. Funciona de segunda a sexta, das 9 às 17 horas (excepto feriados).

Em termos de recursos humanos, a unidade dispõe de 3 médicos, 2 enfermeiros, têm apoio da assistente social e dietista que pertence ao Serviço de Nefrologia. O apoio administrativo é feito pelos profissionais da consulta externa.

Os doentes chegam a DP através da consulta de opções, que é realizada pelos profissionais da equipa com apoio da Assistente Social e da Dietista, referenciados

pelos Nefrologista do CHC ou através de outros hospitais da região de Lisboa, em especial para que lhes seja apresentada a técnica de DP.

Os doentes que optam por DP ficam e são acompanhados nesta unidade. Para além destes, chegam também DRC referenciados por outros Nefrologistas, por falência de acessos. No final de Novembro de 2014, a unidade de DP do HB tinha 80 doentes em DP.

A unidade de DP, os seus médicos e enfermeiros acompanham os doentes de DP internados no HB e reflectem as decisões a tomar com os clínicos da especialidade que os acompanham.

3. Caracterização do serviço da Unidade de Hemodiálise

A unidade HD encontra-se numa ala do piso 2, inserindo-se no Serviço de Nefrologia, mas tem uma equipa de enfermagem própria. O serviço é composto por três salas e um quarto de isolamento, duas salas com cinco postos para DRC negativos, uma sala com cinco postos para doentes com HIV ou Hepatite B e um quarto de isolamento.

A unidade funciona das 8:00 às 24:00 de segunda a sábado em presença física de enfermagem, e os restantes períodos de prevenção para realização de sessões de hemodiálise de urgência no CHC. O serviço faz também plasmaferese e LDL Áferese, com menor regularidade, mas não tive oportunidade de observar.

Em termos de recursos humanos, o serviço dispõe por turno, de seis ou sete enfermeiros, ficando um com funções de enfermeiro responsável, três médicos Nefrologistas são responsáveis pela unidade, ficando um escalado de urgência à sala. À noite, os enfermeiros ficam de prevenção e são solicitados de acordo com as necessidades do médico Nefrologista de Urgência Interna no HB e no Hospital de São Francisco onde também dão apoio.

Nesta unidade realizam-se entre 45 a 60 sessões de HD por dia, excepto ao domingo. Dá apoio no restante hospital, excepto na unidade de cuidados intensivos cardíacos. Possui monitores portáteis e aparelho portátil de tratamento de água - *reverse osmosis*, que podem ser deslocados a qualquer UCINT. O serviço dá ainda apoio às outras unidades

do CHC, em especial o Hospital de São Francisco Xavier onde os enfermeiros se deslocam com grande frequência.

4. Caracterização do circuito do DRC em TSFR – transplante

No HB, foram vários os serviços onde foi possível contactar com o doente transplantado, assim passo a descrever o circuito que o DRC transplantado faz no HB.

O DRC chega à consulta de opções encaminhado pelos seus Nefrologistas antes de iniciar TSFR ou após iniciar tratamento dialítico.

Se o DRC demonstrar interesse e reunir condições clínicas físicas e psicológicas é encaminhado para Consulta de Transplante, os DRC que reúnem estas condições têm direito a inscrever-se em dois centros de transplantação, portanto também podem ser referenciados de qualquer outra parte do país, alguns da área de referência do CHP.

Na consulta de transplante são seguidos periodicamente fazendo análises para manter actualização dos testes de histocompatibilidade no banco nacional para transplante, para poder receber transplante de dador cadáver. Mas na consulta de transplante também são seguidos e testados todos os DRC para transplante com dador vivo, parental ou não. Estas situações são acompanhadas pela equipa multidisciplinar (Nefrologista, Psicólogo, Enfermeiro, Cirurgião), de forma a tomar uma decisão cuidada e fundamentada. Depois de documentada o processo é enviado para a Comissão de Ética que decide a viabilidade da doação.

Foi uma situação de dador vivo esposa para marido que teve oportunidade de acompanhar desde a admissão no serviço de Cirurgia, preparação operatória, cirurgia no Bloco Operatório, acompanhamento do recobro na UCINT e internamento até a alta, esta já apenas por contacto com a equipa do serviço de Cirurgia e da consulta de transplante.

O DRC, sempre que existe órgão disponível, é chamado de urgência e internado na Cirurgia, descendo o mais rapidamente possível ao Bloco Operatório (BO). Na situação de dador vivo, o DRC e o seu dador são internados no dia anterior à cirurgia. Realizam meios complementares de diagnóstico (MCDT's) de rotina, no dia seguinte vão ao BO,

aquando a alta do recobro geralmente admitido na UCINT pequena na Cirurgia. Neste serviço o doente é seguido e monitorizado pela equipa multidisciplinar que o acompanha na consulta de transplante, havendo uma relação de empatia com DRC e o seu doador.

O enfermeiro do Serviço de Cirurgia entrega um manual com informação e vai seguindo um esquema de ensino adequando a cada doente, esse processo é iniciado no momento da admissão no serviço, e será contínuo durante o internamento até à alta. O doente é admitido na consulta de transplante, no dia seguinte à alta, onde são feitas a validação e reforço do ensino. É dado ao doente contacto para validação de dúvidas, é educado a dirigir-se a esta consulta sempre que possível, em vez, de se dirigir a um serviço de urgência. O doente é informando sobre os riscos que ida a serviço de urgência acarreta.

A partir daí, este doente é seguido periodicamente na consulta, inicialmente de forma mais apertada até se garantir a competência do autocuidado do doente transplantado e as consultas de rotina passam a uma periodicidade mais alargada até se tornarem semestrais.

Os doentes transplantados têm uma equipa multidisciplinar própria, no caso dos Nefrologistas, são os mesmos que os seguem no internamento de Nefrologia aquando a existência de intercorrências e que os observam em qualquer outro serviço de HB.

Anexo III – Impressos de avaliação de estágio

AValiação DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: Paula Paula e spas de Souza Instituição: # Sha Unit - CHTO Serviço: Neurologia
Efectuado de 30/03/2014 a 15/01/2014 Docente: Patricia Coimbra
Orientador: Patricia Coimbra

Parâmetro a avaliar	Muito Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Bom/Muito Bom	Excelente	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros e defeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correcções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de pormenor; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissionais que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassem em regra as exigências da funções;	
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada. Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas;	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; As vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada;	Interesse embora descontínuo em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados;	Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interesse metódico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir;	Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade.	Revela muita ponderação nos actos que pratica Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário;	
Relações humanas	Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família;	Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo se expressamente solicitado; Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Boas relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas; C bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	

O Docente: _____ Orientador: Patricia Coimbra Data: 14 / 03 / 2014

AValiação DO Estágio COM RelatÓrio

avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

Rememorei boa capacidade de execução técnica, sem dificuldades de execução ou dificuldade em compreender. Realizou intervenções em melhorar os seus conhecimentos, necessitando ocasionalmente de orientação no sentido de fundamentar a sua avaliação crítica na melhor evidência científica e na prática baseada na evidência. Realizou ponderações nos seus intervenções, assumindo a responsabilidade pelas mesmas. Apesar de ter orientado o seu percurso no sentido da consecução do seu projecto de estágio poderia ter investido mais na análise crítica do serviço no que respeita às intervenções do enfermeiro. Especialista, nomeadamente, formação, supervisão e gestão do recurso. Integrou-se efetivamente na equipa e cooperou na consecução de um bom ambiente e facilitador da prestação de cuidados. Pelo que, considero uma avaliação qualitativa de bom.

avaliação qualitativa: Insuficiente; Suficiente; Bom; Muito bom; Excelente

Data:

Orientador

Fátima Trindade

Assinatura

Data:

Estudante

Rui Manuel Gomes de Sousa

Rui Gomes

AVALIAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: _____ Instituição: HSC Serviço: Unidade de Diálise Peritoneal
Efectuado de / / a / / Docente: _____ Orientador: Enfª Elisabete Costa

Parâmetro a avaliar	0 - 4	5 - 9	10 - 13	14 - 17	18 - 20	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros e defeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correcções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de pormenor; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissionais que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências da funções;	
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas;	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; Às vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada;	Interesse embora descontínuo em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados;	Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interesse metódico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir;	Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade.	Revela muita ponderação nos actos que pratica Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário;	
Relações humanas	Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família;	Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo se expressamente solicitado; Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Boas relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas; C bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	

O Docente: _____

Orientador: _____

Elisabete Costa

Data: 08/12/2013

AValiação DO Estágio COM RelatÓrio

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

O Luís desenvolveu o seu estágio na Unidade de Diálise Peritoneal durante 4 dias, 2 especificamente para a consulta de Nefrologia_Opções e 2 para a consulta de DP.

Teve oportunidade de acompanhar dois dias de ensino a doentes em início da técnica, como era um dos seus objectivos.

Na consulta de Nefrologia - Opções, não lhe foi possível acompanhar a totalidade das vertentes da referida consulta.

Demonstrou uma atitude correcta durante todo o estágio e demonstrou boa relação com a equipa da UDP, e com os doentes.

Classifica-se com a menção de Bom.

Avaliação qualitativa: a) 10 a 13 - Suficiente; b) 14 e 15 - Bom; c) 16 e 17 - Muito bom; d) 18 a 20 - Excelente (Dec-Lei nº 45/2005 de 22 de Fevereiro)

Data:

Assinatura

Orientador

Elisabete Costa

Data:

Estudante

Luís Manuel Gomes de Sousa

[Assinatura]

AVALIAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: João Manuel Ave de Siqueira Instituição: CHHT - E.E.E. Serviço: Engenharia Básica
Efectuado de 11/1/2014 a 28/1/2014 Docente: _____ Orientador: _____

Parâmetro a avaliar	Muito Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Bom/Muito Bom	Excelente	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros e defeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correcções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de pormenores; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimentos e prática profissionais que facilitam a resolução de problemas de maior complexidade;	O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em rigor as exigências da função;	
Desenvolvimento profissional	Destacarse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade do trabalho, incapaz para tomar iniciativas trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inopertunas;	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; As vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada;	Interesse em obter crescimento em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados;	Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Revela quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Em regra revela pontuação nos actos que pratica Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-se se necessário;	
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de se assumir;	Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade;		
Relações humanas	Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família;	Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; Trínha-se com dificuldades no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo se expetivamente solicitado; Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Bons relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas; C bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua actuação;	

O Docente: _____

Orientador: _____

Amélia Maria Lordeiro Mps Data: 28/1/2014

AValiação DO Estágio COM RelatÓrio

avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

O Luís Sousa revelou muito interesse e empenho no estágio realizado.

Após reunião com a enfermeira responsável do serviço e orientadora do estágio e dentro da sua área de formação actual foi discutido que seria uma mais valia para o serviço uma formação na área do doente IRC, porque no CHMT a unidade de Torres Novas é a que tem o serviço de Hemodiálise e o internamento de Nefrologia, recebendo todos os doentes das outras unidades. Estes doentes entram pelo serviço de urgência.

Assim o Luís realizou todos os passos do processo de formação fazendo:

- Levantamento do diagnóstico de necessidades formativas no âmbito do doente IRC com a aplicação de um questionário;
- Delineou a formação, traçando objectivos de acordo com o diagnóstico das necessidades formativas;
- Cumpriu o horário estipulado com uma participação activa de todos os intervenientes;
- Na formação foram apresentados casos clínicos estruturados, mostrando a aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos na prestação dos cuidados de enfermagem;
- Foi feita avaliação da formação;
- Colocou pasta informática no serviço, sendo possível a todos os enfermeiros a sua consulta;
- Elaborou projecto individual no serviço dando continuidade ao estágio realizado.

Tendo por base a avaliação acima descrita, tem uma avaliação qualitativa de Excelente.

avaliação qualitativa: Insuficiente; Suficiente; Bom; Muito bom; Excelente

Data:

Orientador

Assinatura

Data:

Estudante

Áurea Maria Castilho Lopes

Áurea Maria Castilho Lopes

Luís Manuel Espalhe de Sousa

Luís Manuel Espalhe de Sousa

Anexo VI – Revisão Sistemática de Literatura

4º CURSO DE MESTRADO E PÓS LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

Área de Intervenção em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Ano Lectivo 2012/2013

Unidade Curricular: opção II

Plano de formação contínua sobre o doente renal crónico no Serviço de Urgência

Autor:

Luís Sousa n.º 5313

Docentes:

Eulália Novais

Rita Reis

Lisboa

Junho, 2013

LISTA DE ABREVIATURAS

CKD – Chronic Kidney Disease

DRC - Doente Renal Crónico

EBSCO

HD – Hemodiálise

FAV

IRC - Insuficiência Renal Crónica

TSFR - Terapia de Substituição da Função Renal

RESUMO

Problemática: Os doentes renais crónicos recorrem frequentemente em situação de desequilíbrio ou doença aos serviços de urgência. Contexto de trabalho que exige dos enfermeiros uma grande diversidade de competências, devido ao elevado número de solicitações a que necessitam de dar resposta. Os doentes renais crónicos e as suas especificidades obrigam a que o enfermeiro desenvolva competências específicas nesta área.

Objectivo: Descrever e analisar estudos que permitam compreender o processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros (alunos de enfermagem) na prática em contexto de trabalho.

Desenho: Revisão sistemática da literatura pelo método PIC(o)

Método: Foram incluídos 5 estudos a partir da pesquisa em base de dados electrónicos (EBSCO) e 3 por pesquisa “bola de neve”, cujos participantes foram enfermeiros (alunos de enfermagem) em desenvolvimento de competências em contexto de trabalho.

Resultados: O enfermeiro desenvolve competências num projecto individual de autoformação e formação contínua, influenciado pelo contexto de trabalho e pelos seus responsáveis. É influenciado pelas motivações e experiências pessoais num processo de interacção / construção de competências na prestação de cuidados no contexto de trabalho (específico) e pela cultura organizacional.

O processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro inicia-se ainda enquanto aluno e prolongar-se-á na construção da identidade profissional que o acompanhará ao longo do exercício profissional. Reforçando a importância dos supervisores, quando alunos, e dos integradores, quando profissionais, nos contextos de trabalho.

Conclusões: O enfermeiro desenvolve competências num processo individual de autoformação. Paralelamente a um processo de interacção/ construção com o seu ambiente, de acordo com as exigências do contexto de trabalho e da sua organização.

Palavras-chave: enfermeiro; competências, contexto de trabalho, organizações

ABSTRACT

Problematic: The chronic renal failure patients often resort to emergency services in case of imbalance or illness. The work environment demands a range of skills that nurses should possess, due to the high number of requests that need to respond. The chronic renal failure patients and their specificities require that nurses develop specific competences in this area.

Goal: Describe and analyze studies to understand the process of skills development skills of nurses (nursing students) in practice in the workplace.

Design: Systematic review of literature through PIC(o) method.

Method: Were included 5 studies through electronic database research (EBSCO) and 3 through “snowball” research, which participants were nurses (nursing students) developing skills in the workplace.

Results: Nurse develops competences in an individual project of self-formation and continued training, influenced by the work context and their supervisors. It is influenced by personal motivations and experiences in interaction / building skills in providing care in the context of work (specific) process and the organizational culture.

The process of developing competences of nurses still begins as a student and will be continued on the construction of professional identity that will follow over professional practice.

Reinforcing the importance of supervisors, when students and integrators, as professionals, in work contexts.

Conclusions: The nurse develops competences in an individual process of self-education. Alongside a process of interaction / building with its environment, in accordance with the requirements of the workplace and his organization.

Key-words: nurse; nursing educations, competences, work context, organizations

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO.....	7
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	10
2. MÉTODO	16
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	19
4. Análise dos resultados.....	34
5. CONCLUSÃO	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS.....	47
Anexo I – Becoming and Being a Preceptor: A Phenomenological Study	48
Anexo II – Predictors of nurses’ perceptions of barriers to research utilization	49
Anexo III – An exploratory study of first year nursing students’ learning in the clinical workplace	50
Anexo IV – EMPOWERMENT of Nurse Educators Through Organizational Culture	51
Anexo V – Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated Registered Nurses	52
Anexo VI – Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s)	53
Anexo VII – Aprender a ser enfermeiro. Identidade profissional em estudantes de enfermagem	54
Anexo VIII – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos: um lugar onde os profissionais de saúde aprendem	55

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios de Inclusão e Exclusão dos estudos a seleccionar.....	16
Quadro 2 - Descritores utilizados e respectivas combinações.....	17
Quadro 3 - Bases de Dados consultadas e número de artigos identificados	18
Quadro 4 - Estudo Smedley, A. (2008).....	19
Quadro 5 - Estudo de Kajermo, K.; Undén, M.; Gardulf, A.; & Norstrom, G. (2008) .	21
Quadro 6 - Estudo de Grealish, L.; Ranse, K. (2009)	22
Quadro 7 - Estudo de Johnson, B. (2009)	24
Quadro 8 - Estudo de Duchscher, J. (2009)	26
Quadro 9 - Estudo de Serrano, M.; Costa, A.; Costa, N. (2011)	28
Quadro 10 - Estudo de Serra, M. (2008)	30
Quadro 11 - Estudo de Bártolo, E. (2011)	31

INTRODUÇÃO

No âmbito da elaboração do projecto a implementar em estágio, inserido no 4º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, intervenção específica na área Nefrológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi realizada uma revisão sistemática da literatura, com o objectivo de enquadrar a problemática em estudo.

Após uma reflexão conjunta com os professores e algumas reuniões de orientação, tendo em conta a prática profissional, optamos por um tema que consideramos pertinente e com necessidades evidenciadas, no serviço onde o projecto irá ser implementado. O projecto é direccionado para as necessidades de formação contínua pelos enfermeiros no seu local de trabalho, tendo em vista o desenvolvimento de competências na área da prestação de cuidados ao doente renal crónico (DRC). O tema escolhido “Plano de formação contínua sobre o doente renal crónico no Serviço de Urgência”.

Observamos que, nos últimos anos, na prestação de cuidados ao DRC tem existido uma grande evolução nas técnicas, na terapêutica e na informação e responsabilização do doente/ família nesta área, quer pela evolução científica na área da tecnologia (diálises com menos intercorrências, desenvolvimento da diálise peritoneal, etc.), quer na área da educação ao doente (consulta da opção), aumentando a esperança de vida destes doentes mas também as morbilidades. Esta evolução obriga a uma actualização contínua da formação e informação que os enfermeiros que prestam cuidados a estes doentes têm de ter. Assume especial importância num Serviço de Urgência em que os doentes carecem de respostas rápidas e eficientes, sem que se incorra em erros que possam pôr em causa o tratamento de substituição da função renal (TSFR), do qual depende. Por este motivo, consideramos importante debruçarmo-nos sobre a temática da formação contínua no local de trabalho, como forma de manter uma melhoria da prestação de cuidados tendo em vista a segurança dos doentes.

O objectivo da enfermagem, no modelo de Dorothea Orem, é a promoção do autocuidado da pessoa, de forma a esta poder adaptar-se às alterações que a sua vida lhe vai trazendo, quer por envelhecimento, quer por doença, o enfermeiro, contribui para a sua saúde e qualidade de vida, fornecendo informação adequada, de forma a promover o autocuidado na pessoa. Esta ideia surge reforçada por Sousa C. (2012), quando considera o enfermeiro que presta cuidados ao doente renal crónico, como tendo “um papel primordial na promoção do desenvolvimento de comportamentos de autocuidado, através da informação que fornece à pessoa, com o intuito de a incentivar a utilizar o seu potencial de aquisição de conhecimentos, capacidades e comportamentos” (p.14). O mesmo autor, aprofunda a questão, em relação aos acessos vasculares para hemodiálise, e refere que “o desenvolvimento de comportamentos de autocuidado possibilita desenvolver competências, que permitem a aquisição de habilidades para identificar e evitar ou detetar situações suscetíveis de disfunção da FAV, pela pessoa”, Sousa C. (p.14, 2012).

Esta questão, evidencia a informação dada pelo enfermeiro, como potenciadora da melhoria da qualidade devida com o autocuidado no DRC. É conseguido por enfermeiros bem informados que prestam cuidados, suportados numa formação contínua, que passa por uma pesquisa bibliográfica, assente em evidências científicas, normas organizacionais, validação de dúvidas com os chefes ou colegas com mais experiência. Este processo faz parte do desenvolvimento profissional com vista à melhoria contínua da prestação de cuidados e deve ser direccionado para o contexto de trabalho e para a cultura organizacional, de forma a poder ser mais útil e motivador para o profissional e adequado aos doentes a quem prestam cuidados.

Os objectivos deste trabalho são:

- Promover o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem ao DRC no Serviço de Urgência;
- Identificar quais as estratégias mais adequadas para esse desenvolvimento.

A metodologia utilizada, teve como base uma revisão sistemática de literatura, consultamos a base de dados científica EBSCOhost. Como ponto de partida, formulámos a seguinte pergunta de investigação em formato PICO:

- P - necessidades de formação do enfermeiro,
- I - prestação de cuidados de enfermagem ao DRC,
- Co – Serviço de Urgência.

Deste trabalho consta a presente introdução, o primeiro capítulo é referente ao enquadramento teórico, o segundo fala sobre a metodologia utilizada neste trabalho, no terceiro apresentamos os resultados, análise e discussão dos mesmos e no quarto capítulo apresentamos a conclusão onde estão descritas as implicações para a prática clínica.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012), as doenças crónicas (DC) são doenças de longa duração e, geralmente, de progressão lenta.

Em termos mundiais, as DC afectam hoje mais pessoas do que as doenças infecciosas e são responsáveis pelo maior peso da doença na Europa. Globalmente, a OMS estima que três, em cada quatro mortes, quatro em cada cinco nos países de baixo e médio rendimento, derivam de DC. Em 2005, de um número total de 58 milhões de óbitos, as DC foram responsáveis por 35 milhões (60%), o que representa o dobro do número de mortes causadas por todas as doenças infecciosas (incluindo HIV/ SIDA, tuberculose e malária), condições maternas/perinatais e deficiências nutricionais combinadas. O mesmo relatório da OMS, prevê que as mortes causadas por doenças infecciosas, condições maternas/perinatais e deficiências nutricionais combinadas devem diminuir em 3% nos próximos 10 anos.

No mesmo período, os óbitos devidos a DC deverão aumentar em 17%. Isso significa que da estimativa de 64 milhões de óbitos para 2015, 41 milhões serão em consequência de uma DC, a menos que medidas urgentes sejam tomadas.

Entre os 53 Estados Membros da Região Europeia, as DC são responsáveis por 86% das causas de morte.

Estes números não deixam margem para quaisquer dúvidas, acerca da séria problemática que estas doenças representam para os sistemas de saúde e para todos os profissionais, clínicos e não clínicos, que os integram.

Para além dos preocupantes aspectos epidemiológicos, as DC exercem uma desproporcionada pressão sobre a utilização e funcionamento dos serviços de saúde. Dados do National Health System britânico, revelam que, cerca de 80% das consultas dos Cuidados de Saúde Primários, são por DC. Estes doentes (com as suas complicações e morbilidades), utilizam mais de 60% dos dias de internamento hospitalar e 70% dos doentes admitidos nos Serviços de Urgência, têm uma

exacerbação de doença crónica. Para os doentes com mais do que uma doença crónica os custos são seis vezes mais elevados do que para os que têm apenas uma doença e 10% dos utilizadores intensivos dos serviços, contribuem com 55% dos dias de internamento e 5% dos utilizadores altamente intensivos dos serviços, contribuem com 40% dos dias de internamento hospitalar.

As DC e, em particular, as doenças renais crónicas, têm uma dimensão humana abrangente. Caracterizam-se pela lesão do rim e perda progressiva e irreversível da função renal. (Marantides, et al, 2003).

Encontram-se directamente relacionadas com factores etiológicos, como a diabetes mellitus (31,7%) e a hipertensão arterial (15,1%), embora se identifiquem outras causas com menor representatividade.

A insuficiência renal crónica (IRC) mantém-se um problema de saúde significativo em Portugal. No relatório anual, de 2011, há 17.553 DRC em TSFR, dos quais 10.409 realizam hemodiálise (HD). De 2007 a 2011, há registo de um aumento de 15,18% de doentes em programa regular de HD. (Sociedade Portuguesa de Nefrologia, 2012)

Os doentes IRC são levados a conviver diariamente com uma doença incurável e com a HD. A evolução da doença e das suas complicações, têm implicações e limitações que se repercutem na qualidade de vida do doente e da sua família. (Baptista, G.; Carvalho, G. 2011)

Perante a doença crónica, é possível que o doente tenha dificuldades na sua aceitação. Por vezes, o impacto vai além da adaptação à doença e estende-se aos contextos sociais, familiares e económicos, (Araújo, E.; Pereira, L.; Anjos, M., 2009), e até na forma como recorre e se relaciona com os serviços de saúde.

Os enfermeiros, elementos fulcrais na prestação de cuidados de saúde a estes doentes, acabam por se deparar com estas realidades e sentir dificuldades na prestação de cuidados que lhes prestam, quer seja na perspectiva fisiológica, pelas alterações devido às necessidades de acessos ou especificidades de cuidados, quer

na perspectiva educacional e de esclarecimento de situações, uma vez que o próprio enfermeiro não está convenientemente informado.

Esta dificuldade evidencia-se num Serviço de Urgência, onde a multiplicidade de doentes, de estados de saúde diferentes, etnias e culturas diversas e com necessidades de respostas díspares, obriga a que o enfermeiro aprofunde conhecimentos para suprir as suas dificuldades e responder da forma mais adequada às necessidades dos doentes a quem presta cuidados. Estas dificuldades evidenciam-se mais, quando as evoluções técnicas e científicas na área da prestação de cuidados de saúde ao DRC, tem desenvolvido rapidamente nas últimas duas décadas. Pontes (2008), refere que, aos enfermeiros da urgência “são exigidos procedimentos perfeitos, consciência dos riscos, respeito máximo pelas normas de segurança e alto nível de responsabilidade no cumprimento das funções que lhe são atribuídas, as quais devem ser exercidas em clima de cooperação e complementaridade. (p.12)

Estes aspectos, só podem ser atingidos de acordo com Pontes (2008), com “empenho do profissional e auto formação” (p.12). Este autor refere ainda que “as organizações onde está inserido não se podem alienar às suas responsabilidades de formação contínua em serviço, de modo a que a prática e a teoria estejam intimamente interligadas” (p.12).

Esta realidade evidencia a necessidade de uma actualização permanente, por parte do enfermeiro, com vista ao seu desenvolvimento profissional e à melhoria dos cuidados que presta a estes doentes. Este aspecto surge referenciado nas competências do enfermeiro de cuidado gerais, aprovadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2003, p13), como domínio de desenvolvimento profissional e define dentro dele três formas de o fazer: a valorização profissional; melhoria da qualidade; e a formação continua.

Afirma também, o enfermeiro é como elemento da equipa multidisciplinar com competência para informar, de forma adequada, o utente aquando da prestação de cuidados:

- Respeita o direito dos clientes ao acesso à informação.

- Apresenta a informação de forma clara e sucinta.
- Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis ótimos de saúde e de reabilitação.” (OE, 2003, p.18).

Compreende-se que, para que um enfermeiro se mantenha competente e capaz de exercer o seu dever de informação, terá de se actualizar e promover a sua autoformação, formal ou informal, mantendo a sua formação contínua. De acordo com OE, a formação contínua desenvolve-se quando o enfermeiro:

- *Leva a efeito uma revisão regular das suas práticas.*
- *Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências.*
- *Actua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua.*
- *Contribui para a formação e para o desenvolvimento profissional de estudantes e colegas.*
- *Aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.* (OE, 2003, p.23-24).

Como em qualquer profissão, a formação contínua assume-se como a forma contínua em que os profissionais aprendem no exercício das suas funções. Em enfermagem, o processo de formação contínua visa a preparação dos enfermeiros para a sua actividade profissional, prolongando-se esse processo por toda a sua vida. Concordamos com Santos, E. (2008, P.43) quando cita Botelho (1998) quando refere que “o objectivo último da formação profissional contínua em enfermagem é o de garantir o nível máximo de qualidade dos cuidados”.

Especificamente, o campo da saúde, sujeito a rápidas mudanças, confronta-se com a necessidade de investir na formação dos seus profissionais, de forma a garantir a qualidade, a adequação e a eficácia dos cuidados prestados. Na profissão de enfermagem, em particular, a formação adquire um papel inquestionável. Actualmente este profissional vê consagrado, este aspecto no decreto-lei nº 437/91 de 8 de Novembro, que refere:

(...) A natureza da profissão de enfermagem e as características do seu exercício fazem com que se deva privilegiar a formação em serviço como forma de manter actualizados, aprofundar e desenvolver os conhecimentos adquiridos nos cursos básicos e pós-básicos

de enfermagem, prevendo-se nesta carreira mecanismos que favoreçam e permitam concretizar este tipo de formação contínua.(nº.257 – I série A, p.5723).

A formação e, sobretudo, a formação em serviço, se corresponder de facto às necessidades específicas da uma equipa de enfermagem, será um factor determinante para o seu desenvolvimento e para a promoção e realização destes profissionais. Este aspecto é reforçado por D'Espiney (2003), quando refere que os responsáveis pelos serviços “actualmente procuram investir na formação em serviço, no sentido de que as acções não surjam à margem dos problemas concretos dos serviços” (p.172). Ou seja, pretende-se que a formação em serviço responda às necessidades efectivas dos enfermeiros que prestam cuidados nesse serviço, essas necessidades, devem emergir da prática como um problema dentro daquela realidade de cuidados.

A cultura organizacional, que Neves (2001) define como, “algo que é criado por um conjunto de sujeitos que interagem e partilham uma estrutura de referência comum” (p.29). Serrano (2008), refere ainda que, essa cultura “contextualiza as organizações enquanto espaços de formação e aprendizagem, englobando de forma mais detalhada as questões ligadas ao clima e cultura organizacional, como factores promotores do desempenho profissional” (p.6). Esta afirmação reforça a importância da formação em serviço como emergindo do contexto da prestação de cuidados, dos problemas que daí surgem à equipa e como uma forma de resolução de problemas.

Nas últimas duas décadas, a cultura organizacional, surge amplamente estudada e evidenciada, como local onde se dá a primeira fase de aprendizagem e formação, aquando do processo de integração a vida profissional, Serrano (2008) refere:

Em estudos efectuados na área da formação em saúde (Canário, 1997; Amiguiño et al, 1997; Abreu, 1997; Costa (1998, 2002); Gonçalves e Serrano (2005) revelam a existência de formação directamente relacionada com os contextos, com as relações profissionais, com a complexidade dos problemas, com as relações sociais e com a cultura organizacional. A formação emerge como resposta às mutações existentes e às mudanças a gerir. No entanto, constatamos que para existir aprendizagem pela experiência é necessário que exista intencionalidade por parte dos actores nas situações de trabalho ou seja que a interacção com essa situação faça sentido. (Amiguiño et al,1997; Bolívar, 1997(p.42.)

Pretendemos com esta revisão sistemática da literatura encontrar suporte para definir a melhor forma de implementar de um plano de formação, que responda às necessidades dos enfermeiros do Serviço de Urgência Básica, naquela cultura organizacional, o CHMT na Unidade de Torres Novas.

2. MÉTODO

A revisão sistemática da literatura, procura dar resposta à seguinte questão de investigação: “Quais as necessidades de formação do enfermeiro, no serviço de Urgência, para a prestação de cuidados de enfermagem ao doente renal crónico?”

Na formulação da questão de investigação, definição de critérios de inclusão e consequente amostra, utilizámos o método designado de PICO: Participantes (e situação clínica), Fenómeno de Interesse e Contexto (p.13, The Joanna Briggs Institute, 2011).

A partir da questão de investigação encetou-se o processo, cujos aspectos metodológicos e resultados passamos a apresentar. Apenas incluímos artigos apresentados em texto integral (Full Text). Em termos de abordagem metodológica, integrámos na nossa revisão estudos qualitativos e quantitativos. Os critérios de inclusão e exclusão definidos para a selecção dos estudos, encontram-se no quadro 1.

Quadro 1 - Critérios de Inclusão e Exclusão dos estudos a seleccionar

Critérios de Selecção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Participantes	Enfermeiros (alunos de enfermagem) em desenvolvimento de competências em contexto de trabalho	Que não respeite o critério de inclusão
Resultados	Estudos que descrevam a necessidade formação contínua e local de trabalho como potenciadores do desenvolvimento de competências.	Estudos que não descrevam a necessidade formação contínua e local de trabalho como potenciadores do desenvolvimento de competências.
Desenho do Estudo	Estudos qualitativos e quantitativos Filtração Cronológica 2008-2013	Todos os achados da pesquisa que não apresentam os estudos dos critérios de inclusão

De acordo com a temática, foram seleccionados os seguintes descritores: *Nursing Education*, *Competence* e *Workplace*. Estes foram combinados através da expressão booleana “AND” conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 - Descritores utilizados e respectivas combinações

Descritores	Nº de Artigos
<i>Nursing Education AND Competence AND Workplace</i>	26

A pesquisa foi efectuada na segunda semana do mês de Junho de 2013, nas bases de dados electrónicas (Quadro 3): CINHALL Plus with full text; MEDLINE with full texto. Foi utilizada a língua inglesa, como idioma preferencial, sem restrições em relação ao tipo de apresentação ou publicação e datadas de Janeiro de 2008 a Maio de 2013.

A amostra potencial, foi seleccionada através da leitura do título, do resumo e sempre que suscitava dúvidas, do texto integral, sendo submetidos os artigos aos critérios de inclusão e exclusão.

Foram identificados 19 artigos (Quadro 3) nas diferentes bases de dados, dos quais quatro estavam repetidos, cinco foram rejeitados pela leitura do título do resumo, e cinco pela leitura integral do artigo. A rejeição dos artigos deveu-se a não preencherem os critérios de inclusão e exclusão. Sintetizando, foram incluídos nesta revisão da literatura cinco artigos (Quadro 4 a 8). Acrescentámos três artigos em português, resultantes de pesquisa “bola-de-neve”, realizada na internet na mesma semana, devido à sua pertinência relativamente a temática em estudo.

Quadro 3 - Bases de Dados consultadas e número de artigos identificados

Bases de Dados Consultadas	Nº de Artigos
•CINHAL Plus <i>with full text</i> •MEDLINE <i>with full text</i>	Total de artigos encontrados em Full Text: 19 Total de artigos repetidos: 4 Total de artigos rejeitados com leitura do título e do resumo: 5 Total de artigos rejeitados com leitura do texto integral: 5 Total de artigos incluídos na revisão sistemática da leitura: 5

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Passamos a apresentar os quadros, com as evidências encontradas em cada um dos estudos incluídos, para esta revisão sistemática da literatura.

Quadro 4 - Estudo Smedley, A. (2008)

Becoming and Being a Preceptor: A Phenomenological Study		
OBJECTIVO	PARTICIPANTES	DESENHO
• Evidenciar a importância de um programa estruturado no desenvolvimento de competências de enfermeiros orientadores, na prática de enfermagem. • Descrever a importância do enfermeiro orientador a integrar o aluno no contexto de trabalho • Demonstrar como a orientação de alunos e a formação para o efeito, ajuda a melhorar o seu desempenho.	Sete participantes voluntários que tivessem participado no programa de formação para orientadores.	Estudo exploratório fenomenológico
ACHADOS		
• À medida que se verifica uma mudança nas organizações, torna-se evidente uma mudança das necessidades dos enfermeiros nas suas variadas funções. • A melhoria dos cursos de desenvolvimento profissional, requer uma constante avaliação e gestão de qualidade, de forma a ajudar os enfermeiros a alargar as suas práticas. • O estudo salienta que novas estratégias de formação de adultos e estilos de aprendizagem individual, foram aplicados e bem recebidos no local de trabalho. • A melhoria do conhecimento, das capacidades / habilidades e atitudes dos enfermeiros, podem ajudar a desenvolver uma cultura mais positiva no local de trabalho.		

Este estudo foi realizado na Austrália e procurou explorar o efeito da participação de enfermeiros, num programa de formação para orientadores de estudantes de enfermagem, no seu local de trabalho, tendo em vista o seu impacto no seu desenvolvimento profissional. Foi obtida uma amostra de sete enfermeiras voluntárias e que tinham participado no programa em 2004 e 2005.

Realizou-se uma entrevista exploratória deixando os participantes responder até à saturação da informação, transcrita e devolvida aos participantes para validação e concordância. O autor refere que nenhuma foi alterada.

Este estudo destaca os benefícios de os enfermeiros terem formação para a orientação dos estudantes de enfermagem. Os achados indicam que, ao permitir aos participantes o acesso ao conhecimento, habilidades, confiança e atitudes positivas, relativamente à aprendizagem, qualifica-se o orientador para o seu papel e melhora-se o ensino e as capacidades de aprendizagem.

O estudo também demonstrou que as atitudes, relativamente aos estudantes podem ser um mecanismo extremamente influente para ensinar e aprender com potencial para influenciar positivamente a vida laboral dos mesmos.

O estudo também salientou que os novos conhecimentos, acerca da aprendizagem adulta e estilos de aprendizagem individual, foram aplicados e bem recebidos no local de trabalho.

De referenciar que o artigo apresenta como pontos chaves:

- Desempenha um papel vital e valioso no sucesso do programa de formação de enfermeiros;
- A educação formal pode melhorar a capacidade dos enfermeiros desempenharem o papel de orientador;
- A orientação pode ser benéfica tanto para o enfermeiro como para o estudante de enfermagem;
- A melhoria do conhecimento, capacidades / habilidades e atitudes dos enfermeiros podem ajudar a desenvolver uma cultura mais positiva no local de trabalho.

Quadro 5 - Estudo de Kajermo, K.; Undén, M.; Gardulf, A.; & Norstrom, G. (2008)

Predictors of nurses' perceptions of barriers to research utilization		
OBJECTIVO	PARTICIPANTES	DESENHO
Identificar e antever as barreiras relatadas pelos enfermeiros no uso dos achados da investigação na prática clínica.	833 enfermeiros responderam a três questionários, um relacionado com a escala das barreiras, outro com a qualidade do trabalho e o terceiro relativo a questões profissionais	Estudo transversal
ACHADOS		
- No estudo foram identificados factores que aumentam o risco de notórias barreiras para o uso de evidências da investigação na prática clínica, tais como: Insatisfação relativamente ao apoio dos superiores em participar na investigação e/ou em desenvolver projectos; falta de formação superior; e metas de trabalho pouco claras e irreais. - Os resultados sugerem que os enfermeiros chefes e responsáveis de serviço e outros líderes, profissionais de saúde, devem criar estratégias para apoiar o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, bem como possibilitar a implementação dos achados da investigação na prática clínica.		

Este estudo foi efectuado no Hospital da Universidade de Huddinge em Estocolmo, Suécia. De um total de 1647 enfermeiros convidados a participar no estudo, 833 (51%) aceitaram e responderam a três questionários.

O estudo apresenta, como barreiras ao uso de evidências de investigação encontradas: a insatisfação relativamente ao apoio e participação dado pelos superiores/ enfermeiros principais nas actividades de pesquisa e/ou desenvolvimento; lacunas na formação académica dos enfermeiros; falta de objectivos claros e realistas no local de trabalho.

No estudo concluiu-se que, face às barreiras encontradas, os responsáveis devem procurar criar estratégias para apoiar o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e implementar evidências da investigação e, dessa forma, melhorar as práticas clínicas. Uma estratégia poderá ser apoiar a investigação em enfermagem,

de modo a preparar melhor os enfermeiros nos cuidados de saúde, baseados em evidências e implementar as evidências dessa investigação. Esta estratégia deve também envolver a definição de objectivos claros e realistas, e proporcionar aos enfermeiros, tempo para reflectirem e discutirem as evidências da investigação.

Quadro 6 - Estudo de Grealish, L.; Ranse, K. (2009)

An exploratory study of first year nursing students' learning in the clinical workplace		
OBJECTIVO	PARTICIPANTES	DESENHO
Analisa as narrativas das experiências de alunos em estágio clínico e os seus contributos para a construção de uma identidade profissional com a prática em estágio clínico.	Amostra de 80 alunos de enfermagem, 62 respondeu ao formulário. Após leitura foram aceites 49	Estudo exploratório.
ACHADOS		
- Os aprendizes são construtores activos da sua própria aprendizagem. - A participação no trabalho diário é altamente valorizada e contribui efectivamente para a aprendizagem no local de trabalho. - As actividades profissionais que regularmente dão origem a conhecimento são: participação em actividades de grupo; cooperação com os outros; enfrentar desafios; e trabalhar com os utentes.		

Existe uma preocupação constante, face ao crescente número de estudantes de enfermagem e o decrescente número de enfermeiros disponíveis para supervisionar as suas práticas.

As teorias sociais de aprendizagem defendem que, a aprendizagem ocorre em qualquer actividade em que se participe. É necessária uma investigação acerca da forma como os estudantes de enfermagem aprendem, para desenvolver formas inovadoras de apoiar a sua aprendizagem no local de trabalho.

Para a realização deste estudo, os estudantes responderam a um inquérito narrativo, tendo-lhes sido formulada a seguinte questão: “Descreva um acontecimento clínico que lhe aconteceu, onde acredita ter adquirido conhecimento acerca do papel de enfermeiro ou da enfermagem enquanto prática profissional”.

O estudante foi assim incentivado a descrever “o que aconteceu”, “quem esteve envolvido”, “como se sentiu” e “o que aprendeu”. Responderam 62 Alunos ao formulário mas Destes apenas 49 foram validados, pois nem todos os formulários estavam completos.

Os achados deste estudo sugerem que, para os estudantes de enfermagem no primeiro ano, aprender a ser enfermeiro está menos dependente das várias qualidades do ambiente clínico e mais dependente da participação prática.

Este estudo sugere que os alunos são suficientemente perspicazes ao reconhecerem as práticas e valores que não querem imitar. A aprendizagem dos estudantes não está simplesmente dependente de bons modelos. Os estudantes vêem-se a si próprios como “absorventes” de aprendizagem, onde cada experiência, positiva ou negativa, é considerada uma oportunidade de aprendizagem. Tarefas complexas ou longas, que requerem o uso da imaginação e criatividade, são potencialmente as melhores oportunidades de aprendizagem.

É possível que, a forma como os estudantes de enfermagem aprendem no seu primeiro ano, seja um padrão que se prolonga ao longo da sua carreira.

A ideia de que os estudantes de enfermagem necessitam de um mentor ou supervisor “de qualidade”, para trabalhar, pode não ser tão importante como se pensava. Os achados deste estudo sugerem que os alunos aprendem melhor quando se envolvem no trabalho e quando lhes são confiadas tarefas para realizar. Em vez de simplesmente aplicarem a teoria à prática, os estudantes deste estudo, compreenderam as situações utilizando imaginação e criatividade.

Quadro 7 - Estudo de Johnson, B. (2009)

EMPOWERMENT of Nurse Educators Through Organizational Culture		
OBJECTIVO	PARTICIPANTES	DESENHO
• Identificar implicações da cultura organizacional no desenvolvimento profissional dos enfermeiros.	Amostra de conveniência 407 enfermeiros do corpo docente	Estudo descritivo correlacional
ACHADOS		
• As conclusões do estudo indicam que a cultura organizacional tem um impacto significativo no desenvolvimento de competências profissionais. • A formação em enfermagem continua a desenvolver-se para enfrentar os desafios impostos pelo ambiente de saúde e as mudanças da sociedade. Ao corpo docente é dada a responsabilidade de facilitar o desenvolvimento de futuros enfermeiros. • Exige-se dos enfermeiros que trabalhem independentemente e que sejam competentes, e ao lidarem com um público variado, é necessário conferir-lhes mais poder, de forma a, efectivamente, conseguirem superar os desafios que surgem. • Actualmente, exige-se aos enfermeiros que sejam altamente competentes, inovadores, que tenham liderança e demonstrem flexibilidade em adaptarem-se às mudanças nas suas funções e relações profissionais. Pela integração e pela formação dada.		

Este estudo apresenta os resultados de um estudo correlacional, em que o autor discute as implicações da cultura organizacional e o desenvolvimento de competências dentro de uma amostra do corpo docente de enfermeiros, das faculdades do no estado do Mississípi nos EUA.

O autor refere que é transversal a todos os docentes, a responsabilidade em facilitar o desenvolvimento, a aquisição e a transmissão do conhecimento e seleccionar recursos clínicos apropriados às experiências dos alunos, focadas nas competências de cuidados de saúde exigidas.

A cultura organizacional refere-se aos valores colectivos, suposições, expectativas e crenças dos membros de uma organização ou grupo. As qualidades organizacionais colectivas, influenciam o comportamento dos líderes. A investigação tem indicado que as diferenças de poder detectadas entre líderes e seguidores, podem ser um factor de influência na percepção do desenvolvimento de competências individuais.

Segundo o autor, para ter êxito, uma organização deve prezar e apoiar quatro tipos de cultura: clã; hierarquia; adocracia; e mercado.

- **Cultura Clã:** a organização é vista como uma estrutura “tipo familiar”. Verifica-se o sentido de lealdade, amizade, partilha de valores, compromisso e busca de objectivos comuns. Dá importância à flexibilidade, discrição, trabalho de equipa, parceria e realização cooperativa de objectivos organizacionais.
- **Cultura Hierárquica:** centra-se em questões internas que acentuam um ambiente de trabalho estruturado com regras formais e políticas que ditam a direcção da organização. O resultado desejado da cultura hierárquica é a previsibilidade, estabilidade, eficiência e controle.
- **Cultura Adocracia:** este tipo de cultura organizacional centra-se na inovação, iniciativa, criatividade e na oportunidade de correr riscos. A mudança é altamente valorizada e é importante um sentido de aventura relativamente à realização de objectivos organizacionais e ideias.
- **Cultura Mercado:** centra-se principalmente em transacções externas ou posicionamentos, enquanto se foca na rentabilidade e nos resultados. Aqui os objectivos da organização são a eficiência, a competição e o lucro.

A interligação das características sociais com as quatro componentes cognitivas que conferem poder – significado, competência, autodeterminação e impacto – modelam a maneira como as pessoas se reconhecem no seu ambiente de trabalho.

- **Significado:** envolve a adaptação entre a percepção pessoal de valores, as crenças e expectativas de trabalho.
- **Competência:** é a percepção pessoal da capacidade de realização de uma determinada tarefa, baseada na eficácia profissional. Este conceito centra-se na crença de que se tem capacidade para realizar um trabalho.
- **Autodeterminação:** a crença na autonomia pessoal ou na responsabilidade que se tem no ambiente de trabalho, é um reflexo pessoal da iniciativa pessoal e da continuação dos comportamentos profissionais. É uma percepção de escolha pessoal no ambiente profissional.
- **Impacto:** refere-se à percepção da quantidade de influência que alguém tem sobre os resultados organizacionais, e é influenciado pelo contexto de trabalho. É a percepção de poder pessoal dentro do ambiente de trabalho.

As conclusões do estudo indicam que a cultura organizacional tem um impacto significativo no desenvolvimento de competências nos alunos da Faculdade de Enfermagem. O conhecimento adquirido a partir desta pesquisa, pode ser útil na criação de ambientes, em que os docentes transmitem comportamentos para desenvolvimento de competências através do seu próprio comportamento, e os alunos os imitem na prática.

Quadro 8 - Estudo de Duchscher, J. (2009)

Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated Registered Nurses		
OBJECTIVO	PARTICIPANTES	DESENHO
• O objectivo deste estudo é dotar os educadores, gestores e enfermeiros de um quadro teórico sobre o processo de transição inicial dos enfermeiros recém-licenciados e facilitar esse ajustamento profissional, de forma apropriada.	Quatro amostras dos diferentes estudos correlacionados	Quatros Estudos qualitativos correlacional
ACHADOS		
• Os novos enfermeiros, identificam frequentemente o seu ajustamento profissional inicial, em termos dos sentimentos de ansiedade, insegurança, inadequação e instabilidade que este gera. • O desenvolvimento da habilidade prática clínica, promove-se através de integrações com elementos experientes e pela transmissão do saber-fazer naquele contexto de trabalho. • A maioria dos participantes insinuou, de alguma forma, a vontade em pertencer à “malta” (grupo) que constituía a cultura da sua unidade de enfermagem. • A interação entre profissionais de enfermagem novatos e entre enfermeiros experientes na prestação de cuidados, fazem confrontar-se com evidências práticas recentes. • Os conhecimentos limitados dos enfermeiros recém chegados, deixam os expostos à impregnação da cultura organizacional. • Existe um fosso entre aquilo que lhes foi ensinado, durante a sua formação académica, e aquilo que se vêem obrigados a conhecer no mundo do trabalho. • Um achado, relativamente perturbador, durante o choque de transição, foi a frequência com que estes recém-graduados mostraram a sua preocupação, com a possibilidade de serem confrontados com situações clínicas para lá do seu nível de conforto cognitivo e empírico. • Este estudo sugere que é importante melhorar os programas de integração de jovens enfermeiros, incluindo conhecimentos acerca da transição profissional.		

Este estudo apresenta o conhecimento resultante da combinação dos resultados de um programa de pesquisa, decorrido nos últimos dez anos, e de quatro estudos qualitativos, acerca da transição de novos graduados de enfermagem, no Canadá.

O choque de transição, surge como uma experiência de passagem de um conhecido papel de aluno, para um desconhecido, papel de enfermeiro. Para o novo enfermeiro, é importante, nesta experiência, o aparente contraste entre, as relações, papéis, responsabilidades, conhecimentos e expectativas de desempenho exigidas no meio académico e as exigidas no meio profissional.

Para os participantes deste estudo, o choque de transição, foi como um “salto para as águas profundas de uma piscina”. Os participantes pareciam mal preparados para a exigência necessária a esta transição inicial. Embora tivessem antecipado a necessidade de alguns ajustamentos à situação profissional, os participantes, antes da transição, nunca duvidaram que seria confirmada a sua escolha de carreira e o investimento nos anos de estudo exigidos, através de: uma experiência de trabalho positiva; um ambiente entre colegas acolhedor; responsabilidades e papéis moderadamente desafiantes mas facilmente alcançáveis, aos quais gradualmente se iriam acostumando; o entusiasmo de exercerem efectivamente a profissão escolhida; a satisfação de verem reconhecidos os conhecimentos adquiridos; e o compromisso feito de tratar dos outros.

O estudo conclui, que existe a necessidade de uma teoria preparatória, sobre o papel de transição de estudantes de enfermagem para enfermeiros e extrema importância, em fazer a ligação entre currículo educacional universitário e as crescentes expectativas no local de trabalho. Devem igualmente proporcionar programas de orientação estruturados, que fomentam parcerias saudáveis entre enfermeiros novatos e enfermeiros experientes.

Quadro 9 - Estudo de Serrano, M.; Costa, A.; Costa, N. (2011)

Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s)		
OBJECTIVO	PARTICIPANTES	DESENHO
• Estudar o modo como os enfermeiros desenvolvem as competências do cuidar em enfermagem e quais as determinantes desse processo.	Enfermeiros do serviço de Medicina da Unidade de Torres Novas do CHMT (estudo de caso)	Estudo Qualitativo e Etnometodológico
ACHADOS		
• Os enfermeiros são atores do processo de mudança e os contextos são um imperativo ao desenvolvimento de competências. • Existe uma responsabilidade partilhada entre o enfermeiro e as condições/ organização do contexto, a construção e o desenvolvimento de competências profissionais. • A aprendizagem organizacional, processa-se de acordo com os vários sistemas em presença, baseando-se num modelo de “auto-produção”, através da resolução de problemas da prática. É colaborativo e tem foco na cultura. Estes factores determinam um enfermeiro aprendente e formador. • O estudo apresenta o desenvolvimento de competências, como dependente das características individuais de personalidade, motivação, imprevisibilidade, individualidade e pessoalidade, o modo como cada enfermeiro efectua o seu desempenho profissional. • O estudo apresenta o contexto, como determinante no desenvolvimento de competências, sendo a cultura do serviço, factor a considerar nas diferentes dimensões apresentadas.		

Este estudo desenvolveu-se no serviço de Medicina, da Unidade de Torres Novas do CHMT, onde a autora privilegiou a presença no contexto, para poder fazer observação participante. Recorreu a entrevistas etnográficas à equipa de saúde e entrevistas semi-estruturadas aos enfermeiros do serviço, que exercem funções há mais de dois anos, considerandos competentes, de acordo com Benner (2001).

Do estudo emergiram diferentes dimensões como determinantes do processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros: a dimensão contexto; a dimensão atores; e a dimensão saberes.

A nível da dimensão contexto, é de evidenciar o serviço como promotor do desenvolvimento de competências: “um habitus caracterizado por uma forma de pensamento e acção colectiva que ultrapassa a subjectividade individual; por uma

comunidade de significados partilhados no serviço, o qual determina como se cuida”. Transformando a rotina dos cuidados num processo que sofre adaptações com base na acção/ reflexão que aquela equipa gere como forma de resolver problemas, o “habitus do serviço”

A organização dos cuidados, pela equipa, surge mediada por supervisão da enfermeira chefe, referência do conhecimento das políticas da organização, aos diferentes níveis (macrossistema). Mobiliza a transformação do conhecimento explícito e tácito através da aplicação de normas (exossistema). Promove a aprendizagem pela experiência centrada na resolução de problema. Usa a experiência e a resolução dos problemas como prática para resolução de novas situações. Partilha responsabilidades, com base nos conhecimentos específicos e especializados dos elementos da equipa. O papel da enfermeira chefe, surge como sendo de supervisão mas, também, como catalítico do desenvolvimento de competências nos enfermeiros.

O estudo evidencia ainda a aprendizagem organizacional, “como uma aprendizagem não formal. A nível micro, o conhecimento produz-se dentro dos limites do próprio serviço – “auto-produção” – e engloba a comunicação das mais variadas formas – registos, informatização de dados e comunicação interpessoal”. De uma forma macro, o estudo apresenta a aprendizagem organizacional como tendo enfoque na cultura. Refere a cultura como tendo o objectivo de criar ambiente de aprendizagem entre os indivíduos e a organização, evidenciando uma interacção e o fortalecimento da base de conhecimentos, de acordo com o estudo, através de um “processo de transferência de conhecimento entre os níveis individual, grupal, organizacional e interorganizacional e o desenvolvimento de competências colectivas”. A aprendizagem organizacional, surge assim como um processo de integração, em que os indivíduos interagem dentro da instituição com os diferentes intervenientes e tomam contacto com o conhecimento da organização, sofrendo um processo de transformação promotor do seu desenvolvimento de competências.

Na dimensão actores, o estudo evidencia que os mesmos desenvolvem competências “através da capacidade de reflexão no processo de cuidar, explicando

as competências tácitas na resolução das situações-problema e transformação do conhecimento que os leva ao “estar em situação” e ao “agir em contexto”(p.22).

Na dimensão saberes, o estudo identifica que os enfermeiros se situam em dois níveis como enfermeiros: aprendente e formador. Esta dinâmica promotora de desenvolvimento de competências, tem diferentes indicadores, que o estudo apresenta:

- o confronto com os outros, os seus conhecimentos, valores e atitudes;
- um processo de cooperação, activo e dinâmico;
- conhecimentos, habilidades, estratégias e competências cognitivas e emocionais.

Estes indicadores visam o auto conceito, a auto aprendizagem e o desenvolvimento do auto-cuidado pessoa/ família.

O estudo conclui que, o contexto, os atores e os saberes, são determinantes no desenvolvimento de competências do enfermeiro.

Quadro 10 – Artigo de Serra, M. (2008)

Aprender a ser enfermeiro. Identidade profissional em estudantes de enfermagem		
OBJECTIVO	PARTICIPANTES	DESENHO
• Explicitar um conjunto de dimensões centrais no estudo da construção da identidade profissional, em estudantes de enfermagem,	-	Revisão da literatura baseada em investigação
ACHADOS		
• O ensino superior da Enfermagem, foi entendido como um reconhecimento científico e uma possibilidade de reforço da profissão, concorrendo para o acréscimo da qualidade dos cuidados prestados e abrindo, definitivamente, portas à investigação e produção de conhecimento específico na disciplina. • A formação inicial do enfermeiro tem particular enfoque no contexto do desenvolvimento de competências, no aspecto relacional, na sua personalidade e na confrontação consigo próprio, de forma a criarem uma identidade profissional e pessoal. • A experiência de estudante de Enfermagem, encerra em si mesma, um processo de construção de identidade profissional, que não cessa durante o curso, mas que se prolongará ao longo da vida profissional do indivíduo.		

Este artigo foi desenvolvido no âmbito académico, na preparação de um estudo que o autor veio a desenvolver como tese de doutoramento. Apresenta uma revisão da literatura, baseada na investigação de como os estudantes de enfermagem estruturam a sua identidade profissional. Apresentamos os aspectos que os autores referem como influenciadores do processo de construção de identidade profissional, com base no vivido e descrito por estudantes de enfermagem, ao longo da sua formação inicial.

O artigo apresenta uma descrição dos processos das identidades profissionais da própria profissão de enfermagem e o seu processo de construção, do ponto de vista histórico: discursos e práticas no contexto do ensino de enfermagem; e experiência vivida dos estudantes de enfermagem.

O artigo aponta, como nota conclusiva, a construção da identidade profissional iniciada enquanto aluno, como um processo inacabado que se prolongará ao longo da sua vida profissional.

Quadro 11 - Estudo de Bártolo, E. (2008)

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos: um lugar onde os profissionais de saúde aprendem		
OBJECTIVO	PARTICIPANTES	DESENHO
• Caracterizar percursos e processos formativos de enfermeiros e médicos. • Desenvolver a função formativa no contexto de trabalho, numa articulação estreita entre a prática clínica e a prática formativa.	Enfermeiros e médicos de uma unidade de cuidados intensivos pediátricos	Estudo etnográfico
ACHADOS		
• A passagem de turno serve como momento de reflexão para olhar, analisar, discutir e criticar a prática, condição essencial para que os enfermeiros desenvolvam competências pessoais na prestação de cuidados. • O final da passagem de turno pode ser utilizado para a partilha de informação técnica, decorrente de participação em formação exterior. • A visita médica pode ser um momento de aprendizagem, pela participação dos enfermeiros como elementos activos na equipa e, porque se apresenta e sistematiza a		

informação, é considerado um momento de aprendizagem importante.

- Os problemas e as dificuldades da prática clínica são percebidos pelos profissionais como constituindo um estímulo, um impulso, para que a aprendizagem ocorra no contexto e na situação de trabalho. A estratégia de resolução dos problemas é gerida pelos profissionais com base na experiência anterior e nas aprendizagens realizadas. Os profissionais referem por vezes, recorrer a colegas mais experientes, para ajudar na resolução de problemas.
- A autoformação surge como uma dimensão reflexiva em que os profissionais imprimem a sua prática. Os profissionais consideram esta preocupação, como um objectivo de melhoria contínua, querendo aprender para fazer melhor. É uma necessidade de se formarem a si próprios para dar respostas às dificuldades técnicas, emocionais e relacionais que a prática no serviço lhes coloca.
- A formação em serviço surge como forma de responder aos erros da prática. Apresenta-se com carácter formal, mas os conteúdos respondem a problemas concretos da prática, e o recurso à demonstração técnica facilita a aprendizagem da equipa. É utilizada para partilha de experiências pelos profissionais noutro contexto, valorizando a dimensão do conhecimento científico.
- A formação exercício, concentra, no mesmo espaço, a actividade formativa e prática de cuidados. O contexto de trabalho fornece os problemas, as dificuldades, as novas situações, e é esse exercício do trabalho, a matéria-prima de aprendizagem. Neste serviço, o facto de gerar grande quantidade de informação e experiências, constitui, só por si um elemento básico de aprendizagem.
- Considera-se o papel da prática para produção de competências, algo que é optimizado no trabalho com a criança criticamente doente e a sua família.
- A formação exterior ao contexto preconiza a aquisição de conhecimentos científicos, mas a garantia da aplicabilidade à Unidade (ao Serviço), só assim os profissionais consideram que esse investimento tem retorno. Para os profissionais, a formação realizada individualmente, deve ser partilhada, favorecendo o crescimento da equipa e contribuindo para a gestão do conhecimento da organização.
- A equipa de trabalho é reconhecida como apoio permanente à resolução de problemas, facto que é apresentado que por enfermeiros, quer por médicos e relatado na perspectiva do esclarecimento de dúvidas, mas também pressupondo, uma postura aberta, humilde, marcada pela necessidade de aprender.
- Os enfermeiros preocupam-se com um programa de integração de qualidade, que permita um processo de socialização rápido e eficaz, assumindo o procedimento de integração, como um processo contínuo, dinâmico e para o qual contribuem os diferentes actores.
- O trabalho de grupo surge como objectivo de se aprofundarem conhecimentos científicos, técnicos e relacionais. Contribuem para aprendizagem do grupo, no modo em que os participantes cooperam para atingir objectivos comuns.
- A UCI Pediátricos, contribui fortemente para o processo de desenvolvimento de saberes e competências, na medida em que os seus profissionais colocam constantemente em acção saberes teóricos e saberes práticos e é desta confluência, que surgem as novas competências profissionais.
- A competência técnica, resulta de um conjunto de saberes, mobilizados em situação de trabalho. A equipa manifesta grande competência nas mesmas, quando deposita grande

preocupação no procedimento das manobras de reanimação, exigindo-lhes treino na competência para que se tornem peritos.

- A competência relacional, apresenta uma dimensão transversal a toda a pesquisa, combinando e mobilizando um conjunto de saberes e recursos. Os actores revelam competências e perfis profissionais relacionados com aspectos e qualidades pessoais, o saber ser ou estar. Esta competência adquire o expoente máximo, quando surge o confronto com situações complexas de resolução de problemas, más notícias, mau prognóstico ou a morte.
- A responsabilidade é uma das competências que os actores mais colocam em acção na unidade.
- Os actores reconhecem a importância da sua autonomia, mas uma autonomia responsável. O processo de integração na unidade contribui fortemente para esta aquisição progressiva de autonomia, como preconizam os programas de integração das equipas médicas e de enfermagem.
- Cada etapa cria uma nova situação que requer avaliação, para dar início a um novo percurso e, quanto mais difícil a situação, mais saberes são mobilizados. O recurso a saberes adquiridos anteriormente naquele ou noutro contexto, faz desenvolver novas competências, como a criatividade.

Este artigo apresenta as principais conclusões de um estudo etnográfico, realizado numa UCI Pediátricos. No que se refere às potencialidades formativas das mesmas, a prática de enfermeiros e médicos confirma a integração entre o campo da formação e o campo da acção, evidenciando uma maior articulação entre a situação de formação e situação de trabalho.

O estudo conclui que esta unidade, constitui um espaço de transformação de competências profissionais num processo contínuo de formação, onde os diferentes saberes são mobilizados na prática e no contexto de trabalho. As interações dos seus profissionais, no contexto de trabalho, constituem uma dinâmica formativa, donde emergem novos saberes práticos, adquiridos directamente pelo exercício do trabalho.

A autora ressalta ainda a formação profissional contínua, como motor de inúmeras transformações nas instituições de saúde. No entanto, alerta para o facto de se estarem a esgotar as potencialidades de desenvolvimento dos seus profissionais e organizações, na formação tradicional escolarizada, com custos elevados. Exigindo que as unidades formativas, em especial as instituições de saúde, encarem o contexto de trabalho e a prática clínica, como “*uma nova formação*”.

4. Análise dos resultados

De uma forma geral e após analisar todos estes artigos, verifico que o desenvolvimento de competências do enfermeiro, assenta muito na iniciativa e motivação do próprio. É um processo iniciado enquanto aluno, na construção da sua identidade profissional e é influenciado pelas, competências relacionais, experiências e vivências pessoais, e pela confrontação consigo próprio ao longo da vida.

O enfermeiro, através do desempenho do seu exercício, em situação de trabalho, num contexto específico, nas dificuldades com que se vai deparando e nas necessidades que sua prática lhe exige, investe na sua autoformação, como resposta para as dificuldades técnicas, científicas, emocionais e relacionais, e com um objectivo de melhorar da qualidade dos cuidados prestados. Quando não é suficiente, procura soluções de formação exterior, sugere formação em serviço e recorre às chefias e aos elementos da equipa multidisciplinar para encontrar as respostas.

Este processo de desenvolvimento de competências individuais, assenta na formação contínua, na autoformação e na capacidade reflexiva de construção de competências no exercício da prática, numa perspectiva de formação em contexto de trabalho.

O desenvolvimento de competências é influenciado e iniciado, em grande parte, pelo contexto de trabalho. Desde a integração no serviço, num cumprir do plano de integração, potenciador do processo de socialização na equipa e no serviço, considerando os aspectos técnicos, científicos e relacionais.

O estímulo e a forma como os responsáveis pelos serviços incentivam as relações e impulsionam os seus indivíduos, a desenvolver competências através de grupos de trabalhos, responsabilização por determinadas áreas, surgem como orientadores do desenvolvimento de competências dos seus enfermeiros.

No entanto, o contexto de trabalho, as experiências técnicas, científicas e relacionais que este proporciona, marcam o processo de desenvolvimento das competências individuais. A prática serve como local para apreender novas técnicas, aprender a executá-las e a usar novas tecnologias.

Esta prática específica, associada a um contexto específico, confronta o indivíduo com dificuldades, dúvidas e experiências concretas, que o próprio, com a ajuda da equipa daquele serviço, recorrendo às suas experiências anteriores e aos procedimentos e normas existentes, vai usar para dar resposta. As passagens de turno, as visitas médicas, os estudos de caso e a partilha de experiências ou de conhecimentos científicos, naquele serviço, vão orientar o desenvolvimento de competências.

A formação externa, é orientada para a prática no serviço, ou seja, útil à prática de cuidados naquele serviço. Os elementos da equipa que frequentam essa formação, são convidados a replicá-la no serviço. Permitindo assim uma partilha de conhecimentos científicos e um momento de aprendizagem, enquadrado como formação em serviço.

A formação em serviço, surge orientada para o erro e para a carência de conhecimentos dos elementos do serviço. Esta formação, é vista como pertinente e adequada às necessidades, que os responsáveis e os elementos dos serviços apresentam. É orientada para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para o desenvolvimento de competências específicas nos elementos de serviço, direccionadas para a prática de cuidados prestados no serviço.

O contexto de trabalho contribui para o processo de desenvolvimento de saberes e competências, uma vez que são colocados constantemente em acção, os saberes técnicos e os saberes práticos e, nesta confluência, surgem novas competências. Assim, a prática num serviço específico, as experiências vividas, o desenvolvimento individual de cada um (o seu investimento formativo), vai potenciando a autonomia, a responsabilidade e a capacidade de resolução de problemas, através de uma prática reflexiva que o torna um elemento reconhecido no seio da equipa devido às

suas competências técnicas e relacionais, ou seja, na forma como são evidenciados os seus: saber fazer, saber estar e saber ser.

Por outro lado, os processos de mudança acabam por orientar e condicionar os desenvolvimentos de competências individuais, pois, sempre que se verificam mudanças nas organizações, torna-se evidente uma mudança nas necessidades dos enfermeiros, nas suas diferentes funções.

Estas mudanças podem apenas revestir-se de melhorias tecnológicas e aquisição de equipamentos, com que os enfermeiros têm de apreender a trabalhar.

Outra questão mais complexa, surge com as mudanças na sociedade no que se refere, às exigências colocadas nos serviços e aos profissionais e, por outro lado, nas limitações económicas e sociais que têm vindo a ser impostas e a surgir nos últimos anos na sociedade e nos serviços.

De forma mais específica, os processos associados à melhoria da qualidade dos cuidados, relacionados com a certificação da qualidade dos serviços ou dos processos de acreditação das instituições e, mais recentemente, com os processos de idoneidade dos serviços, levados a cabo pela Ordem dos Enfermeiros, obrigam os enfermeiros a repensar as suas práticas. Têm que descrevê-las na forma de procedimentos, protocolos, instruções e definir e monitorizar indicadores, monitorizando a formação dos elementos, influenciando e reorientando serviços e os seus profissionais, para novas áreas de desenvolvimento de competências.

De uma forma mais conceptual, a cultura organizacional tem impacto no desenvolvimento das competências dos profissionais, pois as condições nos serviços, a aposta em processos de mudança, são decisões da direcção da organização que influenciam a cultura organizacional e, desta forma, os serviços, os profissionais e a prestação de cuidados de saúde que aí são prestados.

A cultura organizacional é transmitida, no processo de integração na instituição, a cada profissional. A sua assimilação depende da sua experiência pessoal e profissional e de quem a transmite. Surge como elemento orientador e motivador do

desenvolvimento de competências de cada profissional, e se assim for, temos um ambiente cultural positivo orientado para as organizações aprendentes.

O desenvolvimento de competências do enfermeiro surge numa responsabilidade partilhada entre o seu interesse, motivação e auto-investimento e as condições proporcionadas pelo serviço e pela sua cultura organizacional.

5. CONCLUSÃO

A revisão sistemática da literatura, permitiu-nos aprofundar conhecimentos que deram resposta à nossa questão de investigação, garantindo a pertinência do estudo, clarificando e enquadrando o tema e orientar o desenho da nossa investigação.

Analisámos oito estudos, na sua maioria qualitativos. Estudos experimentais, quasi-experimentais, descritivos e transversais para procurar dar resposta à nossa questão PICO.

Concluímos, nesta revisão, que o desenvolvimento de competências do enfermeiro é um processo contínuo que se inicia enquanto aluno e se prolonga ao longo de toda a sua vida profissional.

O contexto de trabalho, em que o enfermeiro exerce a sua prática de cuidados vai influenciando o seu desenvolvimento de competências técnicas e científicas e, também, as competências relacionais e emocionais, permitindo a construção da sua identidade profissional.

A formação contínua potencializa a aprendizagem e o desenvolvimento de competências. Esta formação é conseguida, de forma individual, no processo de autoformação conduzido pelas motivações e interesses individuais. A formação em serviço, é outra das formas de formação contínua, orientada para a melhoria constante da qualidade dos cuidados prestados no serviço, pretendendo responder às necessidades formativas ou corrigir erros existentes.

Os processos de mudança, surgem como potenciadores de desenvolvimento de competências, pelas alterações e exigências que causam na prática dos enfermeiros, qualquer que seja a sua função.

A cultura organizacional influencia o processo pelas decisões da direcção da organização e pela forma como esta é transmitida, nos processos de integração dos profissionais recém-chegados.

Desta forma, consideramos que a formação contínua é um processo imprescindível a prática de enfermagem, em especial num serviço de urgências, onde se sentem as mudanças sócio económicas e organizacionais, de uma forma muito evidente, pois funciona como a admissão privilegiada de doentes em situação de descompensação.

O doente crónico, é um dos utilizadores frequentes dos Serviços de Urgência, em especial o DRC. Devido ao novo enquadramento do tratamento do DRC e ao seu desenvolvimento científico, nas últimas décadas, a formação nesta área é de total pertinência.

Consideramos, extremamente imprescindível o plano de formação contínua sobre o doente renal crónico no Serviço de Urgência, uma vez que este, recorre, em situação de emergência, a este serviço.

A actualização da formação nesta área, torna-se imprescindível para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para se poder reflectir sobre os mesmos, em equipa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alto Comissariado da Saúde (2010). **Plano Nacional de saúde 2011-2016 – A qualidade dos cuidados e dos serviços**. Lisboa. Dezembro de 2010. Consultado em 11 de Dezembro de 2013. Acessível em: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/CSH2.pdf>

ANADIAL. (Março de 2012). **Panorama da IRCT em Portugal**. Lisboa: Ernst & Young.

Araujo, E. S., Pereira, L. L., Anjos, M. F. (2009). Autonomia do paciente com doença renal crónica em tratamento hemodialítico: a aceitação como factor decisório. **Acta Paulista de Enfermagem**, pp. 509-514. Consultado em 11 de Dezembro de 2012. Acessível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/11.pdf>

Baptista, G.;Carvalho, G. (10 de Março de 2011). Aceitação Positiva da Doença Crónica pelo Indivíduo Hemodialisado. **INFAD Revista de Psicologia**, pp. 45-56. Consultado em 11 de Dezembro de 2012. Acessível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/5083/1/Publica%C3%A7%C3%A3o%20Roma%201.pdf>

Bártolo, E. (2008) – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos: um lugar onde os profissionais aprendem. **Sísifo. Revista de Ciências da Educação**. Lisboa. ISSN

1646-4990. N.º5. Jan/ Fev. pp.7-18 . Consultado a 11 de Julho de 2013. Acessível em <http://sisifo.fpce.ul.pt>

Benner, P. (2001). **De Iniciado a Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem**; ed. Comemorativa; Coimbra, Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97X

CHRONIC DISEASES [web site]. Geneva, World Health Organization, 2008, Consultado a 15 de dezembro de 2012. Acessível em: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/

Duchscher, J.E.B. (2009). Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated Registered Nurses. **The Journal of Advanced Nursing**, nº. 65(5),pp. 1103-1113. Consultado em 15 de Junho de 2013. Acessível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/viewarticle?data=dGJyMPPp44rp2%2fdV0%2bnjisfk5le46bVLsa62SLKk63nn5Kx95uXxjL6srUm0pbBlr6meSa%2bwskm4p7c4v8OkjPDX7lvf2fKB7eTnfLujr1G1rbZQt6a0SKTi34bls%2bOGpNrgVevk5j7y1%2bVVv8Skeeyzr1GvrrFKsaukfu3o63nys%2b585NzzhOrq45Dy&hid=9>

ETDNA/ERCA (2000). **Nephrology Nurse Profile**. Consultado a 11 de Junho de 2013. Acessível em: <http://www.edtnaerca.org/pdf/education/NephrologyNurseProfile.pdf>

GABINETE DE REGISTO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEFROLOGIA. (2012). de **Relatório Anual do Gabinete da sociedade Portuguesa de Nefrologia**. Consultado a 5 de Julho de 2013. Acessível em: http://www.spnefro.pt/comissoes_gabinetes/Gabinete_registo_2012/default.asp

Grealish, L.; Ranse, K. (2009) An exploratory study of first year nursing students' learning in the clinical workplace. **INTERNATIONAL JOURNAL OF PEDAGOGIES & LEARNING**, Volume 5/1-3 (July 2009 – June 2010). pp. 80-92. ISSN 1833-4105. Consultado em 15 de Junho de 2013. Acessível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/viewarticle?data=dGJyMPPp44rp2%2fdV0%2bnjisfk5le46bVLsa62SLKk63nn5Kx95uXxjL6srUm0pbBlr6meSa%2bwskm4p7c4v8OkjPDX7lvf2fKB7eTnfLujr1G1rbZQt6a0SKTi34bls%2bOGpNrgVevk5j7y1%2bVVv8Skeeyzr1G1p7NMt66kfu3o63nys%2b585NzzhOrq45Dy&hid=9>

GUERRA, J. (2009) .([**documento de trabalho**] Fevereiro de 2009 . Proposta para criação do Núcleo de Estudos Sobre Gestão da Doença Crónica da SPMI. Acedido a 12 de Dezembro de 2012, Acessível em: http://www.spmi.pt/pdf/Proposta_NEGDC_da_SPMI.pdf

Johnson, B.H. (2009). EMPOWERMENT of Nurse Educators Through Organizational Culture, **Nursing Education Perspectives**. January / February 2009 .Vol.30 No.1. pp. 8-13. Consultado em 15 de Junho de 2013. Acessível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/viewarticle?data=dGJyMPPp44rp2%2fdV0%2bnjisfk5le46bVLsa62SLKk63nn5Kx95uXxjL6srUm0pbBlr6meSa%2bwskm4p7c4v8OkjPDX7lvf2fKB7eTnfLujr1G1rbZQt6a0SKTi34bls%2bOGpNrgVevk5j7y1%2bVVv8Skeeyzr1Gxqa9lsamkfu3o63nys%2b585NzzhOrq45Dy&hid=9>

Kajermo, K.N.; Undén, M.; Gardulf, A.; Eriksson, L.E.; Orton, M.L.; Arnetz, B.B.; & Nordstrom, G. (2008). Predictors of nurses' perceptions of barriers to research utilization. **Journal of Nursing Management**, nº. 16, pp. 305–314. Consultado em 15 de Junho de 2013. Acessível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/viewarticle?data=dGJyMPPp44rp2%2fdV0%2bnjisfk5le46bVLsa62SLKk63nn5Kx95uXxjL6srUm0pbBlr6meSa%2bwskm4p7c4v8OkjPDX7lvf2fKB7eTnfLujr1G1rbZQt6a0SKTi34bls%2bOGpNrgVfDw5j7y1%2bVVv8SkeeyzsEiur7ZNsa6xSaTc7Yrr1%2fJV7trkfvPi6ozj7vIA&hid=9>

Marantides, D. K;et al (2003). Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica. In W. J. Phipps, J. K. Sands, & J. F. Marek, **Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica** (H. S. Azevedo, L. C. Leal, N. Diogo, & A. S. Espada, Trads., 6ª ed., Vol. III, pp. 1669-1680). Loures: Lusociência.

Novais, E., Conceição, A. P., Domingos, J. & Duque, V. (2009). O saber da pessoas com doença crónica no auto cuidado. **Rev HCPA**, pp. 36-44. Consultado a 11 de Dezembro de 2012. Disponível em: https://www.google.com/webhp?client=aff-maxthon-newtab&channel=t2#client=aff-maxthon-newtab&channel=t2&scient=psy-ab&q=O+saber+da+peessoas+com+doen%C3%A7a+cr%C3%B3nica+no+auto+cuida+do&oq=O+saber+da+peessoas+com+doen%C3%A7a+cr%C3%B3nica+no+auto+cuidado&gs_l=serp.3...4125.5227.0.5640.1.1.0.0.0.116.116.0j1.1.0....0...1c.1.22.psy-ab..1.0.0.TRQuU17s0DQ&pbx=1&bav=on.2,or.r_cp.r_qf.&fp=65c44b99b4865581&biw=1366&bih=616&bvm=pv.xjs.s.en_US.MpiVkf51mpA.O

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAUDE (2013) . **Relatório Primavera 2013 – duas faces da saúde**. Lisboa. Consultado a 3 de Julho de 2013. Acessível em:

[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:8RKFOsX_oUkJ:www.eses.id.uevora.pt/content/download/195/912/version/1/file/RelatorioPrimavera2013_OPSS%2Bcopia%2B\(1\).pdf+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&client=aff-maxthon-newtab](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:8RKFOsX_oUkJ:www.eses.id.uevora.pt/content/download/195/912/version/1/file/RelatorioPrimavera2013_OPSS%2Bcopia%2B(1).pdf+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&client=aff-maxthon-newtab)

Orem, D. (1980). **Nursing: Concepts of practice**. 2ª edição. Chevy Chase Maryland; McGraw-Hill Book Company. ISBN: 0-07-047718.3

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003). **Competências do enfermeiro de cuidados gerias. Conselho de enfermagem**. Lisboa. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). **Modelo de desenvolvimento profissional – Fundamentos, processos e instrumentos para operacionalização do sistema de certificação de competências**. Conselho de Enfermagem. Janeiro 2010. Lisboa. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos1.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). **Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista**. Lisboa. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). **Servir a comunidade e garantir a qualidade: Os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica**. Maio 2010. Lisboa. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (2012). **Chronic Diseases**. Consultado em 3 de Dezembro de 2012. Disponível em:

http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/

Pontes, B., Mendonça, C., Ornelas, C.& Nunes, M. (2008). **Competências dos enfermeiros que exercem funções nos serviços de urgência periféricos da RAM**. Funchal. Dissertação de mestrado apresentada na Universidade Atlântica.

REGULAMENTO nº.122/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. **Diário da República. II série nº.35** de 18 de Fevereiro. pp.8648-8653

Santos, E. (2008). **Formação em serviço e desenvolvimento profissional: desafios e constrangimentos no processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros**. Faro. Dissertação para a obtenção do grau de mestre em Ciências da Educação Área de Especialização de Educação e Formação de Adultos apresentada na Universidade do Algarve. Consultado 11 de Julho de 2013. Acessível em:

<https://sapiencia.ualg.pt/bitstream/10400.1/429/1/FORMA%c3%87%c3%83O%20EM%20SERVI%c3%87O%20E%20DESENVOLVIMENTO%20PROFISSIONAL.pdf>

Serra, M. (2008). Aprender a ser enfermeiro, Identidade profissional em estudantes de enfermagem. **Sísifo / revista de ciências da educação**. Nº5 Jan./ abr. ISSN 1646-4990

Smedley, A.M. (2008). Becoming and Being a Preceptor: A Phenomenological Study .**The Journal of Continuing Education in Nursing** · April 2008 · Vol 39, Nº. 4, pp.185-192. Consultado em 15 de Junho de 2013. Acessível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/viewarticle?data=dGJyMPPp44rp2%2fdV0%2bnjisfk5le46bVLsa62SLKk63nn5Kx95uXxjL6srUm0pbBlr6meSa%2bwskm4p7c4v8OkjPDX7lvf2fKB7eTnfLujr1G1rbZQt6a0SKTi34bls%2bOGpNrgVevk5j7y1%2bVVv8Skeeyzr1CyqLdLtamkfu3o63nys%2b585NzzhOrg45Dy&hid=9>

Serrano, M.; Costa, A.; Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). **Revista de Enfermagem Referência**. III série nº.3. pp.15-23.

Consultado em 6 de Maio de 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n3/v3n3a02.pdf>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEFROLOGIA. (2012). *Relatório Anual do Gabinete da sociedade Portuguesa de Nefrologia*. Obtido em 6 de Dezembro de 2012, de www.spnephro.pt/comissoes_gabinetes/Gabinete_registo_2011/default.asp

Sousa, C. (2012). Cuidar da pessoa com fístula arteriovenosa: modelo para a melhoria contínua. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Escola Nacional de Saúde Pública. 2012; nº.30(1). Pp.11–17. Consultado a 31 de Maio de 2013. Acessível em <http://elearning.esel.pt/>

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. (2011). Reviewers' Manual 2011 Edition. Obtido em 6 de Janeiro de 2013, de

<http://www.joannabriggs.edu.au/Documents/sumari/Reviewers%20Manual-2011.pdf>

ANEXOS

Anexo I – Becoming and Being a Preceptor: A Phenomenological Study

Becoming and Being a Preceptor: A Phenomenological Study

Alison M. Smedley, BHSc (Nursing), GDip FET, MEd, EdD

abstract

Preceptorship is a valuable component of nursing courses today and is seen as vital to the professional preparation of student nurses. Preceptors facilitate the development of knowledge, clinical skills, and professional attitudes in nursing through guidance, supervision, role modeling, and personal development of the student. They also help to orient and socialize the student to the real nursing workplace environment. Being a preceptor in nursing has been identified as time-consuming and requiring clinical teaching skills that many registered nurses (RNs) perceive they do not possess. This article outlines how a small group of RNs from one selected workplace developed their preceptor abilities through undertaking the preceptor program run by Avondale College to prepare them for this important role.

J Contin Educ Nurs 2008;39(4):185-191.

Preceptorship has been accepted as an appropriate term for use in nursing and nurse education because it reflects a short-term relationship between the student and the more experienced nurse. This relationship can also be described as a cognitive apprenticeship in which theoretical knowledge can be linked to practice (Table 1) [Gieselman, Stark & Farruggia, 2000; Lave & Wenger, 1991; Ohrling & Halberg, 2001].

O'Malley, Cunliffe, Hunter, and Breeze (2000) suggested that the qualities of preceptors should include:

- Experience and expertise in the clinical field.
- Good communication and decision-making skills.
- A desire to teach and undertake the preceptor role.
- An interest in professional growth.
- Leadership skills, assertiveness, flexibility to change.
- Nonjudgmental attitude toward coworkers.

- Adaptability to individual teaching needs.

An understanding of techniques used for situated learning (Lave & Wenger, 1991) can be seen as highly relevant for registered nurses (RNs) acting in the capacity of facilitators or preceptors of undergraduate student nurses. Gieselman et al. (2000) suggested these techniques could assist preceptors in acknowledging the diverse learning styles of students. Table 1 outlines situated learning techniques suggested by Gieselman et al. (2000, p. 264).

Although tertiary education institutions mostly provide clinical facilitators, Ryan-Nicholls (2004, p. 20) highlights that, "in the smaller acute care setting where there is an inability to accommodate large numbers of students, it has become difficult or unrealistic to oversee students in a variety of settings dispersed across a range of areas." This role is therefore commonly delegated to regular RN staff in the area. It must be acknowledged that, in Australia, the nursing workforce consists of a high percentage of part-time workers (Australian Institute of Health & Welfare, 2003), suggesting there is minimal opportunity for the student to work consecutive days with the same RN. In this context, the student is often preceptored or facilitated by a number of RNs with varying degrees of motivation and care quality, resulting in little consistency in the student's experience, observation, and participation in nursing care. To learn the role of the nurse, students need motivated, support-

Dr. Smedley is Assistant Course Coordinator, Faculty of Nursing and Health, Avondale College, Wahroonga, New South Wales, Australia.

The author thanks Avondale College for their financial support in continuing nurse education.

Address correspondence to Dr. Alison Smedley, Faculty of Nursing and Health, Avondale College, 185 Fox Valley Road, Wahroonga, Sydney NSW 2076, Australia.

TABLE 1
SITUATED LEARNING TECHNIQUES

Technique	How the Technique Supports Learning
Stories	Serve as a familiar, meaningful way to store, link, and provide ready access to information
Reflection	Provides time to think about what is taking place, puzzle over new situations, anticipate what to do next, and put problems into a meaningful context
Cognitive apprenticeship	Links novices with experts, immersing them in the authentic culture and activity of the practice to be acquired
Collaboration	Fosters skill in working with others of unequal knowledge and ability to come to a shared understanding about the task in which they are engaged
Coaching	Encourages joint responsibility of teacher and learner for the task at hand; teachers create learning environments in which learners can be self-directed in problem solving and construct their own meaning
Multiple practice	Provides opportunities for learners to observe, practice, make mistakes, and try again within a safe environment
Articulation of learning skills	Aids in learning of complex skills by breaking them down into more meaningful parts; clarifies understanding as the learner makes thinking explicit
Technology	Enhances the learning process by using tools to extend the power of human cognition

Note. From Gieselman, Stark, & Farruggia (2000).

ive staff, who provide clear directions and expectations for student performance.

A COLLABORATIVE APPROACH TOWARD LEARNING TO BE A PRECEPTOR

In collaboration with a major private teaching hospital, Avondale College developed a clinical teaching program for RN preceptors (Avondale College, 2005) with the aim of promoting knowledge, skills, attitudes, and confidence in the RN preceptor role in one selected workplace. Avondale College has approximately 300 nursing students who are mostly facilitated by RNs employed and trained for this role by the College. In addition, however, many students are preceptored by RNs in the workplace (both public and private health care facilities). This preceptorship role has been seen to be both time consuming and demanding for the RN who undertakes this role for student nurses, new staff, and new graduate nurses on a regular basis in addition to caring for a patient load within a very busy workplace.

The workplace used in this study was a major private health care facility in the northern suburbs of Sydney, Australia. This facility provides a wide range of clinical experiences for nursing and medical students. Anecdotal feedback from RNs indicated that they were overwhelmed and burned out from fulfilling this role on an ongoing basis, some stating that having to preceptor others was more of a hindrance than a help (personal communication, July 6, 2006). Student feedback was such that they believed

that the RNs did not have the time or the inclination to preceptor them within such a demanding workplace. This feedback suggested that the morale of the staff was low and that some RNs were not embracing the preceptor role well and others did not wish to perform this role.

As in other countries, the health care workforce in Australia is experiencing a significant shortage of nurses, so it was imperative to address these issues. Various incentives were proposed to improve staff morale and to show RNs that their contribution is a valuable asset to the facility. It was also important to provide the student nurses with a supportive and caring workplace experience, so that their view of nursing as a profession remains positive. One incentive was the provision of this program to assist RNs to develop professionally and to be able to fulfill their preceptor role with confidence. This program has become part of a professional recognition program (Learning & Development Centre, Sydney Adventist Hospital, 2006) within the health care facility and can be used by the RN to apply for a Clinical Nurse Specialist position.

Feedback received from those who participated in the program and from the students these RNs preceptored has been positive. This program gives RNs in the workplace the opportunity for ongoing professional development in line with the national competency standards for RNs required by the Australian Nursing & Midwifery Council (2006).

It was anticipated that successful completion of this program would benefit the students, the RN preceptor,

the workplace (Organization), and Avondale College, as follows:

- The RN would gain confidence through an introduction to the knowledge, skills, and attitudes needed to become a nurse preceptor in the workplace, and on successful completion, would be granted the title of “preceptor” and acknowledged as having completed an approved preceptor program by the Organization.
- The successful preceptor would provide support and encouragement to student nurses, new graduate nurses, and trainee enrolled nurses in the workplace. Another goal of the program was to bring about a positive change in the workplace, lift the morale of staff, and promote team efforts.
- On successful completion of this program, the RN could apply for entry to and advanced standing (if deemed acceptable by the Faculty Teaching and Learning Committee) in the postgraduate nursing program at Avondale College or credit as deemed acceptable from other tertiary institutions.

THE PRECEPTOR PROGRAM

The preceptor program began in August 2004, with subsequent intakes in March 2005 and August 2005 (Table 2). Most of the RNs enrolled had not undertaken any further formal study since their initial qualification as a nurse or midwife; however, the majority of the RNs had many years of clinical experience. The program was structured and delivered at entry level to enable the RN in the workplace to develop the tertiary learning skills necessary for ongoing professional and educational pursuits in nursing. Before commencement, the program was externally moderated by a nurse academic from a well-regarded public university. The report provided gave high commendation to the program.

Since its inception, 105 RNs have enrolled in this course, with 27 withdrawing in the first weeks (Table 2). The withdrawal rate for this course is higher than that for other postgraduate courses at Avondale College. One reason for this higher withdrawal rate could be that participants were charged only a minimal fee for this course, whereas other postgraduate students paid the full fee and may have been more committed to completion after paying considerable money. Those students who withdrew offered a number of reasons for their decision, including lack of time, lack of awareness of the commitment needed for postgraduate study, illness of self or family, death in the close or extended family, work changes, and family commitments.

From August 2004 to December 2006, only 6 RNs had not met the requirements of the program, with 72

TABLE 2
STUDENTS ENROLLED IN THE PRECEPTOR
PROGRAM AND INVOLVED WITH THE
RESEARCH

Semester ^a	Student Enrollment	Registered Nurses Completing the Program
August 2004	28	16
March 2005	21	15
August 2005	20	16
March 2006	24	17
August 2006	12	8
Total (2004–2006)	105	72

^aSome students withdrew and re-enrolled the following semester.

students having successfully completed it. This is consistent with adult learning assumptions, as outlined by Knowles, Holton, and Swanson (1998), who proposed that adults learn best when they have the need or desire to learn. In effect, adults cannot be pushed into learning if they lack the desire, and this group provides an example. Withdrawing students were offered deferral to the following year. The program was continued through 2007 and 2008. Further research is currently under way to evaluate the application of knowledge and skills in the workplace. This research was undertaken during the first three semesters of the course (i.e., August 2004 to December 2005) [Table 2].

RESEARCH METHODS

An interpretive paradigm was selected for this study. The methodology chosen was phenomenology because the intention was to explore the lived experience of learning to be a preceptor, thus recognizing the human experience (Streubert-Speziale & Carpenter, 2003). In this study, the RN was asked to reflect on the experience of learning to be a preceptor and to identify issues relating to the experience of developing the knowledge, skills, and attitudes relevant to preceptoring.

Ethical approval was granted from the relevant ethics committees. Confidentiality issues were addressed using information sheets and discussion with each participant. The researcher guaranteed protection and secure storage of data.

Sampling was purposeful; however, it was undertaken on a volunteer basis. That is, the participants for interview were selected on the basis of having firsthand experience with the phenomena of interest. This ensured

that they were best situated to meet the purpose of the research (Streubert-Speziale & Carpenter, 2003). Participants in the study were RNs who had undertaken the sponsored Preceptor Program through Avondale College and who were working in one selected workplace. Consistent with phenomenological studies, participants were interviewed until saturation of themes and ideas occurred, that is, when no new information became available through the interview process (Streubert-Speziale & Carpenter, 2003). For this study, seven participants volunteered and were interviewed from the enrollment groups of August 2004, March 2005, and August 2005 (Table 2).

Before the start of data collection, the bracketing process was undertaken to put aside assumptions and biases that were held by the researcher. Van Manen (1990, p. 175) described this as the act of “suspending one’s various beliefs in the reality of the natural world in order to study the essential structures of the world.”

An interview schedule was developed comprising the following points:

- Knowledge, skills, and attitudes gained from the program.
- Application of new concepts in the clinical environment.
- Perceived differences between teaching RNs and students.
- Teaching students and RNs whose first language was not English.
- Differences associated with the age of the learner.
- Program structure and suggested changes.

All nurses interviewed were female and had completed an RN program between 1970 and 1995. The participants were all experienced nurses with greater than 10 years of nursing experience. Areas of clinical practice were identified and demonstrated a broad base of knowledge and expertise within the study participants. These areas included: Anaesthetics and Recovery, Day Surgery, Intensive Care, Maternity, Medical Oncology, and Urology (medical/surgical).

Further education identified by the seven RN participants included in the study was extensive and included the following areas:

- Certificate IV in Workplace Assessment and Training (Technical and Further Education sector qualification) [three respondents].
- Professional development courses previously undertaken: oncology, education, anaesthetics and recovery, neurological nursing, management and leadership, urology, various inservices and conferences (six respondents).

- Postgraduate Certificates (tertiary level): oncology, anaesthetics and recovery (to complete in 2005), child and family health nursing and lactation (four respondents).
- Postgraduate Diplomas (tertiary level): community nursing and childbirth education (Vocational Education and Training sector qualification) [two respondents].
- Prior experience with preceptoring nurses, new nurse graduates, or new staff (all participants).

The identification of further education provided evidence within the group of RNs participating in the research study (i.e., the participants had significant prior experience in the education and preceptoring of students).

The following research question was posed to the participants: Reflecting on the learning that you undertook in the preceptor program as a postgraduate student at the College, tell me about your feelings, thoughts, and perceptions of your learning experience and how you have applied this learning in the workplace.

Participants were told to take as much time as they needed to fully describe the situation. They were also asked for feedback about the program structure and personal recommendations for changes or additions to the program. Data were collected during audiotaped interviews conducted in person with the RNs within 6 months of completing the course. Interviews were conducted in a private office setting where interruptions were limited and the environment was nonthreatening to both the interviewer and the interviewee. The interviews were transcribed and each was returned to the participant for verification, with amendments or deletions allowed if requested. The participants did not request any changes to their transcripts.

DATA ANALYSIS AND RESULTING EMERGING THEMES

The transcribed interviews were scrutinized in detail by the researcher using the technique of immersion in the data. Immersion is described as dwelling deeply on the transcripts to discover deeper meaning and understanding (Liamputtong & Ezzy, 2005). The interviewer added any extra notes taken at the time of the interview as appropriate (e.g., body language, emotional displays).

Transcripts were reviewed together and compared to uncover the essences and essential relationships in content. Seven themes emerged and are described in Table 3. These seven themes were carefully examined and categorized into two main areas:

- Issues related to learning to be a preceptor.

TABLE 3
EMERGING THEMES AND KEY WORDS OR PHRASES FROM INTERVIEW TRANSCRIPTS

Theme	Key Words and Phrases
Developing knowledge about adult learning (personally and professionally)	Enlightening and influential Greater understanding Enabling and empowering Useful
Increasing awareness of various learning styles	Increased understanding More comfortable More focused on learner's needs More than one way to teach Relationships with students important
Changing attitudes toward students and new graduate nurses	Student advocate Easier to approach students with increased confidence More aware of the role of preceptor More understanding of student need Increased patience Experienced attitudinal change Need for self-reflection Nurture
Changing teaching and learning approaches in the clinical environment	More creative approaches Greater self-understanding Greater confidence in changing approaches Beneficial to ward and self
Experiences with culturally and linguistically diverse learners	Challenging Stressful at times Difficult for the learner Huge change for the learner Creates safety concerns Difficult in clarifying understanding
Experiences with the age of the learners	Challenging at times Depends on the learner's attitude
Differences in teaching registered nurses and students	Need for creativity Facilitating learning rather than teaching Different student attitudes—challenging Building relationships

- Issues related to being a preceptor.

Near the end of this research, the literature was revisited to “place the findings within the context of what is already known about the topic” (Streubert-Speziale & Carpenter, 2003, p. 70).

From this research, additional characteristics of the preceptor can be added to the list proposed by O'Malley et al. (2000). It is proposed that these attributes are equally important and must be acknowledged as valuable for the selection and professional development of preceptors. These include:

- The need for knowledge about adult learning.

- Knowledge of various individuals' learning styles.
- Skills for teaching and learning in a clinical context.
- Positive attitudes toward students and others in the workplace.
- Patience and the desire to motivate others to learn.

The future of nursing will be shaped by human decisions and actions, and if nurses are to be involved with shaping their own future, they must accept responsibility for the educational development of quality role models for the new generation of nurses. The new generation of nurses must be provided with a transformative learning process within a caring and support-

ive learning environment to enable them to embrace future challenges. Nursing must value and support its own profession and produce strong leaders dedicated to upholding the values and value of nursing (Chiarella, 2002).

IMPLICATIONS OF THE STUDY FOR NURSING EDUCATION

As organizations change, consideration must be given to the changing needs of nurse professionals in various roles, and the enhancement of professional development courses to assist nurses in their broadening scope of practice requires constant evaluation and quality management. The expansion of education and training beyond the compulsory level has been seen as helping the workplace to sustain an effective and efficient group of workers and as contributing more broadly to a learning society, related to the concept of lifelong learning (Department of Education, Science & Training, 2002). These changes have facilitated new strategies, such as the Avondale College preceptor program, to enhance student clinical learning, professional development of RNs, and the overall clinical environment of nursing in the workplace.

For Avondale College, the issues highlighted in this study relating to culturally and linguistically diverse students have identified the need for ongoing assessment and evaluation of clinical teaching and learning processes as more international students enroll in undergraduate nursing programs. Support for these students has been strengthened in the form of an English Language Centre and added academic support from the Faculty of Nursing and Health. Because there are also many international RNs working in both public and private hospital systems, on occasion, some international students have the benefit of being preceptored by an international nurse whose language is their own; however, this is a rare occurrence. Avondale College has also ensured that all facilitators and preceptors are given instruction and strategies for dealing with students whom they have observed demonstrating unsafe practice.

This study highlights the benefits of preparing RN preceptors to facilitate and preceptor undergraduate students in the clinical area. Findings indicate that enabling the participants to gain knowledge, skills, confidence, and positive attitudes toward preceptoring students through learning empowers the RN in this role and enhances adult teaching and learning abilities. The study has also demonstrated that attitudes toward students can be an extremely influential mechanism for teaching and learning, one that has the potential to influence employ-

ment after graduation. Notably, the study also identified that the new knowledge about adult learning and individual learning styles was applied and well received in the workplace.

In a more recent survey undertaken by the Learning & Development Centre, Sydney Adventist Hospital (2006), in the selected workplace, it was identified that:

- 100% of participants would recommend the program to others.
- 80% of participants indicated that they were satisfied with the presentation and facilitation of the program, and 70% identified significant value in preceptor role development.
- 80% of participants indicated that the value of a postgraduate credit was important to them.
- 80% of participants were motivated to continue in further postgraduate study.

This program will be ongoing for those RNs who facilitate or preceptor the College's students in any hospital or community facility. To maintain quality, evaluation of the program will continue in the form of written feedback from participants in the program and from students being preceptored.

LIMITATIONS OF THE STUDY AND THE NEED FOR FURTHER RESEARCH

One limitation noted was that the use of in-depth interviewing as a research method takes time and can be expensive. In-depth interviewing can be difficult to do well and requires persistence and interpersonal sensitivity by the researcher. The use of volunteers to be interviewed could also be seen as a limitation because "volunteers can be biased in particular ways" (Liamputtong & Ezzy, 2005, p. 48).

In phenomenological research, the preconceived ideas or biases of the researcher that influence interpretation of interviews can also be seen as a limitation. This highlights the need for bracketing of ideas before the interview and the need for an experienced interviewer. In this context, the interviewer had prior experience with the in-depth interview technique and with analysis of qualitative data.

Another limitation could be that the sample group members were all employed by the same workplace. Further research using a range of other workplaces may elicit different findings. Further exploration of the student's perception of preceptors would aid in the identification of characteristics that make a good preceptor and establish which strategies employed by preceptors work best for students. Preceptor evaluation will help to establish what students perceive they need in terms of preceptor ability in the clinical area.

key points

Preceptorship

Smedley, A. M. (2008). **Becoming and Being a Preceptor: A Phenomenological Study.** *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(4), 185-191.

- 1 Preceptorship is a vital and valuable role of the successful nurse education program.
- 2 Formal education can enhance the ability of registered nurses to perform the role of preceptor.
- 3 Preceptorship can be beneficial for both the registered nurse and the student.
- 4 Enhancing the knowledge, skills, and attitudes of registered nurses can help to develop a more positive culture within the workplace.

Similarly, research investigating students' perceptions of their preceptors using interviews or focal groups would give a deeper and broader meaning and understanding of the way students are preceptored in the clinical area. This article has provided a glimpse at the experience of becoming and being a preceptor through tertiary education.

REFERENCES

Australian Institute of Health & Welfare. (2003). *Nursing labour force, 2002*. Canberra, Australia: Author.

- Australian Nursing & Midwifery Council. (2006). *National competency standards for the registered nurse*. Retrieved January 15, 2006, from www.anmc.org.au
- Avondale College. (2005). *Postgraduate studies in nursing degree submission to the New South Wales Department of Education and training*. Sydney, Australia: Author.
- Chiarella, M. (2002). *The legal and professional structure of nursing*. London: Churchill Livingstone.
- Department of Education, Science & Training. (2002). *National review of nursing education 2002: Our duty of care*. Retrieved September 10, 2006, from www.dest.gov.au/archive/highered/nursing/pubs/duty_of_care/default.html
- Gieselmann, J. A., Stark, N., & Farruggia, M. J. (2000). Implications of the situated learning model for teaching and learning nursing research. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 31(6), 263-268.
- Knowles, M., Holton, E., & Swanson, R. (1998). *The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development* (5th ed.). Houston, TX: Gulf Publishing.
- Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. New York: Cambridge University Press.
- Learning & Development Centre, Sydney Adventist Hospital. (2006). *Preceptor program evaluation*. Sydney, Australia: Author.
- Liamputtong, P., & Ezzy, D. (2005). *Qualitative research methods* (2nd ed.). Melbourne: Oxford University Press.
- Ohrling, K., & Halberg, I. R. (2001). The meaning of preceptorship: Nurses' lived experience of being a preceptor. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 530-540.
- O'Malley, C., Cunliffe, E., Hunter, S., & Breeze, J. (2000). Preceptors in practice. *Nursing Standard*, 14(28), 45-49.
- Ryan-Nicholls, K. D. (2004). Preceptor recruitment and retention. *Canadian Nurse*, 100(6), 19-22.
- Streubert-Speziale, H. J., & Carpenter, D. R. (2003). *Qualitative research in nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Van Manen, M. (1990). *Researching lived experience: Human science for action sensitive pedagogy*. London, Ontario, Canada: The Althouse Press, University of Western Ontario.

CE QUIZ ANSWERS

- | | | | |
|------|-------|------|------|
| 1. A | 2. D | 3. C | 4. B |
| 5. B | 6. C | 7. D | 8. A |
| 9. A | 10. C | | |

Anexo II – Predictors of nurses' perceptions of barriers to research utilization

Predictors of nurses' perceptions of barriers to research utilization

KERSTIN NILSSON KAJERMO ^{PhD, RN}^{1,2}, MARIA UNDÉN ^{MSc, RN}³, ANN GARDULF ^{PhD, RN}⁴, LARS E. ERIKSSON ^{MSc, PhD, RN}¹, MARIE-LOUISE ORTON ^{BSc, RN, RNM}⁵, BENGT B. ARNETZ ^{MD, PhD}^{6,7} and GUN NORDSTRÖM ^{PhD, RN}^{1,8}

¹The Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Division of Nursing, Karolinska Institutet, ²CRU Karolinska University Hospital, ³The Department of Medical and Surgical Gastroenterology, Nursing Division, Karolinska University Hospital, ⁴The Department of Laboratory Medicine, Section of Clinical Immunology, Karolinska Institutet at Karolinska University Hospital, Huddinge, ⁵The Department of Nursing Development, Karolinska University Hospital, Stockholm, ⁶The Department of Public Health & Caring Sciences, Uppsala University and CEOS, Uppsala, Sweden, ⁷Public Health Sciences, Wayne State University, Detroit, Michigan, USA, ⁸The Department of Nursing, Karlstad University, Karlstad, Sweden.

Correspondence

Kerstin Nilsson Kajermo

The Department of Neurobiology

Care Sciences and Society

Karolinska Institutet

23300

SE-141 83 Huddinge

Sweden

E-mail:

kerstin.nilsson.kajermo@ki.se

KAJERMO K. N., UNDÉN M., GARDULF A., ERIKSSON L. E., ORTON M.-L., ARNETZ B. B.

& NORDSTRÖM G. (2008) *Journal of Nursing Management* 16, 305–314

Predictors of nurses' perceptions of barriers to research utilization

Aim To identify predictors of nurses' self-reported barriers to using research findings in clinical practice.

Background Several studies have shown that nurses perceive barriers to research utilization but to our knowledge predictors of nurses' perceptions of barriers to research utilization have not been identified before.

Methods Three questionnaires were answered by 833 nurses: the Barriers Scale, the Quality Work Competence questionnaire and a questionnaire including questions on professional issues.

Results Dissatisfaction with support from immediate superiors for participating in research and/or development projects, having no academic degree and unclear and unrealistic workplace goals were identified as factors increasing the risk of perceiving barriers to the use of research findings in clinical practice.

Conclusions The results imply that head nurses, nursing managers and other health care leaders should create strategies for supporting nurses' professional development and possibilities to implement research findings in clinical practice.

Implications for nursing management To support research utilization and evidence-based care health care leaders, head nurses and nurse managers should create clear and realistic goals for the work place including demands on evidence-based care. It is also important for head nurses and nurse managers to create strategies for supporting nurses' professional development and possibilities to implement research findings in clinical practice.

Keywords: barriers, leadership, nurses, organization, research utilization

Accepted for publication: 17 January 2007

Introduction

There is a growing body of nursing research, which has the potential to contribute to an improvement in nursing-care quality. According to the ethical code for nurses, they should be active in the development of nursing care and thereby make use of nursing research in practice (ICN 2006). Furthermore, in Sweden, as in other countries, there are demands from the authorities for implementation of research findings (SFS 1998: 531). However, there is still a gap between what is known and what is done (Newman *et al.* 1998, Parahoo 2000, Estabrooks 1999, Björkström & Hamrin 2001, Wallin *et al.* 2003).

One strategy to increase research utilization in practice is to identify barriers to research utilization to tailor specific interventions to overcome these barriers. A Cochrane review of tailored interventions to overcome barriers to change shows mixed results according to the effectiveness of the interventions used so far and the authors' conclusion is that there is a need for more research into barriers to change and how to overcome such barriers (Shaw *et al.* 2005). In studies regarding barriers to nurses' use of research findings in clinical practice, it has been found that the predominant barriers identified are related to the organization (Funk *et al.* 1991b, 1995a,b, Dunn *et al.* 1998, Newman *et al.* 1998, Nilsson Kajermo *et al.* 1998, 2000, 2001, Closs *et al.* 2000, Parahoo 2000, Retsas 2000, Marsh *et al.* 2001, McCaughan *et al.* 2002, Oranta *et al.* 2002, McCleary & Brown 2003) and inadequate systems for professional and personal development (Cowley 1995, Newman *et al.* 1998). Other organizational factors, such as the work climate or the culture of the workplace have also been emphasized (Le May *et al.* 1998, Mulhall *et al.* 1998, Newman *et al.* 1998, Estabrooks 1999, McCaughan *et al.* 2002, McCormack *et al.* 2002). Furthermore, characteristics of the individual nurse, such as lack of knowledge of research methods, poor awareness of research findings and negative attitudes towards research, can also be hindrances to the use of new knowledge (Funk *et al.* 1991b, 1995a,b, Hicks 1996, Newman *et al.* 1998, Nilsson Kajermo *et al.* 1998, 2000, 2001, Estabrooks 1999, Hundley *et al.* 2000, McCaughan *et al.* 2002, Oranta *et al.* 2002, McCleary & Brown 2003). Recently, Hutchinson and Johnston (2006) published a literature review of nurses' and other health care professionals' perceptions of barriers to research utilization. Despite the fact that the studies were conducted in various countries and at different time points it appeared that the identified barriers seemed to be almost the same. Earlier studies of

barriers to research utilization have mainly used descriptive and/or correlational design with bivariate statistics. One problem is that bivariate statistics do not account for intercorrelations between the independent variables. For example, in some of the previous studies of barriers, a relationship between barriers and variables as age, education, years of professional experience has been found (Lynn & Moore 1997, Nilsson Kajermo *et al.* 2000, Patiraki *et al.* 2004). These variables are often correlated with each other. Therefore, multivariate statistical methods as, e.g. regression analyses would be a more adequate method (Hair *et al.* 1998). It would therefore be of interest to identify predictors of barriers to research utilization using multivariate methods.

To develop an evidence-based nursing practice and thereby improve the quality of care, it is important to identify and overcome barriers, whether these barriers truly exist or are perceived by the nurses. This is not the least important at a highly specialized university hospital, where the best practice based on research findings should be provided and where many future registered nurses are being educated. Thus, the aim of this study was to identify predictors of nurses' self-reported barriers to using research findings in clinical practice. To fulfil the aim, we created a number of regression models to identify predictors (independent variables) of nurses' perceptions of barriers (dependent variables). To our knowledge predictors of nurses' perceptions of barriers have not been identified before.

Methods

Setting

The study was performed at Huddinge University Hospital in Stockholm, Sweden. Following the description of hospital characteristics presented by Aiken *et al.* (2002), Huddinge University Hospital is a large, high-tech, major research and teaching hospital with approximately 900 beds and about 700 000 annual visits to the outpatient clinics. There are approximately 6500 employees, of whom registered nurses (RN) and registered nurse-midwives (RNM) constitute about one-third.

Subjects

As RNs and RNMs in clinical practice are key persons for the implementation of research findings in patient care, it was considered important to identify factors that predict these individuals' perceptions of barriers to research utilization. All RNs and RNMs at the hospital

were considered for inclusion in the study. Exclusion criteria were full-time leave from the hospital for the last 3 months or more. A total of 1647 RNs/RNMs in clinical care fulfilled the inclusion criteria and were invited to participate in the study by answering three questionnaires (see below). Of the 1647 subjects, 833 (51%) responded. Henceforth, the term 'nurse' will be used for both the RNs and RNM.

Questionnaires and study procedure

Three self-administrated questionnaires were mailed to the nurses: one questionnaire about barriers to research utilization (the Barriers Scale), and two work-environment questionnaires [the 'Quality Work Competence (QWC) questionnaire' and the 'Huddinge University Hospital Model Questionnaire (HMQ)']. The questionnaires included questions on self-reported perceptions of barriers and actual work situation as we believed it important to capture nurses' own views of these issues. The individual's perceptions on these issues are most likely to affect the behaviour, i.e. to implement and use new knowledge whether barriers exist in reality or not.

To investigate the nurses' perceptions of barriers to implementing research findings the 'Barriers and Facilitators to Using Research in Practice' (the Barriers Scale) developed by Funk *et al.* (1991a) was used. It includes 28 items with one additional item dealing with the English language as a possible barrier for Swedish nurses (Nilsson Kajermo *et al.* 1998). Each item is rated from 1 ('to no extent') to 4 ('to a great extent') reflecting the degree to which the item is perceived as a barrier. For each item, a 'no opinion' response is also offered. The Barriers Scale is validated and has been tested for reliability by Funk *et al.* (1991a) and has been widely used for investigation of barriers to research utilization among nurses (Hutchinson & Johnston 2006).

The Barriers Scale includes four subscales: (1) the nurse (characteristics of the adopter), i.e. the nurse's own research values, skills and awareness (eight items); (2) the setting (characteristics of the organization), i.e. barriers and limitations in the organization (eight items); (3) the research (characteristics of the innovation), i.e. the qualities of the research (six items) and (4) the presentation (characteristics of the communication), i.e. the presentation and accessibility of the research (six items; Funk *et al.* 1991a; Table 1). In the present study, Cronbach's α -values were calculated for each subscale and were found to vary between 0.69 and 0.83, indicating acceptable internal consistency reliability (Polit 1996).

Table 1

Barriers to using research in clinical practice, the Barriers Scale [subscales (used as dependent variables) and items in the Barriers Scale]

Subscale/item
Nurse: The nurse's research values, skills and awareness
The nurse is isolated from knowledgeable colleagues with whom to discuss the research
The nurse is unaware of the research
The nurse sees little benefit for self
There is not a documented need to change practice
The nurse does not feel capable of evaluating the research
The nurse does not see the value of research for practice
The nurse feels the benefits of changing practice will be minimal
The nurse is unwilling to change/try new ideas
Setting: Setting barriers and limitations
The nurse does not have time to read research
There is insufficient time on the job to implement new ideas
The facilities are inadequate for implementation
The nurse does not feel she/he has enough authority to change patient care procedures
The nurse feels results are not generalizable to own setting
Doctors will not cooperate with implementation
Other staff are not supportive of implementation
Administration will not allow implementation
Research: Qualities of the research
The research has not been replicated
Research reports/articles are not published fast enough
The nurse is uncertain whether to believe the results of the research
The literature reports conflicting results
The research has methodological inadequacies
The conclusions drawn from the research are not justified
Presentation: Presentation and accessibility of the research
Research reports/articles are not readily available
The relevant literature is not compiled in one place
Implications for practice are not made clear
The statistical analyses are not understandable
The research is not reported clearly and readably
The research is not relevant to the nurse's practice
Research reports/articles are written in English thus constituting a barrier*

*This item is added in the Swedish version and is not included in the statistical calculations.

The QWC questionnaire has been developed by Arnetz and co-workers to assess organizational and staff well-being (Arnetz 1996, 1997, 2001, Thomsen *et al.* 1998). The QWC questionnaire has been used in extensive work environment investigations (Arnetz 1996, 1997, 1999, 2001, Thomsen *et al.* 1998, Anderzen & Arnetz 2005) and the QWC database includes data for approximately 250 000 respondents from different countries. The QWC questionnaire consists of different enhancement areas (EA) that have been found to be major determinants of how staff perceive their work situation. The validated and published version of the QWC questionnaire includes 10 EAs: efficacy, goal clarity, leadership, mental energy, participatory management, performance feedback, skills development, work climate, work-related exhaustion and work tempo (Table 2; Arnetz 1996,

Table 2

The QWC questionnaire EAs/indices used as independent variables

EA	Specific items
Efficacy	Planning of work duties, employees strive towards the same goals, resources used optimally at work, the decision-making process is functional. Working hours sufficient for professional education/development* (4-point scale) [†]
Employeeeeship	I am open to change concerning the way in which we work, I initiate change and improvement at my place of work, I take responsibility for improving my skills and competence, I take responsibility for keeping myself informed (4-point scale) [‡]
Goal clarity	Workplace goals are: well-defined, realistic, influenceable, assessable (6-point scale) [§]
Leadership	Immediate superior: clear in his/her communication, acts consistently, has described how to achieve departmental goals, provide opportunities to develop employees' professional skills, open for change in workplace organization and work habits (4-point scale) [†]
Mental energy	Employee-ratings, of feelings of restlessness, irritation, worry, feeling low/moodiness, difficulty concentrating during the last month (4-point scale) [†]
Participatory management	Opportunity to influence workplace decisions**, latitude for deciding how work should be done, latitude for deciding what tasks should be done, sufficient influence in relationship to responsibilities, opportunity to comment on/have viewpoints on information from immediate superior, actual influence over workplace decisions in relationship to desire (4-point scale) [†]
Performance feedback	Clear work directives from immediate superior when task has been done well and poorly, respectively, clear work directives from immediate superior what are expected from me in my work (4-point scale) [†]
Skills development	Professional skills development in one's work, immediate superior provides employees with opportunities for skills development, skills are utilized in current position, current work tasks offer professional development. Opportunities for a more advanced position within the hospital* (4-point scale) [†]
Work climate	Atmosphere at work, cohesion among co-workers, supportive atmosphere among co-workers (4-point scale) [‡]
Work-related exhaustion	How often staff feel emotionally exhausted after work, physically worn out after work, tired at the thought of work (5-point scale) ^{††}
Work tempo	Time for planning work duties in advance, sufficient time to execute tasks, time to reflect upon/consider how tasks had been carried out, time to consider how work processes could be improved in one's department. Demands to work very hard* (4-point scale) [†]

*The item not included in the QWC indices.

[†]Response alternatives: no, never; no, rarely; yes, sometimes; yes, always.[‡]Response alternatives: disagree strongly; disagree somewhat; agree somewhat; agree strongly.[§]Response alternatives: not at all; not in particular; to some extent; to a high degree; I don't know the goals; we have no goals.[†]Response alternatives: no; yes sometimes; yes many times; yes daily.^{**}A 3-point scale is used: if less influenced than desired (1 point), if influence = desired (4 points), if influence greater than desired (2 points).^{††}Response alternatives: no, never; a few times/year; a few times/month; a few times/week; every day.

QWC, Quality Work Competence; EA, enhancement area.

1997, 1999, Thomsen *et al.* 1998). In the present study, one additional area was included: employeeeeship (B. Arnetz, personal communication). Each EA consists of three to six multipoint items with standard, Likert-like, check-off scales. For further details regarding the response alternatives, the rating and the psychometric data, see Thomsen *et al.* (1998) and Arnetz (1999, 2001). The Cronbach's α s for the EAs when used in this study varied between 0.70 and 0.94 indicating acceptable internal consistency reliability (Polit 1996; Table 2).

The items within each EA can be aggregated and formed into a QWC-indices ranging from a possible low of 0% to a high of 100%. The higher the percentage, the more desirable the results, except for work tempo with desirable percentage (35–40%) and work-related exhaustion with desirable percentage (<30%).

The HMQ questionnaire for nurses, was used to obtain information about demographic data and the nurses' opinions on professional issues. The questionnaire was specifically developed for the study, and consists in total of 34 items. For analyses in this study, eight items were used: age (one item); educational

background (three items), i.e. basic nursing education, supplementary education, academic degree; performance appraisal (one item), i.e. yearly dialogue for performance appraisal with immediate superior; perceived possibilities of making a professional career (one item), i.e. opportunities for making a professional career in one's own profession; participation in and perceived support from superiors for nursing-care research and/or development (two items), i.e. own participation in research and development projects, support from immediate superior to participate in research and/or development projects. Fixed response alternatives were used, e.g. 'yes' or 'no' or 4-graded, Likert-like, check-off scales ranging from 'Not at all' to 'To a great extent'.

The questionnaires were sent together with a covering letter signed by the Chief Executive Officer (CEO) of the hospital by regular mail to the home addresses of all employed nurses with the exception of those on full-time leave for 3 months or more. The letter provided information regarding the purpose of the study, instructions on how to fill in the questionnaires and explanations of how the results would be analysed and presented.

The respondents were asked to send the completed questionnaires in a prestamped, addressed envelope to an external company, where the data were registered in a computerized database. Thus, the questionnaires were answered anonymously in relation to the authors. Reminders were sent after 2 and 3 weeks, respectively.

Statistical analyses

SPSS for Windows, version 11.0.0 was used to analyse the data and the statistical significance a priori set to $P < 0.05$. The 'no opinion' responses on the Barriers Scale were excluded in the statistical calculations.

As the aim of the study was to identify factors that predict nurses' perceptions of barriers to research utilization, regression analyses were used. The analysis was set up in two steps. The first step included the identification of factors predicting perceived perceptions of barriers to research utilization by using stepwise, multiple, linear regression analyses. As dependent variables the four subscales of the Barriers Scale (Table 1) were used. As independent variables the individual obtained indices for the 11 EAs from the QWC questionnaire (Table 2) and the eight items from the HMQ (see above) were used. The independent variables were tested for multicollinearity before being used in the analyses. The tolerance tests showed values >0.40 for all included independent variables, which is considered as acceptable (Edlund 1995). The second step of the analysis included the calculation of odds ratio for perceiving barriers to research utilization. Logistic regression analyses were performed, on variables found to be statistically significant in the stepwise, multiple, linear regression analyses. For the logistic regression analyses, the dependent variables (the subscales of the Barriers Scale) were divided into the highest quartile (i.e. perceiving more barriers) *vs.* the other three quartiles (i.e. perceiving fewer barriers).

Ethical approval

The study was approved by the Ethics Committee at Huddinge University Hospital.

Results

Description of the responding nurses

The mean age of the respondents was 39.6 (SD: 9.8, range: 20–65) years. Of the 820 respondents who had stated their sex, 768 (94%) were women and 52 (6%) were men.

A total of 825 of the nurses answered the question regarding their basic nursing education. Of these, 263 (32%) had qualified as nurses before 1982, when research methodology and nursing science were not included in the curriculum and 501 (61%) had qualified after 1982, when research methodology and nursing science were included in the curriculum. Of the 501 nurses, 290 (58%) had completed a 2-year nursing programme, for which a prerequisite was the completion of a 2-year, basic health care programme at upper secondary school level, and 211 (42%) had concluded a 3-year, baccalaureate-degree programme. Sixty-one of the 825 nurses (7%) had a foreign nursing qualification. The 825 respondents held the following academic degrees: 100 (12%) a Bachelor's degree, six (0.7%) a Master's degree and two (0.2%) the higher licentiate degree.

Factors predicting barriers to research utilization

Twenty-four percentage of the variance (adjusted R^2) of the subscale 'setting' was explained by six variables: work tempo, immediate superiors' support for participating in nursing-care research and/or development projects, participatory management, supplementary education, goal clarity for the workplace and academic degree (Table 3). Of these, work tempo was the most important predictor thus, the higher the work tempo, the more perceived barriers to research utilization. Thirteen percentage of the variance of the subscale 'presentation' was explained by six variables, of which participatory management and having an academic degree were the most important predictors. Thus, the lower the degree of influence over and feedback from the superior head nurse (participatory management), the more the perceived barriers. Five percentage of the variance of the subscale 'nurse' was explained by two variables: type of basic nursing education and goal clarity. Thus, as an example, the older the nursing education, the more the perceived barriers to research utilization by the nurses. The EA goal clarity contributed to all three regression models (Table 3). Thus, not having clear and realistic goals set by the head nurse in cooperation with the staff was associated with the perceptions of more barriers to the use of research findings. None of the independent variables contributed significantly to the variance of the Barrier subscale 'research'.

Odds ratio for perceiving barriers to research utilization

To study the importance of the identified variables further, logistic regression analyses were performed.

Table 3

Stepwise, multiple, linear regression analyses: prediction of perceived barriers to research utilization

<i>Dependent variable (1 = to no extent to 4 = to a great extent)</i>	<i>Step</i>	<i>Independent variable (response alternatives)</i>	<i>Stand. β-coeff.</i>	<i>t-Value</i>	<i>P-value</i>	<i>Cumulative R² by step</i>
The subscale nurse	1	Basic nursing education (0 = before 1982, 1 = 2-year programme, 2 = 3-year baccalaureate programme)*	-0.20	-4.67	0.000	0.04
	2	Goal clarity (0–100%) Adjusted $R^2 = 0.05$, $F = 14.779$, df (regression;residual) = 2;512, $P < 0.001$	-0.12	-2.78	0.006	0.06
The subscale setting	1	Work tempo (0–100%)	0.24	5.31	0.000	0.14
	2	Immediate superior's support for participating in nursing-care research and development projects (1 = not at all to 4 = absolutely)	-0.23	-5.24	0.000	0.22
	3	Participatory management (0–100%)	-0.11	-2.27	0.024	0.23
	4	Supplementary education (0 = no, 1 = yes)	0.10	2.45	0.015	0.24
	5	Goal clarity (0–100%)	-0.09	-2.11	0.035	0.25
	6	Academic degree (0 = no, 1 = yes) Adjusted $R^2 = 0.24$, $F = 28.994$, df (regression;residual) = 6;514, $P < 0.001$	-0.08	-2.05	0.041	0.25
The subscale presentation	1	Participatory management (0–100%)	-0.14	-2.96	0.003	0.06
	2	Academic degree (0 = no, 1 = yes)	-0.14	3.01	0.003	0.09
	3	Immediate superior's support for participating in nursing-care research and development projects (1 = not at all to 4 = absolutely)	-0.16	-3.33	0.001	0.10
	4	Yearly dialogue for performance appraisal with immediate superior (0 = no, 1 = yes)	0.12	-2.63	0.009	0.12
	5	Basic nursing education (0 = before 1982, 1 = 2-year programme, 2 = 3-year baccalaureate programme)*	-0.10	-2.24	0.026	0.13
	6	Goal clarity (0–100%) Adjusted $R^2 = 0.13$, $F = 13.226$, df (regression;residual) = 6;507, $P < 0.001$	-0.10	-2.12	0.034	0.14

Subscales of the Barriers Scale are used as dependent variables. Negative β -coefficients indicate an inverse relationship.*Those with a foreign nursing education were excluded. **Standardized β -coefficients.

The subscale 'nurse' was excluded from the logistic regression analyses, as only 5% of the variance was explained by the regression model (Table 3).

Perceiving unclear and unrealistic workplace goals, being dissatisfied with support from superiors for participation in nursing-care research and/or development projects, and having no academic degree, significantly increased the risk of perceiving barriers related to the subscale 'setting' with 110–150% (OR = 2.1–2.5, $P < 0.001$ –0.027). Being dissatisfied with support from superiors for participating in research and/or development activities, increased the risk of perceiving barriers related to the subscale 'presentation' by 80% (OR = 1.8, $P = 0.008$) and having no academic degree by 430% (OR = 5.3, $P < 0.001$; Table 4).

Discussion

The implementation of research findings and new knowledge has always been a way of developing health care, and of pushing the boundaries of nursing quality

forward. Nurses have a great research utilization potential, as they are the single, largest, professional group within the health care sector. In the present study, we wanted to identify factors that predict how nurses perceive barriers to research utilization. Several factors contributed to this, e.g. dissatisfaction with support from immediate superior/head nurse for participation in research and development projects, unclear and unrealistic goals for the work place, lack of an academic degree and an older nursing education.

The head nurses' support for participation in research and development activities is instrumental in creating the culture and values that facilitate changes towards research-based nursing care. Not perceiving support from the head nurse for such activities significantly increased the odds for perceiving barriers to research utilization. A special problem in Sweden is the fact that many head nurses have an older nursing education and thereby lack basic scientific education, which makes it difficult for them to embrace the importance of research utilization and evidence-based care. Indeed, in a study

Table 4

Logistic regression analyses: odds ratio for perceiving barriers to research utilization related to the subscales 'setting' and 'presentation' from the Barriers Scale*

Dependent variable [highest quartile (more barriers) vs. the other three quartiles]		Independent variable	Odds ratio	95% CI	P-value
The subscale setting	Academic degree		2.5	1.2–5.2	0.015
	Immediate superior's support for participating in nursing-care research and development projects		2.1	1.6–2.6	0.000
	Goal clarity		2.1	1.1–4.2	0.027
	Participatory management		1.2	0.7–2.2	0.466
	Work tempo		1.0	0.6–1.6	1.008
	Supplementary education		0.7	0.5–1.1	0.698
The subscale presentation	Academic degree		5.3	1.5–18.6	0.000
	Immediate superior's support for participating in nursing-care research and development projects		1.8	1.3–2.4	0.008
	Goal clarity		1.8	0.8–4.1	0.135
	Participatory management		1.3	0.6–2.5	0.482
	Basic nursing education [†]		1.2	0.8–1.7	0.400
	Yearly dialogue for performance appraisal with immediate superior		1.2	0.8–1.7	0.159

*The overall rates of correct classification for the two models were 76.7% and 82.1%, respectively.

[†]Those with a foreign nursing education were excluded.

of required and possessed competences of nurse leaders themselves, the nurse leaders rated facilitating and supporting nursing research and research utilization as their lowest competence (Lorensen *et al.* 2002). This indicates the need to train and educate the head nurses in Sweden in research and research utilization to strengthen their potential to support such activities. This is further shown by the finding that being dissatisfied with support from immediate superiors for development and research activities increases the nurses' intention to quit their jobs (Gardulf *et al.* 2005).

Lack of clear and realistic goals and, a low degree of influence and feedback inhibit the possibilities for reflection and changes of routines. Clear and realistic goals for the work place ought to be a part of an effective organization that promotes a learning environment described among the key elements in the change towards evidence-based nursing (Ellström 2001, Rycroft-Malone *et al.* 2002). The setting up of discussed and supported goals, achieved through a democratic process that enhances participatory influence, is the responsibility of the head nurse and is the first step towards a structured development of nursing care. The goals should also include the stipulation that nursing care should be based on evidence. A high degree of influence and feedback from the head nurse at the workplace are ingredients of a learning organization, which is seen as a prerequisite for nurses' professional development and evidence-based care (Cowley 1995, Newman *et al.* 1998, Ward & McCormack 2000, Rycroft-Malone *et al.* 2002, Wallin *et al.* 2003).

Lack of an academic degree increased significantly the odds of perceiving barriers to research utilization. Moreover, an older nursing education also contributed to the perception of barriers. One problem today is that the many nurses lack academic degrees and many of them were educated before research and scientific methods were systematically included in the curricula. For several years, Swedish nurses with an older nursing education have had the opportunity to take special courses in nursing science, including research methods. However, this ambitious investment may not yield the desired effects if continuous support and facilitation are not given (Camiletti & Huffman 1998, Hundley *et al.* 2000, Mulhall *et al.* 2000, Rycroft-Malone *et al.* 2002, Tsai 2003, Wallin *et al.* 2003).

In the multiple regression analysis, a high work tempo contributed to nurses' perceptions of barriers related to the 'setting'. But in the logistic regression, a high work tempo did not significantly increase the odds for perceiving setting barriers. This finding is of interest as the major setting barrier in almost all studies using the Barriers Scale, is lack of time for reading and implementing research (Hutchinson & Johnston 2006). It could therefore be expected that work tempo would have had a greater impact on the perception of barriers related to the setting. This shows the need to investigate what the concept 'lack of time' actually stands for. Tydén (1993), e.g. has discussed the multifaceted time-concept and that lack of time often has other underlying aspects such as lack of knowledge or lack of interest in an innovation.

Methodological considerations

This study was performed as a postal survey sent to all nurses at a university hospital. The overall response rate was 51%. This is lower than the desired response rate of 60% or more but still acceptable for this kind of survey (Polit & Hungler 1995). Possible reasons for the non-response may have been lack of interest in the subject of the study, too many questions or survey overloading. The nurses at the hospital had been involved in another extensive work survey shortly before this study and had received poor feedback on its results. Batalden and Stoltz (1993) have observed that people are often suspicious and afraid of speaking their minds regarding their work situation. This may also have contributed to the low response rate in this study. However, one should bear in mind that there were nevertheless more than 800 nurses who responded to the questionnaires and voiced their views. There were no significant differences regarding age and sex between the group of respondents and the total group who received the questionnaires. It was not possible to do any further investigation of the non-responders as they were anonymous to the authors.

Stepwise, multiple regression analyses were performed to identify predictors of perceived barriers to research utilization. The used variables explained between 5% and 24% of the variance in the dependent variables, thus leaving most of the variance unaccounted for. In the area of social and behavioural sciences, the possibility to predict the variance in the dependent variable is generally low, and an explained variance of 25% is considered high according to Cohen (1988). Anyhow, the result implies the need for further research into what influences nurses' perceptions of barriers to research utilization and the complex process of implementing evidence-based practice and research utilization as described and discussed by, e.g. Rycroft-Malone *et al.* (2002) and Stetler (2003).

Conclusions

Dissatisfaction as regards support from immediate superiors/head nurses for participating in development and/or research activities and lack of an academic degree together with lack of clear and realistic goals for the work place were found to predict nurses' perceptions of barriers to research utilization.

The identified predictors of nurses' perceptions of barriers to research utilization imply that head nurses, nursing managers and other health care leaders should create strategies to support nurses' professional devel-

opment and possibilities to implement research findings and thereby enhance evidence-based practice. One such strategy might be to support research education for nurses, head nurses and nurse managers to prepare them better for evidence-based care and to implement research findings. Strategies must also involve other organization directed activities as, e.g. clear, realistic goals for nursing with demands for evidence-based practice and providing time for reflection and discussion of research findings. More research is needed to understand the better underlying dimensions of nurses' perceptions of barriers to research utilization. It would also be of interest to specifically study head nurses' and nurse managers' perceptions of barriers to research utilization. Furthermore, future research should focus on factors facilitating the implementation of research findings in clinical practice.

Acknowledgements

This study was generously supported by nursing research funds from Huddinge University Hospital and the Research Board for Health and Caring Sciences at Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden. We are also grateful to Mr Neil Tomkinson of Preston, England, and Hillary Hocking, Östersund, Sweden for their help with the language revision.

References

- Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M., Sochalski J. & Silber J.H. (2002) Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job satisfaction. *The Journal of the American Medical Association* **288**, 1987–1993.
- Anderzen I. & Arnetz B.B. (2005) The impact of a prospective survey-based workplace intervention program on employee health, biologic stress markers, and organizational productivity. *Journal of Occupational and Environment Medicine* **47**, 671–682.
- Arnetz B.B. (1996) Techno-stress: a prospective psychophysiological study of the impact of a controlled stress-reduction program in advanced telecommunication systems design work. *Journal of Occupational and Environment Medicine* **38**, 53–65.
- Arnetz B.B. (1997) Physicians' view of their work environment and organisation. *Psychotherapy and Psychosomatics* **66**, 155–162.
- Arnetz B.B. (1999) Staff perception of the impact of health care transformation on quality of care. *International Journal for Quality in Health Care* **11**, 345–351.
- Arnetz B.B. (2001) Psychosocial challenges facing physicians of today. *Social Science and Medicine* **52**, 203–213.
- Batalden P.B. & Stoltz P.K. (1993) A framework for the continual improvement of health care: building and applying professional improvement to test changes in daily work. *Journal of Quality Improvement* **19**, 424–452.
- Björkström M.E. & Hamrin E.K.F. (2001) Swedish nurses' attitudes towards research and development within nursing. *Journal of Advanced Nursing* **34**, 706–714.

- Camiletti Y.A. & Huffman M.C. (1998) Research utilization: evaluation of initiatives in a public health nursing division. *Canadian Journal of Nursing Administration* 11, 59–77.
- Closs S.J., Baum G., Bryar R.M., Griffiths J. & Knight S. (2000) Barriers to research implementation in two Yorkshire hospitals. *Clinical Effectiveness in Nursing* 4, 3–10.
- Cohen J. (1988) *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 2nd edn. Lawrence Erlbaum Associates Inc., Hillsdale, NJ.
- Cowley S. (1995) Professional development and change in a learning organization. *Journal of Advanced Nursing* 21, 965–974.
- Dunn V., Crichton N., Roe B., Seers K. & Williams K. (1998) Using research for practice: a UK experience of the barriers scale. *Journal of Advanced Nursing* 27, 1203–1210.
- Edlund P.-O. (1995) *SPSS för Windows: Multipel Regression Analys (SPSS for Windows: Multiple Regression Analysis)*. Studentlitteratur, Lund (in Swedish).
- Ellström P.E. (2001) Integrating learning and work: problems and prospects. *Human Resource Development Quarterly* 12, 421–435.
- Estabrooks C.A. (1999) Mapping the research utilization field in nursing. *Canadian Journal of Nursing Research* 31, 53–72.
- Funk S.G., Champagne M.T., Wiese R.A. & Tornquist E.M. (1991a) Barriers: the barriers to research utilization scale. *Applied Nursing Research* 4, 39–45.
- Funk S.G., Champagne M.T., Wiese R.A. & Tornquist E.M. (1991b) Barriers to using research in practice: the clinician's perspective. *Applied Nursing Research* 4, 90–95.
- Funk S.G., Champagne M.T., Tornquist E.M. & Wiese R.A. (1995a) Administrators' views on barriers to research utilization. *Applied Nursing Research* 8, 44–49.
- Funk S.G., Tornquist E.M. & Champagne M.T. (1995b) Barriers and facilitators of research utilization. An integrative review. *Nursing Clinics of North America* 30, 395–407.
- Gardulf A., Söderström A.-L., Orton M.-L., Eriksson L.E., Arnetz B. & Nordström G. (2005) Why do nurses at a university hospital want to quit their jobs? *Journal of Nursing Management* 13, 329–337.
- Hair J.F., Anderson R.E., Tatham R.L. & Black W.C. (1998) *Multivariate Data Analysis*, 5th edn. Prentice Hall International, London.
- Hicks C. (1996) A study of nurses' attitudes towards research: a factor analytic approach. *Journal of Advanced Nursing* 23, 373–379.
- Hundley V., Milne J., Leighton-Beck L., Graham W. & Fitzmaurice A. (2000) Raising research awareness among midwives and nurses: does it work? *Journal of Advanced Nursing* 31, 78–88.
- Hutchinson A.M. & Johnston L. (2006) Beyond the Barriers Scale, Commonly reported barriers to research use. *JONA* 36, 189–199.
- ICN (2006) *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Available at: <http://www.icn.ch/icncode.pdf>, accessed on 12 February 2006.
- Le May A., Mulhall A. & Alexander C. (1998) Bridging the research – practice gap: exploring the research culture of practitioners and managers. *Journal of Advanced Nursing* 28, 428–437.
- Lorensen M., Sinkkonen S., Lichtenberg A. *et al.* (2002) Required and possessed competencies of nurse leaders in the primary health care settings of the Nordic countries. *Vård i Norden* 22, 31–37.
- Lynn M.R. & Moore K. (1997) Research utilization by nurse managers: current practices and future directions. *Seminars for Nurse Managers* 5, 217–223.
- Marsh G.W., Nolan M. & Hopkins S. (2001) Testing the revised barriers to research utilization scale for the use in the UK. *Clinical Effectiveness in Nursing* 5, 66–72.
- McCaughan D., Thompson C., Cullum C., Sheldon T.A. & Thompson D.R. (2002) Acute care nurses' perceptions of barriers to using research information in clinical decision making. *Journal of Advanced Nursing* 39, 46–60.
- McCleary L. & Brown G.T. (2003) Barriers to pediatric nurses' research utilization. *Journal of Advanced Nursing* 42, 364–372.
- McCormack B., Kitson A., Harvey G., Rycroft-Malone J., Titchen A. & Seers K. (2002) Getting evidence into practice: the meaning of 'context'. *Journal of Advanced Nursing* 38, 94–104.
- Mulhall A., Alexander C. & le May A. (1998) Appraising the evidence for practice: what do nurses need? *Journal of Clinical Effectiveness* 3, 54–58.
- Mulhall A., Le May A. & Alexander C. (2000) Research based nursing practice – an evaluation of an educational programme. *Nurse Education Today* 20, 435–442.
- Newman M., Papadopoulos I. & Sigsworth J. (1998) Barriers to evidence-based practice. *Clinical Effectiveness in Nursing* 2, 11–20.
- Nilsson Kajermo K., Nordström G., Krusebrant Å. & Björvell H. (1998) Barriers to and facilitators of research utilization as perceived by a group of registered nurses in Sweden. *Journal of Advanced Nursing* 27, 798–807.
- Nilsson Kajermo K., Nordström G., Krusebrant Å. & Björvell H. (2000) Perceptions of research utilization: a comparison between health care professionals, nursing students and a reference group of nurse clinicians. *Journal of Advanced Nursing* 31, 99–109.
- Nilsson Kajermo K., Nordström G., Krusebrant Å. & Lützén K. (2001) Nurses' experiences of research utilization within the framework of an educational programme. *Journal of Clinical Nursing* 10, 671–681.
- Oranta O., Routasalo P. & Hupli M. (2002) Barriers to and facilitators of research utilization among Finnish registered nurses. *Journal of Clinical Nursing* 11, 205–213.
- Parahoo K. (2000) Barriers to and facilitators of research utilization among nurses in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing* 31, 89–98.
- Patiraki E., Karlou C., Papadopoulou D. *et al.* (2004) Barriers in implementing research findings in cancer care: the Greek registered nurses perceptions. *European Journal of Oncology Nursing* 8, 245–256.
- Polit D.F. (1996) *Data Analysis and Statistics for Nursing Research*, pp. 248–250. Appleton & Lange, Stamford, CT.
- Polit D.F. & Hungler B.P. (1995) Self-reports. In *Nursing Research. Principles and Methods*, 6th edn, pp. 331–362. Lippincott, Philadelphia, PA.
- Retsas A. (2000) Barriers to using research evidence in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 31, 599–606.
- Rycroft-Malone J., Kitson A., Harvey B. *et al.* (2002) Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. *Quality and Safety in Health Care* 11, 174–180.

- SFS (1998) *Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. (Act on Professional Activity in the Field of Health and Medical Care)*. SFS, 1998: 531. Stockholm, (in Swedish).
- Shaw B., Cheater F., Baker R., Gillies C., Hearnshaw H., Flottorp S. & Robertson N. (2005) Tailored interventions to overcome barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. July 20 (3). CD005470.
- Stetler C.B. (2003) Role of the organization in translating research into evidence-based practice. *Outcomes Management* 7, 93–103.
- Thomsen S., Dallender J., Soares J., Nolan P. & Arnetz B.B. (1998) Predictors of a healthy workplace for Swedish and English psychiatrists. *British Journal of Psychiatry* 173, 80–84.
- Tsai S. (2003) The effects of a research utilization in-service program on nurses. *International Journal of Nursing Studies* 40, 105–113.
- Tydén T. (1993) *Knowledge Interplay. User-oriented Research Dissemination through Synthesis Pedagogics*. Doctoral Dissertation, Uppsala Universitet, Uppsala, Sweden.
- Wallin L., Boström A.-M., Wikblad K. & Ewald U. (2003) Sustainability in changing clinical practice promotes evidence-based nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 41, 509–518.
- Ward C. & McCormack B. (2000) Creating an adult learning culture through practice development. *Nurse Education Today* 20, 259–266.

Anexo III – An exploratory study of first year nursing students' learning in the clinical workplace

An exploratory study of first year nursing students' learning in the clinical workplace

LAURIE GREALISH

Senior Lecturer in Nursing, University of Canberra, Canberra, ACT, Australia

KRISTEN RANSE

Lecturer in Nursing, University of Canberra, Canberra, ACT, Australia

ABSTRACT

This study explored how first year undergraduate nursing students learn in clinical placements as part of a program informed by Wenger's (1998) social theory of learning. Forty-nine written student narrative accounts of a learning experience were analysed and three triggers for learning were identified. The first trigger is that participation (or observation) of a task or procedure leads students into a complex, dramatic reading of nursing work. The second is that when students are personally (emotionally) confronted by the work, it presents a high challenge situation, recognized by students as a significant learning opportunity. The third trigger is encounters with different nurses assist students to construct an image of what they want to be as a nurse. These three triggers appear to align with Wenger's Communities of Practice constructs for identity, engagement, imagination, and alignment, and provides preliminary evidence supportive of the social theory of learning for nursing students on clinical placement.

KEYWORDS: learn; student; nursing; identity; clinical education

INTRODUCTION

There are persistent concerns about the rising numbers of nursing students and the falling numbers of Registered Nurses available to supervise their practice. The capacity of health institutions to offer 'quality' learning experiences (Hutchings, Williamson, & Humphreys, 2005) offers a challenge for both the health industry and higher education sectors. Further, the increasing dominance of the economic discourses in clinical nursing education (McKenna & Wellard, 2004) confounds the issue of clinical education. Models of nursing education that are dependent upon full-time staff available to preceptor one

student at a time are no longer sustainable. Newer models, such as the Dedicated Education Unit (Edgecombe, Wotton, Gonda, & Mason, 1999) provide alternatives that may offer sustainable solutions to the increasing nursing shortage.

In 2003, one university in one Australian jurisdiction implemented the Dedicated Education Unit (DEU) model of clinical nursing education within the three year Bachelor of Nursing program. This model was developed and extended to practice settings as diverse as hospital medical and surgical units, residential aged care facilities, operating theatres, and mental health and community health services. The DEU model is informed by

a social theory of learning, specifically Wenger's (1998) Community of Practice theory. Social theories of learning advocate that learning occurs in any participatory activity (Hodkinson & Hodkinson, 2004; Wenger, 1998). Research into how nursing students learn in a clinical model emphasising social theories of learning, such as the DEU, is required to develop innovative ways of supporting their learning in the workplace. Further information on the DEU model can be found elsewhere (see Edgecombe et al., 1999).

LITERATURE REVIEW

Nursing students, like other learners, are active constructors of knowledge (Billett, 2000; Mezirow, 2000; Wenger, 1998). As such, participation in everyday work is a highly valued aspect of learning (Billett, 2000; Lofmark & Wikblad, 2001). Nursing students are excited about their clinical placement, with many investing time in researching possible options and nominating preferences for particular practice settings. In a phenomenographic study, Brammer (2006) found that when registered nurses conceptualised the students as future peers, their engagement of students in their work is much higher.

Involvement with workload and gaining knowledge can enhance confidence and reduce anxiety in nursing students (Chesser-Smyth, 2005). Eraut (2004) identified four main work activities that gave rise to learning as participation in group activities, working alongside others, tackling challenging tasks, and working with clients. In another study of learners, Cheetham and Chivers (2001) found that students view every experience, whether positive or negative, as an opportunity to learn; daunting or stretching tasks, that require imagination and creativity, are potentially the best learning opportunities.

The transition of a layperson to student nurse is acknowledged as part of a longer journey to identification as a Registered Nurse (Holland, 1999). Students' images of what it means to be a nurse are likely to be formed prior to placement but may be affirmed or challenged in placement based

upon the quality of support from the registered nurses (Spouse, 2000). Spouse (2000) found that students were motivated to stay in nursing when their images of nursing were congruent with the practices in which they participated or observed.

In one Australian study of how students learn to be a nurse, three categories of identity emerged as developing confidence, confirmation and assimilation of ways of knowing (Stockhausen, 2004). In shaping an identity within a community of practice, in this case as a registered nurse, the learner undergoes three modes of belonging: engagement, imagination and alignment (Wenger, 1998). Each of these three modes is both a source of identification and negotiability. Engagement is through our direct experience of the world and how these experiences reflect who we are; imagination is our personal and collective images of the world that locate us in a range of contexts; and alignment occurs through our power to direct energies, our own and that of others, to achieve treasured goals (Wenger, 1998). Through participation in communities, such as hospital wards and health units, nursing students create and re-create meanings of who they are in these different communities. This negotiation of meaning, in relation to the communities within which students are working, is central to identity and therefore learning.

Whether these negotiations occur, and if so how they manifest and can be supported by curriculum and teachers, requires further investigation. Most contemporary clinical education models, such as preceptorship, are based upon cognitive theories of learning that assume learning is an individual activity, such as Knowles (1990), Bandura (1977) and Johns (2004). While these models can support learning, they do not acknowledge the complexity of learning that occurs in relationship with others such as patients, families, other students, registered nurses, enrolled nurses, nursing assistants, doctors, allied health professionals, and others not involved with direct care work such as cleaners, ward officers, and diet maids. The messiness of busy workplaces, as social hives of activity and influence is rendered invisible in many cognitive learning theories.

There is very little literature on the first year nursing student experience of clinical learning. There is some evidence that first year students value clinical procedures or tasks as most important prior to attending clinical placement (Cooke, 1996; Lofmark, Carlsson, & Wikblad, 2001). In Cooke's (1996) study, following placement, first place was hygiene needs where students reported challenges such as feeling embarrassed, dealing with nudity, or safety concerns. In the same study, students identified the second most challenging situation as communication with others such as patients, other students, nurses and doctors (Cooke, 1996). Although first year students value procedures or tasks before their placement, once in the field these priorities for learning change.

The concept of belongingness has recently been introduced to the academic discussion of clinical learning (Levett-Jones, Lathlean, Maguire, & McMillan, 2007). In a review of the literature, this group of authors found that belongingness "provides a convincing argument for the human need to belong to a community of peers, whether at work or in meaningful social or family groups" (Levett-Jones et al., 2007, p. 213). Nursing students' efforts to 'fit in' to nursing communities during their clinical placements (Chapman & Orb, 2000) provides further evidence that belonging is highly valued.

Understanding how student nurses learn in the clinical workplace setting can assist academics and clinical teachers to support and facilitate such learning. This study investigates how first year nursing students describe learning in the clinical workplace supported by the DEU model of clinical nursing education.

METHOD

For this study, we assumed the nursing students were active constructors of meaning, consistent with transformational learning (Mezirow, 2000) and communities of practice theory (Wenger, 1998). The purpose of the study was to gain insights into the experience of learning in the workplace (clinical setting) for nursing students.

In order to learn more about how students were learning, narrative inquiry was adopted. Narrative inquiry has been used in nursing clinical education as a method to (re)construct nursing knowledge, identity and practice (Lindsay & Smith, 2003).

In 2007, nursing students in a three-year Bachelor of Nursing program were invited to share a clinical narrative where they learned while on clinical placement. The data collection form consisted of three A4 sized pages. Students were asked to respond to the following question, "Describe a clinical event that has happened for you, where you believe that you learned about being a nurse or nursing as a professional practice." Students were then prompted to describe 'what happened', 'who was involved', 'how you felt' and 'what you learned'.

The researchers were aware of their relationship with students as their teachers and student privacy was ensured by collection of narratives in class by tutors and transcription of narratives by a professional transcription service. Students were instructed not to place their name or other identifying information in their narrative. The University Human Ethics Committee approved the conduct of the study.

This paper reports on the first year nursing student narratives only. Of 80 first year students, 62 submitted a data collection form. Data collection forms were then excluded from data analysis if they were not completed (Narratives 13 & 15), did not report on a single specific event from the clinical workplace (Narratives 10, 16, 19, 20, 35 & 59), or there was not evidence of learning (either explicit or implied) (Narratives 26, 28, 31, 43 & 57). Following the exclusion of these data collection forms, the remaining 49 data collection forms containing first year nursing student narratives were transcribed into a single document for data analysis.

The narratives were read and re-read by the two researchers independently, with an interpretive approach (Altheide & Johnson, 1994). When reading the narratives, the researchers

were attuned to notice what emotions the student expressed, how the student identified him or herself (voice) in relation to others, and how the student described, or what was implied about, learning. When the researchers met, the interpretive themes were compared and then further analysed until final themes were agreed upon.

FINDINGS

Analysis of the 49 narratives led to the development of 17 thematic statements (see Table 1).

While dwelling with the data, three thematic constructs emerged. We call these three constructs 'learning triggers' (see Table 2). They are

consistent with the modes of belonging associated with developing identity in the communities of practice theory (Wenger, 1998). The triggers are:

- Participation (or observation) of a task or procedure that leads to (takes them into) a complex, dramatic reading of nursing work;
- Being personally (emotionally) confronted by the work (high challenge); and
- Meeting nurses who contribute to the development of an image of what the student wants to be as a nurse.

Each of these triggers is discussed in more depth in the following sections.

TABLE 1: THEMATIC STATEMENTS EMERGED FROM ANALYSIS OF 49 STUDENT NARRATIVES

Thematic statement	Narrative number
1. When focus shifts from task to person, leads to self awareness and new insights (learning)	07, 08, 16, 23, 29, 30, 36,
2. Enter with a simple task and growing appreciation of the complexity of the situation (realise the task is loaded)	39, 45, 48, 49, 51, 54, 56
3. Recognise complex relationships includes family (focus shifts from patient to family)	07, 17, 18, 46
4. When confronted by challenging situations, the student can experience negative emotions such as fear, anxiety, anger and these emotions trigger reflection and new possibilities	23, 24, 27, 40, 41, 44, 47, 50, 54, 58, 60
5. When confronted by challenging situations and there is a positive outcome, confidence grows	12
6. Experience of the nurse's sharing intimate moments such as birth and death leads to self-awareness	38, 50, 53
7. High challenge with a high emotive response leads to learning	24, 27
8. Commitment (motivated) to learn more	41, 47
9. Early loss of confidence – personal progress	23, 45
10. Confidence to speak up when practice doesn't meet expectations	02
11. Commitment to patient	61
12. Guidance (feedback) from the nurse contributes to learning about practice	04, 09, 14, 22, 25, 32, 33, 37, 42, 49, 52, 62
13. Lack of guidance contributes to learning about practice	24, 27
14. Support and mentoring	10, 23
15. Variable support	11
16. When the practice does not meet expectations, learning occurs	41, 55
17. RN as 'star' or 'hero'	03, 04, 21

TABLE 2: THEMATIC STATEMENTS GROUPED BY 'TRIGGERS' FOR LEARNING

Participation (or observation) of a task or procedure that leads to (takes them into) a complex, dramatic reading of nursing work

1. When focus shifts from task to person, leads to self awareness and new insights (learning)
2. Enter with a simple task and growing appreciation of the complexity of the situation (realise the task is loaded)
3. Recognise complex relationships includes family (focus shifts from patient to family)

Being personally (emotionally) confronted by the work (high challenge)

4. When confronted by challenging situations, the student can experience negative emotions such as fear, anxiety, anger and these emotions trigger reflection and new possibilities
5. When confronted by challenging situations and there is a positive outcome, confidence grows
6. Experience of the nurse's sharing intimate moments such as birth and death leads to self-awareness
7. High challenge with a high emotive response leads to learning
8. Commitment (motivated) to learn more
9. Early loss of confidence – personal progress
10. Confidence to speak up when practice doesn't meet expectations
11. Commitment to patient

Finding a nurse who embodies what they want or don't want to be as a nurse

12. Guidance (feedback) from the nurse contributes to learning about practice
13. Lack of guidance from the nurse contributes to learning about practice
14. Support and mentoring
15. Variable support
16. When the RN/ EN/ AIN practice does not meet expectations, learning occurs
17. RN as 'star' or 'hero'

Learning trigger 1: Participation takes students into a complex and dramatic reading of nursing work

Within this theme, there were three thematic statements, capturing learning in 18 of the narratives. In these narratives, the students described being involved in the practical aspects of caring for a patient (or resident). While with the person, the students' stories revealed their understanding of a shift in their focus from the task at hand to the person with whom they were working. Participating in the task leads the student to discover that nursing work is much more complex than the task intimates. For example, the narrative 07 (below) reveals that taking the post-operative

observations can lead to much more complex emotional care.

I was at a placement in the paediatric unit and I was assigned to complete ½ hourly observations on two patients that had returned from surgery. After completing the obs [sic] in the fourth hour I was told to make them hourly obs. While completing my first set of hourly obs one of the patient's mother began to express all of her anxieties at me about the surgery and how her child would recover.

At this stage I felt a little unsure about what to say to her, other than explain that her son's obs are stable and he is recovering quite well.

She then went on to tell me about her anxieties about her life, things like her problems managing her weight, how she was trying to manage supporting a family and completing further education. I began to realise that she was needing to express her emotions and that she had bottled them up for a long time. I felt that the stress of her son having surgery and another nurse asking about how much he eats (he was obese) brought the mother to breaking point.

From this I learnt that it is not always the patient that you have to care for but also their family and all of their concerns. I learnt that it is a valuable tool to have and that even the most calmest, relaxed parents may turn and need to vent their worries. [Narrative 07]

Insights into relationships with patients were developed by students who were allocated patients when the nurses didn't want to care for them. In the next example, the student sensed that the nurse she or he was working with did not want to care for this post-operative patient, and initially the student responded to this by not wanting to care for her either. However, this perspective is changed once the student actively participates in the care.

I was in clinical placement at peri-operative in the day surgery / recovery unit and had an experience with one particular patient. This patient was just having one tooth removed – which was fairly basic surgery in peri-operative yet I felt the patient was acting as if it was a huge, traumatic surgery, which for them it may have been. Yet it didn't fit with the surgery that had been performed. I was being supervised by an EN [Enrolled Nurse] and I could see that the patient's "fussing" and "carrying on" was frustrating the EN as they [sic] would roll their eyes at me and hint that this was a "bad" patient. Being in recovery, the patient had to remain in bed and in previous experiences would wait to go to the bathroom and be patient and comply with the nurse. However this patient, had to

go to the bathroom, needed her book from her bag and required other things causing further frustration. However, at discharge this patient thanked me for being so patient and being happy to meet her needs and care for her in the way she wanted. The EN that was supervising me allowed me to look after this patient because she didn't want to do it and at first I thought – no way! By the end however, I felt I had achieved something and learned about the nursing practice. The acknowledgement at the time of discharge from the patient seemed to make me realise that my feelings and negative thoughts at the start were on the problem and as I started looking at the person it all changed. A positive outlook was achieved and I felt happy in helping this patient who was handed to me with the branding of a "bad" patient. It taught me to work on dealing with my emotions and looking at the whole person – not just advice or opinions of others. [Narrative 08]

A final example is the student giving medications with the Registered Nurse (RN) on the drug round.

I was doing a medication round on a surgical ward with a senior RN. When we came to a particular patient I handed her the medication and thought I was finished. Then the senior RN asked her the simple question of how she felt, and the patient replied that she had felt very nauseous ever since her oral maxalon had been ceased. The RN then went outside to ask a doctor to write up an order for maxalon to begin again. I then took the patient the maxalon and the look of gratefulness on her face was unbelievable. I realised that by so simply asking the patient how they were whilst giving them medications it was possibly to help them feel so much better. I felt glad that I could help, even though really I had nothing to do with it.

It was only a small event, but it taught me the importance of talking to the patients

and taking a genuine interest in their needs. [Narrative 16]

In our analysis of these findings, we found that engagement in the tasks of doing post-operative observations, assisting patients by retrieving things like pen and paper from the handbag, and giving medications offer opportunities for self-awareness and new insights into the complexity of apparently 'simple' situations. Engagement in the practice of nursing work is the trigger for learning. Wenger (1998) identifies engagement as a mode of belonging necessary to shape identity. As such, engagement in the practice of nursing work as a learning trigger is consistent with the Communities of Practice theory.

Learning trigger 2: Being personally (emotionally) confronted by the work

Students perceived challenging situations, where the student is confronted by powerful emotions of both positive and negative character, as triggers for learning. In the following narrative, the student is engaged in a task again. In this case, the student experiences a feeling of devastation related to the undignified state of the patient during the procedure. In this narrative, the student recognizes her (or his) limitations and imagines what could be done differently the next time.

I was tasked with feeding an MS [multiple sclerosis] patient who had been on the ward for a considerable period of time. I had become quite familiar with him as although it was only my 4th day of clinical practice, I had cared for him before. Feeding him his lunch required me to hold his head still because he started to get body tremors which were quite bad, and got worse when he was held. I found it awkward to find a way to hold his head securely, and his tremors became so bad that his food ended up on his face and his white t-shirt. He wasn't really happy and nor was I, because I felt like I had let him down.

I had become so focused on the task of trying to hold his head still to get his sausage roll and sauce into his mouth that I totally forgot about how he might be feeling. Trying to hold a patient's head still with your right arm whilst trying to feed him with your left is a pretty awkward task to do on your own. I didn't ask for help, and I should've. I felt terrible that the way I held his head was so undignified for him, and he didn't even get the food in his mouth.

This experience taught me that no matter what the task, the dignity of the patient needs to remain uppermost in one's mind, even if you're busy with other, more technical tasks. I learnt that it is easy to become task-focused, but that the challenge is to remain patient focused above all the other stuff. [Narrative 27]

In the next example, the nursing student initiated an extension of her (or his) work to provide total care for one patient. Through this experience, the student had to use her (or his) imagination to move to the next task and create possible responses to the situations at hand. The experience of this challenging day resulted in a positive outcome, and provided an incredible boost to the student's confidence and commitment to nursing.

At the end of my first clinical placement the RN asked me if I wanted my own patient for the day. I chose one patient and I got to take care of all the nursing care involved including meds (getting checked with 2 RN's of course), shower, toileting, feeding, transferring and note writing at the end of the shift. At that point in time I was confident with what I had learned and I felt I learned a lot by taking responsibility for a whole patient. I looked after that patient for 8 hours and had built up a relationship, which enhanced the care that I gave because I respected and understood the patient's background and history and where she was coming from. She had onset of Alzheimer's and had had a hip replacement. She often forgot where

she was, but she remembered and was aware that I was her nurse. Because I had built up a rapport with the patient, I was able to calm her down when she got upset and was able to learn a lot about her. I learnt so much from a) having my own patient and b) having her as a patient. She had had much life experience and shared a lot with me. I also learnt a lot in terms of technical knowledge. I learnt about meds and giving IV's and IM's to patients. I learnt about communication, relationships, the importance of care and just listening.

Afterwards I felt privileged to have had that experience and to have learnt so much in a clinical setting. [Narrative 12]

An experience that is emotionally challenging can assist students to imagine what is required, or help them to 'know what they don't know'. In these situations, students are motivated to learn more so that they can be more effective in the future. In this final example, the student is confronted by an emotionally challenging situation that demanded imagination in terms of communicating.

My placement this semester was in the operative setting where I was lucky enough to see a caesarean. The patient was of a non-English speaking background and for a reason I don't know an interpreter hadn't been arranged. Instead her husband did his best but he was overcome with emotion at seeing his wife in pain (she had already begun contractions and it was an emergency case). As all the staff were busy doing their role in the procedure, I was lucky enough to be the one to attempt to explain what was happening to her through non-verbal means and comfort her with touch and other cues such as the tone of my voice and facial expressions. This situation occurred as I was an additional staff member so I took my own initiative to assist her in any way I could. From this situation I learnt how terrifying it must be having an operation in a country where you cannot understand a word of the

language. This has made me more aware of the patient's feelings and that emotional support can mean a lot. [Narrative 53]

In each of the narratives in this group of thematic statements, imagination was used to create possible responses to challenging situations where students felt an emotional response. Imagination is an important source of identification and is dependent upon the connections with the world that we build for ourselves (Wenger, 1998). The first year students in this study were using their imagination to think about their situation, creating solutions for complex situations, and leaving these experiences with a feeling of moving towards a treasured identity as a registered nurse. Imagination is the second mode of belonging identified by Wenger (1998) and may be an important learning trigger for students working in the DEU.

Trigger 3: Meeting nurses who contribute to the development of an image of what the student wants to be as a nurse

When students were working in the clinical setting, they met a variety of nurses and other health professionals. Not only did they report feeling supported by many of these nurses, but they identified with these nurses. In cognitive theories such as Bandura (1977) many of these nurses identified by students would be called 'role models'; nurses whose behaviours students should emulate in order to become good registered nurses. In some cases, students clearly identified an RN as a star as in the following example.

While on clinical placement the RN I was placed with started her rounds after handover. She showed me how to address the clients at the beginning of a shift and to check for any problems by talking to every client and making sure they were all going well. She grabbed the patient notes on the way and did checks of emergency oxygen and suction. The clients were all doing well except two of them were

given enemas to assist with opening their bowels. The RN used therapeutic communication to find out all of her clients needs, but I was most impressed with her patience as they needed assistance to be toileted and two of them needed to go twice, and one of them was also incontinent needing a third walk to the toilet and another wash and clean up. The nurse never complained. She fitted their needs in between her 'pill rounds' and the care of other clients. The clients responded positively and their dignity was addressed. I noticed her treatment towards them was effective in that they felt they were attended to. Her time management was effective and her nursing duties flowed into and along with her client's needs.

I felt happy that I was able to watch this process as a part of my nursing. I will remember that there's always "stuff" to deal with but we can make it pleasurable. [Narrative 03]

In the above example, the student witnessed actions enriched by qualities that were highly valued by the student. The student's intent to align personal practice with what was observed provided the motivation for further learning. The next example is from a group of narratives where the RN or other nurse supervisor provides support in the form of guidance and feedback to the student. Again, note the image of what a nurse should be emerging in this account.

During my time in peri-operative, on my 3rd day of clinical I was buddied with an RN. Her role was to care for a patient immediately after surgery. The RN completed handover with me by her side. After handover she asked me what year I was in and introduced herself. She then stated that she felt the best way to learn was by doing. She immediately told me that no answer or question I had was wrong that they were all valid to my learning. She also said that this was not a competition or test and that I should feel comfortable in asking or clarifying anything and that getting something wrong was OK.

After our chat the RN explained all about the patient's folder of information, why it was set up the way it was and how she liked to have it set up and why.

The RN then gave me instructions on how to fill in the various obs [sic] and then asked me to do so. She watched and guided me when needed but I felt as though she trusted in my ability. Later she made comment about how capable she thought I was.

I felt supported and unthreatened by the way she treated me. I learnt so much more by doing the task than by being told how. However because the RN made it clear from the beginning that I was not being tested and that she was there to support me, I felt confident and happy to try the task.

I felt challenged (thrown in the deep end) and I felt very well supported in my attempt to achieve. [Narrative 14]

As with the earlier triggers, the student in this case is given tasks to complete, and then left alone to do those tasks. While on her (or his) own, the student reports feeling challenged and implied through the sense of achievement that she (or he) can imagine what being a nurse would be like. But further to these, this student aligns her (or his) practice with what the RN's practice was like. This alignment is similar to Bandura's (1977) theory of social learning or role modeling. However, unlike Bandura's theory, in some cases witnessing poor practices, with poor support could also help students align their personal image of a nurse should be with what they want to be, as seen in the next example.

During a previous experience at clinical a MET [Medical Emergency Team] call was made. I believe the MET call was a result of poor communication and organisation between all staff involved (including students). It also clearly demonstrated to me the enormous issue faced by nursing and all health care professions of staff shortages.

Prior to the MET call I felt I had no guidance as myself and another student nurse were to follow an RN yet to commence their shift and therefore were guided by an agency nurse. The agency nurse took little notice of us and appeared to be very confused and flighty herself. I felt out of control and didn't really know what to do. So the other student nurse started work at one end and I at the other and we worked our way through the patients. During this time I became concerned about the patient whose health had been deteriorating all day so I went to ask the agency RN, she went and got her medications and I did her BGL [blood glucose level]. It was severely low and in conjunction with her deteriorating state a MET call was made.

During the whole situation I felt out of control and unsure in regards to who I could talk to about the encroaching situation and felt little support from the agency RN. I learned that if I do not feel support, I need to be assertive and take initiative to deal with the situation and communicate and delegate with the whole team. [Narrative 24]

In this situation, the student was again engaged with the work, reported feeling the strong emotion of insecurity and imagined what could be done. In this case, the student did not align her (or his) personal image of a nurse with that of the agency nurse. However, on the basis of this experience this student had developed a plan for the next time, aligning personal identity with an image of the RN unlike that observed.

DISCUSSION

In this research, the authors assumed that learners are active constructors of their own knowledge, consistent with the theories of Mezirow (2000), Billett (2000) and Wenger (1998). For most learners, participation in everyday work is highly valued and makes an effective contribution to learning in the workplace (Billett, 2000; Lofmark & Wikblad, 2001).

The first year of a nursing program is focused on the transition from layperson to student nurse. In the early phase of the transfer of nursing education into the University sector within Australia, Ewan and White (1984) suggested that nursing education was a process of socialization. More recently, there is emerging support to suggest that rather than socialisation, learning is a process of identification (Holland, 1999; Spouse, 2000). Specifically in this study, the process of identification appears to be triggered by three processes related to Wenger's (1998) processes of engagement, imagination and alignment. The three themes that emerged from the findings of this study appear to support social learning theories, and as such the DEU as a community of practice, in how students learn to become a nurse. These learning triggers were identified as:

- Engagement is participation (or presence) in a nursing task or procedure that leads to a complex, dramatic reading of nursing work;
- Imagination is considering how to manage the situation while being confronted by the work (high challenge); and
- Alignment is finding a nurse who embodies what students want or don't want to be as a nurse and governs their continued learning choices.

Engagement or participation in the work is central to learning is consistent with Eraut's (2004) theory that four main work activities that regularly give rise to learning are participation in group activities, working alongside others, tackling challenging tasks, and working with clients. In Stockhausen's (2004) findings, the third category of identity, the process of assimilating ways of knowing, requires imagining alternatives and it could be argued that this is congruent with imagination as used by Wenger (1998).

Students' images of what it means to be a nurse are likely formed prior to placement but may be reaffirmed or challenged during clinical placement experiences depending on the quality of support provided by the RNs (Spouse, 2000). Contrary

to Bandura's (1977) theory that the student will model their personal practice on observed practice, some students did not align with the values of the nurse and they reported that experiences of poor practice or poor support were motivating in terms of learning. This finding challenges the dominant view in nursing that nursing students should be placed with the most experienced clinical staff (Beattie, 1998; Brammer & Zelmer, 1996; Davis & Barham, 1989; Hayes & Harrell, 1994; Modic & Bowman, 1989). Students can also learn from agency and new graduate staff but they need to know what support is available. These findings suggest that some students may not be detracted from nursing by those images that are not consistent with their preconceptions of nurses and nursing. Rather, all of these experiences contribute to the development of their identity as a nurse.

The findings of this study suggests that for first year nursing students, learning to be a nurse is less dependent on the various qualities of the clinical environment and more dependent upon participation in the community of practice. The finding that participation in the work leads to learning is consistent with other studies (Chesser-Smyth, 2005; Hartigan-Rogers, Cobbett, Amirault, & Muise-Davis, 2007). Within the DEU, practices that can support learning for first year students would include:

- Let the student work beside the RN or senior nursing student;
- Ask the student questions about how she or he might manage particular situations;
- Give students the opportunity to manage the care of a patient (or two) with indirect supervision; and
- Support students to work with a variety of RNs so that they can meet a variety of people who embody (or not) the values that they want to hold as a nurse.

The findings of this study are similar to those from a longitudinal study of newly qualified nurses in the United Kingdom (Miller & Blackman, 2003). The transition from student

to newly qualified nurse was enhanced when the RN spent time working with the newly qualified nurse, provided opportunities for the newly qualified nurse to 'have a go' in a safe environment, and challenged the newly qualified nurse in a non-threatening way, with informal feedback on a regular basis (Miller & Blackman, 2003).

Unlike Bandura (1977) and Campbell, Larrivee, Field, Day, and Reutter (1994), the findings from this study suggest that students are discerning enough to recognize those practices and values that they don't want to emulate. Student learning is not simply dependent upon being 'buddied' with good role models. Students view themselves as 'learning acquirers', a term developed by Cheetham and Chivers (2001), where every experience, whether positive or negative, is perceived as an opportunity to learn. Daunting or stretching tasks, that require imagination and creativity, are potentially the best learning opportunities. Rather than focus on the learning environment, there is emerging evidence that a focus on the learner is more important. Understanding alignment of identity, how one comes to feel the sense of belonging to something bigger, such as the nursing profession (Levet-Jones et al., 2007) can motivate and facilitate learning and in the clinical placement and requires further research.

The study is limited by the small numbers of students at one institution in one jurisdiction. Rather than make grand claims about learning and teaching, the findings of this study provide support for learning theories where students are meaning makers. Further research using students from other jurisdictions who are learning in DEUs or other clinical models are required. It is possible that how nursing students learn in their first year is a pattern that continues throughout their working career, including the transition to newly qualified nurse. Analysis of the data on second and third year nursing student narratives may reveal other ways of learning.

There are increasing concerns about how to deliver clinical education in health services that are struggling to meet demand. The idea that

nursing students need a 'quality' mentor or preceptor to work with may not be as important as once thought. The findings of this study suggest that students may learn best when they are engaged in the work, when they are given tasks to do. Rather than simply apply theory to practice, the students in this study were making sense of situations using imagination and creativity.

ACKNOWLEDGEMENTS

The authors acknowledge the contributions of those students who took the time to participate in this study and share their intimate stories of learning in practice.

References

- Altheide, D. & Johnson, J. (1994). Criteria for assessing interpretive validity in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 485–499). Thousand Oaks: Sage.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Beattie, H. (1998). Clinical teaching models: A review of the role of preceptor in the undergraduate nursing program. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 15(4), 14–19.
- Billett, S. (2000). Guided learning at work. *Journal of Workplace Learning*, 12(7), 272–285.
- Brammer, J. (2006). A phenomenographic study of Registered Nurses' understanding of their role in student learning – An Australian perspective. *International Journal of Nursing Studies*, 43(8), 963–973.
- Brammer, J. & Zelmer, A. (1996). *Clinical teaching in the health professions*. Geelong: Deakin University Press.
- Campbell, L., Larrivee, L., Field, P., Day, R. & Reutter, L. (1994). Learning to nurse in the clinical setting. *Journal of Advanced Nursing*, 20(6), 1125–1131.
- Chapman, R. & Orb, A. (2000). The nursing students' lived experience of clinical practice. *Australian Electronic Journal of Nursing Education*, 5(2), 15p.
- Cheetham, G. & Chivers, G. (2001). How professionals learn in practice: An investigation of informal learning amongst people working in professions. *Journal of European Industrial Training*, 25(5), 247–292.
- Chesser-Smyth, P. (2005). The lived experiences of general student nurses on their first clinical placement: A phenomenological study. *Nurse Education in Practice*, 5(6), 320–327.
- Cooke, M. (1996). Nursing students' perceptions of difficult or challenging clinical situations. *Journal of Advanced Nursing*, 24(6), 1281–1287.
- Davis, L. & Barham, P. (1989). Get the most from your preceptorship program. *Nursing Outlook*, 37(4), 167–171.
- Edgecombe, K., Wotton, K., Gonda, J., & Mason, P. (1999). Dedicated education units: 1. A new concept for clinical teaching and learning. *Contemporary Nurse*, 8(4), 166–171.
- Eraut, M. (2004). Informal learning in the workplace. *Studies in Continuing Education*, 26(2), 247–273.
- Ewan, C. & White, R. (1984). *Teaching nursing: A self-instructional handbook*. Sydney: Routledge.
- Hartigan-Rogers, J., Cobbett, S., Amirault, M., & Muise-Davis, M. (2007). Nursing graduates' perceptions of their undergraduate clinical placement. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 4(1), 1–12.
- Hayes, E. & Harrell, C. (1994). On being a mentor to nurse practitioner students: The preceptor–student relationship. *Nurse Practitioner Forum*, 5(4), 220–226.
- Hodkinson, P., & Hodkinson, H. (2004). A constructive critique of communities of practice: Moving beyond Lave and Wenger. *Integrating Work and Learning – Contemporary Issues Seminar Paper, Oval Research working paper 04-02* (ISBN 1 920698 95 7).
- Holland, K. (1999). A journey to becoming: The student nurse in transition. *Journal of Advanced Nursing*, 29(1), 229–236.
- Hutchings, A., Williamson, G., & Humphreys, A. (2005). Supporting learners in clinical practice: Capacity issues. *Journal of Clinical Nursing*, 14(8), 945–955.
- Johns, C. (2004). *Becoming a reflective practitioner*. Oxford, UK: Blackwell.
- Knowles, M. (1990). *The adult learner: A neglected species*. Houston: Gulf Pub Co.

- Levett-Jones, T., Lathlean, J., Maguire, J., & McMillan, M. (2007). Belongingness: A critique of the concept and implications for nursing education. *Nurse Education Today*, 27(3), 210–218.
- Lindsay, G., & Smith, F. (2003). Narrative inquiry in a nursing practicum. *Nursing Inquiry*, 10(2), 121–129.
- Lofmark, A., Carlsson, M., & Wikblad, K. (2001). Student nurses' perception of independence of supervision during clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 10(1), 86–93.
- Lofmark, A., & Wikblad, K. (2001). Facilitating and obstructing factors for development of learning in clinical practice: A student perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 34(1), 43–50.
- McKenna, L., & Wellard, S. (2004). Discursive influences on clinical teaching in Australian undergraduate nursing programs. *Nurse Education Today*, 24(3), 229–235.
- Mezirow, J. (2000). *Learning as transformation: Critical perspectives on a theory in progress*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Miller, C., & Blackman, C. (2003). *Learning in the first three years of post qualification employment: The nursing sector*. Project Report. Brighton, UK: University of Brighton.
- Modic, M., & Bowman, C. (1989). Developing a preceptor program: What are the ingredients? *Journal of Nursing Staff Development*, 5(2), 78–83.
- Spouse, J. (2000). An impossible dream? Images of nursing held by pre-registration students and their effect on sustaining motivation to become nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 730–739.
- Stockhausen, L. (2004). Learning to become a nurse: Students' reflections on their clinical experiences. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 22(3), 8–14.
- Wenger, E. (1998). *Communities of practice: Learning, meaning and identity*. Cambridge: Cambridge University Press.

Received 07 December 2008

Accepted 17 June 2009

NOW AVAILABLE FROM eCONTENT

INTERNATIONAL JOURNAL OF PEDAGOGIES & LEARNING

ISSN 1833-4105

www.ijpl.org

Volume 5/1-3 (July 2009 – June 2010)

Editors: **Patrick Alan Danaher, Shirley O'Neill and Jeong-Bae Son**

Faculty of Education, University of Southern Queensland

Published in association with the International Society for Leadership in Pedagogies and Learning Inc by eContent Management P/L from 2009.

The *International Journal of Pedagogies and Learning* (ISSN 1833-4105) is an international, scholarly, double-blind peer-reviewed journal that focuses on issues and trends in pedagogies and learning in local and global contexts, and leadership in educational research. The aim of the journal is to publish high quality research that focuses on the essence of pedagogy and learning, its applications in and relevance to the professions, and related issues and trends.

While stimulating discussion of authoritative and emerging pedagogies and forms of learning, it will encourage the sharing of ideas – that contribute to the transformation of contemporary conceptions of pedagogy and learning – in order to reshape and revitalise educational provision from the perspectives of educators and learners alike. These ideas are intended to be simultaneously anchored in professional, local, regional and national contexts and to be international and transnational in intent and impact.

Information on 2009/10 subscription rates is available from the Publisher or www.ijpl.org

eContent Management Pty Ltd, PO Box 1027, Maleny QLD 4552, Australia
Tel.: +61-7-5435-2900; Fax: +61-7-5435-2911;
subscriptions@e-contentmanagement.com www.e-contentmanagement.com

eContent
management LTD

Anexo IV – EMPOWERMENT of Nurse Educators Through Organizational Culture

EMPOWERMENT of Nurse Educators Through Organizational Culture

BARBARA H. JOHNSON



ODAY'S NURSES ARE REQUIRED TO BE HIGHLY COMPETENT, INNOVATIVE, HAVE LEADERSHIP POTENTIAL, AND DEMONSTRATE FLEXIBILITY IN ADAPTING TO CHANGES IN THEIR FUNCTIONS AND PROFESSIONAL RELATIONSHIPS

(PORTER O'GRADY, 2000, 2003). *It is surmised that faculty who have control over their teaching functions and are active participants in decision-making processes as related to curricular, instructional, and organizational issues perceive themselves as empowered (Carlson-Catalano, 1992; Hawks, 1999) and are better able to prepare a future generation of nurses who can influence outcomes in a multifaceted and evolving health care environment.* One key component in the development of future nurses is actively involving them in their educational processes (NLN, 2005). Empowerment of faculty may provide strategies for role modeling and facilitating student empowerment (Luechauer & Shulman, 2002).

- Prior research in various contexts has demonstrated that organizational culture can have an influence on employee empowerment in the work environment (Cameron & Quinn, 1999; Carless, 2004; Howard, 1998; Quinn & Rohrbaugh, 1983; Quinn & Spreitzer, 1991; Spreitzer, 1995a, 1995b). But little is known about factors that influence empowerment in nurse educators employed in associate degree (AD) nursing programs.
- The purpose of the current study was to examine how organizational culture of AD faculty affects faculty empowerment. The environment of nursing education is complex, involving different roles and functions. Faculty who teach at different levels, even within the same program, may have different demands and expectations within their roles. But one constant in the nurse educator role, in all types of entry-level nursing education programs, is the responsibility to facilitate the development, acquisition, and transmission of knowledge and to select appropriate clinical resources for student experiences that focus on required health care competencies (Hawks, 1999; Hobbs, 1991; Kohn, 2004). This responsibility requires research-based decision making in curricular matters and competence in the nurse educator role (NLN, 2005).
- The study of AD faculty is important as AD nursing graduates serve as a valuable resource in underserved areas (Mengel & Sherman, 1997; Water, 2004). A diverse group in relation to culture, ethnicity, and socioeconomic status (Auerbach, Buerhaus, & Staier, 2000; Buerhaus & Auerbach, 2000; N-OADN, 2006), they tend to mirror the diversity and demographics of the communities in which they live and are vested in the communities in which their educational programs are located.

NURSING EDUCATION RESEARCH

ABSTRACT Presenting the findings of a correlational study, the author discusses the implications of organizational culture and empowerment within a nurse faculty sample. The findings of the study indicate that organizational culture has a significant impact on empowerment of associate degree nursing faculty. The knowledge gained from this research may be useful in creating environments in which nurse educators emulate empowering behaviors for future graduates. Recommendations for further research are provided.

Background and Theoretical Perspective Empowerment of individuals in the workplace has been attributed to the culture of the organization (Spreitzer, 1995a). Research efforts related to empowerment in nursing education have focused primarily on the impact of teaching behaviors on student empowerment and the professional development of nursing program graduates (Brancato, 2000; Carlson-Catalano, 1994).

Organizational culture refers to the collective values, assumptions, expectations, and beliefs of members of an organization or group. These attributes impact the perception of and reaction to environmental stimuli produced within the organization (Kiakovich, 1996; Kraimer, Seibert, & Liden, 1999; Quinn & Rohrbaugh, 1981). In addition, collective organizational qualities influence leader behaviors (Kalliath, Bluedorn, & Gillepsie, 1999; Spreitzer, 1996, 2006). Prior research has indicated that perceived power differences between leaders and followers may be an influencing factor on the perception of individual empowerment (Avolio, Zhu, Koh, & Bhatia, 2004; Laschinger, Finegan, Shamian, & Wilk, 2004; Spreitzer, 1996).

The competing values framework (CVF) and Spreitzer's psychological empowerment theory served as the theoretical underpinning for the study. The CVF has been used to study organizational culture, climate, and effectiveness within management contexts (Howard, 1998; Quinn & Rohrbaugh, 1981; Quinn & Spreitzer, 1991). According to Quinn and Rohrbaugh (1981, 1983), organizational culture is not a single construct but a composite of several concepts. Differences in function and antagonistic solutions to problems produce situations within an organization in which personal and organizational values either contradict or compete. The CVF is used to explore organizational dynamics in relation to these values.

The CVF is schematically represented as four quadrants divided along a vertical and a horizontal axis (see Figure). The vertical axis focuses on the distinction between the competing values of stability and control versus flexibility in organizational structures. The horizontal axis focuses on the competition between the internal dynamics of an organization and the external environment. Each

quadrant represents a composite of the values and assumptions relative to core culture types found within most organizations: clan, hierarchy, market, and adhocracy (Cameron & Quinn, 1999).

An organization's culture is rarely represented by one culture type. Rather, a successful organization must appreciate and support each of the four culture types (Cameron & Quinn, 1999; Helfrich, Li, Mohr,

Meterko, & Sales, 2007), and culture profiles across all four quadrants may need to be identified (Cameron & Quinn; Quinn & Hall, 1983).

- The clan culture focuses on the organization as a "family-type" structure. Within this orientation, there is a sense of loyalty, friendship, shared values, commitment, and pursuit of mutual goals. The emphasis is on flexibility, discretion, teamwork, partnership, and participative accomplishment of organizational goals.

- The hierarchy culture focuses on internal issues and emphasizes a structured work environment with formal rules and policies that dictate the direction of the organization. The desired outcome of the hierarchy culture is predictability,

stability, efficiency, and control.

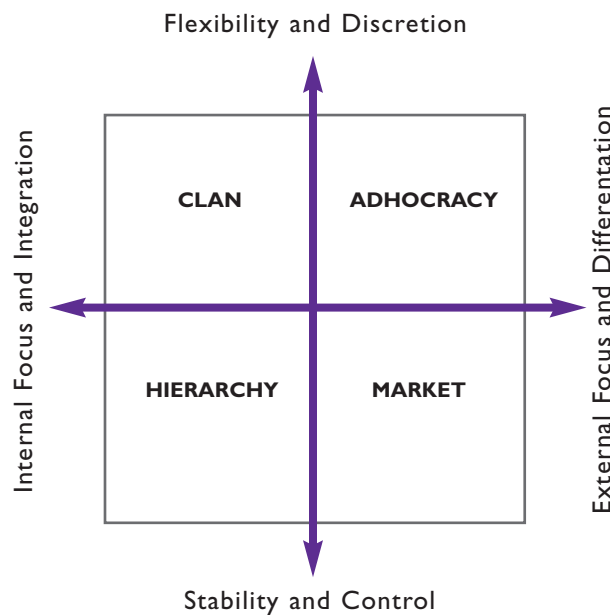
- The focus of the adhocracy organizational culture type is innovation, initiative, creativity, and risk-taking. Change is highly valued and a sense of adventure toward accomplishment of organizational goals and ideas is important.

- The market culture places primary emphasis on external transactions or positioning, while focusing on profitability and results. Here the organization goals are efficiency, competition, and profit.

Spreitzer's psychological empowerment theory focuses on the manner in which empowerment is perceived and experienced in the work environment. The intermingling of social characteristics and four cognitive components of empowerment — meaning, competence, self-determination, and impact — shape the manner in which people perceive themselves within their work environment (Spreitzer, 1995a, 1996, 2006; Spreitzer & Doneson, 2007).

- Meaning involves the fit between the personal perception of values, beliefs, and work role expectations. This perception is based on one's own ideals or standards and congruence with the needs associated with the work.

Figure. The Competing Values Framework



From K. S. Cameron & R. E. Quinn (1999), *Diagnosing and Changing Organizational Culture*. Reading, MA: Addison-Wesley. Reproduced with permission.

- Competence, the personal perception of the ability to perform a given task, is based on work role efficacy. This concept focuses on the belief in personal capability to perform the work.
- Self-determination, the belief in the personal autonomy or responsibility that one has in the work environment, is reflective of personal initiative and continuation of work behaviors. It is a perception of personal choice in one's work environment.
- Impact refers to the perception of the amount of influence one has over organizational outcomes and is influenced by the context of work. It is the perception of personal power within the work environment.

Methods **SAMPLE** This descriptive, correlational research study used a convenience sample of 407 nurse faculty teaching in 70 AD nursing programs in the southeastern United States. This geographic region was selected because of the predominance of AD nursing programs ($N = 142$) located in the area according to information posted on the website of the National League for Nursing Accrediting Commission. Preliminary analysis of early response data was used to determine the effectiveness of the study design, research instrumentation, and ease of data collection. This analysis indicated that the proposed methods were congruent with the use of instruments in previous studies.

INSTRUMENTS *The Demographic Informational Survey (DIS)* The DIS is a researcher-generated data collection questionnaire used to complete personal, professional, and institutional profiles of participants. The personal information collected included characteristics such as age, gender, and ethnicity. The professional demographic data assessed were basic nursing preparation, highest nursing education level attained, faculty position or rank held, and number of years employed as AD nursing faculty. Institutional demographic data included setting and size of the nursing education program, number of nurse faculty employed within the program, and approximate student enrollment.

An additional assessment identified internal factors within the nursing program's organizational structure. These factors were recent curriculum revision, having a new nursing education administrator, change in nursing program philosophy, and recent changes in faculty responsibility.

Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI) The OCAI is a six-item, ipsative or forced distribution scale used to assess organizational culture and the values within an organization. The uniqueness of the OCAI lies in its ability to identify cultural strength, congruence, and type (Cameron & Quinn, 1999). Permission was granted from the author of the tool to modify it from the ipsative format to a 24-item, six-point Likert scale. Modification to a Likert format has been used previously, and reli-

ability has been established (Goodman, Zammuto, & Gifford, 2001; Quinn & Spreitzer, 1991; Yeung, Brockbank, & Ulrich, 1991). Likert scales enable independent measures of each culture quadrant, allow more realistic culture descriptions, and enable identification of organizational culture profiles (Quinn & Rohrbaugh, 1983). Reliability coefficients for the subscales in the Likert format as documented in the literature (Quinn & Spreitzer; Yeung et al.) are .84 for clan, .81 for adhocracy, .77 for hierarchy, and .78 for market cultures.

Responses to each cultural type subscale are totaled to comprise a comprehensive organizational culture score, with a maximum possible score of 144. For this study, scores ranged from 26 to 136, with a mean score of 87. Total instrument reliability was .65. Sample items and subscale statistics for each culture type are found in Table 1.

Psychological Empowerment Instrument (PEI) This 12-item, seven-point Likert scale is used to assess intrapersonal empowerment in the workplace (Spreitzer, 1995a). Responses range from "very strongly agree" to "very strongly disagree"; the maximum attainable total score is 84. For the current study, total empowerment scores ranged from 30 to 84, with a mean score of 65 and a standard deviation of 9.12. Validation of the tool in a nursing population by Kraimer et al. (1999) indicated Cronbach's alpha scores of .81, .76, .85, and .83 for the subscale variables of meaningfulness, competence, self-determination, and impact, respectively. Kraimer et al. also modified the PEI to a numerical format.

For the current study, although data were collected relative to the instrument's subscales, only the total empowerment score was used for hypothesis testing. Total instrument reliability was .86. Table 2 provides sample items and statistics for the subscales of the PEI.

Discussion of Findings and Researcher Conclusions

PERSONAL/PROFESSIONAL DEMOGRAPHIC PROFILES Most of the 407 respondents (91 percent) were white females; 46 percent were between 41 and 50 years of age. Approximately 53 percent had the baccalaureate degree as their basic nursing preparation; 84 percent had a master's degree in nursing as the highest education level attained; 52 percent had been employed in the nursing education setting for less than 10 years; and 43 percent were instructors by rank. These personal and professional variables were significantly comparable to national data findings (NLN, 1997; 2006).

Regression analysis was done to explore the contribution of personal and professional demographic factors to organizational culture and empowerment. No personal demographic variables were found to be statistically significant contributors to organizational culture or empowerment.

Table 1. Sample Items for Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI)

Culture Type	Item	Subscale Mean	SD	Scale Reliability (Cronbach's alpha)
Clan	The organization is a very personal place. It is like an extended family. People seem to share a lot of themselves.	23.8	7.7	.92
Adhocracy	The organization is a very dynamic and entrepreneurial place. People are willing to stick their necks out and take risks.	20.4	6.35	.87
Market	The organization is very results oriented. A major concern is with getting the job done. People are very competitive and achievement oriented.	19.9	5.95	.84
Hierarchy	The organization is a very controlled and structured place. Formal procedures generally govern what people do.	22.9	4.89	.67

Table 2. Sample Items for Psychological Empowerment Instrument

Culture Type	Item	Subscale Mean	SD	Scale Reliability (Cronbach's alpha)
Competence	I am self-assured about my capability to perform my work.	18.4	2.52	.66
Meaning	The work I do is meaningful.	12.8	4.00	.60
Self-determination	I can decide on my own how to go about doing my work.	18.8	2.22	.69
Impact	I have a great deal of control over what happens in my department.	14.9	3.98	.52

Rank and years employed as AD nursing faculty were found to be significant contributors to faculty empowerment. This finding indicates that higher rank and longer time as faculty resulted in increased empowerment. Advancement to higher levels of the hierarchy, such as via promotions, resulted in greater perceived control over decision-making and job outcomes, thereby contributing to empowerment.

Spreitzer (1995b, 1996) indicated that competence, the perception of one's ability to perform a task, and self-determination, the perception of the degree of responsibility one has within the work environment, are two components that contribute to empowerment. Faculty rank can be viewed as a form of hierarchy. Whether rank is in the form of a conferred position, such as professorial assignment, or one that is based on merit, in the form of salary increases, there remains some degree of hierarchy. Based on this supposition, it can be concluded that as one advances in rank or position, the perception of competence and degree of responsibility may also increase. Very little research focuses on empowerment as a single variable in relation to nurse faculty.

Research done by Carlson-Catalano (1994) indicates that faculty empowerment translates to student empowerment through the use of empowering teaching behaviors. Faculty who have longer experience in educational positions have more time to develop and revise teaching strategies. In addition, an attitude of assertiveness, which has been found to be empowering, may be

more refined in faculty who have the advantage of longevity (Hobbs, 1991).

INSTITUTIONAL PROFILE The most common type of setting for the AD nursing program was the public community/junior or senior college (95 percent) with an approximate enrollment of 71 to 150 students (42 percent). The majority (67 percent) of the respondents indicated that they were employed in AD nursing programs with 11 to 25 faculty. No institutional demographic variables were found to be statistically significant contributors to organizational culture or empowerment.

INTERNAL PROGRAM FACTORS Demographic data gleaned from the DIS facilitated analysis of internal program factors that were linked to the study's findings and outcomes. This component of the DIS was used to assess whether certain internal program factors had occurred within the past three years in the respondent's AD nursing program.

A change in AD nursing program philosophy was the sole internal program factor found to be a significant contributor to organizational culture ($F = 7.19, p < .01$). The CVF indicates that the values to which an organization ascribes emerge as a result of the organizational climate (Quinn & Rohrbaugh, 1981). The philosophy of AD nursing programs serves as the framework for development and utilization of major program components. Therefore, it is posited that any change in the philosophy of the AD nursing program may also require changes in other program areas, such as

curriculum development, teaching methodology, and evaluation criteria. It can be surmised that if these components are major factors that guide the nursing program, and thus form the basis of the organizational climate, changes in philosophy may also affect the basic structure of the organization.

Curriculum revision was the sole internal program factor found to significantly contribute to faculty empowerment ($F = 5.53, p < .01$). Faculty are often responsible for developing and revising the curriculum for the AD nursing program. This aspect may equate to Spreitzer's (1995a, 1996) concept of impact or control over organizational outcomes. Based on this supposition, it can be concluded that the reason curriculum revision was empowering for this sample was that it was deemed a means of having input into the functioning of the organization.

ORGANIZATIONAL CULTURE AND FACULTY EMPOWERMENT The regression analysis of faculty empowerment to organizational culture indicated that organizational culture was a statistically significant contributor to faculty empowerment ($F = 43.86, p < .01$). Organizational culture was found to have a moderate impact on faculty empowerment for this sample of educators. This factor is congruent with research endeavors indicating that organizational culture may have little or no effect on empowerment (Hawks, 1999; Klakovich, 1996).

The CVF views organizational culture as a composite of several cultural types (Cameron & Quinn, 1999; Quinn & Rohrbaugh, 1981, 1983). Perhaps one reason a comprehensive score on organizational culture did not yield a larger impact on faculty empowerment in this study is the possibility that within this nurse faculty population, a dominant culture type truly existed. It is posited that this dominant culture type may have exerted a larger influence on empowerment than could be assessed with a comprehensive organizational culture measurement. Future research should focus on ascertaining whether a dominant organizational culture truly exists within nurse faculty at this level.

Although the subscale measurements of meaningfulness, competence, self-determination, and impact were assessed, only the total empowerment score was used for hypothesis testing. The score was viewed as the overall perception of empowerment and supports Spreitzer's idea that the interaction of all four components determines whether individuals perceive themselves as empowered. This perception motivates one to desire to shape the work role by having "ownership" in work processes (Spreitzer & Doneson, 2007). Future research may be designed to focus on whether specific components prove to be better indices of measurement of psychological empowerment.

Implications for Nursing Education and Practice Nursing education continues to evolve to meet the challenges imposed by the health care environment and societal changes. Nurse faculty are given the responsibility to facilitate the development of future nurses. The manner in which one perceives personal empowerment may ultimately transfer into teaching and interaction with students. It is vital that nurse educators focus on those factors or behaviors, whether internal or external to the educational environment, that affect their degree of empowerment. These behaviors have the potential for perpetuating or hindering empowerment of future nurses (Carlson-Catalano, 1994).

Nursing has changed in the practice setting, with a shift from acute care to community-based care and an increased focus on health promotion and disease prevention. Nurses are required to function independently in a competent manner and can be powerful client advocates and effective spokespersons for the profession of nursing. Just as health care consumers are more empowered, making more choices relative to treatment options, health care providers, and costs, nurses who deal with clients in a variety of settings must be empowered to effectively cope with challenges as they are presented.

Recommendations for Further Study The findings of this study provide implications in relation to future trends in nursing education, nursing practice, and the future health care arena. Several recommendations have been formulated as future directions for research in the area of nurse faculty empowerment, organizational culture, and job satisfaction. They are:

1. Replicate the study in geographic areas where AD nursing programs are less prominent.
2. Consider other factors that may impact nurse faculty empowerment that were not utilized in this study.
3. Replicate the study utilizing samples from other levels of nursing education in order to ascertain if the findings vary according to the type of nursing education program and faculty.
4. Replicate the study with student populations in order to ascertain those factors applicable to student empowerment.
5. Develop research instrumentation to be used in assessing nurse faculty on all measures with a single tool. Such use might produce different and/or more significant results.

This research endeavor with AD nurse faculty has been a novel approach to ascertaining facets that impact empowerment. The concept of empowerment, though widely researched in nursing practice, has seen limited use in nursing education. New knowledge was gained in reference to the use of the Competing Values Framework and Psychological Empowerment Theory as potential frameworks from which to explore issues impacting nurse educators. 

About the Author Barbara H. Johnson, PhD, RN, is assistant professor, Department of Health Policy & Management, School of Health Sciences, College of Public Service, Jackson State University, Jackson, Mississippi. Contact Dr. Johnson at barbara.johnson@jsums.edu.

Key Words Organizational Culture – Empowerment – Nurse Educators – Associate Degree Nurse Faculty

References

- Auerbach, D., Buerhaus, P., & Staiger, D. (2000). Associate degree graduates and the rapidly aging RN workforce. *Nursing Economics*, 18, 178-184.
- Avolio, B., Zhu, W., Koh, W., & Bhatia, P. (2004). Transformational leadership and organizational commitment: Mediating role of psychological empowerment and moderating role of structural distance. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 951-968.
- Brancato, V. (2000). The relationship of nursing faculties psychological empowerment and their use of empowering teaching behaviors in baccalaureate nursing programs (Doctoral dissertation, Widener University, 2000). *Dissertation Abstracts International*, 61, 4688.
- Buerhaus, P., & Auerbach, D. (2000). Slow growth in the United States of the number of minorities in the RN workforce. *Image*, 31, 179-183.
- Cameron, K., & Quinn, R. (1999). *Diagnosing and changing organizational culture: Based on the competing values framework*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Carless, S. (2004). Does psychological empowerment mediate the relationship between psychological climate and job satisfaction? *Journal of Business and Psychology*, 18, 405-425.
- Carlson-Catalano, J. (1992). Empowering nurses for professional practice. *Nursing Outlook*, 40, 139-142.
- Carlson-Catalano, J. (1994). A survey of educators' activities to empower nurses for practice. *Nursing Outlook*, 42, 182-187.
- Goodman, E., Zammuto, R., & Gifford, B. (2001). The Competing Values Framework: Understanding the impact of organizational culture on the quality of work life. *Organizational Development Journal*, 19, 58-68.
- Hawks, J. (1999). Organizational culture and faculty use of empowering teaching behaviors in selected schools of nursing. *Nursing Outlook*, 47, 67-72.
- Helfrich, C., Li, Y., Mohr, D., Meterko, M., & Sales, A. (2007). Assessing an organizational culture instrument based on the Competing Values Framework: Exploratory and confirmatory factor analyses. *Implementation Science*, 2. Retrieved July 1, 2007, from www.implementationscience.com/content/2/1/13
- Hobbs, M. (1991). Manifestations influencing empowerment in the educational environment of baccalaureate nursing students. (Doctoral dissertation, University of Alabama at Birmingham, 1991). *Dissertation Abstracts International*, 53, 1293.
- Howard, L. (1998). Validating the competing values model as a representation of organizational cultures. *International Journal of Organizational Analysis*, 6, 231-250.
- Kalliath, T., Bluedorn, A., & Gillespie, D. (1999). A confirmatory factor analysis of the competing values instrument. *Educational & Psychological Measurement*, 59, 143-158.
- Klakovich, M. (1996). Registered nurse empowerment: Model testing and implications for nurse administrators. *Journal of Nursing Administration*, 26, 29-35.
- Kohn, L. (Ed.). (2004). *Academic health centers: Leading the change in the 21st century*. (Report of the Institute of Medicine's Committee on the Roles of Academic Health Centers in the 21st century). Washington, DC: National Academies Press.
- Kraimer, M., Seibert, S., & Liden, R. (1999). Psychological empowerment as a multidimensional construct: A test of construct validity. *Educational & Psychological Measurement*, 59, 127-142.
- Laschinger, H., Finegan, J., Shamian, J., & Wilk, P. (2004). A longitudinal analysis of the impact of workplace empowerment on work satisfaction. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 527-545.
- Luechauer, D., & Shulman, G. (2002). Creating empowered leaders: A decade of trying to practice what we teach. *Organizational Development Journal*, 20, 42-50.
- Mengel, A., & Sherman, S. (1997). Access to higher education for all Americans: The role of associate degree nursing. In V. Ferguson (Ed.), *Educating the 21st century nurse: Challenges and opportunities* (pp. 109-117). New York: NLN Press.
- National League for Nursing. (1997). *Nursing data review*. New York: NLN Press.
- National League for Nursing. (2005). *Transforming nursing education* (Position Statement). Retrieved July 1, 2007, from www.nln.org/aboutnln/PositionStatements/transforming052005.pdf
- National League for Nursing. (2006). *Nursing data review, academic year 2004-2005: Baccalaureate, associate degree, and diploma programs*. New York: Author.
- National Organization for Associate Degree Nursing. (2006). *Associate degree nursing*. [Position Statement]. Pensacola, FL: Author.
- Porter-O'Grady, T. (2000). Visions for the 21st century: New horizons, new health care. *Nursing Administration Quarterly*, 25, 30-38.
- Porter-O'Grady, T. (2003). Innovation and creativity in a new age for health care. *Journal of the New York State Nurse's Association*, 34(2), 5-9.
- Quinn, R., & Hall, R. (1983). Environments, organizations, and policymakers: Toward an integrative framework. In R. Hall & R. Quinn (Eds.), *Organizational theory and public policy*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Quinn, R., & Rohrbaugh, J. (1981). A competing values approach to organizational effectiveness. *Public Productivity Review*, 5(2), 122-140.
- Quinn, R., & Rohrbaugh, J. (1983). A spatial model of effectiveness criteria: Towards a competing values approach to organizational analysis. *Management Science*, 29, 363-377.
- Quinn, R., & Spreitzer, G. (1991). The psychometrics of the competing values culture instrument and an analysis of the impact of organizational culture on quality of life. *Research in Organizational Change and Development*, 5, 115-142.
- Spreitzer, G. (1995a). Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement, and validation. *Academy of Management Journal*, 38, 1442-1465.
- Spreitzer, G. (1995b). The empirical test of a comprehensive model of intrapersonal empowerment in the workplace. *American Journal of Community Psychology*, 23, 601-629.
- Spreitzer, G. (1996). Social structural characteristics of psychological empowerment. *Academy of Management Journal*, 39, 483-504.
- Spreitzer, G. (2006). *Empowerment at work*. [Monograph]. Ann Arbor, MI: University of Michigan. Retrieved August 15, 2006, from www.salutare.ee/files/ettekanded/Empowerment%20at%20Work.pdf
- Spreitzer, G., & Doneson, D. (2007). Musings on the past and future of employee empowerment. In T. Cummings (Ed.), *Handbook of organizational development* (pp. 311-324). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Waters, V. (2004). Cultivate corporate culture and diversity. *Journal of Nursing Management*, 35, 36-37, 50.
- Yeung, A., Brockbank, J., & Ulrich, D. (1991). Organizational culture and human resources practices: An empirical assessment. *Research in Organizational Change and Development*, 5, 59-81.

Anexo V – Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated
Registered Nurses

THEORETICAL PAPER

Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated Registered Nurses

Judy E. Boychuk Duchscher

Accepted for publication 17 October 2008

Correspondence to J.E.B. Duchscher:
e-mail: judy.eldon.duchscher@shaw.ca

Judy E. Boychuk Duchscher MN PhD RN
Facilitator of Scholarly Programs and
Projects
Saskatchewan Institute for Applied Science
and Technology, Saskatoon, Canada

DUCHSCHER J.E.B. (2009) Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated Registered Nurses. *Journal of Advanced Nursing* 65(5), 1103–1113.

doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04898.x

Abstract

Title. Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated Registered Nurses.

Aim. The aim of this paper is to provide a theoretical framework of the initial role transition for newly graduated nurses to assist managers, educators and seasoned practitioners to support and facilitate this professional adjustment appropriately.

Background. The theory of *Transition Shock* presented here builds on Kramer's work by outlining how the contemporary new graduate engaging in a professional practice role for the first time is confronted with a broad range and scope of physical, intellectual, emotional, developmental and sociocultural changes that are expressions of, and mitigating factors within the experience of transition.

Data sources. This paper offers cumulative knowledge gained from a programme of research spanning the last 10 years and four qualitative studies on new graduate transition.

Discussion. New nurses often identify their initial professional adjustment in terms of the feelings of anxiety, insecurity, inadequacy and instability it produces. The *Transition Shock*® theory offered focuses on the aspects of the new graduate's roles, responsibilities, relationship and knowledge that both mediate the intensity and duration of the transition experience and qualify the early stage of professional role transition for the new nursing graduate.

Conclusion. Transition shock reinforces the need for preparatory theory about role transition for senior nursing students and the critical importance of bridging undergraduate educational curricula with escalating workplace expectations. The goal of such knowledge is the successful integration of new nursing professionals into the stressful and highly dynamic context of professional practice.

Keywords: acute care, adaptation, Registered Nurses, professional practice, reality shock, transition shock

Introduction

These are challenging times for new nursing graduates (NGs), the majority of whom make their initial transition to professional practice within the hospital environment. It has been claimed that <50% of practising nurses would currently recommend nursing as a career option (Heinrich 2001), while 25% would 'actively discourage someone from going into nursing' (Baumann *et al.* 2004, p. 13). It is not surprising, then, that 33–61% of new recruits in North America change their place of employment or plan to leave nursing altogether within their first year of professional practice (Dearmun 2000, Winter-Collins & McDaniel 2000, Advisory Committee on Health Human Resources 2002, Cowin 2002, Buchan & Calman 2004, Bowles & Candela 2005).

The importance of exploring the process of NG adaptation to professional practice in acute-care nursing relates to the ongoing challenge to healthcare institutions, schools of higher learning and policy-makers both to understand and respond to the issues that may be driving these energetic and motivated nurses out of acute care, or out of the nursing profession altogether. While it is clear that the journey of transition for the NG is often stressful, frustrating, discouraging and disillusioning, what remains unclear are the stages of that journey. *Transition shock* is presented here as the most immediate, acute and dramatic stage in the process of professional role adaptation for the NG. The design of this stage subsumes elements of transition theory, reality shock, cultural and acculturation shock, as well as theory related to professional role adaptation, growth and development, and change theory.

Background

William Bridges (1980) begins his seminal dialogue on the concept of transition with this excerpt from *Alice in Wonderland*: "“Who are you?” said the caterpillar... “I - I hardly know, Sir, just at present”, Alice replied rather shyly, “at least I know who I was when I got up this morning, but I think I must have been changed several times since then”” (Carroll 1967, p. 47). Illustrated so poignantly here, transition represents that ‘confusing nowhere of in-betweenness’ (Bridges 1980, p. 5) that serves as the channel between what was and what is. The ‘in-between ness’ that is the initial transition from student to professional practitioner is the subject of this paper.

The experience of transition to professional practice for the NG has been most notably and historically studied by Kramer (1974), who coined the term *reality shock* to describe the discovery that school-bred values conflicted with work-

world values. Disturbing discrepancies between what graduates understand about nursing from their education and what they experience in the ‘real’ world of healthcare service delivery leaves NGs with a sense of groundlessness (Duchscher 2001, 2003a, Delaney 2003). Once in the hospital environment, the new nurse is immersed in a firmly entrenched, distinctively symbolic and hierarchical culture that exposes them to dominant normative behaviours that have been described as prescriptive, intellectually oppressive and cognitively restrictive (Kramer 1966, Crowe 1994, Duchscher 2001). Mohr (1995) claimed that the hospital environment moves NGs away from the ideal of professional nursing practice adopted by them in their educational socialization process, and towards a more productivity, efficiency and achievement-oriented context that emphasizes institutionally imposed social goals. Resulting role ambiguity and the internal conflict that it precipitates have been cited as turning the creative energy of these new nurses into job dissatisfaction and career disillusionment (Gerrish 2000, Greenwood 2000, Winter-Collins & McDaniel 2000, Duchscher 2001, 2003a, Chang & Hancock 2003).

Existing knowledge suggests that NGs experience role performance stress, moral distress, discouragement and disillusionment during the initial months of their introduction to professional nursing practice in acute care. What remains less clear are the relationships between these experiences and the passage of time. While I found prior evidence on the experience of transition, no researchers seem to have extrapolated that knowledge to a formal framework for use in the development, implementation and evaluation of initiatives aimed at facilitating the NG transition. In my programme of research, I have sought to evolve further a substantive theory of role transition to professional nursing practice by distilling and distinguishing the salient, unavoidable and necessary aspects of transition into acute-care nursing from the more transient, context-related and yielding elements of transition for which support strategies can be effectively implemented (Duchscher 2008).

Data sources

The data sources culminating in the generation of this emerging theory originate from a 10-year programme of research encompassing four qualitative studies in the area of new graduate transition and an extensive literature review of the transition experience of the new NG. The initial study, conducted in 1998, consisted of a 6-month phenomenological exploration of five new nurses navigating their initial introduction to professional practice (Duchscher 2001, 2003a). The second study, conducted in 2001, extended

over a period of 12 months and was an exploration of the experiences of four new graduates and five seasoned nurses. These graduates were studied as they integrated into an emergency room environment immediately after graduating from a Canadian undergraduate BScN nursing programme (Duchscher 2003b). The third study was conducted by Dr Leanne Cowin out of Australia. The author was asked to complete a retrospective analysis of the qualitative data collected in this three-part study examining graduate nurse self-concept and retention plans (Cowin & Hengstberger-Sims 2004). In the final study, I explored the transition journey of 15 newly graduated nurses over 18 months from June 2006 to December 2007 (Duchscher 2007). For this final study, I employed a generic qualitative approach to data collection (Sandelowski 2000, Caelli *et al.* 2003, Rolfe 2006), using a grounded theory process to guide the ongoing analysis and interpretation of the emerging data. Initial semi-structured interview templates were created for the 1, 3, 6, 9, 12 and 18-month data collection periods based on my previous programme of research on new graduate transition. These instruments were then modified as the data emerged. In addition, participants completed preinterview questionnaires and submitted monthly journals detailing their experiences. Finally, focused group discussions, informed and guided by prior interviews, journaling data and my ongoing study were conducted during identical time periods with a separate group of participants originating from the same nursing programme. A dynamic interplay between inductive and deductive processes permitted a fluid movement between data analysis and further data acquisition. Further to the research conducted, I have reviewed over 1000 publications related to new graduate transition, hospital nursing and trends in professional nursing practice, over 400 of which have been directly related to the transition or integration of new nurses into work settings. The reviewed documents and publications were acquired from databases that included CINAHL Plus, Nursing and Allied Health Collection, MEDLINE® and PsycINFO.

Discussion

Experience of transition shock

Understood in the context of my research, the transition shock experienced by the NG is embedded within the first stage of professional role transition (Duchscher 2008). The stages of professional role transition for the NG reflect a non-linear process that moves the new practitioner through developmental and professional, intellectual and emotive, skill and role-relationship changes, and contains within it

experiences, meanings and expectations. Further to this, the experience of transition is presumed to be influenced by developmental and experiential histories, and situational contexts that both prescribe and cultivate expectations about professional roles and responsibilities, work ethic and culture. The initial professional role transition experience of the NG is felt with varying intensity, is founded upon relatively predictable fundamental issues, and exists within individually motivated and fluctuating states of emotional, intellectual and physical well-being.

Transition shock emerged as the experience of moving from the known role of a student to the relatively less familiar role of professionally practising nurse. Important to this experience for the NG is the apparent contrast between the relationships, roles, responsibilities, knowledge and performance expectations required within the more familiar academic environment to those required in the professional practice setting (see *Transition Shock Model*® in Figure 1). For participants of this research, the experience of transition shock felt 'like I just jumped into the deep end of the pool'. Participants seemed ill-prepared for the toll this initial transition would take on both their personal energy and time and on their evolving professional self-concepts. Although they anticipated that some adjustments to their professional work situation would be necessary, prior to the transition they never doubted that their choice of career and the investment of the years of study that this required would be affirmed through a positive work experience: a welcoming collegial environment, a moderately challenging but easily achievable extension to the roles and responsibilities to which they had grown accustomed, the thrill of actualizing the professional role to which they had earned the title, and the fulfilment of being recognized for the knowledge they had acquired and the commitment they had made to caring for others.

Although this process was neither linear nor prescriptive, the personal and professional adjustments evolved and progressed most intensely through the first 1–4 months postorientation (the time after which workplace orientation processes and additional induction learning had taken place and after the new nurse had been teamed up with a senior qualified nurse for the purposes of learning expected routines, roles and responsibilities). At the termination of this postorientation period, the exhaustion and isolation that both fed and resulted from the disorienting, confusing and doubt-ridden chaos that represented their new-found reality motivated a deliberate withdrawal from the intensity of the shock period. The participant expressions of this transition shock experience are presented here as emotional, physical, socio-cultural and -developmental, and intellectual (see *Transition Conceptual Framework*® in Figure 2).

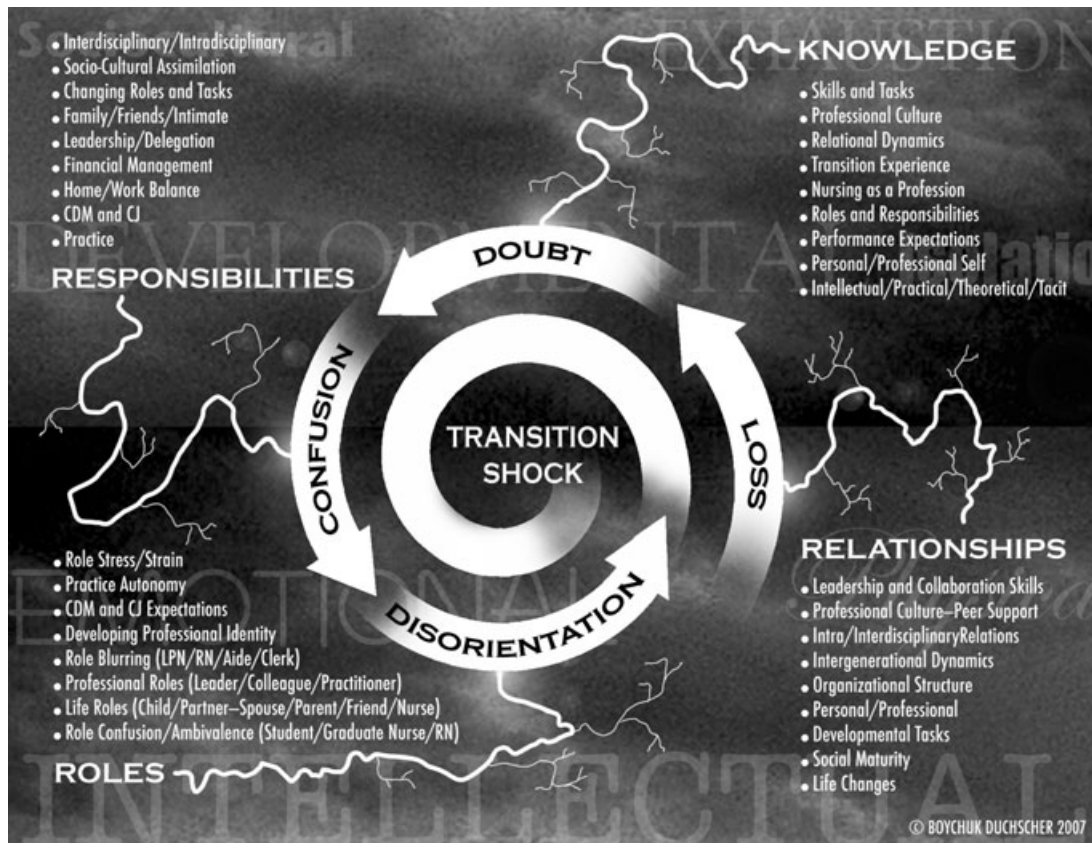


Figure 1 Transition Shock Model©.

Emotional

The range, overwhelming intensity and labile nature of the emotions expressed by participants during this initial stage of transition was truly impressive. Using words and phrases or expressions such as ‘terrified’ and ‘scared to death’, these participants claimed that relentless anxieties were routine during those initial weeks. Although one might expect some trepidation concerning skill-level competence and the establishment of new collegial relationships in an NG professional, these data demonstrated that the stability, predictability, familiarity and consistency of both the introductory clinical experiences and the individuals with whom the graduates interacted significantly influenced their responses to the existing role transition stress. The majority of the graduates in this research could feel their anxiety ‘dancing on the edges of my words and memories’, displaying overwhelming, and at times physically and psychologically debilitating, levels of stress during the initial 1–4 months postorientation. This more traumatic adjustment often correlated with inadequate and insufficient functional and emotional support, lack of practice experience and confidence, insecurities in communicating and relating to new colleagues, loss of control over

and lack of support for the enactment of their professional practice values and anticipated roles, physical, emotional, and intellectual exhaustion, and unrealistic performance expectations by the institution, their colleagues and the graduates themselves.

Not uncommonly, participants described *dominant* nurses with whom they were required to interact as inadvertently challenging both the process and content of their practice foundation. At times, these challenges were perceived as intentionally seeking to diminish the already negligible level of confidence with which they were working. Conversely, some participants poignantly revealed the transforming capacity of both supportive statements and displays of acceptance by senior colleagues on the development of their evolving professional self-concept and on their ability to pass through the particular moment and keep going. Interestingly, several participants over the 10-year study period used the metaphor of *drowning* when both describing and visually representing the overwhelming experience of the first 1–2 months of transition. In the most recent study, startling pictures were drawn and collages designed that clearly illustrated the loss of control and

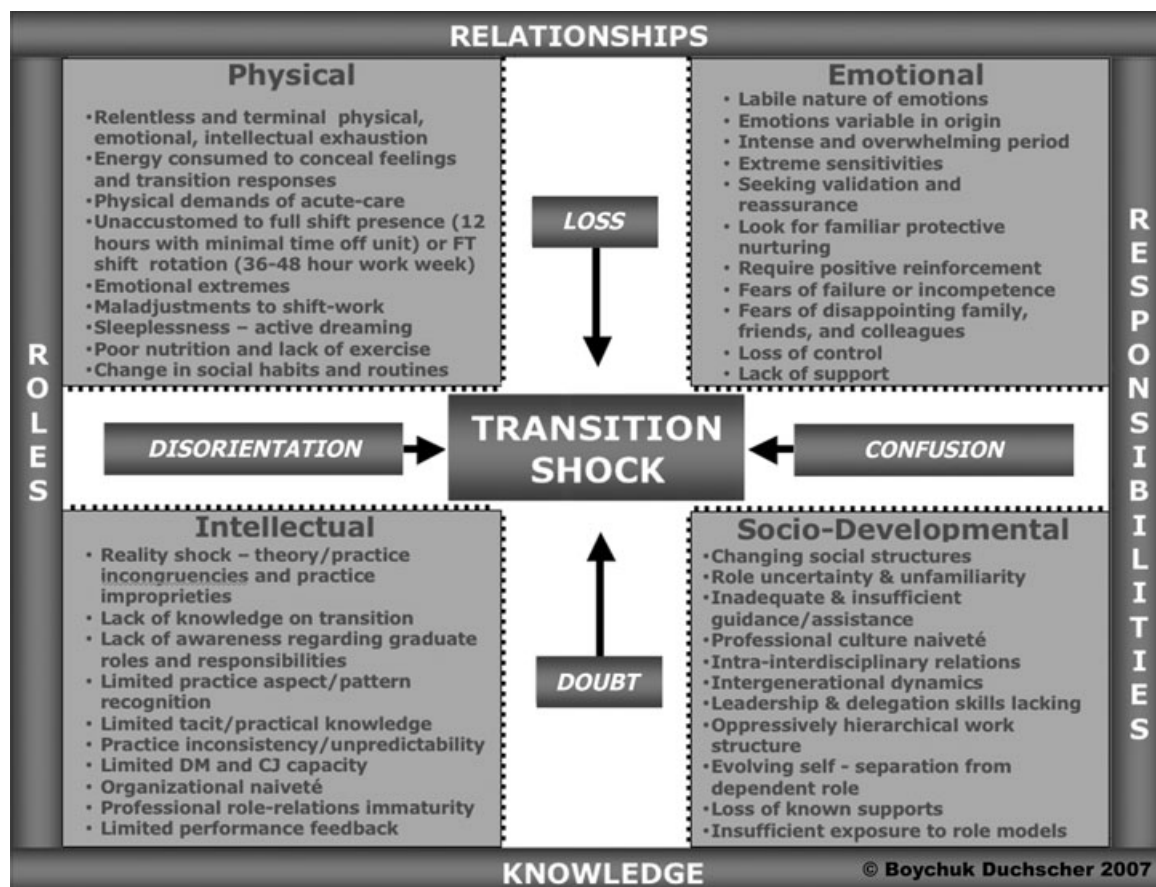


Figure 2 Transition Conceptual Framework©.

subsequent powerlessness associated with the transition shock experience.

The energy being consumed by their attempt to stabilize the emotional roller coaster on which they found themselves motivated a predictable but nevertheless remarkable exhaustion in all participants by the third to fourth month of transition. The primary fears for the new graduates during this stage of their transition were: (1) being 'exposed' as clinically incompetent, (2) failing to provide safe care to their patients and inadvertently hurting them and (3) not being able to cope with their designated roles and responsibilities (see also Duchscher 2008). The dreaded outcome was rejection by their peers as valued and contributing members of the professional community. Understandably, new graduates went to great lengths to disguise their feelings of inadequacy from their new-found and reverently esteemed colleagues.

The loss of the support system that the NGs employed during their undergraduate education was intensely felt. Not having immediate access to previous educators or peers to provide intellectual counsel, emotional support, or practice consultation and feedback potentiated the novice practitio-

ners' feelings of isolation and self-doubt. Many of their new graduate colleagues were working different shifts, were employed in other institutions, or had moved to rural or distant geographical locations. Access to a support network of peers and colleagues was identified as an important link to the ongoing professional development of those who had even minimal access to it, and sorely missed by those who did not (see www.nursingthefuture.ca). Finally, many graduates expressed struggles with maintaining the practice intentions and standards that they had consolidated during their education. The majority of NGs shared feelings of frustration and guilt about their inability to enact the practice principles they believed were a basic requirement of their professional role. There was a sense of culpability for the perpetuation of substandard practice that served as a powerful but insidious role transition de-stabilizer.

Physical

The physical response of the NGs to the transition shock experience was grounded in the all-encompassing energy being consumed just trying to perform in their new role at the

level expected of them without revealing how difficult this was for them. Changes to established life-pattern routines such as modified living arrangements, terminated or advancing intimate relationships, and the acquisition of debt through the purchase of cars and homes served as both exciting distractions and unexpected burdens to these already disoriented graduates. In addition to undergoing personal and developmental changes, these young professionals were being expected to make advanced clinical judgments and practice decisions for which they felt minimally qualified but completely responsible. The strain of this new level of professional accountability was heightened by unclear practice expectations from managers and colleagues, inaccurate assumptions by the graduates of what a 'successful' transition would look like, unanticipated role-relationship struggles with colleagues, the physical demands of adjusting to shift work, and a virtual absence of normalizing feedback on which to base their experience and their role transition progress. Fed by doubts and insecurities, these new practitioners seemed unable to control the relentless debriefing of their practice actions and decisions. They all described spending their waking hours thinking about what had transpired on their last shift and preparing for what might happen on their next one. Sleep time was consumed by dreams about work, bringing about a state of 'perpetual work' that contributed significantly to their growing exhaustion.

Sociocultural and developmental

For the young adults in this research, the transition shock experience was, in large part, about finding their way in a world for which they had been prepared but were not wholly ready. The disconnection between who they were as primarily women and young professionals and who they thought they were supposed to be as nurses, the behaviours they witnessed in the role models that surrounded them and how the realities of the practice environment facilitated, supported, reinforced, challenged or censored professional codes of behaviour dominated this initial transition period. During the first 4 months, the primary sociocultural and developmental tasks for these NGs appeared to be finding and trusting their professional selves, distinguishing those selves from the others around them, being accepted by the larger professional nursing culture, balancing their personal lives with their professional work, and finding a way to meld what they had learned during their undergraduate education with what they were seeing and doing in the 'real' world. Relationships with colleagues were critical forecasters of the transition shock experience.

Functioning within a hypersensitive and self-critical state, the graduates felt any and all tremors of disapproval,

disrespect or doubt as they did likewise of acceptance, praise or simple encouragement. Regardless of the reasons, most participants alluded in some way to a desire to be included in the 'clique' that constituted the culture of their nursing unit. All spoke of wanting, but not adequately receiving, both affirming and critical feedback from either their senior colleagues or those they perceived to be in an evaluative role, such as managers and educators. In the absence of formal feedback, these novice practitioners looked for other indicators by which to measure the safety, competence and relative progression of their practice. A strong theme during the initial 4 months of their introduction to professional practice was the evolution of a more mature, professional sense of self. This developmental change was both exciting and daunting to these young people, dictating modifications to established relationships with friends and family, and transforming the way in which they viewed themselves. Several graduate participants talked about 'growing up', and reflected on their struggle to renounce the safety and security of a more protected, comfortable routine and less responsible way of life.

Graduates spent a good part of the initial transition period trying to discern their nursing role in relation to others. It was commonly asserted that 'being a student, you are doing all the different roles, so that when you come out you're a little bit confused'. During the initial several months, the NGs found themselves distracted by the focus on tasks relative to the other nursing responsibilities with which they associated their professional role such as patient advocacy, teaching and counselling. An underdeveloped level of organization and a desire to fit into the culture of the units where they worked fostered a focus on completing their tasks 'on time' (e.g. charting and other paperwork, answering phones, ordering tests) rather than spending quality time with patients and families.

Relating to other professionals within the clinical environment was an energy-consuming adjustment. Struggling with moderate to low levels of self-confidence, these young nurses found it intimidating and ultimately devaluing to interact with both senior physicians and nurses whose behaviour reinforced hierarchical rather than collegial relationships. Many described an oppressive hierarchy amongst the nursing staff, and passive-aggressive styles of communication between nurses and physicians. In a related finding, considerable stress was involved in supervising, delegating and providing direction to other licensed and non-licensed personnel, many of whom were senior to the NGs in both practice experience and age. The graduates claimed that they had never been prepared to take on those roles or allowed to practise them during their undergraduate education.

Intellectual

The introduction of the graduates to their new professional practice environment began with some form of orientation to the workplace, their nursing role and the context within which they would be practicing. During this early period, graduates maintained their high level of energy, eager and inspired by an exciting anticipation of finally being able to practise independently; being in a learning role was familiar to them and they held a curious fascination about what lay ahead. Most of the graduates identified this 'next step' as similar to the increase in challenge they had long experienced when moving from one student clinical rotation to another. Additional role expectations were interpreted as a more advanced conceptual application of that which they already knew, and as similar to the graduated progression which had been required of them as students from year to year. Still not feeling the full weight of their professional responsibilities or nursing workload during this orientation period, the clear majority of the study participants were shocked by the change they experienced once orientation was completed and they were 'on their own in the real world'. The experience was rapidly and abruptly transformed from one of excitement and wonder to one of overwhelming fear, doubt and all-consuming stress.

Some of the difficulty in making the switch from partial to full responsibility for these graduates lay in the approach of senior nurses, clinical educators and nurse managers to orientation. The majority appeared to have a limited understanding of the relative inflexibility of the NG practice capabilities and expected that they would be able to manage the workload of a seasoned practitioner within several weeks. Further to this, no one mentioned to these participants that they would experience a transition, nor accounted for that experience either in the content or process of their professional initiation. Many of the 'buddy' experiences (i.e. often two 12-hour days and two 12-hour nights where a seasoned nurse and NG are paired up with a common workload) were based on workload division rather than on a preceptor-based tacit knowledge-transfer model. The availability of and ongoing access to seasoned nursing practitioners varied considerably in this research. More often than not, graduates did not reach out to their senior counterparts because the workloads of the staff to whom they were expected to turn were as demanding as their own. The feeling that they were burdening these already-taxed practitioners, combined with the potential threat to their self-confidence and ultimate acceptance by their colleagues should they be exposed as ignorant or inexperienced, served as critical deterrents to their reaching out for assistance when they needed it.

Without exception, graduates who self-reported that they had secured an employment position within which they were

expected to relieve permanent staff on a variety of nursing units (i.e. *floating* or *casual relief* positions) described that experience as extending, intensifying or delaying progression through their transition experience, and they suggested that this work arrangement should not be considered when introducing NGs to professional practice. For the novice practitioner, 'it's like a new job every time you go somewhere new'. The primary issue related to floating was the lack of consistency in both the staff to whom the graduates looked for mentorship and collegial support, and the patients for whom they were caring. The influence of these inconsistencies was further aggravated by a lack of predictability in their assignments, which prevented them from anticipating and thus preparing for the unit-related issues, clinical knowledge expectations and practice requirements of the area to which they were going.

During the transition shock period, the new nurses were able to manage reasonably a workload that consisted of a nurse-patient ratio of less than 1:8, a relatively controlled, balanced and stable level of acuity in their patients, and practice assignments that provided them with access to seasoned practitioner-assisted decision-making and clinical judgment. Several graduates claimed that they were 'slower' than their colleagues in making decisions and completing their daily routines. Much time was being spent 'thinking back' through what was for them relatively linear and prescriptive theory and instruction from previous undergraduate or current institutional educators. Frequent concerns were expressed about whether or not they were doing what was expected or what would be considered safe, and whether or not they would be able to notice that which was outside of the norm given the intensity of their focus and the boundaries of their practice experience. A relatively disturbing finding from graduates going through this initial transition shock period was the frequency with which they expressed concern about being placed in clinical situations beyond their cognitive or experiential comfort level. Over 30% of those in the final study were either requested to go to or simply assigned shifts in an observation unit. Some spoke up, stating their discomfort and even identifying to the scheduler the perceived impropriety of such an assignment. Others felt either too new to make demands about their placements, or interpreted the work placement as a statement of confidence in their abilities, making it difficult to refuse the request.

Implications for nursing

The transition shock experienced by NGs when they enter practice as fully functioning professionals contributes to the

stress and strain of this initial socialization period. Building on Kramer's (1974) earlier work in this area, transition shock moves us beyond an understanding of the graduates' responses to their new reality as being primarily about a gap between what they were taught in their undergraduate education and what they come to know in their work world. My research demonstrates that the NG engaging in a professional practice role for the first time is confronted with a broad range and scope of physical, emotional, sociodevelopmental and -cultural and intellectual changes that are both expressions of and mitigating factors within the experience of transition. These factors may be further aggravated by antecedents related to unfamiliar and changing personal and professional roles and relationships, unexpected and enhanced levels of responsibility and accountability that are unable to be afforded to the graduates during their student experience, and expectations that they will apply to everyday practice situations clinical knowledge that has often been untried, is contextually unrecognizable or is simply unknown.

The element of surprise is an important contributing factor in the experience of transition shock. While growing evidence now exists about the effect of various orientation and transition facilitation programmes on the role socialization process of the NG (Ward & Berkowitz 2002, Bowles & Candela 2005, Beecroft *et al.* 2006, Newhouse *et al.* 2007), there is no literature beyond Kramer's (1974) work that demonstrates a relationship between formal pregraduate transition preparation and the experience of moving into a professional nursing practice role. The limited scope of knowledge about professional role transition in undergraduate nursing theory may be contributing to students' unfamiliarity with and lack of preparedness for what awaits them after graduation.

There is an advancing movement towards the development and enhancement of workplace orientation and transition facilitation programmes for NGs (Beecroft *et al.* 2004, Marcum & West 2004, Gazza & Shellenbarger 2005, Halfer 2007, Newhouse *et al.* 2007). Although many of these programmes recognize the issues inherent in the early experience of the NG, few incorporate formal transition theory into the content, structure or process of their programmes. My research suggests that it is important to further enhance NG orientation programmes by including knowledge about professional role transition. Such a programme would encompass knowledge (e.g. theory taught in creative and interactive ways that accommodate varying learning styles and modes of knowledge transmission) and practice (e.g. role playing or contextually based learning scenarios that engage both novice and seasoned practitioners) related to the stages of transition and the experience of

transition shock (e.g. what to expect and when); intergenerational and inter/intraprofessional communication (e.g. work ethic and style differences as well as role distinctions); workload delegation and management (e.g. delegating to individuals older and more experienced than oneself and prioritizing the competing demands a full workload); lifestyle adjustment (e.g. financial management and adjustments to working alternating shifts), change and conflict management (e.g. dealing with loss and change and navigating evolving relationships with family, friends and colleagues); unit-specific skills (e.g. special nursing and medical procedures and emergency protocols); and professional roles and responsibilities (e.g. working with physicians, seasoned nursing colleagues and multiple disciplines).

In conjunction with important theoretical knowledge and practical experience, it is suggested that institutions accommodate an evolving programme of mentorship between new and seasoned practitioners in the workplace (Thomka 2007). The successful integration of novice nurses into their collegial network is a primary developmental task of this socialization period (Etheridge 2007, Newhouse *et al.* 2007). Appropriate mentorship supports that allow for changing roles and relationships between mentor and mentee, and that correlate with the evolving stages of transition are more likely to meet the dynamic needs of graduates and may enhance the job satisfaction of seasoned professionals (Rowe & Sherlock 2005, Coomber & Barriball 2006, Glasberg *et al.* 2007, Duchscher 2008).

In seminal research that explicated the evolving skill acquisition and competency in nurses as they gained increased levels of practice experience, Benner (1982; see also Benner & Wrubel 1982) established that novice nurses think and act differently from their seasoned counterparts. More contemporary authors have provided ample evidence that the critical thought and subsequent clinical judgment of the NG lacks the depth and breadth that comes with experience (Taylor 2002, Welk 2002, Roberts & Farrell 2003, Duchscher 2003a). I found similar evidence about the initial transition shock experience of the NG entering professional practice during my research and made apparent the importance of purposefully and slowly graduating the clinical responsibility and practice autonomy of these novices. My evidence is clear, particularly the data that arose out of the emergency room research, that choosing to deploy NGs to acute-care units that require rotations through an observation or step-down unit, placing new nurses in permanent floating positions (i.e. relief teams), or staffing high acuity practice areas (i.e. emergency room or critical care) with graduates directly out of undergraduate nursing programmes are decisions that should be undertaken with

What is already known about this topic

- These are challenging times for new nursing graduates, the majority of whom make their initial transition to professional practice within the hospital healthcare environment.
- Kramer's concept of reality shock, based on research from the 1960s, continues to serve as the construct upon which our understanding of the initial transition to professional practice for new nurses is based.
- The contemporary environment within which the newest nursing graduates are making their transition has changed dramatically in the past 20 years to one where acute care is intense, highly dynamic and laden with stress and excessive workload demands.

What this paper adds

- *Transition shock* is presented here as the most immediate, acute and dramatic stage in the process of professional role adaptation for the new nurse.
- The concept of *transition shock* builds on elements of transition theory, reality shock, cultural and acculturation shock, as well as theory related to professional role adaptation, growth and development, and change.

Implications for practice and/or policy

- Understanding the initial stage of role transition for newly graduated nurses will assist managers, educators and seasoned practitioners to appropriately support and facilitate this professional adjustment.
- Healthcare institutions, schools of higher learning and policy-makers need both to understand and respond to the issues that may be driving these energetic and motivated nurses out of acute care, or out of the nursing profession altogether.

concerted caution, taking into consideration the understandably precarious nature of the NGs' cognitive processing ability during the early stages of their professional socialization period. New graduates should be initially (during the first 12 months of practice) placed in consistent and relatively stable clinical settings, be encouraged to increase their exposure to advanced clinical scenarios gradually and strategically, be given regular and frequent feedback that reinforces and redirects their developing skill and knowledge, be offered opportunities for the safe sharing of work experiences with NG peers as well as seasoned colleagues,

and be encouraged to collaborate on the development or enhancement of approaches that optimize their learning environment and quality work experience.

Conclusion

Transition shock represents the initial reaction by new nurses to the experience of moving from the protected environment of academia to the unfamiliar and expectant context of professional practice. The evolving theory presented here depicts the initial 3–4 months of professional role transition for the newly graduated nurse as a process of adjustment that is developmental, intellectual, sociocultural and physical and which is both motivated and mediated by changing roles, responsibilities, relationships and levels of knowledge in the personal and professional lives of the new professionals. This theory suggests that educational institutions and industry employers should focus on providing preparatory theory about role transition for senior nursing students, facilitating educational clinical placements that more appropriately prepare graduates for the dynamic, highly intense and conflict-laden context of professional practice, expand and extend workplace orientations to offer an alternating balance between theoretical knowledge and clinical skill practice, and provide structured mentoring programmes that foster healthy partnerships both between seasoned and novice nursing practitioners and between nurses and their multidisciplinary care delivery partners.

Acknowledgements

The author acknowledges Dr Joanne Profetto-McGrath and Dr Olive Yonge of The University of Alberta Faculty of Nursing for their continued support and guidance during her recent doctoral study. The author is additionally grateful to the SIAST Nursing Division faculty and deans who have provided her with outstanding support to conduct her research and writing during the past ten years.

Funding

Sincere appreciation is extended to the Social Science and Humanities Research Council (SSHRC) for the Canada Graduate Scholarship that permitted the depth and breadth of this author's study during the past six years. The author acknowledges the Saskatchewan Ministry of Health, Canadian Nurses Foundation, Saskatchewan Registered Nurses Foundation, Izaak Walton Killam Foundation, University of Alberta Faculty of Nursing and Graduate Studies for their significant contribution to this scholarship.

References

- Advisory Committee on Health Human Resources (2002) *Our Health, Our Future: Creating Quality Workplaces for Canadian Nurses*. Health Canada, Ottawa, ON.
- Baumann A., Blythe J., Kolotylo C. & Underwood J. (2004) *The International Nursing Labour Market Report*. The Nursing Sector Study Corporation, Ottawa, ON.
- Beecroft P.C., Kunzman L., Taylor S., Devenis E. & Guzek F. (2004) Bridging the gap between school and workplace: developing a new graduate nurse curriculum. *Journal of Nursing Administration* 34(7–8), 338–345.
- Beecroft P.C., Santner S., Lacy M.L., Kunzman L. & Dorey F. (2006) New graduate nurses' perceptions of mentoring: six-year programme evaluation. *Journal of Advanced Nursing* 55(6), 736–747.
- Benner P. (1984) *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Addison-Wesley Publishing, Menlo Park, CA.
- Benner P. & Wrubel J. (1982) Skilled clinical knowledge: the value of perceptual awareness part 1. *The Journal of Nursing Administration* 12(6), 11–14.
- Bowles C. & Candela L. (2005) First job experiences of recent RN graduates. *Journal of Nursing Administration* 35(3), 130–137.
- Bridges W. (1980) *Transitions: Making Sense of Life's Changes*. Addison-Wesley, Reading, MA.
- Buchan J. & Calman L. (2004) *The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions*. International Council of Nurses, Geneva.
- Caelli K., Ray L. & Mill J. (2003). 'Clear as mud': toward greater clarity in generic qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods* 2(2), Article 1, Retrieved from <http://222.ualberta.ca/~iqqm/backissues/pdf/caellietal.pdf> on May 2007.
- Carroll L. (1967) *Alice in Wonderland*. Dobson, London.
- Chang E. & Hancock K. (2003) Role stress and role ambiguity in new nursing graduates in Australia. *Nursing and Health Sciences* 5, 155–163.
- Coomber B. & Barriball K.L. (2006) Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. *International Journal of Nursing Studies* 44, 297–314.
- Cowin L. (2002) The effects of nurses' job satisfaction on retention. *Journal of Nursing Administration* 32(5), 283–291.
- Cowin L.S. & Hengstberger-Sims C. (2004) New graduate nurse self-concept and retention: a longitudinal survey. *International Journal of Nursing Studies* 43, 59–70.
- Crane V.S., Jones D.G. & Sharpe S. (1988) Training NGs to become health care professionals. *Health Care Supervisor* 6(2), 49–57.
- Crowe M. (1994) Problem-based learning: a mode for graduate transition in nursing. *Contemporary Nurse* 3, 105–109.
- Dearmun A.K. (2000) Supporting newly qualified staff nurses: the lecturer practitioner contribution. *Journal of Nursing Management* 8, 159–165.
- Delaney C. (2003) Walking a fine line: graduate nurses' transition experiences during orientation. *Journal of Nursing Education* 42(10), 437–443.
- Duchscher J.E.B. (2001) Out in the real world: newly-graduated nurses in acute-care speak out. *Journal of Nursing Administration* 31(9), 426–439.
- Duchscher J.E.B. (2003a) Critical thinking: perceptions of newly-graduated female baccalaureate nurses. *Journal of Nursing Education* 42(1), 1–12.
- Duchscher J.E.B. (2003b). *Employing nursing graduates in emergency: a qualitative exploration of the integration of newly-graduated Registered Nurses into an emergency department*. Unpublished Research Report. Royal University Hospital, Saskatoon, SK.
- Duchscher J.E.B. (2007). *Professional Role Transition into Acute-care by Newly Graduated Baccalaureate Female Registered Nurses*. Dissertation Abstracts International (DAI-B 68/10): AAT NR32924. University of Alberta, Edmonton, AB.
- Duchscher J.E.B. (2008) A process of becoming: the stages of new nursing graduate professional role transition. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 39(10), 441–450.
- Etheridge S.A. (2007) Learning to think like a nurse: stories from new nurse graduates. *Journal of Continuing Education in Nursing* 38(1), 24–30.
- Gazza E.A. & Shellenbarger T. (2005) Successful enculturation: strategies for retaining newly hired nursing faculty. *Nurse Educator* 30(6), 251–254.
- Gerrish K. (2000) Still fumbling along? A comparative study of the newly qualified nurse's perception of the transition from student to qualified nurse. *Journal of Advanced Nursing* 32(2), 473–480.
- Glasberg A.L., Eriksson S. & Norberg A. (2007) Burnout and 'stress of conscience' among healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing* 57(4), 392–403.
- Greenwood J. (2000) Critique of the graduate nurse: an international perspective. *Nurse Education Today* 20, 17–23.
- Halfer D. (2007) A magnetic strategy for new graduate nurses. *Nursing Economics* 25(1), 6–12.
- Heinrich J. (2001). *Nursing Workforce: Multiple Factors Create Nurse Recruitment and Retention Problems*. [Electronic version]. (Rep. No. GAO-01-912T). United States General Accounting Office (USGAO): Testimony before the subcommittee on Oversight of Government Management, Restructuring and the District of Columbia, Committee on Governmental Affairs, U.S. Senate. USGAO, Washington, DC. Retrieved from <http://www.gao.gov/new.items/d01912t.pdf> on 25 November 2004.
- Kramer M. (1966) The NG speaks. *American Journal of Nursing* 66, 2420–2424.
- Kramer M. (1974) *Reality Shock: Why Nurses Leave Nursing*. C.V. Mosby Company, St Louis.
- Marcum E.H. & West R.D. (2004) Structured orientation for new graduates: a retention strategy. *Journal for Nurses in Staff Development* 20(3), 118–124.
- Mohr W.K. (1995) Values, ideologies, and dilemmas: professional and occupational contradictions. *Journal of Psychosocial Nursing* 33(1), 29–34.
- Newhouse R.P., Hoffman J.J. & Hairston D.P. (2007) Evaluating an innovative program to improve new nurse graduate socialization into the acute healthcare setting. *Nursing Administration Quarterly* 31(1), 50–60.
- Roberts K. & Farrell G. (2003) Expectations and perceptions of graduates' performance at the start and at the end of their graduate year. *Collegian* 10(2), 13–18.
- Rolfe G. (2006) Validity, trustworthiness and rigour: quality and the idea of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing* 53(3), 304–310.

- Rowe M.M. & Sherlock H. (2005) Stress and verbal abuse in nursing: do burned out nurse eat their young? *Journal of Nursing Management* 13, 242–248.
- Sandelowski M. (2000) Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health* 23, 334–340.
- Taylor C. (2002) Assessing patient's needs: does the same information guide expert and novice nurses? *International Nursing Review* 49, 11–19.
- Thomka L.A. (2007) Mentoring and its impact on intellectual capital: through the eyes of the mentee. *Nursing Administration Quarterly* 31(1), 22–26.
- Ward D. & Berkowitz B. (2002) Arching the flood: how to bridge the gap between nursing schools and hospitals. *Health Affairs* 21(5), 42–53.
- Welk D.S. (2002) Designing clinical examples to promote pattern recognition: nursing education-based research and practical applications. *Journal of Nursing Education* 41(2), 53–60.
- Winter-Collins A. & McDaniel A. (2000) Sense of belonging and NG satisfaction. *Journal for Nurses in Staff Development* 16(3), 103–111.

The *Journal of Advanced Nursing (JAN)* is an international, peer-reviewed, scientific journal. *JAN* contributes to the advancement of evidence-based nursing, midwifery and health care by disseminating high quality research and scholarship of contemporary relevance and with potential to advance knowledge for practice, education, management or policy. *JAN* publishes research reviews, original research reports and methodological and theoretical papers.

For further information, please visit the journal web-site: <http://www.journalofadvancednursing.com>

Anexo VI – *Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s)*

Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s)

Nursing care: how to develop the competence(ies)

Atención en Enfermería: cómo desarrollar esa(s) competencia(s)

Maria Teresa Pereira Serrano*

Arminda da Silva Mendes Carneiro da Costa**

Doutora Nilza Maria Vilhena Nunes da Costa***

Resumo

A enfermagem relaciona competência, exercício profissional e contexto. A inovação tecnológica e as alterações na organização do trabalho fazem emergir as novas lógicas empresariais. Os enfermeiros são actores do processo de mudança e os contextos são um imperativo ao desenvolvimento de competências.

Considerando os processos de mudança pretendeu-se estudar o modo como os enfermeiros desenvolvem as competências do cuidar em enfermagem e quais as determinantes desse processo.

O estudo qualitativo e etnometodológico privilegiou a presença do investigador no contexto. Na colheita de dados utilizámos a observação participante, entrevistas etnográficas e semi-estruturadas a enfermeiros e outros informantes privilegiados, além de análise documental.

Conclusões: o desenvolvimento de competências resulta da articulação entre os actores (equipa de saúde), o contexto e os saberes através das díades. Estas desenvolvem-se nos sistemas micro e meso com influência do sistema exo e macro. Tem por base: estratégias promotoras de um processo reflexivo sobre a prática de enfermagem; a construção da experiência, um *habitus* de cuidar caracterizado pelo conhecimento colectivo e um processo de supervisão clínica.

Palavras-chave: enfermagem; competências; *habitus*; supervisão clínica.

Abstract

Nursing is related to competence, professional practice and context. Technological innovation and changes in work organization are leading to new business logic. Nurses are key players in the process of change and the contexts are important in skills development.

In terms of the processes of change, the intention was to investigate how nurses develop the skills of nursing care and what are the determinants of this process. The qualitative and ethnomethodological study focused on the presence of the researcher in the context. For data collection we used participant observation, semi-structured ethnographic interviews with nurses and other key informants and document analysis.

Conclusions: Competency development is the result of interactions between the actors (health team), the context and knowledge across dyads. They develop in micro-and meso-systems influenced by exo-and macro systems.

It is based on: strategies to promote a process of reflection on nursing practice, the construction of the experience, a *habitus* of care characterized by collective knowledge and a process of clinical supervision.

Keywords: nursing; competencies; *habitus*; nursing clinical supervision.

* Professora coordenadora. Vice presidente do Instituto Politécnico de Santarém - Escola Superior de Saúde. Doutoramento em Didáctica - Universidade de Aveiro. (Dezembro de 2008). Mestre em Ciências de Enfermagem (1995). Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [serranomariateresa@hotmail.com].

** Professora Coordenadora com Agregação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (orientadora) [armindamcosta@gmail.com].

*** Professora Catedrática da Universidade de Aveiro (co-orientadora) [nilzacosta@ua.pt].

Resumen

La enfermería relaciona competencia, ejercicio profesional y contexto. La innovación tecnológica y las alteraciones en la organización del trabajo han hecho emerger nuevas lógicas empresariales. Los enfermeros son actores del proceso de cambio y los contextos son un imperativo en el desarrollo de competencias.

Considerando los procesos de cambio se pretendió estudiar el modo cómo los enfermeros desarrollan competencias de la atención en enfermería y cuáles son las determinantes de ese proceso.

El estudio cualitativo y etno-metodológico privilegió la presencia del investigador en el contexto. En la recolección de datos utilizamos la observación-participante, entrevistas etnográficas y semi-estructuradas a enfermeros y otros informantes privilegiados, además del análisis documental.

Conclusiones: el desarrollo de competencias resulta de la articulación entre los actores (equipo de salud), el contexto y los saberes adquiridos día tras día. Estas se desarrollan en los sistemas micro – e incluso – con influencia del sistema exo y macro. Tienen por base: estrategias promotoras de un proceso reflexivo sobre la práctica de enfermería; la construcción de la experiencia, un *habitus* de cuidar caracterizado por el conocimiento colectivo y un proceso de supervisión clínica.

Palabras clave: enfermería; competencias; *habitus*; supervisión clínica.

Recebido para publicação em: 22.09.10

Aceite para publicação em: 15.02.11

Introdução

A Enfermagem é uma profissão centrada em interações onde cada pessoa, por vivenciar um projecto de saúde, se torna singular, única e indivisível num momento único de cuidado. O avanço tecnológico tem determinado alguma centralidade nas técnicas. O desenvolvimento e as mudanças importantes nos locais de trabalho, relacionados com a inovação tecnológica e as alterações na organização do trabalho, fazem emergir as novas lógicas empresariais em que se procura valorizar o factor humano nas organizações a par com o desenvolvimento tecnológico. O processo de cuidar, muitas vezes desligado da pessoa, enquanto corpo sujeito, coloca o desafio no desenvolvimento de capacidades, conhecimentos e recursos, ou seja, no desenvolvimento de competências. Na prática, vários estudos na área de enfermagem efectivam a relação entre competências e exercício profissional. Os profissionais são os actores do processo de mudança e os contextos são um imperativo ao desenvolvimento de competências. Estes pressupostos levaram-nos a colocar as seguintes questões: como desenvolvem os enfermeiros as competências do cuidar em enfermagem e quais as determinantes desse processo? Como o contexto profissional promove o processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros? A resposta a estas questões, na nossa perspectiva, assume um interesse particular, uma vez que, pode constituir um contributo para: a reflexão, *a análise da influência do contexto da prática; a análise dos eixos estratégicos utilizados e a identificação de determinantes no desenvolvimento de competências na dimensão pessoa - enfermeiro, organização e contexto, numa unidade de medicina hospitalar.*

Quadro teórico

O saber profissional e o contexto de cuidados

A profissionalização dos cuidados de enfermagem, a especificidade do saber e a resposta aos desafios dos modelos de gestão, têm colocado o conceito de competência na centralidade das novas lógicas das organizações.

A multi-profissionalidade na complexidade de respostas a problemas de saúde e a imprescindibilidade

dos cuidados de enfermagem exigem a resposta de um profissional competente. Sabemos que a interdisciplinaridade numa equipa de saúde não exclui nem a independência, e a autonomia de cada profissional, nem um referencial próprio que precise a contribuição específica no vasto domínio da saúde.

A resposta à variedade de relações que se estabelecem nos comportamentos observados, sustentados pelos vários paradigmas, e a existência de vários tipos de saberes mobilizados pela enfermagem (saber empírico ou ciência de enfermagem, saber do domínio do conhecimento científico; saber ético; saber pessoal; saber estético ou arte de enfermagem), mobilizam no enfermeiro competências cognitivas (raciocínio lógico, resolução de problemas); competências afectivas (a arte de cuidar); e competências estéticas e reflexivas (o conhecimento de si e a transferência para outras situações).

Na análise de competências, a referência aos profissionais e a sua relação com as organizações é praticamente inevitável, quanto mais não seja pela influência que ambas têm no desenvolvimento da própria organização.

A partir da década de 70 assiste-se a um aumento do desenvolvimento teórico sobre as profissões. Surge a *teoria interaccionista* (Andrew Abbot, 1988) com uma abordagem sistémica e dinâmica do estudo das profissões que introduz o princípio de que as profissões não existem isoladamente, mas organizam-se num sistema de interdependências com área jurisdicional definida, sustentada na natureza do trabalho que cada profissional controla. Faz parte da natureza do trabalho profissional a capacidade de resolução de problemas, associado à legitimação, investigação e instrução resultante de um conhecimento académico específico. Para Carvalho (2006), a construção da imagem social e a visibilidade do trabalho na intervenção em situações complexas contribui para a consolidação da jurisdição. Esta pode ser reivindicada pelo sistema legal, que permite o controlo formal do trabalho, pela opinião pública, com construção de imagens que pressionem o sistema legal no próprio local de trabalho. É neste último que ocorre a complexidade das interações profissionais e se estrutura o trabalho entre as diferentes profissões, intersectadas pela lógica da organização, em que se desempenham as tarefas extra profissionais e se cede a outros grupos muitas das tarefas que caracterizam cada profissão (Carvalho, 2006).

No contexto da saúde e, especificamente, da enfermagem em contexto hospitalar, dado o aumento da quantidade de trabalho profissional, as muitas tarefas delegadas (pertencentes à jurisdição de enfermagem), principalmente as de natureza mais rotineira, possibilitam a aprendizagem no local de trabalho (por exemplo, nas auxiliares de acção médica), por transferência de conhecimentos e assimilação. Há, naturalmente, manifestações de natureza linguística ou simbólica que podem conduzir à precariedade da jurisdição da profissão (neste caso da enfermagem). Amendoeira (2006) constatou que, em Portugal, a década de 70 foi marcada por uma abordagem funcionalista, identificando as funções independentes e dependentes dos enfermeiros e a sua adequação ao tipo de serviço definido. A partir do final da década de 80 começou a formar-se um profissional mais reflexivo, salientando-se a importância de uma perspectiva interaccionista, onde a pessoa passa a ser o centro dos cuidados, atendendo-se à particularidade e singularidade do sujeito de cuidar.

Na década de 90 é aprovado o regime legal da carreira de enfermagem e a regulação da profissão efectuada desde 1996 com a publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros que clarifica os conceitos, intervenções e áreas de actuação, bem como, as regras básicas e os direitos e deveres dos enfermeiros. Este processo culmina em 1998 com a criação da Ordem dos Enfermeiros que se constitui enquanto “entidade reguladora da profissão de enfermagem, deve assumir um papel preponderante na definição dos padrões de qualidade, no perfil de competências profissionais e, por conseguinte, assumir-se como a entidade acreditadora” (Ordem Enfermeiros, 2003, p. 176). Este processo constitui-se como fundamental na construção da identidade profissional. Nesta continuidade, salientamos a definição do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Este refere-se a um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades. Define como competência do enfermeiro de cuidados gerais “um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar” (Ordem Enfermeiros, 2003, p. 188). O perfil de competências é constituído por cinco domínios – prática profissional informada pela ética; abordagem

holística dos cuidados e integração do conhecimento; relações interpessoais; organização e gestão dos cuidados; e desenvolvimento pessoal e profissional (Ordem Enfermeiros, 2003, p. 247).

A enfermagem vivencia uma construção interactiva e contínua entre a pessoa e o meio. Esta interacção é influenciada pelo conjunto de saberes do enfermeiro e a sua aplicação no processo de cuidar. Deste processo resulta “o agir comunicacional” (e não instrumental), central no processo de socialização, o qual faz depender a lógica da socialização das formas institucionais da construção do Eu e, nomeadamente, das relações comunitárias, no qual Mead, citado por Coulon (1995), enfatiza os “símbolos significativos” como uma linguagem utilizada e um modelo de comunicação. É neste processo de interacção com um “universo simbólico e cultural” e um “saber sobre o mundo” que se constitui, numa primeira fase, a socialização primária que incorpora alguns saberes de base. Costa (2002) constatou que, no decurso da vida, a escola assume uma dimensão importante no processo de socialização primária. Neste sentido, a escola assegura a legitimação dos saberes e a sua relação com o mundo profissional, que se inicia ainda durante a formação, através de uma formação em alternância. A socialização faz-se, não só, pelos saberes de base incorporados, mas também pelas diferentes relações com a escola e o contexto profissional. Como refere Dubar (1997, p. 95) “a chave essencial de compreensão dos mecanismos e dos resultados da socialização primária é, assim, a valorização que é feita dos diferentes saberes pelos diferentes (...) *“socializadores” e das relações que estabelecem com os diversos “socializados”*. Como podemos constatar, este é um processo nunca acabado que coloca a questão da socialização secundária, na vivência do espaço específico, ou espaços institucionais especializados e a aquisição de saberes e de papéis articulados com o trabalho. Assim, a socialização secundária constrói-se a partir da socialização primária.

“Neste sentido, a formação e o trabalho são indutores de transformações identitárias. A formação comporta a legitimação de novas formas de identidade pela alteração do corpo dos saberes e das relações no trabalho” (Abreu, 2007, p. 68).

É na socialização, através do *habitus*, que o cuidado ao ser humano, enquanto ser-no-mundo, pode ser integrado, apreendido, individualizado, em suma, ser um cuidado hermenêutico. Este, como em qualquer

campo de acção, depende do poder existente entre o conjunto de actores individuais ou colectivos. O poder encontra-se nas estruturas pré-existentes do espaço de acção, acentua a natureza relacional, é inseparável da relação através da qual se exerce e implica a cooperação de outras pessoas (dimensão instrumental) e a negociação.

Como refere Abreu (2007), o profissional revela-se num processo contínuo de construção e reconstrução, de confronto com patrimónios individuais e colectivos, de significações e de aprofundamento de cenários. Existem esquemas de acção que, integrados, permitem ao profissional adaptar-se apenas naquilo que ele inova para a atribuição da singularidade da acção. Estamos no âmbito dos saberes procedimentais, ou seja, saberes sobre os procedimentos, que se incorporam às rotinas e ampliam o *habitus* e se tornam “conhecimento-em-acção”. No caso em que a adaptação é mais forte, se reproduz em situações semelhantes e se estabiliza, criam-se novos esquemas de acção, enriquecendo o *habitus*. A tomada de consciência, como um trabalho sobre si próprio, mobilizado no momento adequado, pode favorecer a mudança de *habitus*. Este permite, em tempo certo e com técnicas adequadas, criar, desenvolver ou promover novos esquemas de acção que podem transformar o profissional e o próprio contexto. É nesta interacção e num contexto específico, como no caso de um serviço hospitalar como o serviço de medicina, que a enfermagem assegura a existência, a circulação e a criação de um saber prático - experiência, valores, estratégias e intuição.

Os contextos, enquanto ambiente, influenciam e são influenciados pela subjectividade de cada um, pelas singularidades no colectivo, que se articulam para reinventar um novo colectivo que, quando contextualizadas e consciencializadas, promovem aprendizagens ao longo da vida.

Assim, a aprendizagem experiencial é por natureza interactiva e de interacção intra-pessoal, da pessoa consigo própria e interpessoal, da interacção com a realidade exterior e as pessoas que a rodeiam (Alarcão, 2000). Constata-se que a pessoa aprende no dia a dia, das mais diversas formas, e com tudo o que a rodeia, tornando-a aprendente ao longo do curso da vida.

A aprendizagem ao longo da vida (*lifelong learning*) não é apenas mais um dos aspectos da educação e da aprendizagem; ela deve tornar-se o princípio director que garante a todos o acesso às ofertas de educação e de formação, numa grande variedade dos contextos

de aprendizagem (*Commission of the European Communities*, 2000, p. 3).

Estudos efectuados na área da formação em saúde revelam a existência de formação directamente relacionada com os contextos, com as relações profissionais, com a complexidade dos problemas, com as relações sociais e com a cultura organizacional. A formação emerge como resposta às mutações existentes e às mudanças a gerir. No entanto, constatamos que para existir aprendizagem pela experiência é necessário que exista intencionalidade por parte dos actores nas situações de trabalho, ou seja, que a interacção com essa situação faça sentido. É necessário reabilitar a intuição e a inteligência prática, baseada em saberes científicos sólidos, e fazer a sua reintegração no seio da competência profissional; mobilizar a flexibilidade cognitiva; e mobilizar o próprio processo de integração, enquanto sujeito que aprende. A supervisão incide sobre indivíduos em interacção e o supervisor faz apelo à inteligibilidade das relações existentes de forma dinâmica. O supervisor faz apelo à inteligibilidade das relações existentes de forma dinâmica. Este facto transporta-nos para uma abordagem a partir do todo e não das partes e como nos diz Morin (2000), o pensamento complexo é como que uma viagem que busca um modo de pensamento capaz de respeitar a multidimensionalidade, a riqueza e o mistério do real.

Metodologia

Para responder a esta perspectiva, considerámos um estudo de caso, o serviço de medicina hospitalar, e o caso, os enfermeiros do serviço. O trabalho empírico baseou-se num estudo de cariz qualitativo e interaccionista da construção da realidade cujo foco se situou nas interacções entre os diferentes intervenientes no processo de cuidar e no significado subjectivo para os participantes. Como método de colheita de dados utilizámos a observação participante, privilegiando a presença do investigador no contexto; as entrevistas etnográficas e entrevistas semi-estruturadas a enfermeiros e outros informantes privilegiados; além de análise documental.

Seleccionámos, como contexto, um serviço de medicina que, pela longa permanência dos doentes, nos possibilitava a observação repetitiva de situações; como actores, enfermeiros com experiência

profissional, ou seja, o enfermeiro que mobiliza a competência; como enfermeiros competentes, os enfermeiros que trabalhavam há mais de 2 anos no mesmo serviço (Benner, 2001). Mobilizámos, ainda, outros intervenientes na colheita de dados para o mesmo objectivo, pois este facto permitiu-nos garantir a validade interna do estudo, pela abrangência de sujeitos sobre os mesmos conceitos em estudo (Durand; Blais, citados por Gauthier, 2003, p. 192). O estar no terreno e a proximidade com os sujeitos permitiu apreender a subjectividade do ponto de vista estético, emocional, além do cognitivo, e apreciar a melhor “arte” de cuidar.

O modo como os actores pensam, sentem, interpretam e constroem significados, constituíram, como referem Lincoln e Denzin (1994, p. 157) o “empenhamento claro do humanismo para estudar o mundo social com base na perspectiva do indivíduo que interage”. Esta forma de estar na investigação, permitiu compreender as perspectivas das pessoas, as suas experiências,

explorar a natureza e dimensão dos seus interesses e o modo como interpretam e constroem a sua acção.

Procedimentos de recolha de informação

O planeamento da recolha de informação, dado tratar-se de uma investigação etnometodológica, exigiu uma fusão completa com o objecto em estudo e a focalização nas actividades do dia a dia, na sua execução e na construção de um contexto de interacções (Flick, 2005). Foi um processo que se efectuou a par e passo com a ordenação e análise, característica do estudo etnometodológico.

A fase inicial deste processo começou com o planeamento dos instrumentos da recolha de dados. Partimos para o contexto, considerando as diferentes fontes de dados (Quadro1), com uma postura de abertura e confiantes no entusiasmo e na criatividade que o processo representava.

QUADRO 1 – Fonte de dados correspondentes e eixos em análise

Fonte dos dados	Eixos em análise		
	Actores	Contexto	Saberes
Observação participante	Equipa saúde	Enfermaria Salas de trabalho Copa	Enfermeiros
Entrevistas etnográficas	Equipa de saúde	Equipa de saúde	Equipa de saúde
Entrevistas especialistas	Director do hospital Enfermeira chefe Enfermeira directora		Enfermeira chefe Enfermeira directora
Entrevistas semi estruturadas	Enfermeiros	Enfermeiros	Enfermeiros
Documentos	Legislação; Normas e procedimentos	Legislação, Normas e procedimentos	

Neste sentido, planeámos as diversas etapas de forma rigorosa, ainda que flexíveis, tendo em consideração constrangimentos relacionados com o contexto de investigação ou com o próprio investigador. Considerámos o registo sistemático dos dados; o recurso a estratégias diversas de recolha de informação; e a análise sistemática dos dados e sua validação.

A análise global dos dados teve por base a matriz de categorização da observação participante e modelo de análise da investigação centrada na matriz das competências dos enfermeiros (Ordem Enfermeiros, 2003), aspecto central da nossa investigação em articulação com o meio, como Pires (2005, p. 306) refere, “as competências desenvolvem-se na articulação / intersecção entre diferentes domínios,

numa perspectiva integrativa e de recomposição”, ou seja, consideramos que as competências dos enfermeiros se desenvolvem no sistema micro, em articulação com o sistema meso, exo e macro.

Os diferentes recursos utilizados, a consciência de centrar a nossa visão numa abordagem sistémica e complexa, permitiu-nos efectuar a análise com leitura e releituras de modo a extrair unidades de análise – observações – ilustrativas de momentos observados e descritivos. A redução em análises significativas pelo uso da intuição, paixão, imaginação e liberdade visaram, numa primeira fase, a categorização *a posteriori*, passando em seguida a ser uma categorização *a priori*, pelo sistemático processo de categorização efectuado com base nas diferentes teorias.

Resultados

O processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros (Diagrama 1) em contexto de trabalho, especificamente no serviço de medicina hospitalar,

centrou-se na articulação de três dimensões: os actores, o contexto e os saberes, num processo dinâmico, interactivo e sistémico com os diferentes sistemas – micro, meso, exo e macro (Bronfenbrenner e Morris, 1998).

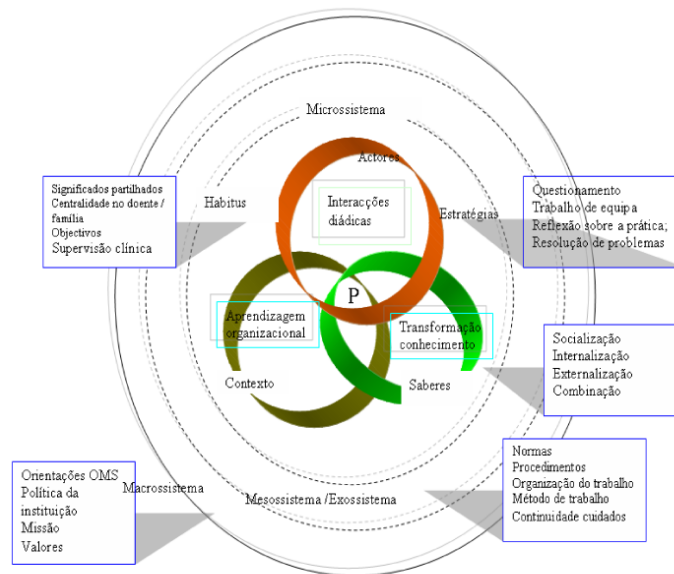


DIAGRAMA 1 – Eixos determinantes do desenvolvimento de competência

Existe uma responsabilidade partilhada entre o profissional enfermeiro e as condições/organização do contexto, a construção e o desenvolvimento de competências profissionais, como nos foi referido *“tem a ver com a personalidade de cada pessoa (...) que também influencia muito”; “É preciso ver se estamos todos para o mesmo, o que às vezes não acontece”; “mas cada um tem o seu lugar”, “na equipa de saúde tentamos colaborar uns com os outros de forma a restabelecer o equilíbrio do doente/família (...) mas, de uma forma geral, conseguimos entrar em consenso em prol do bem-estar do doente-família”* (entrevista semi-estruturada E). Como refere Morin (2000), tudo depende de nós, dependendo de cada um a escolha de ficarmos à margem da correnteza ou mergulhar nela.

Discussão

Tendo por base as dimensões referidas, passaremos à sua discussão tendo consciência de que as mesmas se constroem e interligam num processo recursivo

inerente aos sujeitos que os integram. Este facto constituiu, numa primeira fase, uma limitação ao estudo, no entanto, ao longo do processo tornou-o dinâmico e interactivo, facto que capitalizou os resultados. Assim, a discussão dos dados revelou ser um processo exaustivo, do qual pensamos dar a visão mais objectiva possível.

Na dimensão Contexto

O serviço de medicina hospitalar constitui o microsistema onde ocorrem diferentes e múltiplas interacções que influenciam directamente o enfermeiro e promovem o desenvolvimento de competências. Este verifica-se pelas transições ecológicas, resultado de díades no sistema micro e meso, com influência do sistema exo e macro, o que está de acordo com a teoria de Bronfenbrenner e Morris (1998). Constatámos no serviço de medicina factores promotores do desenvolvimento de competências como: um *habitus* caracterizado por uma forma de pensamento e acção colectiva que ultrapassa a subjectividade individual;

por uma comunidade de significados partilhados no serviço, o qual determina o modo como se cuida. O *habitus* traduz-se na visibilidade do desempenho profissional, pela centralidade no doente/família; na resposta às necessidades e problemas do doente/família, definidas pelo sistema exo e macro e por um processo supervisivo interpessoal, definido no sistema micro. Como refere Antonello, 2005, o conhecimento emerge duma participação activa e da vivência diária do trabalho, sendo este propício a um processo de aprendizagem pelo fazer que num processo global conduz ao pensamento colectivo.

A organização dos cuidados, a nível da equipa de saúde, é mediada por um processo de supervisão. Tem como elemento de referência a enfermeira chefe que evidencia um conhecimento das políticas da organização (macrossistema); envolve o conhecimento dos diferentes elementos dos sistemas (meso, exo e macro); mobiliza a transformação do conhecimento explícito em tácito através da aplicação das normas (exossistema); promove a aprendizagem pela experiência centrada na resolução de problema, a tomada de consciência, a reflexão com base na situação vivida e a transferência para futuras situações; partilha as responsabilidades da gestão mobilizando um conhecimento específico, especializado e contextualizado.

O método de trabalho, método de enfermeiro responsável ou de enfermeiro de referência, operacionaliza o *processo de enfermagem*, enquanto um processo sistemático, dinâmico e complexo, suportado por interacções diádicas com diferentes elementos da equipa.

A passagem de turno constitui um momento de reflexão sobre e para a acção, envolve o conhecimento da individualidade do doente, do processo de doença, das necessidades e problemas e visa a continuidade dos cuidados. É caracterizada por um processo de análise, reconstrução e reformulação da prática, através do confronto dos problemas do doente partilhados no grupo, visando a tomada de decisão no planeamento e na continuidade de cuidados.

A aprendizagem organizacional acontece como uma aprendizagem não formal. A nível micro, o conhecimento produz-se dentro dos limites do próprio serviço - "*auto-produção*" - e engloba a comunicação das mais variadas formas - registos, informatização de dados e comunicação interpessoal. Tem foco na *socialização individual*, pela interacção consciente entre os indivíduos, troca de experiência

colectiva viabilizada por meio do consenso e de cognições partilhadas; tem foco em *processo-sistema* com processamento, interpretação e distribuição de informação pela organização (mesossistema), como se verificou com o processo de trabalho sobre a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

A reflexão sobre os problemas da prática enquadra a aprendizagem, por um lado, no *ciclo de aprendizagem triplo (deutero-learning)*. Nesta, o sujeito modifica a sua forma de aprender, com base nas aprendizagens efectuadas, reflectindo sobre os contextos que as proporcionam e perspectivando novas aprendizagens e, por outro lado, no *modelo colaborativo aberto*, enfatizando um trabalho colaborativo ao longo do tempo, com interferência de outros no grupo, com a existência de parcerias e redes de aprendizagem colaborativa, como se observa com a formação de estudantes e as parcerias existentes, nomeadamente, com o trabalho efectuado com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e Sistema de Apoio para a Prática de Enfermagem (SIPE / SAPE) e os protocolos com as instituições de formação (mesossistema).

A nível macro, a aprendizagem organizacional tem *foco em cultura*. Tem como objectivo criar um ambiente de aprendizagem entre os indivíduos e a organização; promove a interacção e fortalece a base de conhecimento, ou seja, existe um processo de transferência de conhecimento entre os níveis individual, grupal, organizacional e interorganizacional e o desenvolvimento de competências colectivas.

Podemos constatar a existência de diferentes aprendizagens no serviço caracterizadas por um conhecimento de "*auto-produção*" (Magalhães, 2005), ou seja, resultado de um sistema que contém dentro dos seus limites os mecanismos e processos que lhes permite produzir-se e reproduzir-se, tem uma "organização e estrutura própria, autonomia, fechamento operacional, auto referenciação e capacidade para se acoplar estruturalmente à envolvente circundante" (Magalhães, 2005, p.48).

Na dimensão Actores

Os actores constituem-se intervenientes no processo de cuidar numa interacção dinâmica consigo próprio (intra pessoal), e com os outros

(interpessoal) no sistema micro, e em articulação com o sistema meso, exo e macro. Estes actores evidenciam desenvolvimento de competências através da capacidade de reflexão no processo de cuidar, explicando as competências tácitas na resolução das situações-problema e a transformação do conhecimento que os leva ao “*estar em situação*” e ao “*agir em contexto*”.

A nível intrapessoal verifica-se a *consciência de si* – conhece os parâmetros do comportamento humano de modo a evitar projecções e identificações ou outras transferências; *consciência do outro* – possui todas as informações sobre a pessoa de modo a ajudar a evoluir no seu processo de saúde/doença; *consciência das tarefas a executar* – conhece a missão, a finalidade e os objectivos – sabe o que fazer com a pessoa, o que implica: identificar a missão enquanto cuidador; a finalidade da intervenção; os objectivos específicos; definir as estratégias adequadas; avaliar a acção e proceder a ajustes; *consciência do contexto* – identifica os recursos físicos e o tempo necessário e adequado; *domínio de capacidades* promotor, na acção, de competências como - ouvir e compreender o outro, não apenas pela comunicação verbal, mas também por expressões e manifestações corporais como elementos fundamentais no processo de comunicação.

A nível *interpessoal* constatámos que quanto maior for o número de interacções existentes no contexto, por um lado, o número de situações complexas e de sistemas em análise, por outro, mais se apela à reflexão, à transformação e por consequência a um saber agir com pertinência, ou seja, ao agir com competência ao longo do tempo. Estes factos têm por base o estabelecimento de interacções complexas que, segundo a teoria de Maturana e Varela (1980), processando-se por assimilação e acomodação, constroem um estado de equilíbrio progressivo e de adaptação que conduzem à autonomia no interior do sistema.

Na prestação de cuidados o enfermeiro mobiliza no processo de cuidar comportamentos específicos, ou seja, os *outputs* de desempenho que, pela sua constância e regularidade, reflectem as competências. Estas são resultado de um saber agir, um querer agir e um poder agir (mecanismo pessoal), contextualizados nos objectivos do serviço e da organização - sistema meso e macro (sistema de suporte).

Na acção de cuidar, o desenvolvimento de competências caracteriza-se por um cuidado centrado na singularidade e na individualização do acto de

cuidar. O *habitus* integrado em cada enfermeiro permite inovar na singularidade de cada acção, flexibilizar em situações idênticas e, em situações novas, efectuar adaptações a novos esquemas.

Na dimensão Saberes

Os saberes decorrem do conhecimento na acção e resultam de uma integração subjectiva e dinâmica da experiência, são identificados pela integração de esquemas, pela transformação de conhecimento e por um agir contextualizado, expressão de competência profissional. Nesta dimensão identificámos o enfermeiro como: Enfermeiro aprendente - abre-se ao conhecimento integrando novas formas de interpretar a experiência; integra uma aprendizagem significativa, resultado de experiência vivida, reflectida e partilhada; desenvolve um processo de significados individuais e partilhados na equipa e mobiliza estratégias centradas na experiência e na reflexão; Enfermeiro formador - insere-se numa rede de comunicações e de relações, na interacção social influenciada pelo meio – organização, pelos objectivos – resultados esperados e pelas diferentes díades de actividades. Esta dinâmica sendo promotora de desenvolvimento de competências tem como indicadores: o confronto com o outro, os seus conhecimentos, valores e atitudes; um processo de cooperação, activo e dinâmico; conhecimentos, habilidades, estratégias e competências cognitivas e emocionais. Os vários indicadores visam o auto-conceito, a auto-aprendizagem, o desenvolvimento de transições ecológicas ou o auto cuidado da pessoa/família. Esta dimensão está de acordo com um estudo do Conselho de Enfermagem de NC Board of Nursing (2004), no qual a prática reflexiva é caracterizada por um processo para o desenvolvimento permitindo identificar, na prática, a procura de oportunidades de aprendizagem; a promoção de competências contínuas; a identificação de objectivos, ou seja, mover-se através do contínuo de “noviço a perito”.

Conclusão

O desenvolvimento de competências do enfermeiro envolve como determinantes: os actores, os saberes e o contexto. Os actores evidenciam díades

desenvolvimentais no sistema micro envolvendo, progressivamente, sistemas cada vez mais complexos - meso, exo e macro. Os saberes são construídos pela aplicação do conhecimento a situações-problema identificadas no contexto da prestação de cuidados e mediado por uma prática reflexiva. O contexto possui um *habitus* articulado com o sistema exo e macro, caracterizado por significados colectivos partilhados, por rotinas integradas promotoras de assimilação e adaptação de esquemas de acção que permitem agir com pertinência em situações novas e complexas. A aprendizagem organizacional processa de acordo com os vários sistemas em presença, baseia-se num modelo de “auto-produção”, através da resolução de problemas da prática, é colaborativo e tem foco na cultura. Estes factores determinam um enfermeiro aprendente e formador. No entanto, os eixos identificados do desenvolvimento de competências, suportados pelas características inerentes a cada dimensão, não são, por si, determinantes. Fazem depender de si (pessoa), por características individuais de personalidade, motivação, imprevisibilidade, individualidade e pessoalidade, o modo como cada enfermeiro efectua o seu desempenho profissional. Estes dados permitem-nos afirmar que o contexto é determinante no desenvolvimento de competências, sendo a cultura do serviço, nas diferentes dimensões, factor a considerar, pelo que, em futuras investigações, se deva questionar a relação entre a cultura organizacional e o desenvolvimento de competências dos enfermeiros.

Referências Bibliográficas

ABBOT, A. (1988) - *The system of professions. Na essay on the division of expert labour*. Chicago : University of Chicago Press.

ABREU, W. C. (2007) - *Formação e aprendizagem em contexto clínico*. Coimbra : Formasau.

ALARCÃO, I., org. (2000) - *Escola reflexiva e supervisão. Uma escola em desenvolvimento e aprendizagem*. Porto : Porto Editora.

AMENDOEIRA, J. (2006) - *Uma biografia partilhada da enfermagem*. Coimbra : Formasau.

ANTONELLO, C. S. (2005) - A metamorfose da aprendizagem organizacional: uma revisão crítica. In RUAS, R. ; ANTONELLO, C. S. ; BOFF, L. H. - *Aprendizagem organizacional e competências*. Porto Alegre : Bookman.

BENNER, P. (2001) - *De iniciado a perito*. Coimbra : Quarteto.

BRONFENBRENNER, U. ; MORRIS, P. (1998) - The ecology of developmental process. In DAMON, W. ; LERNER, R. M., ed. lit. - *Handbook of child psychology*. New York : Wiley. Vol. 1: Theoretical Models of Human Development. p. 993-1028.

CARVALHO, T. (2006) - *A nova gestão pública, as reformas no sector da saúde e os profissionais de enfermagem com funções de gestão em Portugal*. Aveiro : Universidade de Aveiro. Tese de doutoramento.

COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES (2000) - *A memorandum on lifelong learning*. Brussels : CEC.

COSTA, M. A. (2002) - *Formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Coimbra : Formasau.

COULON, A. (1995) - *Etnometodologia*. Petropolis : Vozes.

DUBAR, C. (1997) - *A socialização. Construção das identidades sociais e profissionais*. Porto : Porto Editora.

FLICK, Uwe (2005) - *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid : Ediciones Morata.

GAUTHIER, B., org. (2003) - *Investigação social. Da problemática à colheita de dados*. Lisboa : Lusociência.

LINCOLN, Y. S. ; DENZIN, N. K. (1994) - The fifth moment. In DENZIN, N. ; LINCOLN, Y. S., ed. lit. - *Handbook of qualitative research*. London : Sage Publications.

MAGALHÃES, R. (2005) - *Fundamentos da gestão do conhecimento organizacional*. Lisboa : Edições Sílabo.

MATURANA, R.; VARELA, F. J. (1980) - *Autopoiesis and cognition - the realization of the living*. Dordrech : D. Reidel Publishing.

MORIN, E. (2000) - *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. São Paulo : Cortez Editora ; Brasília : UNESCO.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho de Enfermagem (2003) - *Do caminho percorrido e das propostas*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros.

PIRES, A. L. O. (2005) - *Educação e formação ao longo da vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagem de competências*. Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian ; Ministério da Ciência e do Ensino Superior.

Anexo VII – Aprender a ser enfermeiro. Identidade profissional em estudantes de enfermagem

Aprender a ser enfermeiro. Identidade profissional em estudantes de enfermagem

MIGUEL NUNES SERRA

miguel.serra@esenfcgl.pt

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

RESUMO:

Este artigo tem como objectivo principal apresentar alguns elementos que a literatura baseada na investigação tem apontado como pertinentes para a compreensão do modo como os estudantes de enfermagem estruturam a sua identidade profissional. Estes elementos emergem de uma pesquisa teórica preliminar à investigação em curso (no âmbito do doutoramento em Ciências da Educação na área de especialização em Formação de Adultos, da FPCE-UL) sobre o processo de construção da identidade profissional, vivido e descrito por estudantes de enfermagem, ao longo da sua formação inicial. Da pesquisa elaborada até ao momento salientam-se três grandes dimensões teóricas: As identidades profissionais da própria profissão de enfermagem e o seu processo de construção do ponto de vista histórico; os discursos e práticas no contexto do ensino de enfermagem; e a experiência vivida dos estudantes de enfermagem. Por fim, apontam-se alguns aspectos relacionados com a metodologia e a operacionalização programada para o estudo.

PALAVRAS-CHAVE:

Estudante de enfermagem, Enfermagem, Identidade Profissional.

INTRODUÇÃO

Este trabalho enquadra-se no âmbito da pesquisa desenvolvida até ao momento no curso de Doutorado em Ciências da Educação, na área de especialização em Formação de Adultos e procura explicitar um conjunto de dimensões que pensamos serem centrais para o estudo da construção da identidade profissional, em estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE).

Partimos do pressuposto teórico de que a experiência do estudante de enfermagem é, ela própria, um processo de socialização na profissão, e que contribui determinantemente para a produção de uma identidade profissional. Sendo a construção da identidade um processo de carácter eminentemente relacional, e sendo o seu produto sempre provisório, importa considerar, por um lado, como os fenómenos estruturais de ordem macrosociológica afectam as atitudes e os comportamentos dos estudantes e que papel é atribuído aos estudantes de enfermagem. Por outro lado, interessa também desvendar qual a interpretação e operacionalização que destes aspectos os indivíduos fazem, e que sentido, na acepção de Denzin (2002), conferem à sua acção.

Adoptando a perspectiva de Friedberg (1995) de que actores e sistema são co-constitutivos, procuraremos neste texto aflorar algumas dimensões que enquadrem globalmente a experiência dos estudantes de enfermagem, e que possam constituir um ponto de partida teórico consistente para a pesquisa a que nos propomos.

MUTAÇÕES IDENTITÁRIAS NA ENFERMAGEM

A compreensão da forma como se estrutura na actualidade qualquer campo disciplinar subentende a necessidade de conhecer os processos históricos que caracterizam a evolução da profissão e do seu ensino, possibilitando quer, por um lado, um entendimento mais esclarecido, quer, por outro lado, lançar alguma luz sobre aspectos que, superficialmente analisados, poderiam parecer anacrónicos ou ininteligíveis. É nesta lógica que interessa, na análise dos processos subjacentes à construção por parte dos estudantes de enfermagem da sua identidade profissional, compreender as origens da disciplina, fundada na segunda metade do século XIX, no fogo cruzado da disputa da prestação de cuidados de saúde, entre um crescente poder médico laico que tinha do seu lado o rigor da ciência moderna positivista, e as históricas ordens religiosas de base caridosa. Tornadas “santas laicas”, as enfermeiras deveriam deter, a par de um conhecimento de natureza científica: “(...)as mesmas qualidades morais que aquelas que tradicionalmente eram atribuídas às religiosas: a vocação, a devoção, a honestidade e a ausência de vida privada (Carricaburu & Menoret, 2004, p. 66).

Esta origem, por um lado dual, (do ponto de vista dos valores da profissão), por outro lado como actividade profissional destinada a cumprir acções exogenamente prescritas, (do ponto de vista da autonomia científica e dos saberes que lhe subjazem),

contribuiu, decisivamente para aquilo que Canário (2005a) classifica como uma “difícil construção da profissão de enfermagem”.

Ao longo do processo de profissionalização da enfermagem, uma elevada taxa de feminização do grupo profissional (tornando-a uma actividade “sexualizada”), parece para Amendoeira (2006) ter ajudado a sustentar, através da via dos saberes e poderes uma relação crónica de subordinação às estruturas de poder na saúde, de onde se destaca o grupo profissional dos médicos. É nesta linha que a divisão do trabalho na área da prestação de cuidados de saúde não decorre somente como o resultado do desenvolvimento tecnológico, das necessidades efectivas dos utentes dos serviços de saúde, ou da investigação e de competências desenvolvidas endogenamente aos próprios grupos profissionais, mas sim, também como resultado de pressões políticas da parte da profissão dominante, e como tal, externamente determinadas (e aceites) relativamente ao grupo profissional dos enfermeiros, como ilustram Carricaburu e Menoret: “(...) não podendo eliminar as actividades concorrentes a profissão médica obteve poder para as controlar (...) Como em todas as actividades, a profissão médica procura guardar para si aquelas que são mais prestigiadas. Por consequência vai delegar aquelas que pensa poder dispensar, em particular aos enfermeiros, que reproduzem eles mesmo este tipo de comportamento com os auxiliares” (2004, p. 65).

Outros sinais desta polarização entre trabalho médico e trabalho “paramédico”, são evidentes na análise dos contextos de prática. O trabalho médico está fortemente associado a uma actividade de diagnóstico, e de estabelecimento do tratamento, pelo que é essencialmente de natureza cognitiva, enquanto que o trabalho dos enfermeiros está associado a uma dimensão eminentemente do domínio do fazer, e portanto mecânica (Carapinheiro, 1998). Por outro lado, como salientam Carricaburu e Menoret (2004), o contacto com a “sujidade” também serve para perceber o lugar que se ocupa na escala hierárquica nos serviços. Em certa medida a sujidade a que se está exposto é inversamente proporcional à proximidade que se tem do topo desta hierarquia. Ainda na óptica da divisão do trabalho, um desenvolvimento tão próximo (e dependente) do modo de trabalho médico determinou também que, ao nível

da diferenciação endógena do grupo profissional, esta fosse contaminada pelas áreas de diferenciação profissional médica (Canário, 2005a).

Em síntese, a enfermeira era até há pouco tempo alguém de quem se esperava que, de uma forma inteiramente dedicada (e se necessário evidenciando algum espírito de sacrifício pessoal), fosse competente na gestão dos aspectos domésticos na prestação de cuidados, aliada a competências motoras de destreza manual e revelando compaixão pelo outro e pelo seu sofrimento (Amendoeira, 2006), exigindo-se-lhe ainda um trabalho de controlo social sobre os doentes (Carapinheiro, 1998).

No passado recente a integração da enfermagem no ensino superior, no seguimento de um desenvolvimento gradual, foi entendida como uma forma de reconhecimento científico, e uma possibilidade de reforço da profissão, concorrendo para o acréscimo da qualidade dos cuidados prestados e abrindo definitivamente as portas à investigação e à produção de conhecimento específico na disciplina. Desta forma, e desde então, decorreu um aumento marcado das qualificações académicas e profissionais dos enfermeiros, e dos processos de produção de conhecimento sobre a própria enfermagem (Canário, 2005a), simultaneamente ao maior reconhecimento social da profissão com o estabelecimento da Ordem dos Enfermeiros, enquanto entidade responsável pela auto-regulação profissional em enfermagem. No presente, para Abreu (2001) este processo de reconfiguração identitária da enfermagem mantém-se e deve ser compreendido à luz dos processos de mudança social global.

A sociologia das profissões tem demonstrado que os territórios profissionais são fluidos, e as fronteiras, a existirem, estão em permanente construção. Nos contextos de prestação de cuidados de saúde esta questão é ainda mais actual: se por um lado, a tecnologia crescente e a diferenciação do saber não pára, surgindo quotidianamente novas tarefas a serem realizadas (Carricaburu & Menoret, 2004); por outro, estes contextos são cada vez mais heterogêneos e fragmentados, pelo que novas fronteiras profissionais há que delimitar. Para os mesmos autores a hiperespecialização do saber traz consigo também a necessidade de cooperar multidisciplinarymente. O aparecimento, a (re)valorização ou (re)definição de outros actores ligados à prestação de cuidados de

saúde, ou mesmo daqueles que trabalham em contacto directo com os enfermeiros tem determinado alguma apreensão no seio da enfermagem. Se em parte este é um processo comum no âmbito dos territórios profissionais, por outro lado pode estar relacionado com uma dificuldade crónica em precisar com exactidão quais são os contornos e os limites da actividade dos enfermeiros (Amendoeira, 2006).

Ainda do ponto de vista sociológico, a compreensão da construção das identidades profissionais e da socialização profissional, na época moderna, implica a adopção de um olhar que relativize a lógica das *instituições totalitárias* de Goffman (2003) e do *programa institucional* de Dubet (2002), que configuravam uma integração total por parte dos indivíduos, de papéis sociais e padrões normativos externamente determinados, e que simultaneamente privilegie uma perspectiva dinâmica de construção activa pelo indivíduo da sua própria identidade (Dubet, 2002), articulando e negociando constantemente normas e valores institucionais (por vezes contraditórias) dando expressão ao que Kaufmann (2005) referiu como uma: “misteriosa emancipação abstracta do indivíduo”.

O ENSINO DE ENFERMAGEM

Em Portugal, a finalidade manifesta do ensino de enfermagem, passava nos seus primórdios, no final do século XIX, pela preparação de profissionais que cumprissem as indicações do médico e desempenhassem em permanência a figura de auxiliar deste, obedecendo-lhe acriteriosamente. No início do século XX as escolas não dispunham de regulamentação própria sendo consideradas parte integrante dos hospitais, sem qualquer autonomia (Amendoeira, 2006), pelo que os estudantes se podiam converter, ainda enquanto aprendentes, em empregados do hospital, sem receberem remuneração e eram sujeitos às exigências e normas comportamentais correspondentes à sua posição nas hierarquias dos serviços (Soares, 1997).

O ensino teórico, inicialmente conceptualizado e operacionalizado por médicos, passou posteriormente a ser operacionalizado também por enfermeiros. Quanto ao ensino prático, quando existia, era, como admite Amendoeira: “(...) feito por

enfermeiras que pouco sabiam e não tinham tempo disponível, ou não se interessavam por orientar alunos. A aprendizagem era feita por imitação e repetição das tarefas quotidianas, sem qualquer orientação e relação com os conteúdos teóricos, limitando-se muitas vezes à observação do trabalho das enfermeiras” (2006, p. 131).

Neste cenário em que o ensino prático no meio hospitalar permaneceu, regra geral, durante a primeira parte século XX sem linhas orientadoras claras e uniformes, sendo os estudantes distribuídos por serviços de internamento onde o seu trabalho era insuficientemente supervisionado, e utilizado como mão de obra barata (Soares, 1997), facilmente os interesses da aprendizagem eram relativizados ou esquecidos, não havendo separação clara do espaço-tempo de formação do espaço-tempo de trabalho.

É na segunda metade do século XX que o ensino prático começa gradualmente a ser valorizado como espaço de aprendizagem com lógicas próprias, influenciado pela forma como o saber e as questões da prática educativa eram conceptualizadas, e ao qual é necessário dedicar alguma atenção e disponibilizar recursos humanos específicos e qualificados, e recursos físicos e materiais adequados. Do ponto de vista da filosofia curricular, e até ao final da década de 70, a formação em enfermagem foi claramente dominada pela perspectiva da racionalidade técnica inerente à perspectiva biomédica, que assenta na base de cura da doença e alívio dos sintomas (Amendoeira, 2006). Foi no início da década de 80 que ocorreu uma mudança na configuração dos currículos escolares, passando estes a compreender a perspectiva do *cuidar-curar*, enquadrável num: “paradigma de enfermagem contemporâneo emergente” (Amendoeira, 2006, p.34), e havendo uma revalorização da relevância curricular atribuída às ciências sociais e humanas, anteriormente subjugadas pelas ciências biomédicas.

Ao longo da história do ensino de enfermagem as condições de acesso ao curso alteraram-se substancialmente, incluindo em algumas épocas requisitos de natureza extra académica como a exigência do estado civil de solteira ou viuvez sem filhos (Soares, 1997), desaconselhando-se, mesmo formalmente em alguns períodos, o ingresso de alunos do sexo masculino (Amendoeira, 2006). De uma forma gradual, as habilitações académicas mínimas exigidas

aumentaram, passando, a partir da década de 70, a filosofia educativa a considerar o estudante de enfermagem como um ser em construção de quem se espera uma atitude crítica e construtiva face à realidade, e não um mero executor de tarefas, externamente determinadas. Passa-se também a valorizar, pelo menos no plano discursivo, a participação dos alunos na vida escolar e na operacionalização das práticas educativas. Este processo de desenvolvimento da formação inicial em enfermagem culminou em 1990 na integração no ensino superior, e em 1999 com a passagem a curso de licenciatura em Enfermagem, acompanhando de resto um movimento generalizado ao nível do mundo ocidental (Watson, 2006).

Hoje, a formação inicial em enfermagem desenvolve-se, basicamente, em dois contextos (teórico/teórico-prático na escola, e ensino clínico nos contextos de prestação de cuidados) de características bastante diferenciadas, relativamente a várias dimensões (intervenientes de referência na formação, tempos e espaços de aprendizagem, natureza dos saberes e competências a desenvolver, objecto de intervenção dos estudantes, trabalho esperado do estudante e avaliação).

Relativamente ao contexto teórico, mais académico, é consensual a noção de que este possibilita aprendizagens que se podem fazer exteriormente ao contexto do exercício profissional. Os contextos de ensino clínico como os serviços hospitalares ou os centros de saúde constituem-se como um local privilegiado de contacto com a prática profissional de uma forma acompanhada, constituindo uma concretização da “inserção social da aprendizagem” Canário (2005b), onde se espera que o estudante desenvolva novas competências, a par da aplicação de saberes desenvolvidos no período teórico. Não obstante a evolução conceptual e operacional das últimas décadas, o ensino de enfermagem é atravessado ainda hoje (e inevitavelmente?) por algumas contradições fundamentalmente relacionadas com a relação entre o contexto teórico e o prático.

Do ponto de vista dos princípios que norteiam a acção, salienta-se a incompatibilidade prática entre uma lógica da assistência ao utente face a uma lógica de aprendizagem do estudante, uma vez que ambos os desempenhos têm distintos objectos de

acção, com diferentes necessidades, que coexistem num mesmo ponto do espaço-tempo (Serra, 2005).

Por outro lado, os intervenientes no processo têm por vezes diferentes (e divergentes) concepções do que deve ser o seu desempenho. Tal como revela Rodrigues (numa descrição curiosamente sobreponível com outra referência supracitada dos contextos de prática no início do século XX), a investigação, tem demonstrado que “(...) muitas vezes nem os supervisores [profissionais] nem os supervisionados [estudantes] estão conscientes da natureza e do lugar específico da prática profissional no desenvolvimento do currículo de formação inicial. As práticas dos estudantes-futuros-enfermeiros são demasiadas vezes percebidas como um momento que permite a observação da sua performance, numa perspectiva frequentemente aplicacionista, apontando apenas para a certificação profissional, ou, como um momento relevando, sobretudo, do ritual (sofrido) de iniciação ao posto profissional” (2007, p. 87).

Por fim, do ponto de vista da filosofia curricular do CLE, e não obstante um discurso institucional que atribui um enfoque especial aos cuidados de saúde primários, Antunes (2007) conclui, a partir da sua investigação, que os resultados obtidos reforçam um centramento da formação inicial de enfermeiros numa cultura hospitalocêntrica. No sentido de inverter esta tendência, a mesma autora propõe o investimento da formação “(...) numa lógica progressiva de desenvolvimento de competências que se desloca da comunidade para o hospital. No caso do estudante, das suas redes de proximidade para os contextos da técnica e da especialização” (2007, p. 120). Pretende-se nesta lógica, e em ordem à socialização inicial à profissão, partir do desenvolvimento de competências ao nível da prestação de cuidados gerais, sobretudo no âmbito da prevenção, insistindo na valorização dos cuidados de saúde na comunidade sem relativizar a importância dos cuidados de saúde diferenciados.

A EXPERIÊNCIA DE ESTUDANTE DE ENFERMAGEM

A experiência de “ser aluno” determina um estatuto transitório (Coulon, 2005), na medida em que

a escola é vivida muitas vezes como uma antevisão e preparação para o futuro e não como o presente em si mesmo (Perrenoud, 1995). Ainda assim, ser aluno compreende o desenvolvimento ao longo da (longa) vida escolar, de um saber agir específico e complexo que conotam esta actividade com um *ofício* (Coulon, 2005; Perrenoud, 1995), constrangido por uma série de elementos, determinando uma *condição estudante* (Felouzis, 2001), condição esta caracterizada por uma grande heterogeneidade de experiências (Sacristán, 2003). Ainda na mesma linha, para Bronfman e Martinez (1996), a aprendizagem do papel de estudante é mesmo uma das primeiras aprendizagens que a criança desenvolve fora do ambiente familiar.

Historicamente tem sido esperado, do aluno, um conjunto de comportamentos específicos associados a um estatuto de menoridade (Sacristán, 2003), que tem origem na figura da criança a educar, confundindo-o com a própria infância. Deste modo, a figura do aluno, independentemente do grau de ensino em que o indivíduo se situe, encontra-se ainda hoje imbuída de uma forte conotação de inferioridade face a algo (um saber específico, uma actividade profissional), ou a alguém (o professor).

A entrada no ensino superior é determinada nos estudantes pela procura de uma área de actividade definida que admita perspectivas profissionais, baseadas em relatos de pessoas conhecidas ou em representações sociais da área escolhida, construídas ao longo do seu processo de vida, sendo que esta passagem comporta especificidades e competências novas que há que desenvolver, de uma forma mais ampla, pelas características do próprio ensino superior, mas, em concreto, também competências específicas relativas à natureza da formação e da instituição que se frequenta.

Neste sentido, para Coulon (2005) a primeira tarefa que um estudante deve cumprir quando chega ao ensino superior é aprender o seu trabalho de estudante. A iniciação ao novo contexto e os respectivos rituais de passagem conduzem a um processo de mudança de estatuto de *aluno* para *estudante* (Coulon, 2005). Para este autor, a entrada no ensino superior, e o tornar-se um “membro” no sentido etnológico do mesmo, compõe-se em três distintos momentos, genericamente coincidentes de resto, com outras tipologias de rituais de passagem: uma

separação com o estatuto passado; uma fase intermédia de *ambiguidade*; e uma fase final de *conversão*. Felouzis (2001) refere-se ao processo de integração do estudante no ensino superior como um período de (re)construção identitária em que, não obstante o enorme peso institucional da escola e da sua condição de estudante aparentemente não concederem grandes margens de acção individual, os indivíduos não se constituem, de todo, elementos passivos no seu percurso escolar. Os sucessos, os insucessos e as transformações porque passam são também fruto de uma acção pessoal que se constrói diferentemente de indivíduo para indivíduo, de curso para curso, e de instituição para instituição.

Do ponto de vista do percurso de vida do indivíduo, a frequência do ensino superior coincide temporalmente, na maior parte dos estudantes, com transformações relacionadas com as suas próprias condições de existência que se consubstanciam na passagem da adolescência tardia para o estado adulto. Esta fase da trajectória de vida dos indivíduos que tradicionalmente compreendia um processo mais ou menos linear de transição, para um destino, descrito por Pais (2001), como *metasocialmente* conferido, e compreendendo pontos de chegada previsíveis, claros e assegurados, é hoje descrita (fruto de factores como a maior dificuldade em assegurar um emprego ou novas formas de parentalidade e de conjugalidade) como um fenómeno de *desinstitucionalização da condição juvenil*, ou *singularização biográfica*.

O estudante de enfermagem partilha naturalmente do processo de adaptação ao ensino superior tornado específico pelas particularidades inerentes ao processo de socialização à enfermagem enquanto profissão.

Sendo a enfermagem herdeira de uma imagem social decorrente de uma dupla filiação, de ordem conventual e médica (Collière, 1999), e em parte por consequência, herdeira também de uma relação problemática com o saber, possuindo um *saber periférico*, face a outros profissionais a quem se atribui um *saber sagrado* (Carapinheiro, 1998), são, por esta via, os processos de formação dos futuros profissionais influenciados bem como o próprio processo de organização da instituição escolar. Assim, importa perceber de que forma se relacionam, enquanto estudantes, os futuros profissionais com

o saber, em ordem à constituição da sua identidade profissional. O estudo da relação dos indivíduos com o saber deve residir, tal como defende Charlot, numa procura abrangente: “(...) das relações com os lugares, com as pessoas, com os objectos, com os conteúdos de pensamento, com as situações, com as normas relacionais (...)” (1997, p. 91), tendo em atenção a necessidade prévia de que, e ainda nas palavras do mesmo autor: “não existe ‘relação do saber’ sem sujeito” (Ib., p. 35), pelo que o estudo das relações com o saber é indissociável do estudo dos próprios sujeitos, não se devendo fazer a “economia do sujeito”.

A questão do acesso ao mundo do trabalho tem sido um factor importante na procura do curso de enfermagem e do acesso à profissão, uma vez que o mercado de trabalho tem tradicionalmente, e até aos últimos anos, absorvido os enfermeiros recém-formados, o que no actual cenário de impossibilidade de conseguir um emprego imediatamente após a formação no ensino superior, para muitos cursos, torna a licenciatura em enfermagem um curso altamente apetecível. De entre as razões da escolha do acesso ao curso de enfermagem destacam-se pela sua frequência a possibilidade do exercício de uma “vocação assistencial” de auxílio ao próximo e o gosto pelo contacto humano, ainda que, como refere Canário (2005a), as suas escolhas profissionais iniciais se centrem habitualmente nos locais de prestação de cuidados onde domina o primado da tecnologia. Por outro lado, coloca-se, no momento de decidir o acesso a um curso, a questão da proximidade, (ou interpenetração) com a área médica que tem sido historicamente uma área bastante desejada pelos estudantes do ensino secundário, pelo que, para alguns indivíduos, a frequência da enfermagem se consubstancia assumidamente como um ponto de passagem ou de preparação estratégica para nova tentativa, no ano seguinte, para o acesso ao curso de medicina.

Inscrevendo-se a enfermagem num quadro de “profissões de relação”, o currículo da licenciatura compreende necessariamente uma forte componente de dimensões não só na área da relação *interpessoal*, mas também da relação *intrapessoal*, quer no período teórico, quer de uma forma mais envolvente no período prático, de confronto real com os utentes. Assim, para o estudo da experiência vivida

pelos estudantes de enfermagem é absolutamente central considerar o *trabalho emocional* realizado por estes durante o curso, num *continuum* de experiências emocionalmente intensas que percorre todo o ciclo de vida humano, podendo-se destacar a título de exemplo, e pelas suas especificidades, os momentos do nascimento e da morte, ou de sofrimento intenso.

O papel da formação inicial em comunicação, ou do lidar com a morte e a irreversibilidade dos sintomas, e especificamente a comunicação em áreas como os cuidados paliativos têm sido amplamente referenciados. Tal como defendem Barbosa (2004), Buckman (2000) e Frias (2003), estas dimensões do desempenho nem sempre são alvo da atenção que se justifica, ao longo dos processos de formação inicial dos técnicos de saúde. Magalhães (2007) refere que, de entre o conjunto de técnicos de saúde, os enfermeiros são os que mais tempo passam a cuidar de doentes em fim de vida, sendo a partir desta realidade que os estudantes de enfermagem participam activamente neste trabalho. O mesmo autor, em estudo que procurava dar visibilidade a algumas dimensões das experiências dos estudantes de enfermagem enquanto cuidadores de doentes em fim de vida, refere que esta experiência é julgada pelos próprios como uma fonte de desenvolvimento pessoal e geradora de momentos de grande intensidade emocional.

Para lá do registo concreto da confrontação com a morte e situações de sofrimento, e do que isso implica do ponto de vista do desenvolvimento pessoal, o currículo formal do CLE, no contexto do desenvolvimento de competências no aspecto relacional, coloca um grande enfoque na personalidade dos estudantes, e conduz, do ponto de vista psicológico, a práticas de confrontação consigo mesmos ou com os docentes, que podem não ser bem vivenciadas, ou gerar sentimentos de intrusão a domínios mais íntimos da sua personalidade (Dubet, 2002). Um outro aspecto que se pode consubstanciar numa especificidade da experiência do estudante de enfermagem é a dificuldade em objectivar o que é esperado de si (e proceder em conformidade), do ponto de vista da avaliação, quando o que está em jogo, para lá da execução das técnicas e protocolos de cuidados, ou da evocação e mobilização de conhecimentos de natureza teórica, é a demonstração de competências

de natureza relacional e de atitudes face ao outro, nas mais variadas circunstâncias.

A par das questões relacionadas com as competências que os estudantes devem desenvolver, a partir do currículo escolar formalmente estabelecido, a identidade dos alunos de enfermagem é vivida e construída por estes a partir de outras dimensões da sua vivência académica e escolar. Assim, paralelamente ao currículo formal, os estudantes experienciam em permanência um *curriculum* oculto que resulta do conjunto de interações que se dão no quotidiano escolar (conscientemente determinadas ou não), em contexto da sala de aula, ou em qualquer outro aspecto da vida escolar (Santomé, 1995), e que reflectem, entre outros aspectos, a estrutura sócio-organizacional da escola e do ensino (Ribeiro, 1999), ou ideologias latentes (Sacristán, 2000). Do ponto de vista da experiência dos estudantes de enfermagem, a investigação, em Portugal, não tem privilegiado esta dimensão da sua experiência, destacando-se os estudos de Abreu (2001), Costa (1998) e Fernandes (2007), e mantendo-se a pertinência em desvendar que aspectos do seu quotidiano intervêm na construção deste currículo oculto, e de que forma condicionam a construção da sua identidade profissional.

Dada a sua dimensão interventiva, os contextos de prática clínica, como serviços hospitalares ou centros de saúde, constituem-se como um local privilegiado de *prática*. Do ponto de vista de quem aprende, é aí que estão verdadeiramente as situações de aprendizagem que implicam uma aplicação de saberes previamente adquiridos. Com efeito, as práticas clínicas podem-se constituir como uma concretização da “inserção social da aprendizagem”, sendo simultaneamente um prolongamento do território da escola que transcende as fronteiras escolares e que constitui um aspecto decisivo para a construção de sentido (Canário, 2005b). É através do contacto directo com a realidade, muitas vezes sem mediação imediata de outros membros da equipa pedagógica, ou num registo puramente informal (Abreu, 2001) e privilegiando-se a aprendizagem pela experiência, que os estudantes em contexto de prática clínica constroem um referencial identitário próprio, aprendendo a tomar consciência de si mesmos como profissionais. Para Abreu, este domínio é “(...) o espaço de eleição para o aluno se

libertar paulatinamente da tutela do professor ou do tutor, construindo a sua própria personalidade e definindo os seus espaços de autonomia” (2003, p. 24), condicionando redefinições identitárias relativas ao indivíduo, que se concretizam como ilustra Dubar “(...) pela e na actividade com outros (...)” (1997, p. 106). Chan (2001) adianta ainda que os estudantes referem os contextos de prática e os profissionais que neles encontram, como aqueles que se constituem como os mais determinantes na aprendizagem do seu papel profissional.

A inserção da actividade *ensino*, na dinâmica dos contextos de trabalho na prestação de cuidados, produz, no entanto, alterações que afectam quer recursos humanos, quer físicos, quer as suas dinâmicas de funcionamento interno, registando-se um processo de influência mútua entre práticas de trabalho e práticas educativas. Assumindo múltiplas formas, as práticas clínicas decorrem num meio complexo e de imprevisibilidade. Uma lógica de acção eminentemente rotineira e mecânica constitui um obstáculo determinante ao desenvolvimento por parte dos estudantes de momentos de reflexão *na* acção e *sobre* a acção, não promovendo o ensino clínico como um local de prática reflexiva (Fernandes, 2007). Um outro aspecto que caracteriza as práticas clínicas, está relacionado com a prestação de cuidados de saúde, pelo seu carácter frequente invasivo, quer física quer emocionalmente aos utentes dos serviços de saúde. O manejo de instrumentos que provocam dor, ou de fármacos que podem pôr em risco a vida das pessoas consubstancia-se também como uma potencial e importante fonte de ansiedade, para os estudantes (Fernandes, 2007).

A prática clínica, a par de uma acção dominada pela incerteza, pelos cenários reais em permanente mutação e por uma abordagem casuística das situações, revela também, e do ponto de vista dos estudantes, uma correspondência, nem sempre pacífica e por vezes impossível, entre os aspectos teóricos e os práticos, geradora ela mesma de um quase permanente conflito cognitivo, sentimentos de ansiedade ou de impotência nas práticas clínicas iniciais. De facto, um carácter dicotómico no ensino da enfermagem entre teoria e prática real de cuidados tem sido referido amplamente na literatura (Allmark, 1995; Corlett, 2000; Costa, 1998; Eklund-Myrskog, 2000; Fernandes, 2007; Landers,

2000), e constitui-se como um aspecto importante na produção da identidade profissional do estudante de enfermagem e relações que futuramente estabelecerá com a instituição escolar. Gallagher (2004), utilizando o termo anglófono do “gap” entre teoria e prática, refere, por outro lado, que este conceito se tornou de tal forma central e inquestionável nos discursos sobre o ensino de enfermagem que se tornou dogmático inviabilizando por vezes novas formas de pensar e agir.

As práticas clínicas constituem-se como um contexto que rompe com a lógica de largos anos de relação com a escola, com o saber e com os outros actores do contexto escolar, e que conferiram ao aluno alguma mestria na gestão das situações de sala de aula permitindo-lhe com frequência atenuar, ou mesmo inverter pontualmente, o diferencial de poder que está habitualmente associado à relação entre professor e aluno. No entanto, nas práticas clínicas, reúnem-se algumas condições que acentuam esse diferencial. A complexidade e imprevisibilidade nas situações de cuidados de saúde, por vezes pautadas por contornos de urgência, e a experiência profissional que os professores e os profissionais têm, conotam muitas vezes a perspectiva das práticas clínicas como uma experiência ansiogénica e a antevisão dos campos de estágio como campos de batalha.

Ainda assim, dependendo dos contextos e das lógicas de acção do momento, a relação dos estudantes com os professores e com o saber pode assumir outros contornos, já que nas práticas clínicas o professor deixa de ser o referente (único) do saber, porque o afastamento de uma prática regular e permanente o deixa por vezes do ponto de vista das competências psico-motoras em desvantagem face aos profissionais dos serviços. Em acréscimo, os relatos de colegas mais experientes que “já fizeram” aquele estágio, e que descrevem a sua experiência (ainda que curta de algumas semanas), parecem inspirar nos inexperientes um sentimento de inferioridade que os parece distanciar sobremaneira face aos colegas que se encontram no estágio seguinte. Os colegas mais velhos revelam-se também como informantes privilegiados, na medida em que se podem pronunciar sobre quais são os campos de estágio mais “fáceis” ou os professores e enfermeiros mais “simpáticos”.

PERSPECTIVA METODOLÓGICA

Em ordem aos cenários esperados e objectivos a atingir, programa-se a realização de um estudo de natureza qualitativa, de cariz etnográfico na linha do que defende Patton (1990), em que a essência das questões que norteiam a pesquisa obedece à lógica da busca de sentido que os indivíduos atribuem às suas actividades quotidianas. O olhar sobre a realidade deve-se dirigir simultaneamente para a acção dos indivíduos, bem como para os sentidos que estes lhe dão.

Este estudo terá um carácter longitudinal desenvolvendo-se ao longo de um CLE de uma escola superior de enfermagem de Lisboa, sendo o universo em análise o conjunto de estudantes deste curso. A estratégia de selecção de sujeitos será fundamentalmente orientada pelo método de amostragem por quotas (Beaud, 2003), (destacando-se como variáveis o: contingente de entrada no curso, o sexo, a idade, e o grau de preferência para o ingresso nesta licenciatura/escola aquando da candidatura), servindo o propósito de obter indivíduos, cuja experiência possa lançar alguma luz sobre diferentes modos de construção da identidade profissional em enfermagem, no contexto em causa. Não está no entanto, à partida, excluída a possível inclusão no estudo de novos sujeitos, cuja experiência se revele importante ao longo do estudo e em função da sua relevância para o mesmo, tal como Patton (1990) os define como “*information rich cases*”.

A recolha de informação com vista à produção de dados para submeter a análise de conteúdo mobilizará três técnicas de recolha de informação: a entrevista semi-estruturada, a observação participante de aulas teóricas, teórico-práticas e ensinamentos clínicos, para além de momentos diversificados da vida académica (em contexto escolar ou não), e a técnica dos incidentes críticos.

NOTA CONCLUSIVA

A experiência de estudante de enfermagem encerra em si mesma um processo de construção da identidade profissional, que não cessa durante o curso, mas que se prolongará ao longo da vida profissional do indivíduo. Como factor importante para a

compreensão deste fenómeno emergem as próprias identidades profissionais do grupo dos enfermeiros, e o modo como estas são percepcionadas e interpretadas pelos estudantes. De outro ponto de vista, o modo como a escola, quer enquanto conjunto de

experiências de âmbito curricular (programadas ou não), quer enquanto espaço-tempo de vivências pessoais é experienciada pelos indivíduos, é também incontornável no estudo da construção da identidade profissional em enfermagem.

- ABREU, W. (2001). *Identidade, formação e trabalho*. Coimbra: Formasau e Educa.
- ABREU, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinós clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau.
- ALLMARK, P. (1995). A classical view of the theory-practice gap in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 1, 22, pp. 18-23.
- AMENDOEIRA, J. (2006). *Uma biografia partilhada da enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- ANTUNES, L. (2007). Processos e trajetórias de socialização em enfermagem — uma reflexão sociológica sobre a construção de identidades sociais e profissionais dos estudantes. In A. RODRIGUES et al., *Processos de formação na e para a prática de cuidados*. Loures: Lusociência, pp. 93-123.
- BARBOSA, A. (2004). Comunicação com o doente em estado terminal. In J. GOMES-PEDRO & A. BARBOSA (coords.), *Comunicar na clínica, na Educação, na Investigação e no Ensino*. Lisboa: Climepsi, pp. 73-80.
- BEAUD, J-P. (2003). A amostragem. *Investigação Social*. Loures: Lusociência, pp. 201-232.
- BRONFMAN, A. & MARTINEZ, I. (1996). *La socialisation à l'école. Approche ethnographique* Paris: P.U.F.
- BUCKMAN, R. (2000). Communication in Palliative care: a practical guide. In D. DICKENSON; M. JOHNSON & J. KATZ (eds.), *Death, Dying and bereavement*. London: Sage Publications, pp. 146-173.
- CANÁRIO, R. (2005a). Ser enfermeiro hoje. *Caderno CE — Currículo e ensino*, V, 8. U.F.R.J. — Núcleo de tecnologia educacional para a saúde, pp. 9-24.
- CANÁRIO, R. (2005b). *O que é a escola? Um olhar sociológico*. Porto: Porto Editora.
- CARAPINHEIRO, G. (1998). *Saberes e poderes no Hospital*. Porto: Edições Afrontamento.
- CARRICABURU, D. & MENORET, M. (2004). *Sociologie de la santé*. Paris: Armand Colin.
- CHAN, D. (2001). Development of an innovative tool to assess hospital learning environments. *Nurse Education Today*, 21, 8, pp. 624-631.
- CHARLOT, B. (1997). *Du rapport au savoir*. Paris: Éditions Anthropos.
- COLLIÈRE, M-F. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Lidel.
- CORLETT, J. (2000). The perceptions of nurse teachers, student nurses and preceptors of the theory-practice gap in nurse education. *Nurse education today*, 20, pp. 499-505.
- COSTA, M. (1998). *Enfermeiros: Dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de Século.
- COULON, A. (2005). *Le métier d'étudiant*. Paris: Économica Anthropos.
- DENZIN, N. (2002). The interpretive process. In A. HUBERMAN & M. MILLES, *The qualitative researcher's companion*. London: Sage Publications, pp. 349-391.
- DUBAR, C. (1997). *A socialização*. Porto: Porto Editora.
- DUBET, F. (2002). *Le déclin de l'Institution*. Paris: Seuil.
- EKLUND-MYRSKOG, G. (2000). Student nurses' understanding of caring science. *Nurse Education Today*, 20, pp. 164-170.
- FELOUZIS, G. (2001). *La condition étudiante*. Paris: P.U.F.
- FERNANDES, O. (2007). *Entre a teoria e a experiência*. Loures: Lusociência.
- FRIAS, C. (2003). *A aprendizagem do cuidar e a morte*. Loures: Lusociência.
- FRIEDBERG, E. (1995). *O poder e a regra*. Lisboa: Piaget.
- GALLAHGER, P. (2004). How the metaphor of a gap between theory and practice has influenced nursing education. *Nurse Education Today*, 24, pp. 263-268.
- GOFFMAN, E. (2003). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- KAUFMANN, J-C. (2005). *A invenção de si. Uma teoria da identidade*. Lisboa: Instituto Piaget.
- LANDERS, M. (2000). The theory-practice gap in nursing: the role of the nurse teacher. *Journal of Advanced Nursing*, 6, 32, pp. 1550-1556.
- MAGALHÃES, J. (2007). *Cuidar em fim de vida: Uma abordagem qualitativa das experiências dos estudantes do CLE*. Tese de dissertação de mestrado em cuidados paliativos, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da U.L.
- PAIS, J. (2001). *Ganchos, Tachos e Biscates*. Porto: Âmbar.

- PATTON, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. London: Sage Publications.
- PERRENOUD, P. (1995). *Ofício de aluno e sentido de trabalho escolar*. Porto: Porto Editora.
- RIBEIRO, A. (1999). *Desenvolvimento Curricular*. Lisboa: Texto Editora.
- RODRIGUES, A. (2007). Da teoria à prática: Necessidades de formação dos formadores. In A. RODRIGUES *et al.*, *Processos de formação na e para a prática de cuidados*. Loures: Lusociência, pp. 77-91.
- SACRISTÁN, J. (2000). *A Educação Obrigatória*. Porto: Porto Editora.
- SACRISTÁN, J. (2003). *O aluno como invenção*. Porto: Porto Editora.
- SANTOMÉ, J. (1995). *O Curriculum Oculto*. Porto: Porto Editora.
- SERRA, M. (2005) Práticas clínicas na formação inicial em enfermagem — Lógicas em confronto. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 3, pp. 11-14.
- SOARES, I. (1997). *Da blusa de brim à touca branca*. Lisboa: Educa e Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- WATSON, R. (2006). Is there a role for higher education in preparing nurses? *Nurse Education Today*, 26, pp. 622-626.

Anexo VIII – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos: um lugar onde os
profissionais de saúde aprendem

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos: um lugar onde os profissionais de saúde aprendem¹

EMÍLIA BÁRTOLO

ebartolo5@gmail.com

Enfermeira. Membro da Equipa Técnico-pedagógica do Serviço de Gestão da Formação do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE — Hospital de Dona Estefânia. Docente na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa — Pólo Artur Ravara.

RESUMO:

O texto foi elaborado a partir das principais conclusões de um estudo etnográfico realizado numa unidade de cuidados intensivos pediátricos; teve como objectivo caracterizar percursos e processos formativos de enfermeiros e médicos e, paralelamente, desenvolver a função formativa do contexto de trabalho, numa articulação estreita entre a prática clínica e a prática formativa. Centrou-se na vivência dos próprios actores, nas suas características e interações, nas estratégias de aprendizagem e no modo como desenvolvem a sua formação. Partimos do pressuposto de que estes profissionais de saúde são portadores de saberes que adquiriram no contexto de trabalho, através da experiência, da reflexão sobre a prática, das aprendizagens informais e não formais. Desenvolvemos a pesquisa em torno da questão central: Como se formam enfermeiros e médicos numa unidade de cuidados intensivos pediátricos? Por outras palavras, como é que enfermeiros e médicos aprendem cuidados intensivos pediátricos? Na tentativa de dar resposta a esta questão, apresentam-se os percursos e processos de formação do *aprender fazendo* destes profissionais de saúde.

PALAVRAS-CHAVE:

Formação em Contexto de Trabalho, Aprendizagem Experiencial, Estudo Etnográfico, Cuidados Intensivos Pediátricos.

Bártolo, Emília (2008). Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos: um lugar onde os profissionais de saúde aprendem. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, 05, pp. 7-18.

Consultado em [mês, ano] em <http://sisifo.fpce.ul.pt>

NOTA INTRODUTÓRIA

A descrição de determinada realidade é tanto mais objectiva, se pudermos compreender a formação do adulto no contexto da sua vida, e nas relações que estabelece com o meio. O desenvolvimento da formação no contexto de trabalho permite rentabilizar saberes, espaços, integrando na prática clínica uma dinâmica formativa, que se opõe radicalmente à exterioridade que tem caracterizado a formação das unidades de saúde; por outro lado, permite delinear estratégias, encontrar alternativas que façam coincidir tempos e espaços de trabalho e de formação. Nesta perspectiva, o indivíduo forma-se porque experimenta, vive, reflecte, *aprende cuidando e cuida aprendendo*.

Assim, no âmbito de uma dissertação de mestrado, a partir da qual foi publicado um livro (Bártolo, 2007), procurámos responder a questões do tipo “o que aprendem”, “como aprendem”, “com quem aprendem”, através de um conhecimento profundo e exaustivo dos momentos e situações formativas.

O objecto de estudo da investigação é a formação em contexto de trabalho de enfermeiros e médicos, e centra-se nas aprendizagens específicas do desempenho, que resultam do próprio exercício do trabalho num contexto particular. A estratégia metodológica utilizada foi o estudo etnográfico numa unidade de cuidados intensivos pediátricos de um hospital central.

A recolha de informação empírica integrou duas técnicas nucleares — a observação participante, e a

entrevista semi-estruturada, complementadas com a análise documental. O trabalho de campo decorreu ao longo de nove meses, onde fomos desenvolvendo diferentes descrições dos vários actores, momentos, e situações observadas (e participadas), e das quais produzimos diferentes registos. Estes deram origem a um *corpus* de análise constituído por todo o material recolhido no terreno: memorando de campo, relatórios de observação, conversas informais, diários de actor e entrevistas. Para o tratamento de dados utilizámos a técnica de análise de conteúdo.

A sistematização dos principais resultados conduziu a uma identificação das actividades e interacções do contexto da prática clínica, que sustentam os percursos e os processos de formação dos actores, percorrendo, também nós, um *contínuum* de aprendizagem: *da formação inicial ao contexto, da prática clínica à formação contínua, da formação ao desenvolvimento de saberes e competências*.

PERCURSOS DE FORMAÇÃO

DA FORMAÇÃO INICIAL AO CONTEXTO

A *formação inicial* é marcada pela ausência da componente prática e muito concretamente da aprendizagem de técnicas comportamentais. Os médicos referem que a preocupação exclusivamente académica da procura de resultados (não com o objectivo de aprender, mas de concluir determinado curso, de obter um diploma) deixa muitas lacunas e uma

preparação inadequada do futuro profissional de saúde para o contacto directo com o doente. Esta perspectiva está de acordo com a aquisição de qualificações e não com o desenvolvimento de competências (Bellier, 2000; Canário, 1998).

As razões que determinaram a escolha dos actores para o ingresso na unidade de cuidados intensivos pediátricos prendem-se com a experiência anterior adquirida noutras unidades de cariz mais generalista, experiência essa que confere maior segurança e acaba por gerar conhecimento, através das pontes conceptuais que se estabelecem entre os diferentes contextos (Kolb, 1984).

A complexidade e o criticismo dos doentes internados, a falência funcional e a necessidade de um controlo rigoroso são-nos apresentadas como as maiores especificidades, referências que nos reenviam para a componente tecnológica destas unidades, concretamente para a ventilação artificial que, além de tecnicamente exigente, tem ancorado todas as consequências emocionais, éticas, morais, e relacionais, onde se apela à coordenação da equipa de saúde. A unidade apresenta-se ainda como um *contexto* de trabalho marcado pela insegurança, pelo imprevisto, pela constante adaptação a novas situações, onde não se conhece a rotina. Outro aspecto referido é o carácter fechado da unidade, algo que, aliado a situações clínicas críticas, propicia o cansaço e o stress profissionais. A intensidade da vida de uma unidade de cuidados intensivos pediátricos é associada a uma equipa de saúde jovem (principalmente de enfermagem), devido ao ritmo e exigências da componente técnica. E se muitas das características apontam para a exigência da técnica e da relação, outras são reveladores da satisfação pessoal e profissional das suas equipas.

A vida da unidade caracteriza-se pelas inúmeras actividades realizadas, pelas interacções que se estabelecem, pela gestão de emoções e relações, e pelos modos de gestão da unidade, preocupação manifestada essencialmente pelos enfermeiros. A gestão de enfermagem assenta na partilha de responsabilidades e objectivos, na colaboração no processo de decisão, dinâmica que está de acordo com as noções de compromisso e envolvimento da equipa para o desenvolvimento organizacional (Senge, 1990). Esta gestão apela ainda à participação e à inovação, algo que contribui para o

processo de socialização na adaptação constante do profissional ao meio social onde está inserido (Rocher, 1989).

As *relações interpessoais* caracterizam cada ambiente de trabalho, tornando-o único e diferente de qualquer outro sistema social. Esta dimensão emerge nos cuidados de saúde prestados, nas actividades realizadas, em todas as interacções, condicionando toda a vida da unidade. As relações de trabalho e a participação dos indivíduos nas actividades colectivas revestem-se de extrema importância, na medida em que contribuem para a construção da identidade profissional e social (Dubar, 1997).

As opiniões dividem-se quanto às relações intra-equipa; ou são positivas, como a valorização do espírito de grupo/equipa, ou negativas, como a desvalorização profissional.

Os enfermeiros revelam dificuldade de relacionamento com a equipa médica, traduzida no acesso a um esclarecimento, a uma resposta para determinada situação. Esta percepção poderá estar associada a uma certa inexperiência e imaturidade profissionais, aspecto que não obtém confirmação na vertente apresentada por um dos enfermeiros mais antigos na unidade. Por outro lado, pode ser interpretado como a ausência de reconhecimento por parte da equipa médica das competências que o enfermeiro possui, pois tal como defende Le Boterf (2003), apesar de se atingir determinado objectivo, a competência não se obtém sem o reconhecimento por terceiros.

Os enfermeiros identificam deficiências ao nível do relacionamento profissional (algo que é utilizado para uma reflexão intra-equipa, e adequação de estratégias para com a equipa médica), e, ao nível da partilha de informação clínica (o médico sente que essa partilha acontece, enquanto que o enfermeiro sente que toda a informação que detém sobre o doente não é considerada). A exigência da técnica e da relação não comprometem a satisfação pessoal e profissional, porque o confronto com situações difíceis, nomeadamente a gestão do sofrimento dos pais, induz uma boa interacção e um relacionamento médico-enfermeiro muito positivos.

A complexidade e diversidade das práticas de uma unidade de cuidados intensivos são proporcionais a inúmeras interacções multidisciplinares e, simultaneamente, a múltiplas actividades

inter-relacionadas no contexto, que se articulam e complementam, no sentido de potenciar a aprendizagem.

A *prática clínica* envolve os actores numa multiplicidade de gestos, técnicas, procedimentos, atitudes, que podem associar-se em cuidados individuais e cuidados conjuntos: os cuidados individuais privilegiam a interacção do enfermeiro ou médico com a criança doente; os cuidados conjuntos distinguem-se pela interacção multidisciplinar, onde enfermeiro e médico se relacionam com os pares numa atitude de interdependência. Os cuidados conjuntos, partilhados, apelam igualmente a uma integração de saberes multidisciplinares. O facto de a equipa de saúde utilizar um único instrumento de registo, revela uma boa integração das duas actividades: enfermagem e medicina.

O momento da *passagem de turno* não se circunscreve a uma simples reunião de enfermeiros onde se transmitem informações clínicas sobre os doentes; a utilização deste período assume diferentes perspectivas, merecendo destaque a integração ao contexto dos cuidados intensivos pediátricos e a consequente aprendizagem de novas situações. Este momento permite aos enfermeiros um tempo de paragem para olhar, analisar, discutir e criticar a sua prática, o que segundo Hesbeen (2000) é condição essencial para que os enfermeiros desenvolvam as suas competências pessoais na prestação de cuidados.

A passagem de turno é utilizada para uma clarificação de toda a informação sobre as crianças internadas na unidade, o que origina a definição ou redefinição de estratégias; o final da passagem de turno pode ser utilizado para a partilha de informação técnica e científica, decorrente da participação em formação exterior.

A gestão do tempo das passagens de turno permite canalizar os actores para um momento não formal de aprendizagem, o que segundo Descy e Tessaring (2001), confere competências únicas e tem sido pouco valorizado. A diversidade de contextos e de oportunidades de aprendizagem impõe o reconhecimento desta modalidade, numa maior articulação entre aprendizagens formais e não-formais (Pires, 2002). Este momento é valorizado pelos actores na medida em que se constitui um momento privilegiado de aprendizagem, onde se integram

diferentes modalidades (não formais e informais) (Canário, 2000).

A disposição dos actores na *visita médica* não obedece a qualquer critério, e, muitas vezes, o momento é marcado pela informalidade. Na maior parte dos turnos não ocorre distribuição de doentes pelos médicos que entram de serviço, o que revela a necessidade da equipa médica em dominar todas as situações das crianças internadas.

O facto de os enfermeiros manterem uma participação activa numa actividade tradicionalmente exclusiva dos médicos merece destaque. O modo como o grupo reconhece o valor do trabalho dos pares favorece o investimento e o empenhamento pessoais (D'Espiney, 1997). Por outro lado, a criação de um ambiente que favoreça as aprendizagens em conjunto, proposto por Senge (1990) e Bolívar (1997), toma forma com a participação da equipa de enfermagem nessa mesma visita.

Tal como foi referido na passagem de turno, a visita médica também visa diferentes objectivos, nomeadamente, tornar-se um contributo importante para a integração dos novos médicos na prática clínica. Esta dimensão confirma as perspectivas de Grant (2002) porque, por um lado, considera o aprender a partir da supervisão e o receber “feedback” fundamentais para uma nova perspectiva da formação pós-graduada; por outro lado, porque apresentar e sistematizar a informação também se considera uma importante componente de aprendizagem.

Como acontece com outras actividades da unidade, quer a passagem de turno, quer a visita médica exercem múltiplas funções; muitas vezes, a troca de informações clínicas dá lugar a momentos de descontração, indispensáveis à gestão das emoções de uma unidade com estas características.

As *conversas com os pais* são momentos frequentes na unidade, e podem ocorrer de um modo informal ou formal, de acordo com a exigência de cada situação. A presença dos pais na unidade confere-lhes um estatuto de parceiros nos cuidados, algo que a partilha constante de informações/decisões confirmou. Os pais são chamados a pronunciarem-se inclusive nas situações complexas de investimento terapêutico, pois a complexidade e dificuldade que envolve a má notícia são atenuadas se se estabelecer comunicação empática e se este contacto for partilhado (Mueller, 2002).

Partilhar a má notícia entre colegas constitui uma estratégia da equipa, onde a boa articulação entre os seus membros é de vital importância, reforçando mais uma vez a comunicação com os pais, concretamente face à complexidade de uma má notícia. Esta perspectiva está de acordo com Hazinski (1997), que defende a comunicação frequente, clara e consistente com os pais das crianças internadas numa unidade de cuidados intensivos pediátricos.

PROCESSOS DE FORMAÇÃO

DA PRÁTICA CLÍNICA À FORMAÇÃO CONTÍNUA

As potencialidades formativas do contexto e da situação de trabalho são condicionadas pelo tipo de contexto, pelas relações existentes, pelas decisões tomadas, mas fortemente marcadas pela comunicação que se estabelece. Videira-Amaral (2001) refere-se a esta dimensão como território essencial da prática profissional. No contexto em estudo abordámos a comunicação no que se refere ao comunicar algo à família — evolução clínica, prognóstico, má notícia, e, por outro lado, a comunicação que se estabelece na equipa. No primeiro aspecto encontramos uma preocupação constante com a comunicação empática, traduzida na informação clara e sistemática à família. No segundo, verificou-se um bom relacionamento intra e inter-equipas, com lacunas ao nível da partilha de decisões.

Os *problemas e dificuldades da prática clínica* são percebidos pelos actores como constituindo o estímulo, o impulso, para que a aprendizagem ocorra no contexto e na situação de trabalho. As referências dos actores incidem quase exclusivamente na área das más notícias e nas estratégias que aprenderam a utilizar nesse confronto diário em contexto de trabalho, considerando essencial a resolução de problemas para aprender como agir no futuro. Mas acima de tudo são os problemas e dificuldades de carácter emocional que adquirem um maior peso no quotidiano da unidade; estes apontam para dois domínios: a relação com os pais e o investimento *versus* impotência.

Relativamente à relação com os pais, os maiores constrangimentos prendem-se com as más notícias e todas as fases que a situação encerra. Desenvolver a competência da comunicação empática, como

nos refere Mueller (2002), é uma tarefa fundamental mas difícil, uma vez que estes momentos são vividos com grande sofrimento por parte dos profissionais da unidade; pois, se por um lado se exige a aproximação dos pais, por outro lado é necessário distanciamento, algo que se traduz num dos maiores problemas a ultrapassar.

Outro problema do intensivismo prende-se com o investimento terapêutico, nomeadamente quando a equipa está em dissonância relativamente a decisões sobre situações limite. No caso dos cuidados intensivos pediátricos esta situação adquire um peso ainda maior, pelo facto de se ter que encarar o fim de vida num grupo etário em início de vida (Vale, 2001). O peso da componente técnica e o recurso à ventilação artificial adiam decisões clínicas de não investimento, que causam dilemas angustiantes nos médicos da unidade devido à impotência perante as situações mais difíceis. Esta perspectiva reforça a importância da dimensão holística do cuidado, e do acompanhamento de todo o ciclo de vida do indivíduo. Não é fácil para os profissionais de saúde aceitarem que deixar morrer também é cuidar do outro. E é a morte que se apresenta como o problema mais difícil de gerir pela equipa, não só pela carga emocional que envolve, mas pela referida impotência.

Além das dificuldades emocionais no lidar com situações críticas, os actores referem-se a problemas de relacionamento intra-equipa. Estes prendem-se com divergências quer nas decisões clínicas, quer nas técnicas utilizadas. A clarificação do tipo de problema de relacionamento prende-se com a ausência de uma linguagem de gestão comum, porque o bom relacionamento pessoal é a percepção dominante.

No entanto, segundo Dubar (1990), a aprendizagem que considera os problemas reais, encontrados no exercício do trabalho reveste-se da maior importância, conduzindo a uma situação formativa interdisciplinar.

As *estratégias de resolução de problemas* são geridas pelos actores de acordo com a experiência anterior e com a aprendizagem que vão realizando, quando confrontados com problemas/dificuldades em situação de trabalho (Kolb, 1984; Couceiro, 1996). Por exemplo, recorrendo à validação da informação com os pais no momento de uma má

notícia, ou procedendo a uma gestão individual de emoções, facto que os enfermeiros referem emotivamente. De um modo geral, enfermeiros e médicos referem recorrer aos colegas nalgumas estratégias de resolução de problemas e dificuldades, algo que é referido por Nóvoa (1988) como via para a própria *formação*, ou seja, trabalhar em conjunto em torno da resolução de problemas.

O recurso à mãe de uma criança para ensinar os profissionais a lidarem com um material diferente, apresenta-se como um dado curioso e inovador, reflectindo a dimensão formativa do relacionamento com o doente ou família, facto que Dominicé (1988) realça, pois não é o acontecimento em si que determina o processo formativo, mas as soluções encontradas, e o significado que o sujeito lhes atribui.

DA FORMAÇÃO AO DESENVOLVIMENTO DE SABERES E COMPETÊNCIAS

As estratégias e modos de *formação* utilizados distribuem-se por diferentes modalidades mas acima de tudo distanciam-se da mera transmissão de conhecimentos, escolarizada, escolarizante (Abreu, 1994) e desfasada da realidade. Do modo mais formal, como a formação exterior ao contexto, ou a própria formação em serviço, a um modo mais informal de conceber e desenvolver a formação — traduzida essencialmente na experiência e na formação em exercício —, os actores valorizam as potencialidades formativas da situação de trabalho. O recurso estratégico à equipa de trabalho, ao saber multiprofissional é bem patente no aprender em conjunto, quer a nível relacional, quer a nível técnico.

Os actores percebem o conceito de formação como uma estrutura dinâmica (Malglaive, 1995, 1997), muito associada à produção e desenvolvimento de competências, mas igualmente marcada pela necessidade de dar resposta aos requisitos do contexto, numa situação de trabalho em constante evolução como a do intensivismo pediátrico. O carácter informal da formação é valorizado pelos actores, já que as situações pouco estruturadas da actividade quotidiana, mesmo não conscientes, nem intencionais por parte dos destinatários, correspondem a situações potencialmente educativas (Canário, 2000). A mobilização de saberes em contexto e a sua aplicabilidade à situação de trabalho

são aspectos realçados pela equipa de saúde da unidade como essenciais à prática formativa.

A *autoformação* assenta muitas vezes na dimensão reflexiva que determinado actor imprime à sua prática, no sentido em que permite mobilizar uma disponibilidade de tempo e de energias, que não emergem habitualmente na actividade quotidiana (Couceiro, 1996). A dimensão autoformativa é clara no discurso de diferentes actores, ao nível da leitura, do estudo, da pesquisa nas mais variadas fontes. A constante actualização técnica e científica, que os cuidados intensivos pediátricos exigem, são notórias, como tal, os seus profissionais abordam esta preocupação no sentido da melhoria contínua, querendo aprender para fazer melhor. Uma perspectiva diferente, talvez mais completa, prende-se com a necessidade de estar actualizado, preparado para agir e, como tal, utilizando os diferentes recursos disponíveis — a literatura e o saber médico —, algo que segundo Canário (1997) resulta de uma confluência de diferentes fontes: a ciência, a experiência, a interacção (social) com pares, com outros profissionais e com doentes. As dificuldades, os problemas parecem relacionar-se com esta necessidade de formar-se a si próprio, de procurar respostas, soluções para os desafios técnicos, relacionais, emocionais, que a prática de cuidados intensivos pediátricos confere aos seus profissionais.

A *formação em serviço* é prática cada vez mais frequente na unidade. Inicialmente dinamizada pela equipa de enfermagem, adquire hoje uma participação alargada de toda a equipa de saúde, e o carácter multiprofissional é tónica frequente em inúmeras sessões. Uma das causas identificadas para o impulso desta modalidade formativa é a presença de erros na prática clínica. O erro surge como um problema susceptível de resolução através da formação e, sendo algo muito concreto e específico, deve ser eliminado recorrendo ao contexto e aos próprios actores. Tal como refere Macdonald (cit. in Grant, 2002), o erro é uma componente importante na aprendizagem em contexto profissional, e esta equipa de saúde considera-o e valoriza-o. Apesar do carácter formalizado desta actividade, os conteúdos respondem a um problema concreto da prática, e o recurso à demonstração técnica facilita a aprendizagem da equipa. A formação em serviço é ainda utilizada para a partilha de experiências

adquiridas noutro contexto, valorizando a dimensão do conhecimento científico.

A *formação em exercício* assume cada vez maior importância na vida das unidades de saúde, pois concentra no mesmo espaço a actividade formativa e a prática de cuidados; os actores formam-se nos mesmos espaços e nos mesmos tempos, numa atitude reflexiva em situação de trabalho, associando acção e formação (Abreu, 1994). Esta modalidade valoriza a experiência do indivíduo, o exercício, a prática, fornecendo material de reflexão e preparando-os para uma aprendizagem mais específica (Newman & Peile, 2002) — vertente prática, que além de reconhecida, valorizada, é associada à situação de trabalho, no quotidiano da unidade.

Os actores reconhecem que o contexto de trabalho lhes fornece os problemas, as dificuldades, as novas situações, e é esse exercício do trabalho a matéria-prima para a aprendizagem (Barroso, 2003). No caso concreto da unidade de cuidados intensivos pediátricos, o facto de gerar grande quantidade de informação e experiências, constitui só por si um elemento básico de aprendizagem (Ruza Tarrio & Ortega, 2003).

As visitas diárias (de médicos e enfermeiros) onde se discutem os casos clínicos, o investimento terapêutico, as perturbações na relação (de pais e de técnicos), a decisão de reanimar ou não, assumem um papel fundamental, de carácter altamente formativo. Planear e realizar diferentes actividades no quotidiano de uma unidade de cuidados intensivos permite a médicos e enfermeiros — profissionais da relação, construir competências que dificilmente desenvolvem numa sala de formação, e que são acessíveis principalmente por esta via experiencial (Abreu, 1997), nomeadamente: a preparação e realização das visitas, a negociação (técnicos/família/doente), o planeamento e a gestão dos cuidados. Integrar um novo médico nos cuidados, no modo como intervém e fala para o grupo, reforça esta aprendizagem comportamental no exercício do trabalho. No entanto, a vertente técnica também é privilegiada através da formação em exercício.

A acumulação progressiva de experiências produz conhecimento científico (Ruza Tarrio & Ortega, 2003) e é precisamente na *experiência* que

enfermeiros e médicos colocam a tónica da sua aprendizagem; é na prática clínica e no contexto dos cuidados intensivos pediátricos que centram a mobilização de saberes. De acordo com Kolb (1984) a recursividade entre teoria e prática, as potencialidades do contexto e as competências do indivíduo, interagem de um modo integrado, dando origem à aprendizagem experiencial. Esta aprendizagem pela experiência é realçada pelos actores, nomeadamente na sua vertente técnica. No entanto, a vertente emocional também é referida pelos actores com um peso importante, no modo como as dificuldades da doença crítica e o mau prognóstico desenvolvem esta aprendizagem.

A experiência anterior de alguns actores é utilizada, no contexto actual, como estímulo de aprendizagem e desenvolvimento, reforçando um dos princípios de Knowles (1990), ao destacar o papel da experiência como o maior recurso para a aprendizagem, considerando o adulto portador das mais variadas experiências.

A reflexão sobre a prática em determinado contexto, e num determinado momento, é valorizada pelos actores, algo que confirma a teoria de Schön (1987). O nosso pensamento serve para reconstruir o que vamos fazer, enquanto o estamos a fazer. Nesta perspectiva considera-se determinante o papel da prática para a produção de competências, algo que é optimizado no trabalho com a criança criticamente doente e sua família.

A *formação exterior ao contexto* emerge de uma identificação de necessidades integrada na actividade profissional e da reflexão diária sobre os problemas da prática clínica, com o objectivo de desenvolver as competências necessárias para mobilizar, em situações concretas, os recursos teóricos e técnicos adquiridos durante a formação. Este recurso é valorizado pelos actores, adquirindo uma dimensão estratégica na vida da unidade, e a sua necessidade é justificada de diferentes modos: a comparação com a comunidade científica (Grant, 2002) é uma das dimensões valorizadas; a necessidade de saber, que caracteriza o aprender do adulto (Knowles, 1990) é importante na medida em que estes profissionais precisam conhecer as razões da aprendizagem e a sua utilidade; os desafios da prática, que desencadeiam nos actores o sentimento da necessidade de se formar; o facto de poderem reflectir fora do

contexto facilita a concentração no momento formativo; e finalmente, porque estes profissionais associam a formação exterior à aquisição da perícia científica (Benner, 2001).

Por outro lado, a formação exterior realizada não só preconiza a aquisição de conhecimentos científicos, mas a garantia da sua aplicabilidade à unidade; só deste modo os actores consideram que esse investimento tem retorno. Esta modalidade adquire muitas vezes a forma de estágio, quer de observação, quer de prática, aos quais os actores se referem como uma das situações mais ricas de aprendizagem e de aquisição de novos conhecimentos técnicos, científicos, organizativos. Para os actores, a formação realizada individualmente deve ser partilhada, favorecendo o crescimento da equipa e contribuindo para a gestão do conhecimento da organização (Senge, 1990).

O papel da *equipa* na aprendizagem é valorizado pelos actores e ocorre normalmente a nível informal. O recurso estratégico ao saber multiprofissional é bem patente neste aprender em conjunto, quer a nível relacional, quer a nível técnico.

A equipa de trabalho é reconhecida como apoio permanente à resolução de problemas, facto que é apresentado quer por enfermeiros, quer por médicos, e relatado na perspectiva do esclarecimento de dúvidas, mas também pressupondo uma postura aberta, humilde, marcada pela necessidade de aprender.

A intervenção da equipa é determinante no processo de integração na unidade. Os médicos consideram ser uma área de formação extremamente importante; os enfermeiros preocupam-se com um programa de integração de qualidade, que permita um processo de socialização rápido e eficaz, assumindo o procedimento de integração como um processo contínuo, dinâmico e para o qual contribuem os diferentes actores. O acompanhamento exigido e a figura do chefe de equipa adquirem neste contexto um papel primordial.

O recurso ao *grupo de trabalho* é cada vez mais utilizado na equipa de saúde da unidade; cumpre diferentes objectivos, que passam por aprofundar conhecimentos técnicos, científicos, relacionais. Esta prática contribui para a aprendizagem do grupo, no modo como enfermeiros e médicos cooperam para atingir objectivos comuns, algo que está

de acordo com a perspectiva de Argyris e Schön (cit. in Bolívar, 1997). Senge (1990) realça a ideia da obtenção de resultados extraordinários, num grupo de pessoas que trabalha em conjunto, devido aos objectivos comuns, à confiança estabelecida, e ao facto de se complementarem mutuamente, o que reenvia para a organização aprendente. A equipa de saúde da unidade, quer na prática quotidiana quer no grupo de trabalho formal e organizado, confirma esta disposição de aprendizagem em torno de objectivos comuns.

A unidade de cuidados intensivos pediátricos contribui fortemente para o processo de *desenvolvimento de saberes e competências*, na medida em que os seus profissionais colocam constantemente em acção saberes teóricos e saberes práticos, e é desta confluência que surgem as novas competências profissionais.

A *competência técnica* resulta de um conjunto de saberes mobilizados em situação de trabalho; no discurso dos actores emerge o seu carácter dinâmico, de realização na acção (Le Boterf, 1997). A equipa manifesta grande preocupação com o treino da competência técnica, para que os seus elementos se tornem peritos (Benner, 2001), concretamente no procedimento das manobras de reanimação; neste caso, a competência é interpretada com um elevado nível de especialização, associada a um posto de trabalho específico (Descy & Tessaring, 2001).

A avaliação rigorosa que a equipa de enfermagem emite sobre todos os procedimentos realizados e o conhecimento preciso da situação clínica das crianças traduzem a preocupação com o domínio técnico, tornando-se bons indicadores deste saber técnico produzido na unidade.

A *competência relacional* apresenta uma dimensão transversal a toda a pesquisa, combinando e mobilizando um conjunto de saberes e recursos. A unidade de cuidados intensivos pediátricos, contexto em constante evolução e, a própria natureza do trabalho, em mudança permanente, revelam competências e perfis profissionais relacionados com aspectos ou qualidades pessoais — o saber-ser ou estar (Pires, 2000). A comunicação intra-equipa desenvolve esta competência, o que está de acordo com a perspectiva de Le Boterf (2002), que defende a necessidade de saber interagir com os outros para

agir com competência; não são apenas os recursos individuais que dão origem à competência, mas a combinação desses recursos com os dos outros (conhecimentos, saber-fazer, qualidades, cultura, experiências). A competência relacional adquire o seu expoente máximo quando surge o confronto com situações complexas de resolução de problemas, a má notícia, o mau prognóstico, ou a morte. Este facto permite uma rentabilização de saberes adquiridos anteriormente.

A *responsabilidade* é uma das competências que os actores mais colocam em acção na unidade. O termo é utilizado indiscriminadamente, quer caracterizando o sujeito, quer na acção concreta; contudo, a preocupação com as boas práticas circunscreve-se ao domínio técnico.

As novas práticas de gestão abertas à participação dos profissionais estão presentes na unidade de estudo, como tal, a mobilização das competências transversais, como a autonomia e a criatividade, assumem um papel fundamental (Barroso, 1996). Nesta perspectiva insere-se o domínio dos limites de intervenção clínica, que são claros para alguns actores. A noção de delimitação de área de intervenção parece relacionar-se com os riscos que uma má prática possa envolver e são os próprios actores que reconhecem a importância da *autonomia*, mas uma autonomia responsável. O processo de integração na unidade contribui fortemente para esta aquisição progressiva de autonomia, como preconizam os programas de integração das equipas médica e de enfermagem.

As novas situações de trabalho e, mais ainda, as que envolvem maior complexidade, põem à prova a capacidade criativa da equipa de saúde. Cada etapa cria uma nova situação que requer uma avaliação, para dar início a novo percurso e, quanto mais difícil a situação, mais saberes são mobilizados: o recurso a saberes adquiridos anteriormente naquele ou noutro contexto faz desenvolver novas competências como a *criatividade*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação realizada realçou as potencialidades formativas de uma unidade de saúde particular, onde a prática de enfermeiros e médicos confirma a integração entre o campo da formação e o campo da acção, evidenciando uma maior articulação entre a situação de formação e a situação de trabalho. A participação e envolvimento na formação contínua são notórios na equipa de saúde da unidade. Enfermeiros e médicos utilizam diferentes estratégias, numa diversidade de recursos que se tornam complementares, valorizando o potencial pedagógico do intensivismo pediátrico.

A unidade de cuidados intensivos constitui um espaço de transformação de competências profissionais, num processo contínuo de formação, onde diferentes saberes são mobilizados na actividade do trabalho. As interacções dos seus profissionais, no quotidiano da unidade, constituem uma dinâmica formativa, donde emergem novos saberes práticos, adquiridos directamente pelo exercício do trabalho.

A formação profissional contínua tem sido nas instituições de saúde o motor de inúmeras transformações, e longe de nós esquecer esse valor inquestionável. No entanto, a forma tradicional e escolarizada, dependente de co-financiamento comunitário, começa a esgotar as potencialidades de desenvolvimento dos seus profissionais e da própria organização. As unidades formativas vão ter que abandonar a exterioridade que as caracteriza, encarando o contexto de trabalho e a prática clínica como *uma nova formação*.

A realidade não se descobre, constrói-se em situação, situação essa que privilegiou ao longo de todo o percurso uma lógica de compreensão dos processos de formação que ocorrem em contexto de trabalho. O acesso que tivemos ao ponto de vista dos actores, permitiu construir um novo discurso sustentado na relação de confiança, quanto a nós, o melhor instrumento de recolha de dados.

1. Paráfrase do título de um livro de Rui Canário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Wilson (1994). *Dinâmica de formatividade dos enfermeiros: um subsídio para um estudo ecológico da formação em contexto de trabalho hospitalar*. Lisboa: FPCE (Tese de Mestrado).
- ABREU, Wilson (1997). Dinâmica de formatividade dos enfermeiros em contexto de trabalho hospitalar. In Rui CANÁRIO (org.), *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, pp. 147-168.
- BARROSO, João (1996). A aprendizagem ao longo da vida. *Fórum Euroformação*, 1. Lisboa: Centro de Congressos da AIP.
- BARROSO, João (2003). Contributo que a análise das organizações traz para a formação contínua. *Seminário temático no âmbito do Mestrado em Ciências da Educação*, na área de Especialização em Formação de Adultos. Lisboa: FPCE.
- BÁRTOLO, Emília (2007). *Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar: Um estudo etnográfico numa unidade de cuidados intensivos pediátricos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- BELLIER, Sandra (2000). A competência. In Philippe CARRÉ & Pierre CASPAR (orgs.), *Tratado das Ciências e das Técnicas da Formação*. Lisboa: Instituto Piaget, pp. 241-262.
- BENNER, Patricia (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- BOLÍVAR, António (1997). A escola como organização que aprende. In Rui CANÁRIO (org.), *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, pp. 79-100.
- CANÁRIO, Rui (1997). Formação e mudança no campo da saúde. In Rui CANÁRIO (org.), *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, pp. 117-146.
- CANÁRIO, Rui (1998). A escola: o lugar onde os professores aprendem. *Psicologia da Educação* (PUC — S. PAULO), 6, pp. 9-27.
- CANÁRIO, Rui (2000). *Educação de Adultos: Um Campo e uma Problemática*. Lisboa: Educa.
- COUCEIRO, Maria do Loreto (1996). Reflexão sobre a prática profissional: uma experiência de formação de professores. In *Formação, Saberes Profissionais e Situações de Trabalho, Vol. II. Actas do IV Colóquio Nacional da AIPELF/AFIRSE*. Lisboa: Universidade de Lisboa, pp. 419-428.
- D'ESPINEY, Luísa (1997). Formação inicial/formação contínua de enfermeiros: Uma experiência de articulação em contexto de trabalho. In Rui CANÁRIO (org.), *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, pp. 169-188.
- DESCY, Pascaline & TESSARING, Manfred (2001). *Formar e aprender para gerar competências*. Luxemburgo: CEDEFOP.
- DOMINICÉ, Pierre (1988). O processo de formação e alguns dos seus componentes relacionais. In António NÓVOA & Matthias FINGER (orgs.), *O método (auto)biográfico e a formação*. Lisboa: Ministério da Saúde, pp. 53-56.
- DUBAR, Claude (1990). L'enjeu des expériences de formation innovante en entreprise: un processus de socialisation professionnelle. *Éducation Permanente*, 104, pp. 51-55.
- DUBAR, Claude (1997). *A socialização: construção das identidades sociais e profissionais*. Porto: Porto Editora.
- GRANT, Janet (2002). Learning needs assessment: assessing the need. *British Medical Journal*, 324, pp. 156-159.
- HAZINSKI, Mary Fran (1997). Anatomic and physiological differences between children and adults. In Daniel LEVIN & Frances MORRIS (eds.), *Pediatric Intensive Care: Procedures, Equipment, and Techniques*. New York: Churchill Livingstone, pp. 1112-1126.
- HESBEEN, Walter (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- KNOWLES, Malcolm (1990). *L'apprennant adulte. Vers un nouvel art de la formation*. Paris: Editions d'Organisation.
- KOLB, David (1984). *Experiential learning*. New Jersey: Prentice-Hall.
- LE BOTERF, Guy (1997). La compétence du professionnel : savoir gérer une situation professionnelle complexe. In Guy LE BOTERF (org.), *De la compétence à la navigation professionnelle*. Paris: Les Editions d'Organisation, pp. 37-93.

- LE BOTERF, Guy (2002). Les compétences, de l'individuel au collectif. De quel concept de compétence avons-nous besoin? *Soins Cadre*, 41, pp. 20-22.
- LE BOTERF, Guy (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed.
- LOPES, Helena (2000). A organização qualificante. In Helena LOPES (org.), *As modalidades da "empresa que aprende" e "empresa qualificante"*. Lisboa: IEFP, pp. 29-44.
- LOPES, Maria Emília (2005). *Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar: Um estudo etnográfico numa unidade de cuidados intensivos pediátricos*. Lisboa: FPCE (Tese de Mestrado).
- MALGLAIVE, Gérard (1995). *Ensinar adultos*. (Coleção Ciências da Educação). Porto: Porto Editora.
- MALGLAIVE, Gérard (1997). Formação e saberes profissionais: entre a teoria e a prática. In Rui CANÁRIO (org.), *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, pp. 53-60.
- MUELLER, Paul (2002). Breaking bad news to patients. *Postgraduate Medicine*, 112, 3, pp. 15-18.
- NEWMAN, Penny & PEILE, Ed (2002). Valuing learners' experience and supporting further growth: educational models to help experienced adult learners in medicine. *British Medical Journal*, 325, pp. 200-202.
- NÓVOA, António (1988). A formação tem de passar por aqui: as histórias de vida no projecto Pro-Salus. In António NÓVOA & Matthias FINGER (orgs.), *O método (auto)biográfico e a formação*. Lisboa: Ministério da Saúde, pp. 109-130.
- PIRES, Ana Luísa (2000). *Desenvolvimento pessoal e profissional: Um estudo dos contextos e processos de formação das novas competências profissionais*. (Coleção Pensar Educação). Lisboa: Ministério da Educação.
- PIRES, Ana Luísa (2002). *Educação e formação ao longo da vida: Análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competências*. Lisboa: Faculdade de Ciências e Tecnologia (Tese de Doutoramento).
- ROCHER, Guy (1989). Socialização, conformidade e desviância. In Guy ROCHER (org.), *Sociologia Geral*. Vol.1. Lisboa: Editorial Presença, pp. 124-159.
- RUZA TARIO, Francisco & ORTEGA, Francisco (2003). UCIP en la asistencia pediátrica actual. In Francisco RUZA TARIO (org.), *Cuidados Intensivos Pediátricos*. Vol. 1. Madrid: Ediciones Norma-Capitel, pp. 3-21.
- SCHÖN, Donald (1987). *Educating the reflective practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- SENGE, Peter (1990). *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization*. New York: Doubleday/Currency.
- VALE, Maria do Carmo *et al.* (2001). Mortalidade numa unidade de cuidados intensivos pediátricos: Análise e algumas considerações éticas. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 2, 32, pp. 77-82.
- VIDEIRA-AMARAL, João (2001). Formação profissional contínua em pediatria: Aspectos básicos e sistematização. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 2, 32, pp. 117-120.

Anexo V – Plano de sessão Doente renal crónico no Serviço de Urgência

4º CURSO DE MESTRADO E PÓS LICENCIATURA EM ENFERMAGEM
Área de Intervenção em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Ano Lectivo 2013/2014

Plano de Sessão

Doente renal crónico no Serviço de Urgência

Autor:

Luís Sousa nº.5313

Docente:

Eulália Novais

Torres Novas

Fevereiro, 2014

LISTA DE ABREVIATURAS

CHMT	Centro Hospitalar Médio Tejo
DP	Diálise Peritoneal
DRC	Doente Renal Crónico
EV	Endovenoso
FAV	Fístula Arterio-Venosa
HD	Hemodiálise
HSC	Hospital de Santa Cruz
SIADAP	Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho da Administração Pública
SUB	Serviço de Urgência Básica de Torres Novas
TSFR	Terapia de Substituição da Função Renal

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	6
1. IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES	8
1.1 Caracterização da equipa	9
1.2 Análise de tratamento de dados do questionário	12
2. PLANEAMENTO DAS ACÇÕES	16
2.1 Metodologia de avaliação	19
2.2 Tratamento e análise da avaliação da sessão	20
3. CRONOGRAMA	24
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
ANEXO I - IMP.GRH.031.02 – Diagnóstico de Necessidades de Formação – Departamento de Urgência e Cuidados Intensivos – SUB – Torres Novas.....	31
ANEXO II – Pré-teste, análise dos dados	32
ANEXO III - Questionário.....	37
ANEXO IV – PR.NFR.004 - Apoio Nefrológico	38
ANEXO V – PR.NFR.009 - Diálise Peritoneal.....	39
ANEXO VI – Diapositivos da sessão	40
ANEXO VII – IMP.GRL.508 – <i>Ficha projecto</i>	41
ANEXO VIII – Portfólio	42
ANEXO XIX – IMP.GRH.038 – Avaliação da Satisfação – inquérito ao formando	46

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Caracterização de alguns indicadores do Serviço de Nefrologia, nos anos 2012 e 2013.....	8
Quadro 2 – Distribuição de respostas à pergunta 1 do questionário, por indivíduo e por SCORE	13
Quadro 3 – Distribuição das questões que emergiram da análise de conteúdo das respostas dos enfermeiros na pergunta 3.....	15
Quadro 4 – Plano da sessão sobre o Doente Renal Crónico no Serviço de Urgência.	18
Quadro 5 – Distribuição das questões pelo grau de satisfação dos participantes na sessão	21
Quadro 6 – Distribuição das questões pela avaliação da actuação do formador	22
Quadro 7 – Distribuição das sugestões de melhoria deixada pelos participantes....	23
Quadro 8 – Cronograma do planeamento de elaboração do projecto	24
Quadro 9 – Cronograma de Implementação do projecto	25

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 – Distribuição dos enfermeiros do SUB por sexo e por grupos etários.....	10
Gráfico 2 – Distribuição dos enfermeiros do SUB por intervalos de anos de serviço	10
Gráfico 3 – Distribuição dos enfermeiros do SUB por intervalos de anos de exercício em serviço de Urgência	11
Gráfico 4 – Distribuição dos enfermeiros do SUB por formação académica.....	11
Gráfico 5 – Distribuição dos enfermeiros do SUB por serviços onde prestaram cuidados ao DRC em TSFR	12
Gráfico 6 – Distribuição dos enfermeiros pelo conhecimento que detém da Circular Normativa nº.17/2011 – “Tratamento Conservador Médico IRC no estágio 5” ...	14

INTRODUÇÃO

No âmbito da realização do estágio, inserido no 4º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, intervenção específica na área Nefrológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, o autor, neste documento, apresenta e contextualiza a implementação do plano de formação contínua, apresenta o planeamento do mesmo, com vista a atingir os objectivos a que se propus.

O projecto foi definido com base no ensino teórico frequentado e na sua motivação, numa necessidade de formação identificada pela responsável do serviço de Urgência onde exerce funções e na sua experiência profissional. Esta necessidade do serviço, foi descrita em documento próprio da instituição, sendo um suporte da para este projecto.

O Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar Médio Tejo (CHMT) situa-se na Unidade de Torres Novas, sendo o serviço de Urgência Básica de Torres Novas (SUB) uma das principais entradas de admissão de doentes renais crónicos (DRC). O serviço de Nefrologia desde 2012 é referência para todos os DRC do Distrito de Santarém.

Considerando, de acordo com a enfermeira responsável do serviço a existência de necessidade de formação na área do DRC no serviço, foi adequadamente contextualizado e planeado o restante estágio com o objectivo de abarcar todas as áreas da prestação de cuidados ao DRC.

A implementação deste projecto e a elaboração do plano de formação fundamenta-se na revisão sistemática da literatura e na revisão bibliográfica que suporta o quadro de referência do relatório final.

O plano de formação apresentado, assenta nos princípios de orientação da educação para adultos de Canário, R. (2000), que na “perspectiva da educação socializante dos adultos valoriza as aquisições culturais, a aquisição de competências transversais, de aquisição susceptíveis de serem transferidas para outras situações, para autonomia das pessoas” (p.22).

Pretende-se que a sessão de formação que irá ser apresentada aos elementos da equipa, seja formação em serviço que, segundo D'Espiney (2003), é uma aposta da nossa realidade e uma forma de dar resposta aos problemas que surgem no próprio serviço, dentro do serviço, próximo do contexto de trabalho, mobilizando as experiências aí vividas pelos indivíduos, reflectidas num momento formal e orientado para reflexão e partilha individual. Tal como é reforçado por Canário, R. (1998) a formação em contexto de trabalho, “constituem momentos decisivos de informação sistematizada e de formalização das experiências vividas em contexto de trabalho” (p.19).

Deste plano consta a introdução, no primeiro capítulo, identifica as necessidades, no segundo, é descrito o planeamento das acções a implementar, no terceiro, é apresentada a metodologia de avaliação e no quarto, são apresentadas considerações finais, com a descrição das implicações esperadas para a prática no serviço e forma como projecto será continuado.

1. IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES

Este plano está orientado para a formação contínua, como forma de melhoria do desenvolvimento profissional do enfermeiro que exerce funções na SUB. Foi elaborado um questionário, que validasse a real necessidade desta formação.

Em 2013, no SUB foi identificado pela responsável do serviço no IMP.GRH.031.02 – Diagnóstico de Necessidades de Formação – Departamento de Urgência e Cuidados Intensivos – SUB – Torres Novas – 2014 (ANEXO I), uma lacuna de conhecimentos na optimização de cuidados de enfermagem ao DRC e nas complicações no DRC submetido a hemodiálise ou a diálise peritoneal.

De forma a caracterizar melhor o serviço e a resposta da Nefrologia do CHMT, no quadro 1, são apresentados alguns indicadores que demonstram o aumento de doentes de Nefrologia, com entrada pela Urgência. Aspecto que era esperado com a aposta do Conselho de Administração do CHMT negociar com o Hospital Distrital de Santarém, a referenciação de todos os DRC do distrito de Santarém para a Nefrologia do CHMT.

Este aumento verifica-se através do acréscimo de doentes entrados pela SUB, 28,49% em 2012 e em 2013, 35,79%. É mais um argumento que reforça a necessidade de implementação deste projecto no SUB. Este aumento estará relacionado com a referenciação dos DRC no Hospital Distrital de Santarém para serem seguidos pelo serviço de Nefrologia na Unidade de Torres Novas.

Quadro 1 – Caracterização de alguns indicadores do Serviço de Nefrologia, nos anos 2012 e 2013

Nefrologia	Dias de Internamento	Doentes Entrados						Totais	Taxa de Ocupação	Demora média
		Urgência	Consulta	Outro	Transferências Internas					
					Abrantes	Tomar	TN			
2012	3407	98	43	78	89	10	26	344	84,62	9,9
2013	3596	141	34	59	135	16	9	394	89,56	9,12

O questionário (ANEXO III) foi construído no sentido de saber as necessidades sentidas pelos enfermeiros nos diferentes tipos de tratamento de substituição da função renal (TSFR), e deste modo orientar as necessidades da formação nessa área. O questionário foi respondido, na forma de pré-teste, por dez enfermeiros com características comuns, com o grupo do SUB. As conclusões encontram-se no ANEXO II.

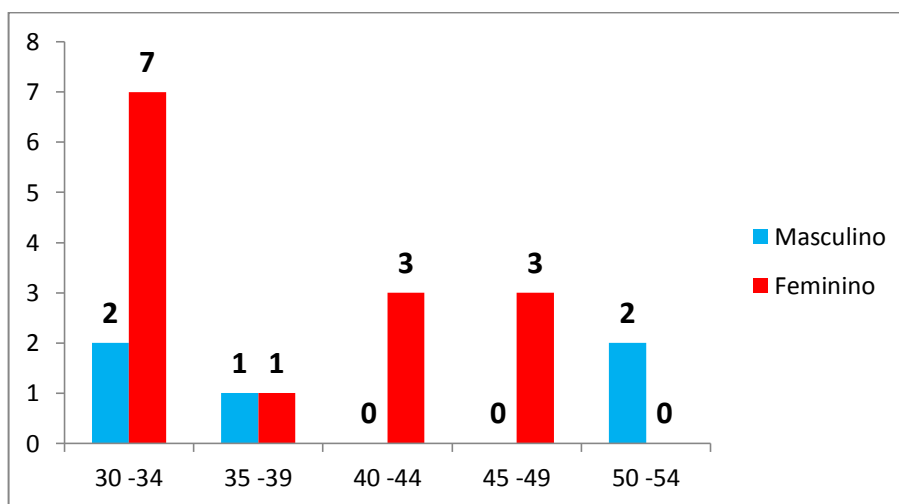
Uma das questões solicitadas no questionário, foi a descrição de uma situação de prestação de cuidados ao DRC que tivesse trazido dúvidas, para se poder responder a dúvidas concretas dos enfermeiros do SUB.

Com a aplicação deste questionário e após o tratamento e análise dos resultados, temos a necessidade real sentida pelo grupo de um problema que emerge do contexto de trabalho.

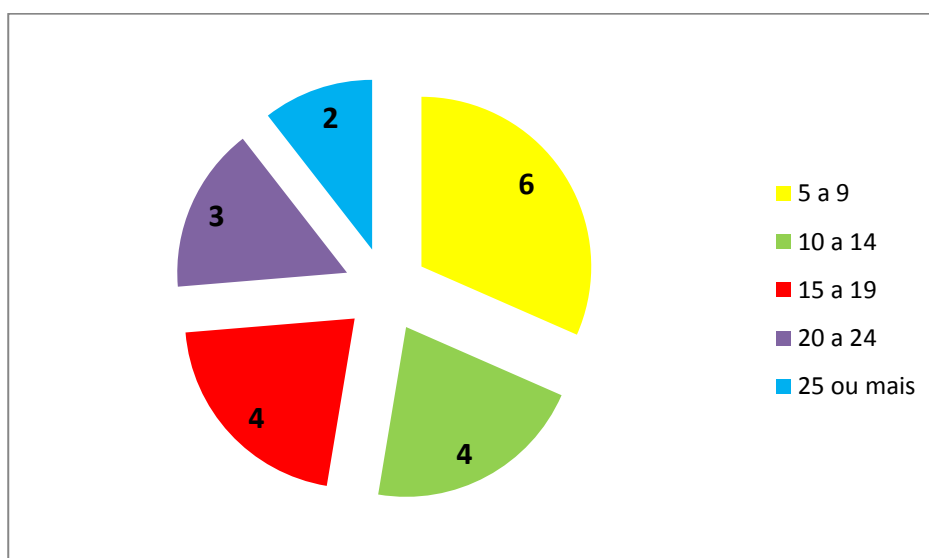
Partindo do primeiro princípio de educação de adultos, de Canário (2003), a formação de adultos deve ser orientada para a experiência individual profissional e pessoal, reflectindo sobre a prática “através de uma dinâmica de compreensão retrospectiva” (p.21), esta formação irá assentar nas necessidades formativas relatadas e sentidas pelos enfermeiros, que expressam dificuldades na prestação de cuidados ao DRC. A formação será assim orientada a medida das necessidades destes profissionais, de forma a poder satisfazer as suas expectativas e responder ao problema existente, lacuna de conhecimentos nesta área de prestação de cuidados.

1.1 Caracterização da equipa

Neste ponto faremos uma breve caracterização da equipa tendo por base a sua distribuição: por sexo; anos de serviço como enfermeiro; e tempo de serviço em Urgência.

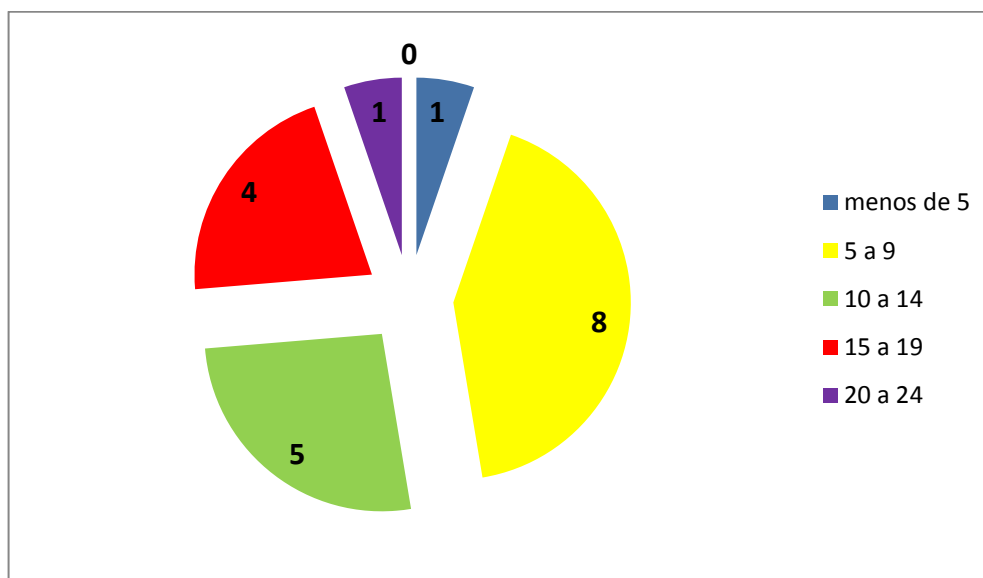
Gráfico 1 – Distribuição dos enfermeiros do SUB por sexo e por grupos etários

A equipa é constituída por 19 elementos, o gráfico 1, dos quais 5 do sexo masculino e 14 do sexo feminino. O grupo etário com maior representatividade é o dos “30 – 34” anos, com 47,37%. É uma equipa heterogénea, apresentando vários níveis etários em diferentes fases do seu processo de desenvolvimento profissional.

Gráfico 2 – Distribuição dos enfermeiros do SUB por intervalos de anos de serviço

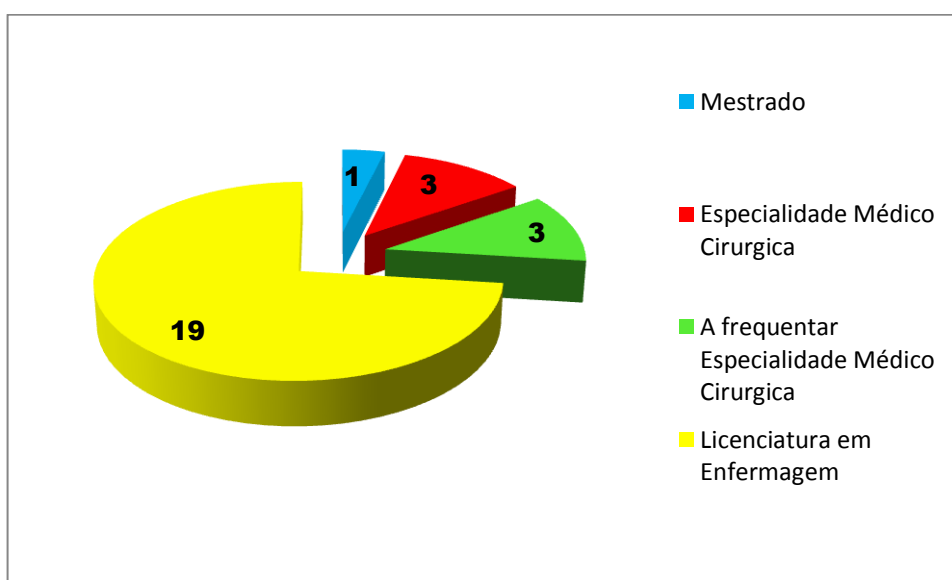
No gráfico 2, verificamos que nenhum enfermeiro da equipa tem menos de 5 anos de exercício profissional e que a grande maioria (73,68%) têm entre 5 e 19 anos de exercício profissional.

Gráfico 3 – Distribuição dos enfermeiros do SUB por intervalos de anos de exercício em serviço de Urgência



O intervalo entre 5 e 9 anos de exercício, no Serviço de Urgência, é o que tem maior representatividade 42,10%, 89,47% dos enfermeiros da equipa têm entre 5 e 19 anos de exercício profissional num serviço de Urgência.

Gráfico 4 – Distribuição dos enfermeiros do SUB por formação académica



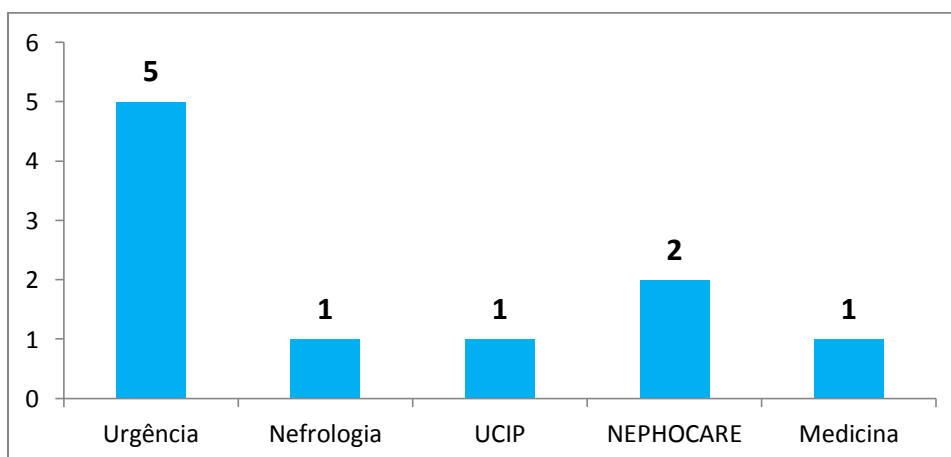
A totalidade dos elementos tem licenciatura em enfermagem. Existem três elementos com Especialidade Médico-Cirúrgica, um dos quais com Mestrado. Três elementos frequentam a especialidade Médico-Cirúrgica, e terminando a especialização no corrente ano.

Podemos afirmar com base nos estádios de Benner (2001), que a equipa se situa essencialmente no nível proficiente e perito. A experiência acima de cinco anos no mesmo serviço, é apontado pela autora como patamar para se atingir o estágio proficiente. No entanto, muitos dos enfermeiros agem como peritos, devido à experiência adquirida enquanto este serviço era uma Urgência Médico-Cirúrgica, o que potenciou um leque mais vasto de experiências durante muitos anos, tornando-os mais ágeis e capazes de antecipar muitas das respostas, tal como se exige a um perito como refere a autora.

1.2 Análise de tratamento de dados do questionário

Nos gráficos e tabelas seguintes apresentamos e tratamos e analisamos os dados da aplicação do questionário de “Identificação das necessidades de formação na área do doente renal crónico no Serviço de Urgência”. O questionário foi aplicado a 16 dos elementos da equipa, 84, 21%, ficando excluídos dois elementos que se encontravam de licença de maternidade e o autor. Decorreu entre os dias 1 e 10 de Fevereiro.

Gráfico 5 – Distribuição dos enfermeiros do SUB por serviços onde prestaram cuidados ao DRC em TSFR



O gráfico 5 representa a distribuição de enfermeiros que consideram ter trabalhado ou que ainda trabalham em serviços com DRC. Verificamos que 62,25% dos elementos da equipa já teve ou têm experiência na prestação de cuidados ao DRC. Dos enfermeiros que exercem funções no SUB, 31,25% consideram que o serviço de Urgência é um local onde se presta cuidados a DRC.

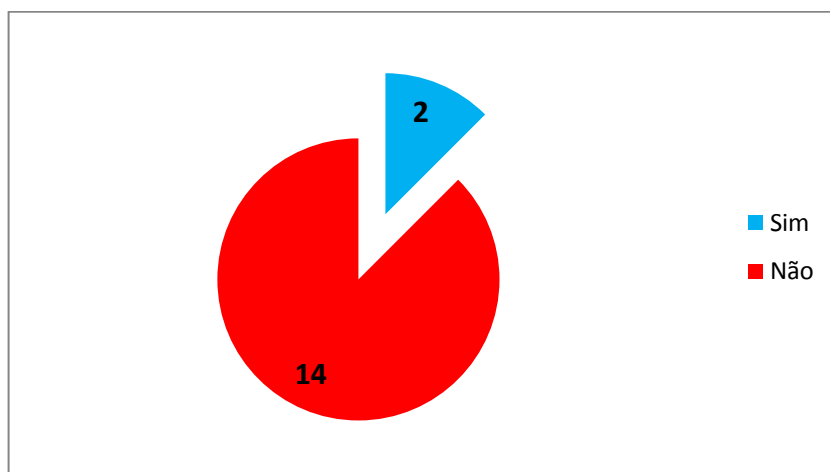
Quadro 2 – Distribuição de respostas à pergunta 1 do questionário, por individuo e por SCORE

Como considera os seus conhecimentos no que se refere aos TSFR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Totais
Hemodiálise	-1	-1	-1	-1	-1	0	-2	0	1	-1	-2	-1	0	2	0	0	-8
Diálise Peritoneal	-2	-2	-1	-1	-2	-2	-2	1	0	-2	-2	-2	-1	-1	0	0	-19
Transplante Renal	-2	-2	-1	1	-1	-1	-2	1	0	-1	-2	-2	-1	2	0	0	-11
Tratamento Conservador	-1	-2	-1	-1	1	0	1	1	1	0	-1	-1	-1	1	-1	-1	-5
Totais	-6	-7	-4	-2	-3	-3	-5	3	2	-4	-7	-6	-3	4	-1	-1	Totais

Verifica-se que as respostas, de uma forma global, tendem para a negatividade, sendo a área que evidência maior lacuna de conhecimentos a **Diálise Peritoneal** com um score de -1,19. Segue-se a do **Transplante Renal**, score -0,69, **Hemodiálise**, score -0,5 e o **Tratamento Conservador** o score de -0,31, confirmando assim a falta de informação nesta área específica.

O SCORE médio, por questão e por individuo é de -0,67, o que válida, de uma forma transversal, as necessidades formativas nesta área, já identificadas pela responsável do SUB.

Gráfico 6 – Distribuição dos enfermeiros pelo conhecimento que detém da Circular Normativa nº.17/2011 – “Tratamento Conservador Médico IRC no estágio 5”



O gráfico 6, mostra que apenas 12,5% dos enfermeiros conhece a Circular Normativa nº.017/2011, sendo que apenas. Os enfermeiros que conhecem a norma trabalham ou trabalharam com DRC em TSFR noutros serviços para além do SUB.

A Circular em questão é para aplicação aos doentes, no entanto, parece-nos um excelente instrumento de informação para os enfermeiros quando promovem o autocuidado em DRC, estágio 5, uma vez que a apresenta a toda a informação acerca dos vários tipos de TSFR. Permite uniformizar conceitos e adequar a informação que o enfermeiro deve possuir. A circular enquadra as consultas de opções (antigas consultas prep-dialise) já existentes no serviço de Nefrologia do CHMT, o que fará com que os DRC que recorrem ao SUB estejam informados, de acordo com a circular em questão, uniformizado a linguagem entre DRC e enfermeiros do SUB.

Quadro 3 – Distribuição das questões que emergiram da análise de conteúdo das respostas dos enfermeiros na pergunta 3

Questionário	Situação referenciada	Totais
1,2,3,6,15	Cuidados com o cateter e sua heparinização	5
1,2,8,11	Uso de cateter em situações de emergência, que lúmens usar. (provisório e definitivo)	4
3,4,6	Cuidados com hemorragias FAV	3
12, 13	Despiste de peritonite em DP	2
15,16	Local de punção quando o doente tem FAV em ambos membros	2
15,16	Administração de fluidoterapia em situação de choque	2
15,16	Cuidados com hemorragia no local do cateter	2
12	Punção de FAV em situação de emergência	1
12	Administração de fármacos por FAV	1
5	Qual o aporte hídrico no DRC	1
9	Dieta do DRC	1
16	Paracetamol EV é aconselhável	1
10	Uso de diuréticos espoliadores em crise HTA em IRC com HD	1

Neste quadro são referenciadas as situações em que os enfermeiros referem dificuldade na prestação de cuidados ao DRC. Numa análise sintética, as situações incidem sobre os acessos para hemodiálise, Fístula Artério-Venosa (FAV) e cateter de HD, cuidados específicos e utilização em situação de emergência. Representando 69,23% das situações referenciadas na questão.

Pretendemos que o conteúdo da formação, possa dar resposta e deixar em portfólio informação que possa servir para clarificar estas lacunas de informação.

2. PLANEAMENTO DAS ACÇÕES

Identificadas as necessidades podemos avançar e planear a formação em contexto de trabalho adequando-a às carências dos enfermeiros e partindo da sua experiência e do seu conhecimento. De acordo com Canário (2000), quando cita o relatório de Bogard, G. (1991), “uma educação por medida” (p.24) orientada para “fazer do aprendente o centro da acção” (p.25), é o mais adequado à formação em contexto de trabalho.

No quadro 4 é apresentado o plano da sessão formativa a desenvolver com os enfermeiros da equipa.

Paralelamente ao processo de identificação das necessidades dos enfermeiros, foram realizadas entrevistas semiestruturadas ao Director do Serviço de Nefrologia e à enfermeira Responsável do Serviço, no sentido de fazer um ponto de situação, na articulação do SUB com o serviço de Nefrologia. Validar o encaminhamento mais adequado do DRC em função da TSFR que optou. Como objectivo principal estava estabelecer pontes para um trabalho articulado orientado para a melhoria dos cuidados ao DRC que recorre ao SUB, aspecto que colheu grande abertura pelo Director de Serviço da Nefrologia, deixando antever o trabalho de alguns documentos clarificadores para ambos os serviços.

Estas entrevistas permitiram orientar algumas informações práticas de procedimentos para o SUB face a determinadas situações: actuação perante um doente com suspeita de peritonite e perante sinais inflamatórios no orifício de cateter de diálise peritoneal (PR.NFR.009 – Diálise Peritoneal – ANEXO IV) e de forma mais geral clarificar o apoio Nefrológico (PR.NFR.004- Apoio Nefrológico – ANEXO V). Tendo sido ressaltado a necessidade de contacto precoce com os Nefrologistas aquando de situações de emergência com hipercaliémia grave e edema agudo do pulmão em DRC em diálise. Estes aspectos foram mobilizados na sessão de forma a que equipa conheça as orientações destes responsáveis.

O Director de Serviço reforçou ainda a ideia de que serviço dará apoio a todo e qualquer DRC que se desloque ao SUB independentemente do seu serviço de referência.

Os conteúdos serão abordados de forma sistemática, aprofundando aqueles que se apresentaram com maior lacuna de conhecimento, de forma a dar resposta as necessidades dos enfermeiros do serviço e responder a lacuna identificada pelo responsável do SUB. No final passaremos pela discussão de um estudo de caso, orientado para reflexão e partilha de experiências. Canário (1994) considera a actividade, ponto de partida, “para que a experiência se converta em saber, é necessário fazer do exercício de trabalho objecto de reflexão e pesquisa pelos que nele estão directamente implicados” (p.27).

As sessões serão realizadas na sala de reuniões do serviço, com recurso a projecção por data-show.

Quadro 4 – Plano da sessão sobre o Doente Renal Crónico no Serviço de Urgência.

Conteúdo	Objectivos	Duração	Método
Breve introdução com descrição da história da Nefrologia	Enquadramento da sessão e orientação para a temática	10'	Expositivo
Apresentação da circular normativa n.º 017/2011	Apresentar o conteúdo da mesma. Descrever a sua pertinência para prestação de cuidados de enfermagem no SUB	15'	Expositivo
Tratamento de Substituição da função Renal	Enquadrar a temática	5'	Expositivo
Tratamento conservador: Definição; Tipo de doentes; Cuidados de enfermagem	Descrição do tratamento conservador. Descrição dos cuidados a ter com o DRC em tratamento conservador.	15'	Expositivo
Diálise Peritoneal: Definição; Tipo de doentes; Potencialidade da DP; Cuidados com o doente em DP no SUB.	Descrição do tratamento de DP. Descrição do protocolo dos cuidados a ter com o doente com suspeita de peritonite.	40'	Expositivo Participativo (a)
Hemodiálise: Definição; Tipo de doentes; Potencialidade da HD; Cuidados com os acessos	Descrição do tratamento de hemodiálise. Descrição dos cuidados a ter com os acessos para hemodiálise.	20'	Expositivo Participativo (a)
INTERVALO 15'			
Transplante Renal: Tipo de doentes; Cuidados de enfermagem a ter com estes doentes.	Descrição dos cuidados a ter com o DRC em transplante renal em observação na SUB-TN.	15'	Expositivo Participativo
Estudo de caso – DRC em TSFR que recorre ao SUB.	Reflexão e discussão dos cuidados de enfermagem. Sistematização dos registos a fazer deste doente.	10' 40'	Reflexão Individual Discussão orientada em grupo (b)
Encerramento e avaliação da sessão	Reflexão e avaliação da sessão	10	Grupo

- (a) **Participativo** – promovendo a discussão e a participação dos formandos com questões que abordem que nas dúvidas existentes uma vez que são as áreas onde surgiram mais dúvidas (DP e os cuidados com os acessos para HD)
- (b) **Discussão orientada em grupo** – sobre apresentação de tópicos de discussão sobre o uso de cateter de HD e a importância do contacto com o Nefrologista.

A sessão será repetida em dois dias diferentes, dias 24 e 26 de Fevereiro, das 9:00 às 12:00, para permitir uma melhor adesão da equipa, à semelhança com o que já é praticado no serviço para formações e reuniões. O facto de a sessão ser realizada em pequenos grupos, de 5 e 7 elementos, irá permitir uma maior partilha, reflexão e discussão da informação exposta e do estudo de caso apresentado. Os diapositivos da sessão constituem o ANEXO VI deste documento.

De forma a manter o processo de formação contínua nesta área será elaborado um portfólio (ANEXO VIII), disponível no computador do serviço pois, de acordo com Canário, R. (1998) a construção de dispositivos com informação para fácil consulta dos profissionais, favorece o aparecimento de processos auto-formativos. A manutenção deste portfólio vai fazer parte do projecto individual SIADAP 2014-2015, permitindo assim a rentabilização do investimento realizado na área.

2.1 Metodologia de avaliação

A avaliação da sessão será feita com base nos impressos do Departamento de Formação Permanente do CHMT (ANEXO VIII), aplicados às formações em serviço, que serão preenchidos no final da sessão.

Esta formação tem como objectivo principal aprofundar conhecimentos, com vista, à melhoria da prestação de cuidados ao DRC que recorre ao SUB. Permitindo uma reflexão sobre a prática. Os objectivos da formação são orientados para enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem da ordem dos enfermeiros, em especial “a prevenção de complicações” e “a organização dos cuidados de enfermagem”

Perspectiva-se que uma melhoria na prestação de cuidados ao DRC pelos enfermeiros no SUB, mas só será possível verificar essa mudança a médio longo prazo, como refere Canário é preciso tempo para “que os trabalhadores transformem as experiências em aprendizagens a partir de um processo autoformativo” (1994, p.26). Este processo passará por uma conversão dos conhecimentos validados e adquiridos na sessão, em aprendizagem, desenvolvimento de competências e mudança de comportamentos, para isso também irá contribuir o portfólio e os momentos de discussão em equipa. Este processo de mudança dar-se-á a médio longo prazo e ao ritmo de cada individuo (processo autoformativo), portanto em termos de avaliação, terá que ser realizada ao longo do tempo.

Assim, será proposto como projecto individual integrado no SIADAP para 2014/ 2015 a dinamização da formação nesta área de cuidados ao DRC, e manter a avaliação do impacto do projecto do autor, na equipa de enfermeiros do SUB.

Esse projecto manterá a articulação com o serviço de Nefrologia para melhor encaminhado do DRC em TSFR no serviço de Urgência, aspecto que foi sugerido na discussão/ reflexão da prestação de cuidados ao DRC em DP no SUB durante as sessões. A proposta a segue no *IMP.GRL.508 – FICHA PROJECTO*, documento em vigor no CHMT que se encontra no ANEXO VII.

2.2 Tratamento e análise da avaliação da sessão

A avaliação das sessões, foi realizada com recurso ao impresso fornecido pelo Departamento de formação Permanente do CHMT (ANEXO VIII), trabalhado de forma a poder analisar a opinião dos participantes no que se refere a: sessão; a adequação; e a actuação do formador.

No que se refere à participação na sessão, podemos considerar positiva, pois dos 16 enfermeiros que responderam ao questionário e que eram o alvo desta sessão, participaram 12 o que corresponde a 75 % da equipa.

A avaliação da sessão é de extrema importância no sentido de perceber se os objectivos delineados foram atingidos, em especial tratando-se de uma formação em contexto de trabalho, formação em serviço, planeada à medida das necessidades formativas dos participantes de forma a reflectir a prática do dia-a-dia.

O quadro seguinte refere a avaliação dos participantes em relação à sessão. De uma forma geral, a opinião foi positiva, não existem opiniões abaixo de 4 na escala e estas representam 6,94% das opiniões. A maioria, 59,72%, considerou que a sessão correspondeu às suas expectativas.

Quadro 5 – Distribuição das questões pelo grau de satisfação dos participantes na sessão

AVALIAÇÃO DA SESSÃO	ESCALA 1 (NUNCA) A 6 (SEMPRE)					
	1	2	3	4	5	6
1. Os objectivos definidos para a acção foram alcançados?	0	0	0	0	5	7
2. Os temas tratados na acção adequam-se a função?	0	0	0	2	4	6
3. Pensa aplicar os conhecimentos na sua função?	0	0	0	1	4	7
4. A documentação distribuída revela utilidade?	0	0	0	1	3	8
5. As condições de trabalho foram as adequadas?	0	0	0	0	3	9
6. A duração da acção foi adequada?	0	0	0	1	5	6

Numa análise mais pormenorizada podemos verificar, que no que se refere aos objectivos segundo a maioria dos participantes, eles foram atingidos, aspecto muito relevante, uma vez que estava em causa dar resposta às necessidades identificadas.

A questão com índice de resposta mais baixo foi a adequação dos temas à função, ou seja, se os temas se adequam a prática de cuidados no serviço de urgência. Considerando a especificidade dos DRC em TSFR, esta adequação prende-se, em grande parte, com as experiências vividas, no entanto, todos consideram adequar-

se. A adequação do tema confirma-se quando lhe é perguntado se esperam aplicar os conhecimentos na função, todos respondem de forma afirmativa.

No que se refere à duração da formação, do feedback recebido de alguns dos participantes, esta poderia ser um pouco mais longa, no entanto, todos os participantes refere ter sido adequada e metade situou-a com o máximo de adequação.

O quadro abaixo apresenta a avaliação feita ao formador. Este aspecto é relevante pois um especialista em médico-cirúrgica na vertente Nefrológica, deve tornar-se e ser tomado como uma referência nesta área pelos colegas. Todas as avaliações se situaram no 5 e no 6 que é muito positivo.

Quadro 6 – Distribuição das questões pela avaliação da actuação do formador

AVALIAÇÃO DA ACTUAÇÃO DO FORMADOR	ESCALA 1 (NUNCA) A 6 (SEMPRE)					
	1	2	3	4	5	6
Domínio do tema (nível de conhecimentos possuídos)	0	0	0	0	3	9
Clareza e dinamismo na exposição (linguagem acessível)	0	0	0	0	1	11
Cumprimento dos horários	0	0	0	0	4	8
Dinamização do grupo e acompanhamento individual	0	0	0	0	2	10
Utilização dos recursos / didácticos	0	0	0	0	2	10

O aspecto apresentado como mais negativo, cumprimento dos horários, esteve relacionado com a participação bastante activa dos formandos, útil para reflexão e discussão, mas que acabou por fazer com que a sessão demorasse mais do que o programado. Este aspecto terá de ser melhorado na gestão da discussão

No que se refere, as sugestões de melhoria deixadas na ficha de avaliação foram apenas duas, e estão descritas no quadro a baixo.

Quadro 7 – Distribuição das sugestões de melhoria deixada pelos participantes

Sugestões de melhoria
Propor alterações ao encaminhamento do utente em diálise peritoneal com dor abdominal com suspeita de peritonite
Facilitar visita ao serviço e a consulta de opções.

A primeira sugestão, surgiu da reflexão e da discussão em grupo aquando da abordagem à triagem e actuação sobre suspeita de peritonite. Esta sugestão vai ser tida em conta e coordenada com o serviço de Nefrologia, projecto pessoal a implementar para 2014/2015.

No que se refere à segunda sugestão, foi o contactado o director de serviço de Nefrologia, que mostrou ficou uma grande abertura para esta articulação entre as equipas. Da interacção com a equipa e a abordagem ao portfólio deixado, o autor irá avaliar qual a melhor forma da equipa poder ter mais informação de interesse sendo esta outra das actividades do projecto já referido anteriormente.

Como conclusão, consideramos que a sessão cumpriu os objectivos a que se propôs responder às necessidades formativas, levantadas pela responsável de serviço (ANEXO I). Para tal contribuiu a metodologia usada, o planeamento cuidadoso desta formação para responder às necessidades que os enfermeiros sentem no serviço de urgência quando prestam cuidados a DRC em TSFR.

A formação em contexto de trabalho potencializa o desenvolvimento das competências dos enfermeiros, pois aproxima-se da realidade prática e a reflexão gerada a partir dos seus conhecimentos gera a aprendizagem em confronto com a nova informação e a discussão em grupo, é uma convicção minha e que transparece na avaliação.

O autor considera ser este o início de um trabalho que pretende continuar, como elemento dinamizador, nesta área específica da sua formação. A aposta será a dinamização do portfólio, potencializando a autoformação e o planeamento formação adequada às necessidades.

3. CRONOGRAMA

Neste capítulo apresentamos os vários cronogramas que serviram como base para a elaboração do “Plano de Formação Contínua - Doente renal crónico no Serviço de Urgência”.

Quadro 8 – Cronograma do planeamento de elaboração do projecto

Acção	Objectivo	Período	Local
Construção do projecto	Definição do problema; Enquadramento da problemática; Definição dos campos de estágio.	2º Semestre	Escola Estágio II SUB-TN
Ensino clínico	Aquisição de experiências transversais ao DRC em TSFR.	31/09/2013 A 13/01/2014	Hospital de Santa Cruz (HSC) – Nefrologia, Unidade de Hemodiálise, Unidade de Diálise Peritoneal, Transplante Renal.
Implementação do projecto	Construção do Plano de formação contínua sobre DRC no Serviço de Urgência; Implementação do mesmo na SUB-TN;	14/01/2014 A 26/02/2014	SUB- TN

No quadro 8, apresentam-se as etapas do trabalho desenvolvido. O ensino clínico foi planeado de modo a que o percurso de estágio permitisse experienciar o maior número de vivências possíveis nas diferentes vertentes do TSFR do DRC. O percurso foi planeado e executado na sua totalidade no HSC, nas diferentes valências do Serviço de Nefrologia.

O percurso realizado no HSC permitiu, ao autor, consolidar a sua experiência nas diferentes vertentes do TSFR e servindo de suporte para este plano de formação.

Quadro 9 – Cronograma de Implementação do projecto

Acção	Objectivos	Período em semanas					
		Janeiro		Fevereiro			
Aplicação do questionário	Validação das necessidades formativas						
Tratamento e análise dos resultados da aplicação do questionário	Identificação das necessidades						
Construção do portfólio	Dispositivo com informação organizada para favorecer a autoformação.						
Entrevista à enfermeira responsável da Nefrologia	Avaliar a articulação entre os serviços. Auscultar hipóteses de melhoria.				10		
Entrevista ao Director do Serviço de Nefrologia	Avaliar a articulação entre os serviços. Auscultar hipóteses de melhoria.					21	
Elaboração da formação	Construção da formação a apresentar						
Formação em serviço	Reflectir sobre práticas do exercício de cuidados de enfermagem ao DRC.						24 e 26

No quadro 9 pretende-se demonstrar como o projecto foi implementado no tempo, de acordo com cada etapa do mesmo e os seus objectivos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este documento pretendemos apresentar a metodologia usada para dar resposta à lacuna formativa existente no SUB. Partindo do diagnóstico de necessidades formativas para 2014, da responsável de serviço, e de uma validação cuidada das necessidades reais dos elementos da equipa. Apresentado a formação contínua em enfermagem como uma forma de reflexão da prática orientada para à melhoria da qualidade de cuidados.

Este projecto insere-se no domínio do desenvolvimento profissional no âmbito da formação contínua tendo como objectivo à melhoria da qualidade na prestação de cuidados de enfermagem prestados ao DRC e como forma de melhorar as competências específicas dos enfermeiros que trabalham no SUB. O projecto de formação contínua no serviço nesta área foi contextualizado com este projecto e terá continuidade no projecto individual, do autor, de forma a poder avaliar o desenvolvimento de competências e a mudança de comportamentos dos enfermeiros a médio longo prazo.

A formação contínua é a forma que o enfermeiro tem de continuar o seu desenvolvimento profissional, muitas vezes feito pela autoformação. Dinamizar o portfólio de informação do DRC permite estimular a autoformação, por outro lado, a formação em contexto de trabalho, orientada para abordagem das necessidades e dos problemas que aí surgem, é aquela que melhor responde às expectativas dos enfermeiros. O estímulo do enfermeiro responsável e a sensibilidade do mesmo para implementar este tipo de formação é também de extrema importância. Por todo isto, o autor considera terem sido alcançados os objectivos a que se propôs, assentando esta afirmação também na avaliação da sessão realizada pelos participantes.

Considero que a metodologia desenvolvida, para responder a esta lacuna formativa identificada pela responsável de serviço, pode e deve ser usada para outras situações no serviço e em outros serviços.

Por outro lado, este plano pretende ser o início de um projecto individual orientado para avaliação de desempenho pelo SIADAP e para o serviço, como objectivo de

melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao DRC. Este compromisso com o serviço surge da necessidade de dar continuidade a avaliação do impacto do projecto, levado a cabo pelo autor, que agora termina. Respondendo assim a dois projectos do autor, o concluir da especialidade e projecto individual de avaliação de desempenho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALARCÃO, Isabel. (2001). **Escola Reflexiva e supervisão. Uma escola em desenvolvimento e aprendizagem**; Porto, Porto Editora, Lda. ISBN 972 -0-34734-1

BENNER, Patricia. (2001). **De Iniciado a Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem**; ed. Comemorativa; Coimbra, Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X

CANÁRIO, Rui. (1994). “**Centros de Formação das Associações de Escolas: Que Futuro?**” In A. Amiguiño e R. Canário (org.), **Escolas e Mudança: O Papel dos Centros de Formação**. Lisboa. Educa

CANÁRIO, Rui. et al (1997). **Formação e situações de trabalho**; Porto, Porto Editora, Lda. ISBN 972-0-34125-4

CANÁRIO, Rui. (2000). **Gestão da escola: Como elaborar o plano de formação?**; Instituto de inovação educativo. ISBN 972-9380-83-x

CANÁRIO, Rui.(2000). **Educação de Adultos – um campo e uma problemática**. Lisboa. Educa . ISBN 972 -8036-21-3

OLIVEIRA, Fernando. (2006). **PLANO DE FORMAÇÃO – etapas e metodologia de elaboração**. Loures. Instituto do Emprego e Formação Profissional. ISBN 972-732-983-7

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). **Servir a comunidade e garantir a qualidade: Os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica**. Maio 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). **Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista**. Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). **Relatório de atividades do programa PQCE**. Julho 2012.

PAQUAY, Léopold. Et al (2001). **FORMANDO PROFESSORES PROFISSIONAIS Quais estratégias? Quais competências?**, 2ª edição; Porto Alegre, Artmed Editora. ISBN 85 -7307-774-3

ANEXOS

ANEXO I - IMP.GRH.031.02 – Diagnóstico de Necessidades de Formação – Departamento de Urgência e Cuidados Intensivos – SUB – Torres Novas

Departamento/Serviço

DUCI - SUB – Torres Novas - 2014

Nº

1. Quais as principais lacunas de conhecimento que verifica junto dos seus colaboradores?

- As crianças com situação de doença muito grave, são encaminhadas para a sala de emergência do serviço de urgência geral. Nesta sala são-lhe prestados cuidados de enfermagem, pelos enfermeiros da urgência pediátrica, bem como pelos enfermeiros da urgência geral. Será de extrema importância que os enfermeiros da urgência geral adquiram conhecimentos nesta área, para que os cuidados de enfermagem sejam de qualidade.
- Os doentes renais crónicos recorrem ou são transferidos para esta unidade hospitalar, é neste serviço que lhe são prestados os primeiros cuidados de enfermagem. Existem cuidados de enfermagem específicos e necessidade de despistar complicações inerentes à sua patologia. Será de extrema importância que os enfermeiros da urgência geral adquiram conhecimentos nesta área, para que os cuidados de enfermagem sejam de qualidade.
- A importância de os assistentes operacionais numa situação de excepção perceberem o seu papel de actuação para que quando ela acontecer sejam um elemento da equipa facilitador da implementação do plano de catástrofe.
- O controle de infecção continua a ser um aspecto que tem que ser melhorado, bem como o conhecimento dos produtos que são manuseados.

2. Prevê implementar melhorias no Departamento/Serviço? Se sim, que novos desafios traria aos seus Colaboradores?

3. Conhecimentos a adquirir:

Nº	Área de Formação	Nº de Acções a Realizar	População Alvo	Nº Colab. p/ Acção	Horas Formaç. p/ Acção	Tipo de Acção(1)	Aprovação Superior
1	Cuidados de enfermagem à Criança gravemente doente – Casos Práticos	2	Enfermeiros	9 + 9	4	☐ Acção ministrada por colaboradores do Serviço	☐ Aprovado ☐ Aprovado Transformar em Transversal ☐ Não Aprovado
2	Cuidados de enfermagem ao doente renal crónico (Hemodialisado e Diálise peritoneal) no serviço de urgência	2	Enfermeiros	9 + 9	2	☐ Acção ministrada por colaboradores do serviço	☐ Aprovado ☐ Aprovado Transformar em Transversal ☐ Não Aprovado
3	Sensibilização para o cumprimento de boas práticas em controle de infecção e Normas de segurança na utilização de produtos de limpeza e desinfecção	2	Assistentes Operacionais	5 + 5	2	☐ Acção ministrada por colaboradores do serviço	☐ Aprovado ☐ Aprovado Transformar em Transversal ☐ Não Aprovado
4	Papel do assistente operacional em situações de Catástrofe	2	Assistentes Operacionais	5 + 5	2	☐ Acção ministrada por colaboradores do serviço	☐ Aprovado ☐ Aprovado Transformar em Transversal ☐ Não Aprovado
5	Triagem Manchester 2		Enfermeiros	18		☐ Entidade Externa	☐ Aprovado ☐ Aprovado Transformar em Transversal ☐ Não Aprovado
6	Suporte Imediato Vida		Enfermeiro	1		☐ Entidade Externa	☐ Aprovado ☐ Aprovado Transformar em Transversal ☐ Não Aprovado
7	SAV Pediátrico		Enfermeiros	17		☐ Entidade Externa	☐ Aprovado ☐ Aprovado Transformar em Transversal ☐ Não Aprovado
8	Plano de Emergência Externo		Enfermeiros Assistentes Operacionais	18 10		☐ Acção ministrada por colaboradores do serviço	☐ Aprovado ☐ Aprovado Transformar em Transversal ☐ Não Aprovado
9	Competências em Cuidados de Saúde – formação específica para Assistentes Operacionais		Assistentes Operacionais	4		☐ Acção ministrada por colaboradores de outro Serviço	☐ Aprovado ☐ Aprovado Transformar em Transversal ☐ Não Aprovado
10	SBV não Clínico (Reciclagem)		Assistentes Operacionais	6		☐ Acção ministrada por colaboradores de outro Serviço	☐ Aprovado ☐ Aprovado Transformar em Transversal ☐ Não Aprovado

(1) Assinale apenas uma opção por Área de Formação diagnosticada.

4. Objectivos a atingir:

Nº	Objectivos	Comportamentos Esperados
1	- Adquirir conhecimentos para a optimização dos cuidados de enfermagem à criança gravemente doente. - Conhecer como se realiza a avaliação de enfermagem na criança gravemente doente. - Treinar como se realiza uma avaliação primária e secundária, sistematizada na criança.	Actuação eficaz e sistematizada na primeira abordagem da criança gravemente doente na sala de emergência.
2	- Adquirir conhecimentos para a optimização dos cuidados de enfermagem ao doente renal crónico. - Conhecer complicações mais frequentes no doente renal crónico submetido a hemodiálise ou diálise peritoneal.	Actuação eficaz e sistematizada numa primeira abordagem do doente renal crónico.
3	- Competências técnicas de higiene hospitalar - Conhecer normas de segurança dos produtos de limpeza que utiliza	Cumprimento de correcta higienização
4	- Adquirir competências de actuação quando accionado o plano de Catástrofe. - Saber onde é realizada a Triagem de Catástrofe - Saber as prioridades que são atribuídas na Triagem de Catastrofe.	Actuação eficaz quando accionado o plano de Catástrofe.
5	Adquirir competências para triar os doentes no serviço de urgência segundo a Triagem 2 de Prioridades do protocolo de Manchester.	Aplicar a triagem 2 de prioridades segundo o protocolo de Manchester.
6	- Adquirir competências teórico-práticas para a aplicação das recomendações do Conselho Português de Ressuscitação (Guidelines 2010) na reanimação de adultos de Suporte Imediato de Vida (SIV). - Conhecer algoritmos do CPR e ERC (2010), relativamente à prevenção da PCR (Disritmias).	Actuação eficaz, com cumprimento de algoritmos do CPR e ERC (2010), nas manobras de reanimação de SIV em adultos. Detecção precoce de possíveis sinais que venham a desencadear a PCR (Disritmias).
7	Adquirir competências teórico-práticas para a aplicação das recomendações do Conselho Português de Ressuscitação (Guidelines 2010) na reanimação de Crianças (SAV).	Actuação eficaz, com cumprimento de algoritmos do CPR e ERC (2010), nas manobras de reanimação de SAV Pediatrico. Detecção precoce de possíveis sinais que venham a desencadear a PCR.

Nº	Objectivos	Comportamentos Esperados
8	Conhecer o Plano de Emergência Externo.	Actuação eficaz de acordo com o estabelecido em Plano de Emergência Externo, aquando da sua activação.
9	Adquirir competências técnicas e comportamentais (relação com o utente) para exercício da actividade de Assistente Operacional.	Actuação eficaz, articulando a componente técnica e conhecimentos relacionais com os outros, de forma harmoniosa.
10	Treinar os conhecimentos adquiridos na ressuscitação	Actuação eficaz de acordo com o estabelecido nos algoritmos de PCR para pessoal não clínico.

VALIDAÇÃO	Data	Assinatura
Diretor /Coord. Departamento		
Diretor /Resp. Serviço	30/11/2013	Ângela Maria Cordeiro Lopes
DRH		

ANEXO II – Pré-teste, análise dos dados

Identificação das necessidades de formação na área do doente renal crónico nos Serviços de Urgência

Este questionário pretende contextualizar as necessidades de formação nesta área específica, nos enfermeiros que prestam cuidados no Serviço de Urgência Básica da Unidade de Torres Novas, entrada dos DRC do distrito de Santarém. Pois a necessidade de formação contínua do enfermeiro, e em especial nos serviços de urgência devido as múltiplas solicitações nas diferentes áreas de grande complexidade e exigência, surge como resposta para melhorar a prestação de cuidados.

O DRC representa um grande número de episódios de urgência devido a sua cronicidade e necessidade resposta específica Nefrológica, exigido aos enfermeiros conhecimento específicos.

Foi construído um questionário, pois segundo Fortin (2000), é um instrumento de colheita de dados que permite ser aplicado a um grande número de indivíduos, fazer comparações entre os sujeitos. Considerando ainda que permite o anonimato, dos indivíduos, que apresentam maior facilidade em exprimir livremente as suas opiniões mesmo aquelas que são pessoais.

O questionário foi construído e testado em 10 indivíduos com características semelhantes ao grupo alvo, para validar a consistência das perguntas e a aplicabilidade das mesmas.

Após a aplicação do pré-teste, foi acrescentado um bloco para identificação do inquirido para melhor compreender as respostas e poder compara-las. Em especial, quando existe experiência, anterior ou actual, em prestar cuidados ao DRC. Todas as questões foram numeradas para permitir melhor tratamento dos dados.

Manteve-se o primeiro bloco de questões, onde se pede ao individuo para se colocar em relação aos seus conhecimentos do DRC nos diferentes tipos de Tratamento de substituição da função renal. Recorreu-se a escalas de Lickert de 5 por ser ímpar e segundo Fortin (2000), permite uma fácil aplicação de score com intuito de se perceber a tendências das repostas para a positividade ou para negatividade.

Pergunta 1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totais
Hemodiálise	-2	1	-1	1	0	-1	1	-1	-1	1	-2
Diálise Peritoneal	-2	-1	-2	-2	-1	-1	-1	-1	-2	-1	-14
Transplante Renal	-2	-1	-2	0	-1	-2	-1	-1	0	0	-10
Tratamento Conservador	-2	-1	-1	-1	0	-2	-1	-1	-2	1	-10
Totais	-8	-2	-6	-2	-2	-6	-2	-4	-5	1	-36

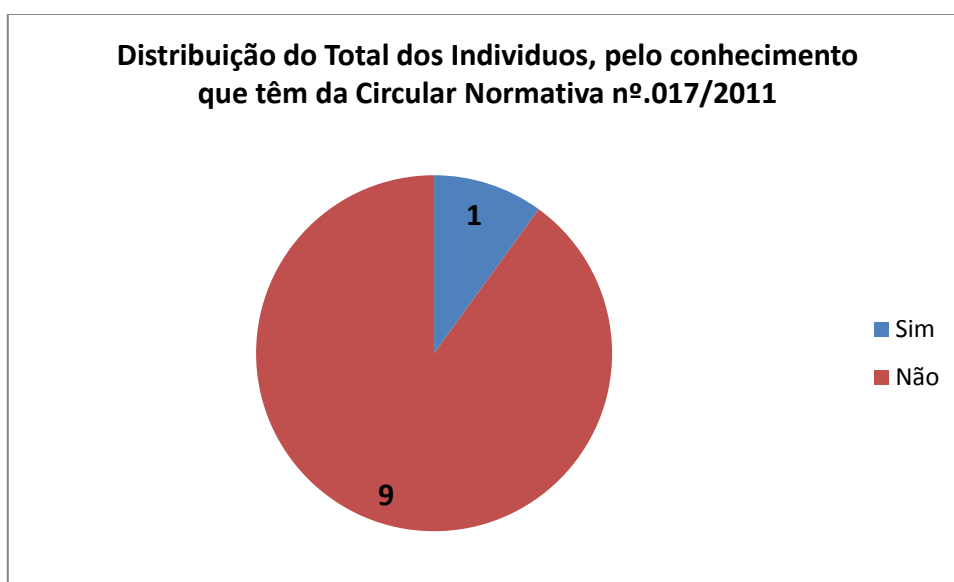
Na aplicação do pré-teste em termos médios o score por indivíduo teve uma tendência para a negatividade, colocando-se os indivíduos no insuficiente, score -1.

Identificação das necessidades de formação na área do doente renal crónico nos Serviços de Urgência

No que se refere as questões, apenas a referente a hemodiálise teve tendência para o Suficiente, score 0. A que apresentou maior negatividade foi a questão referente a Diálise Peritoneal.

Decidiu-se manter este bloco de questões exactamente como estava, pois permite um claro retrato dos conhecimentos que inqueridos apresentam em relação aos diferentes tipos de Tratamento da Substituição da função renal.

No que se refere a pergunta dois, foi mantida, devido a sua pertinência. Dividindo-a em duas, pois os indivíduos que respondia, não, a primeira, se tinham conhecimento da Circular Normativa nº.017/2011, também respondia “não” a segunda. Assim, só responderá a segunda quem tiver respondido “Sim” a primeira.



A pergunta 3 é uma questão aberta, para tratamento de análise de conteúdo pois segundo Fortin (2000), é uma “estratégia para identificar um conjunto de características essenciais à significação”, neste caso, pretende-se encontrar necessidades de formação sentidas pelos indivíduos. Assim, passo a apresentar os resultados da pergunta 3 no pré-teste.

Questionário	Situação referida	Totais
5, 6,9	Punção venosa de FAV/ PTFE em situação de emergência?	3
5,8	Cuidados com fluidoterapia no DRC, quantidades admissíveis em situação de emergência?	2
9	Administração de fármacos pela FAV, que limitações?	1
1	Cuidados com cateter de diálise, com hemorragia activa?	1
4	Queixas de caimbrãs recorrentes, que aconselhamento dietético.	1
7	Quais os fármacos que não devem ser administrados ao DRC?	1
10	Dilema ético, doente quer ficar por tratamento conservador família pressiona para que seja feita HD, que fazer?	1

A aplicação deste pré-teste do questionário pretendeu validar se cumpria o objectivo de contextualizar as necessidades de formação nesta área específica, nos enfermeiros que prestam cuidados no Serviço de Urgência Básica da Unidade de Torres Novas, entrada dos DRC do distrito de Santarém. A necessidade de formação contínua do enfermeiro, em especial nos serviços de urgência, devido às múltiplas solicitações em diferentes áreas de grande complexidade e exigência, surge como resposta para melhorar a prestação de cuidados.

O DRC representa um grande número de episódios de urgência, devido à sua cronicidade e necessidade de resposta específica, exigindo aos enfermeiros conhecimentos específicos.

Foi construído um questionário, pois segundo Fortin (2000), é um instrumento de colheita de dados que permite ser aplicado a um grande número de indivíduos e fazer comparações entre os sujeitos. Considerando ainda que a resposta é anónima, apresenta mais facilidade para que a opinião seja expressa livremente pelo mesmo

O questionário foi construído e aplicado como pré-teste em dez indivíduos, com características semelhantes ao grupo alvo, para validar a consistência das perguntas e a aplicabilidade das mesmas.

Após a aplicação do pré-teste, foi acrescentado um bloco para caracterização do inquirido para melhor compreender as respostas e poder compará-las, em especial, quando existe experiência profissional, anterior ou actual, na prestação de cuidados ao DRC.

Todas as questões foram numeradas para permitir melhor tratamento dos dados.

No primeiro bloco de questões, pediu-se ao indivíduo para se situar em relação aos seus conhecimentos do DRC nos diferentes tipos de Tratamento de substituição da função renal. Recorreu-se às escalas de Lickert de cinco itens por ser ímpar e, segundo Fortin (2000), permite uma fácil aplicação de score com o intuito de se perceber a tendência das repostas, para a positividade ou para a negatividade.

Quadro 1 - Distribuição de respostas à pergunta 1 do questionário, por indivíduo e por SCORE

Indivíduos Pergunta 1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totais
Hemodiálise	-2	1	-1	1	0	-1	1	-1	-1	1	-2
Diálise Peritoneal	-2	-1	-2	-2	-1	-1	-1	-1	-2	-1	-14
Transplante Renal	-2	-1	-2	0	-1	-2	-1	-1	0	0	-10
Tratamento Conservador	-2	-1	-1	-1	0	-2	-1	-1	-2	1	-10
Totais	-8	-2	-6	-2	-2	-6	-2	-4	-5	1	-36

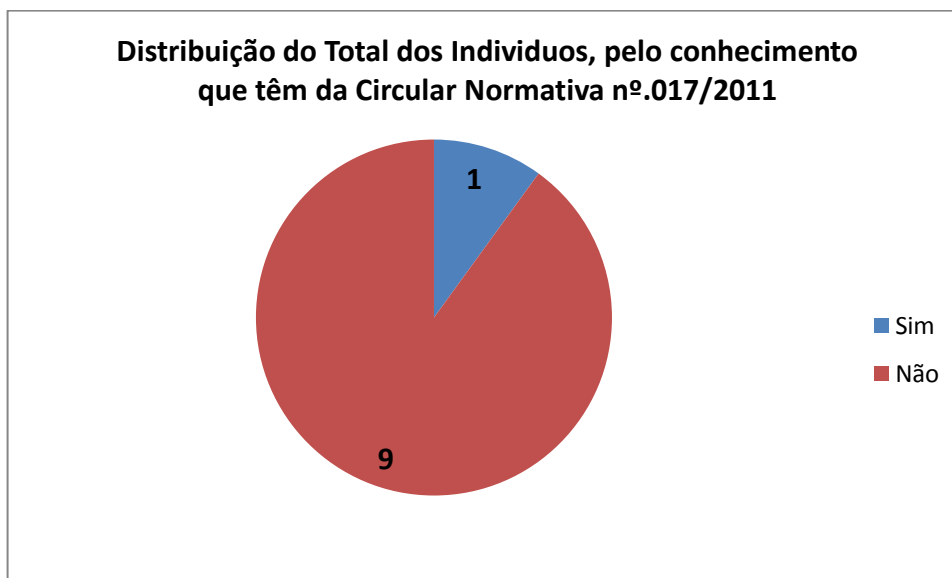
Na aplicação do pré-teste, em termos médios, o score por indivíduo teve uma tendência para a negatividade -1, colocando-se os indivíduos no nível insuficiente.

No que se refere às questões, apenas a referente a hemodiálise teve tendência para o Suficiente, score 0. A que apresentou maior negatividade foi a questão referente a Diálise Peritoneal, score -1,4.

Manteve-se este bloco de questões exactamente como estava, por permitir um claro retrato dos conhecimentos que os inquiridos apresentam em relação aos diferentes tipos de Tratamento da Substituição da função renal.

No que se refere à pergunta dois, foi mantida, devido a sua pertinência. Dividindo-a em duas, pois os indivíduos que respondia, não, a primeira, se tinham conhecimento da Circular Normativa nº.017/2011, também respondia “não” à segunda. Assim, só responderá à segunda quem tiver respondido “Sim” a primeira.

Gráfico 1 – Distribuição dos enfermeiros pelo conhecimento que detém da Circular Normativa nº.17/2011 – “Tratamento Conservador Médico IRC no estágio 5”



A pergunta 3 é uma questão aberta, acerca das dúvidas que lhes surgem na prestação de cuidados ao DRC, para tratamento de análise de conteúdo pois segundo Fortin (2000), é uma estratégia para identificar um conjunto de características essenciais à significação, neste caso, pretende-se encontrar necessidades de formação sentidas pelos indivíduos. Assim, passo a apresentar os resultados da pergunta 3, no pré-teste.

Quadro 10 – Distribuição das questões que emergiram da análise de conteúdo das respostas dos enfermeiros na pergunta 3

Questionário	Situação referida	Totais
5, 6,9	Punção venosa de FAV/ PTFE em situação de emergência	3
5,8	Cuidados com fluidoterapia no DRC, quantidades admissíveis em situação de emergência	2
9	Administração de fármacos pela FAV, que limitações	1
1	Cuidados com cateter de diálise, com hemorragia activa	1
4	Queixas de câibras recorrentes, que aconselhamento dietético	1
7	Quais os fármacos que não devem ser administrados ao DRC	1
10	Dilema ético, doente quer ficar por tratamento conservador família pressiona para que seja feita HD, que fazer	1

Após a análise apresentada, fiz as alterações referidas e passamos a aplicação do questionário a equipa de enfermeiros do SUB.

ANEXO III - Questionário

Identificação das necessidades de formação na área do doente renal crónico nos Serviços de Urgência

O presente questionário pretende contextualizar as necessidades de formação nesta área específica, nos enfermeiros que prestam cuidados neste serviço. A necessidade de formação contínua do enfermeiro, e em especial nos serviços de urgência devido as múltiplas solicitações nas diferentes áreas de grande complexidade e exigência, pretende como resposta para melhorar a prestação de cuidados. Surge na implementação do projecto final do 4º CURSO DE MESTRADO E PÓS LICENCIATURA EM ENFERMAGEM - Área de Intervenção em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Identificação: Sexo M ☐ F ☐ Idade: _____ Quantos anos de serviço: _____

Quantos de exercício no S. Urgência: _____ Trabalha ☐ ou trabalhou ☐ com DRC.

Onde? _____ Durante quantos anos (total)? _____

1 - Como considera os seus conhecimentos no que se refere aos tratamentos da substituição da função renal? Responda considerando: ① muito insuficientes ② Insuficientes ③ Suficientes ④ Bons ⑤ Muito Bons

- | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|
| a) Hemodiálise | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| b) Diálise Peritoneal | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| c) Transplante Renal | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| d) Tratamento Conservador | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

2 - Conhece a Circular Normativa n.º017/2011 – “Tratamento Conservador Médico IRC estágio 5” emitida pela direcção geral de saúde? ☐ Sim ☐ Não

Apenas se respondeu Sim na pergunta anterior, responda a pergunta 2 a):

2 a) - Conhece o conteúdo da Circular Normativa n.º017/2011 – “Tratamento Conservador Médico IRC estágio 5”? ☐ Sim ☐ Não

3 - Descreve uma situação de prestação de cuidados a um doente renal crónico que lhe tenha trazido dúvidas? _____

ANEXO IV – PR.NFR.004 - Apoio Nefrológico

1. Objetivo

Definir a metodologia utilizada no Apoio Nefrológico aos Serviços do CHMT e Entidades Externas.

2. Âmbito

Aplica-se ao Serviço de Nefrologia.

⇒ 3. Definições

Apoio Nefrológico Interno: Apoio do Serviço de Nefrologia a doentes internados em qualquer Serviço do CHMT

Apoio Nefrológico Externo: Apoio do Serviço de Nefrologia a doentes cuja avaliação é solicitada por Entidades externas ao CHMT

MCD: Meios Complementares de Diagnóstico

SONHO: Sistema Integrado de Informação Hospitalar

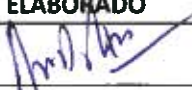
SUB: Serviço de Urgência Básica

SUMC: Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

TMC: Tratamento Médico Conservador

4. Descrição

Ver Fluxograma.

N.º DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. N.º
PR.NFR.004.03				03.12.2012	1/3



FLUXOGRAMA	RESPONSABILIDADES	DOCUMENTAÇÃO APLICÁVEL	INFORMAÇÃO ADICIONAL
1. Necessidade de apoio nefrológico INTERNO 2. Necessidade de apoio nefrológico EXTERNO 3. Solicitação de Apoio de Nefrologia 4. Solicitação adequada? S N 5. Pedido indeferido 6. Observação do Doente 7. Indicação para tratamento em Nefrologia? S N 8. Doente sem tratamento em Nefrologia A	1. Médico do Serviço requisitante. 2. Médico solicitante. 3. Médico do Serviço requisitante; Médico Nefrologista. 4. Médico Nefrologista. 5. Médico Nefrologista. 6. Médico Nefrologista; Assistente Técnica do Serviço requisitante. 7. Médico Nefrologista. 8. Médico Nefrologista.	1. SONHO; SAM; Dossier de Internamento. 2. Relatório médico. 3. SAM; IMP.GRL.009 -Solicitação de Apoio da Especialidade. 4. SAM; Dossier de Internamento; IMP.GRL.009 -Solicitação de Apoio da Especialidade. 5. SAM; Dossier de Internamento. 6. SAM; Dossier de Internamento. 7. SAM; Dossier de Internamento. 8. IMP.NFR.034 – Informação clínica de Nefrologia.	1. O apoio nefrológico interno é solicitado pelos Serviços de internamento ou pelos Serviços de Urgência. 2. O apoio nefrológico externo é solicitado pelos Centros de Saúde, Hospitais e Centros de Diálise, mediante a apresentação de um relatório justificativo. 3. O pedido de apoio pode ser feito por contacto telefónico ou pessoal. O pedido é formalizado no SAM, sendo impresso e entregue no Secretariado do Serviço de Nefrologia. 4. Ao receber a solicitação de apoio, o Médico Nefrologista avalia a situação e decide se o Apoio Nefrológico é dado. 5. Caso não se justifique o apoio nefrológico, promove-se essa informação junto do requerente. 6. Se o pedido de apoio for interno, a Assistente Técnica do Serviço requisitante faz o registo da consulta interna no SONHO. Em caso de necessidade, pode ser solicitado processo clínico. O registo de cada observação é efectuado no processo de internamento do doente. Se for um pedido externo, a observação do doente só é efectuada após reencaminhamento para os Serviços de Urgência, Consulta Externa ou Internamento. 7. _____ 8. O doente tem alta do apoio nefrológico. O IMP.NFR.034 só é usado quando o doente regressa ao Médico que solicitou o apoio.

N.º DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. N.º
PR.NFR.004.03				03.12.2012	2/3



FLUXOGRAMA	RESPONSABILIDADES	DOCUMENTAÇÃO APLICÁVEL	INFORMAÇÃO ADICIONAL
9. Definição da estratégia de tratamento 10. Consulta Externa 11. Técnicas de Hemodiálise 12. Diálise Peritoneal 13. TMC 14. Internamento de Nefrologia 15. SUB / SUMC	9. Médico Nefrologista. 10. Médico Nefrologista. 11. Médico Nefrologista. 12. Médico Nefrologista. 13. Médico Nefrologista. 14. Médico Nefrologista. 15. Médico Nefrologista.	9. SAM; IMP.NFR.040 – Apoio Nefrológico. 10. PR.GRL.030 - Acesso e Realização de Consulta Externa Médica; IMP.NFR.034 – Informação clínica de Nefrologia”. 11. PR.NFR.002 – Técnicas de Hemodiálise. 12. PR.NFR.008 – Diálise Peritoneal. 13. PR.NFR.001 - Internamento; IMP.NFR.013 – Nota de alta – transferência. 14. PR.NFR.010 – Tratamento Médico Conservador. 15. SONHO; SAM; Dossier de Urgência.	9. O Médico Nefrologista preenche o impresso IMP.NFR.040. 10. É feita a marcação de consulta externa após alta do internamento. O IMP.NFR.034 só é usado quando o doente regressa ao Médico que solicitou o apoio. 11. _____ 12. _____ 13. _____ 14. _____ 15. _____

N.º DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. N.º
PR.NFR.004.03				03.12.2012	3/3

ANEXO V – PR.NFR.009 - Diálise Peritoneal

1. Objetivo

Definir a metodologia utilizada nas Técnicas Depurativas (hemodiálise, hemodiafiltração, plasmaferese, hemoperfusão) e no acesso à terapêutica substitutiva da função renal.

2. Âmbito

Aplica-se à Unidade de Hemodiálise do Serviço de Nefrologia.

➡ 3. Definições

DP: Diálise Peritoneal

DRC: Doença Renal Crónica

SAM: Sistema de Apoio Médico

SGICM: Sistema de Gestão Integrada do Circuito do Medicamento

TMC: Tratamento Médico Conservador

TSFR: Tratamento Substitutivo da Função Renal

4. Descrição

➡ Ver Fluxograma.

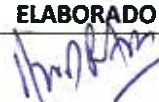
N.º DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. N.º
PR.NFR.009.07				03.12.2012	1 de 4



FLUXOGRAMA	RESPONSABILIDADES	DOCUMENTAÇÃO APLICÁVEL	INFORMAÇÃO ADICIONAL
1. Consulta Externa 2. Internamento 3. Técnicas de Hemodiálise 4. TMC 5. Apoio Nefrológico 6. Avaliação do doente 7. Informação ao doente acerca das opções terapêuticas da DRC 8. Contra-indicação para DP? 9. Outra modalidade terapêutica da DRC 10. Doente aceita realizar DP? 11. Doente quer realizar tratamento da DRC? 12. Alta da Nefrologia 13. Outra modalidade terapêutica da DRC A	1. Médico Nefrologista. 2. Médico Nefrologista. 3. Médico Nefrologista. 4. Médico Nefrologista. 5. Médico Nefrologista. 6. Médico Nefrologista. 7. Médico Nefrologista. 8. Médico Nefrologista. 9. Médico Nefrologista. 10. Médico Nefrologista. 11. Médico Nefrologista. 12. Médico Nefrologista. 13. Médico Nefrologista.	1. PR.GRL.0300 - Acesso e Realização de Consulta Externa Médica; SONHO; SAM. 2. PR.NFR.001 - Internamento; SONHO; SAM. 3. PR.NFR.002 - Técnicas de Hemodiálise; SONHO; SAM. 4. PR.NFR.010 - Tratamento Conservador da Doença Renal Crónica; SONHO; SAM. 5. PR.NFR.004 - Apoio Nefrológico; SONHO; SAM. 6. SONHO; SAM; Processo Clínico. 7. SONHO; SAM; Processo Clínico. 8. SONHO; SAM; Processo Clínico. 9. SONHO; SAM; SGICM; Processo Clínico. 10. SONHO; SAM; Processo Clínico. IMP.GRL.220 - Consentimento Informado; IMP.GRL.221 - Declaração de Recusa. 11. SONHO; SAM; Processo Clínico. 12. SONHO; SAM; Processo Clínico. 13. SONHO; SAM; Processo Clínico. PR.NFR.002 - Técnicas de Hemodiálise; PR.NFR.010 - Tratamento Conservador da Doença Renal Crónica;	1. 2, 3, 4 e 5. O doente tem acesso à DP, referenciado pelo médico nefrologista através de: 1. Consulta Externa de Nefrologia; 2. Internamento de Nefrologia; 3. Técnicas de Hemodiálise; 4. Tratamento Conservador da DRC; 5. Apoio Nefrológico. Neste último, caso apoio seja interno, o Médico Nefrologista regista a informação clínica na ficha de urgência. Esta ficha deve ser acompanhada de toda a informação complementar que exista. O apoio pode também ser externo: doentes do exterior encaminhados pelos Centros privados ou Médicos de Família. 6. _____ 7. O doente é informado das opções terapêuticas da DRC. 8. _____ 9. Caso o doente tenha contra-indicação para realizar DP, é-lhe indicada pelo médico outra modalidade terapêutica para a DRC. 10. _____ 11. _____ 12. _____ 13. Caso o doente não opte pela hemodiálise e queira realizar tratamento da DRC, é reencaminhado para outra modalidade terapêutica da DRC.

N.º DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. N.º
PR.NFR.009.07				03.12.2012	2 de 4

FLUXOGRAMA	RESPONSABILIDADES	DOCUMENTAÇÃO APLICÁVEL	INFORMAÇÃO ADICIONAL
14. Internamento para colocação de catéter 15. Consulta para definição da estratégia da DP 16. Início do tratamento 17. Suspeita de peritonite? 18. Episódio de urgência	14. Médico Nefrologista; Enfermeiro. 15. Médico Nefrologista. 16. Médico Nefrologista. 17. _____ 18. Médico Serviço de Urgência.	14. <i>SONHO; SAM; SAPE; Processo Clínico. PR.NFR.001 – Internamento; IMP.GRL.220 – Consentimento Informado; PT.NFR.097 – Colocação de catéter de diálise peritoneal; IMP.NFR.096 – Ensino ao doente Insuficiente Renal Crónico; Guia do doente de Diálise Peritoneal – Baxter; Guia Pessoal de Diálise Peritoneal – Fresenius.</i> 15. IMP.NFR.091 – Registo de análises - diálise peritoneal; <i>Dossier da DP</i>; IMP.GRL.220 – Consentimento Informado. 16. IMP.NFR.091 – Registo de análises - diálise peritoneal; IMP.NFR.092 – Declaração de novo doente em diálise peritoneal; IMP.NFR.098 – Prescrição de tratamento em diálise peritoneal; IMP.NFR.099 – Registo diário de tratamento DPCA; <i>Prescrição de tratamento de diálise peritoneal – Baxter; Kits diálise peritoneal – Baxter Dossier da DP.</i> IMP.NFR.093 – Ofício sub-região de saúde - novo doente em diálise peritoneal; IMP.GRL.001 – Ofício. 17. _____ 18. PR.URG.001 – Circuito de utentes externos no Serviço de Urgência. IMP.NFR.111 - Cartão_atendimento de urgência de doente DP.	14. Após a colocação de catéter, o Enfermeiro inicia o processo de ensino, de acordo com os Guias referidos e regista no impresso referido. Informa o enfermeiro da empresa respectiva, a fim de dar conhecimento sobre a entrada do doente em programa de DP. 15. Os doentes em DP têm um dossier específico da consulta de DP, o qual faz parte do seu processo clínico. O doente inicia a técnica após demonstrar que adquiriu conhecimento suficiente. É informado o enfermeiro da empresa da data início da DP. O consentimento informado para realização de tratamento aplica-se apenas quando o doente faz tratamento pela 1ª vez ou se opta por outra modalidade sem indicação clínica específica. 16. Envia-se para a Empresa a prescrição médica. Esta deverá enviar documentação sobre material/equipamento enviado para o domicílio do doente manutenção preventiva/correctiva (caso exista). Sempre que houver necessidade do doente realizar diálise peritoneal manual, o mesmo efectua os registos do peso das bolsas de tratamento no IMP.NFR.099. O Enfermeiro ensina o doente a efectuar estes registos. 17. _____ 18. Caso o quadro clínico tenha critérios de gravidade, o doente mantém-se no Serviço de Urgência sob vigilância da equipa médica de urgência e o Serviço de Nefrologia é contactado.

N.º DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. N.º
PR.NFR.009.07				03.12.2012	3 de 4

**CHMT**

CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO, E.P.E.

PROCEDIMENTO**DIÁLISE PERITOENAL**

FLUXOGRAMA	RESPONSABILIDADES	DOCUMENTAÇÃO APLICÁVEL	INFORMAÇÃO ADICIONAL
19.	19. Médico Nefrologista; Enfermeiro. 20. Médico nefrologista. 21. Médico Nefrologista. 22. Médico Nefrologista. 23. Médico Nefrologista. 24. Médico Nefrologista.	19. PT.NFR.090 - Tratamento de infecções do orifício externo do cateter; PT.NFR.091 - Colheita de dialisado das 24 horas; PT.NFR.092 - Teste de equilíbrio peritoneal; PT.NFR.093 - Actuação perante suspeita de peritonite; PT.NFR.094 - Cuidados continuados com o orifício de saída do cateter; PT.NFR.095 - Exames complementares de diagnóstico em diálise peritoneal; IMP.NFR.050 - Programa de externos no CHMT; IMP.NFR.091 - Registo de análises - diálise peritoneal; IMP.NFR.092 - Declaração de novo doente em diálise peritoneal; IMP.NFR.093 - Ofício Sub-região de saúde - novo doente em diálise peritoneal; IMP.NFR.095 - Teste de equilíbrio peritoneal. 20. Dossier da DP. 21. SAM. 22. SAM; PR.NFR.010 - Tratamento Médico Conservador. 23. SONHO; SAM; PR.NFR.002 - Técnicas de Hemodiálise; PR.NFR.001 - Internamento; PR.GRL.030 - Acesso e Realização de Consulta Externa Médica. 24. SONHO; SAM.	Se o quadro clínico não apresente critérios de gravidade, o doente é transferido para o Internamento do Serviço de Nefrologia, após contacto com este Serviço. 19. Após o início do tratamento, as consultas regulares de avaliação clínica e terapêutica são realizadas de acordo com indicação clínica. Os protocolos são aplicados conforme situação clínica. Nas consultas regulares, o médico ou enfermeiro solicitam ao doente informação sobre a prestação da empresa externa que fornece os produtos farmacêuticos e equipamentos, verificando os seguintes parâmetros: • Conformidade dos produtos farmacêuticos (prazo de validade, produto correcto, quantidade adequada, integridade da embalagem,...); • Conformidade dos equipamentos (manutenção, funcionamento,...); • Capacidade de resposta a situações urgentes; • Acompanhamento ao doente. Sempre que se verificar alguma ocorrência crítica com estes parâmetros, é registado o mesmo no processo do doente e contactada a empresa. 20. A adequação do tratamento é avaliada mediante parâmetros clínicos definidos. 21. Pode colocar-se a questão do doente passar a outro TSFR ou a TMC após várias tentativas de melhoria da performance dos indicadores de tratamento da DP. 22. Caso o doente não tenha indicação para outro TSFR é reenaminhado para o TMC. 23. e 24. Os doentes são sempre observados em consulta externa de nefrologia e são internados sempre que a situação clínica o justifique.

N.º DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. N.º
PR.NFR.009.07				03.12.2012	4 de 4

ANEXO VI – Diapositivos da sessão



4º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de
Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica
Área Específica de Intervenção – Enfermagem Nefrológica

Doente renal crónico no serviço de Urgência

Serviço de Urgência Básica de Torres Novas

Fevereiro de 2014

SUMÁRIO

- Breve História da Nefrologia;
- Breve abordagem a doença renal crónica;
- Descrição da Norma da DGS nº.017/2011
- Tratamentos de Substituição da Função Renal:
 - Tratamento conservador
 - Dialise Peritoneal
 - Hemodíalise
 - Transplante Renal
- Estudo de Caso



OBJECTIVOS

- Enquadrar a Nefrologia no CHMT;
- Descrever a importância da Norma da DGS nº.017/2011;
- Rever e aprofundar alguns conhecimentos acerca dos TSFR;
- Reflectir a abordagem adequada a DRC em situação de emergência;
- Descrever e sistematizar a melhor atuação possível



BREVE HISTÓRIA DA NEFROLOGIA

BREVE ENQUADRAMENTO HISTÓRICO

- PRIMEIROS TRATAMENTOS – sauna e termas, chás diuréticos, de seguida expurgam a pele;
- Séc. VII – MEDICINA CLÁSSICA – aparecimento do cateter vesical; UROLOGIA
- Séc. XIII – ALQUIMIA – Poções e mesinhas;
- Séc. XV – DA VINCI - Anatomia – dissecação do corpo
- Séc. XVI – ILUMINISMO – Fisiologia a partir da dissecação;
- Séc. XVIII e XIX – Descobertas da urémia; falência renal; cápsula de Bowman; Osmose; difusão e diálise; efignomanómetro; HTA associação com falência renal
- Séc. XX – primeiras tentativas de diálise, problemas com a coagulação dos sistemas.
- 1940 - Rim Tambor de Willem Kolff
- 1946 – Diálise Peritoneal – Boston e Paris
- 1948 – Tentativas de SHUNT arterio-venoso
- 1954 – Primeiro transplante renal com sucesso nos EUA
- 1960 – PTFE em silicone com sucesso
- 1965 – Filtros com fibras ocas



EM PORTUGAL

- DÉCADA 40 / 50 – INÍCIO DOS CUIDADOS INTENSIVOS – necessidade de substituir temporariamente as funções de órgãos afectados;
- DÉCADA DE 60 – CRIAÇÃO DO CENTRO DE REANIMAÇÃO DO HOSPITAL CURRY CABRAL;
- 1960/62 – INÍCIO DA REALIZAÇÃO DE BIÓPSISA ;
- Na Europa surge o rim artificial e necessidade de médicos que se dediquem a esta área e surge a NEFROLOGIA;
- 1966 – Graças a fundação Gulbeiken- adquire-se – as primeiras máquinas para hemodíalise e o equipamento necessário para realização de Diálise Peritoneal – doentes entre 15 e 45 anos;
- 1969 – Primeiro TRANSPLANTE RENAL em Lisboa e poucos meses depois Coimbra;
- 1972 – DP – 72 horas seguidas -10 dias em casa até nova sessão;
- 1974 – Pós 25 de Abril – Alto custo – Envio de DRC para Espanha;
- 1978 – Abertura do Serviço de Nefrologia do Hospital Santa Cruz;
- 1984 – Registo Nacional de IRC pela Sociedade Portuguesa de Nefrologia;

MÁQUINA DE DIÁLISE



Ciclo rotativo de Kolff 1943

Máquina de diálise de
Cordis Dow Sertron 1979

Máquina de diálise atual

FILTROS DE DIÁLISE



Filtro de diálise de Kiili 1960



Filtro de placas 1970



Filtro atual

HEMODIÁLISE



Hemodiálise década de 70

Hemodiálise ano 2010

CICLADORA DE DIÁLISE PERITONEAL

Cicladora de diálise
Peritoneal automática 1964

Cicladora atual Fresenius

NO CHMT

• Rede de Referência Hospitalar de Nefrologia 2002 – resposta pública que ainda hoje se mantém;

• Abertura do Serviço de Nefrologia 2002;

• Projecto de duplicação da resposta de hemodiálise 2013;

Nefrologia	Dias de Inter.	Doentes Entrados						Totals	Taxa de Ocupação	Densidade média
		Urgência	Consultas	Outro	Transferências Internas					
					Abrantes	Tomar	TN			
2012	3407	98	43	78	89	10	26	344	84,62	9,9
2013	3596	141	34	59	135	16	9	394	89,56	9,12



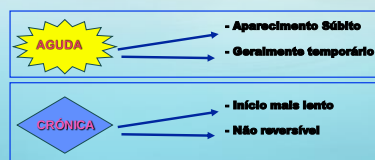
DÚVIDAS



Doença renal

INSUFICIÊNCIA RENAL

Menos de 15 % da função renal



INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

DEFINIÇÃO

→ Diminuição LENTA e PROGRESSIVA da TFG

Retenção azotada: ↑ ureia e creatinina séricas

Diurese geralmente conservada

Sinais de urêmia e de sobrecarga hídrica na IRCT

→ Acompanhada de complicações decorrentes da diminuição da função renal

- Anemia
- Dislipidemia
- Doença óssea
- Desnutrição

INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

ETIOLOGIAS MAIS FREQUENTES

1. DOENÇAS VASCULARES: nefroangiosclerose (HTA), nefropatia isquêmica (estenose bilateral das art. renais)
2. GLOMERULOPATIAS: nefropatia diabética (DM 2 - principal causa de IRCT), glomerulonefrites crônicas
3. DOENÇAS TÚBULO-INTERSTICIAIS: nefropatia de analgésicos, pielonefrite crônica litíase, nefropatia de refluxo, poliquistose renal, uropatias obstrutivas

→ Doentes com IRA parenquimatosa sem recuperação da função renal podem evoluir para IRC;

INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

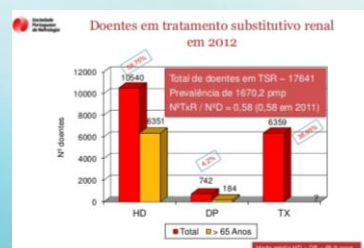
Sinais e sintomas

- Hipertensão arterial
- Taquicardia
- Vômitos
- Náuseas
- Diarreia
- Anorexia
- Halitose
- Oligúria
- Impotência
- Infertilidade
- Cefaleias
- Prurido
- Dispneia e cansaço
- Alterações analíticas (anemia, leucocitose, trombocitopenia, aumento de creatinemia, urêmia e hipercalemia)

- Coloração amarelo acastanhado da pele
- Alteração do estado de consciência
- Edema pulmonar

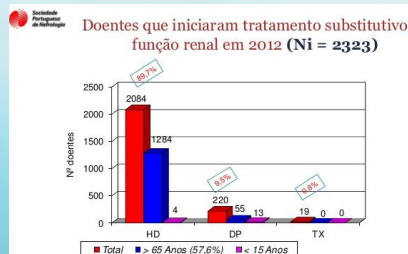


INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA



Fonte: SPN 2013

INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA



DÚVIDAS



Doente renal crónico Orientações da DGS

Norma da DGS n.º 17/2011
Tratamento conservador Médico IRC estágio 5

ORIENTAÇÕES DA DGS



- Obriga a uma informação adequada aos doentes IRC em estágio 5 – acerca dos tipos de tratamento de substituição renal: Transplante, HD, DP, tratamento conservador médico;

ORIENTAÇÕES DA DGS

- Obrigatoriedade dos serviços de Nefrologia criarem consulta de pré-dialise.
- Os nefrologista delegaram nos enfermeiros as consultas de PRÉ-DIALISE – consultas de educação para saúde ao doente / cuidador que estimulam ao autocuidado e promoção de saúde;
- Na DP os enfermeiros são responsáveis por ensinar toda a técnica ao doente e são quem suporta dúvidas ou intercorrências da DP, no domicílio;
- Após as consultas o doente / cuidador melhor informados capaz de tomar decisões conscientes;

ORIENTAÇÕES DA DGS

- Doente /cuidador capaz de gerir melhor situação de doença – conhece sinais e sintomas e as suas causas;
- Doente decide qual o tratamento de substituição da função renal mais adequado com o Nefrologista;
- Doente aceita melhor o tratamento – DP ou HD;

PERMITE GANHOS EM SAÚDE

CONSULTA DE OPÇÕES

Apresentação das TSFR

Consulta DRC-OPÇÕES

Aguarda-se decisão do doente

- Avaliação física do doente
- Definição dos TSFR
- Vantagens e desvantagens
- Promove-se contacto com doentes em TSFR
- Promovem-se visitas
- Exemplifica-se técnicas

CONSULTA DE OPÇÕES

Abordagem multidisciplinar:

- Nefrologista
- Enfermeiro
- Assistente Social
- Dietista



CONSULTA DE OPÇÕES



DÚVIDAS



Tratamento de Substituição da função Renal

Tratamento conservador

TRATAMENTO CONSERVADOR

- Consiste na aplicação de medidas terapêuticas sem recorrer a diálise nem ao transplante renal.
- As indicações restringem-se:
 - Situações em que outro TSFR não esteja indicado;
 - Situações em que não seja possível realizar outro TSFR;
 - Não melhore a esperança e/ou qualidade de Vida;
 - Opção do doente de forma consciente, após estar devidamente esclarecido;



TRATAMENTO CONSERVADOR

- Consiste na aplicação de tratamentos não invasivos e de medidas cujos objectivos são:

- Retardar a evolução da IRC ou sua agudização;
- Tratar sintomaticamente a doença, minimizando sofrimento e proporcionado o maior bem estar possível;
- Fornecer apoio assim que necessário (higiene, conforto, dietético,)



TRATAMENTO CONSERVADOR

Orientações do tratamento:

- Retardar progressão:
 - Controle glicémico;
 - Alimentar e medicamentoso
 - Controle de pressão arterial;
 - Restrição de sódio e água
 - Medicação
 - Controle de ingestão proteica;
 - Diminuição da ingestão de carne, peixe, ovos, leite;
- Actuar sobre a sintomatologia;

TRATAMENTO CONSERVADOR

Tratamento medicamentoso:

- Medicação habitual: anti-hipertensores, diuréticos, correctores da anemia, quelantes do fósforo, suplementos vitamínicos
- Medicação para controlar e aliviar sintomas da IRC e de outras doenças:
 - Náuseas
 - Vômitos
 - Hipus (soluços) incoercíveis
 - Prurido generalizado
 - Insónia
 - Ansiedade
 - Dispneia
 - Dores

NOTA: se necessário, ser-lhe-á instituída sedação (indução de sono profundo)

TRATAMENTO CONSERVADOR

- Necessidade de **equipa multidisciplinar** articulada com objectivos comuns de proporcionar **apoio, alívio e compreensão**, orientados para cuidados **continuados ou paliativos** de acordo as necessidades e a fase em que se encontra da doença;



DÚVIDAS



Tratamento de Substituição da função Renal

Diálise Peritoneal

DIÁLISE PERITONEAL

- É um processo substitutivo da função renal baseado nos princípios de difusão, convecção e osmose, que permitem a transferência de moléculas e água do sangue para a solução dialisante, através da membrana peritoneal;
- Consiste na infusão, na cavidade abdominal, de uma solução dialisante, através de um cateter permanente;



DIÁLISE PERITONEAL

Factores que Influenciam a selecção do tratamento:

- Preferência do doente
- Doentes em Idade activa – horário de trabalho
- Doentes que precisam de assistência
- Crianças e adolescentes - idade escolar
- Características peritoneais
- Complicações devido à pressão intra-abdominal

DIÁLISE PERITONEAL

Vantagens:

- Processo contínuo e suave, sem mudanças abruptas no volume de sangue e na composição do fluido corporal, não necessita de circuito extracorporeal;
- Sem necessidade de acesso vascular;
- Adequado a crianças e doentes com patologia cardíaca;
- Melhor índice de sobrevivência quando usada com primeira modalidade de tratamento;
- Tratamento mais económico quando comparado com a hemodiálise;
- Tratamento domiciliário.

DIÁLISE PERITONEAL

Desvantagens:

- Necessidade de colocação de cateter abdominal;
- Risco de infecções: infecções do orifício e peritonite;
- Falência da membrana do peritoneu a longo prazo;
- Cansaço – “burnout syndrome”;
- Risco de má-nutrição;
- Logística adequada (entrega em casa de material para DP, armazenamento do mesmo)

DIÁLISE PERITONEAL

Restrições:

- Tratamento baseado no autocuidado, requer alta dose de motivação;
- Bons conhecimentos de diálise;
- Escolha de modalidade de Tratamento adequada: DPCA ou DPA



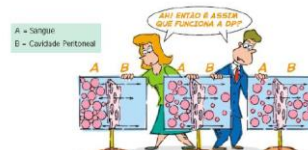
DIÁLISE PERITONEAL

PRINCÍPIOS BÁSICOS

DIFUSÃO – movimento dos solutos através da membrana por diferença de concentração;

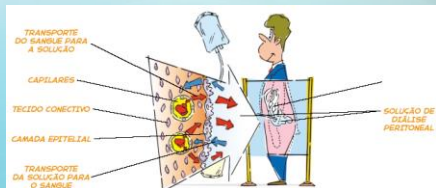
CONVECÇÃO – movimento de moléculas e fluidos;

DIFUSÃO – movimento de água entre meios com concentrações diferentes de solutos, separados por uma membrana;



DIÁLISE PERITONEAL

- Durante a permanência da solução na cavidade abdominal, processam-se trocas de moléculas e água;
- Posteriormente drena-se essa solução saturada e renova-se com nova solução "fresca" (demora 25 a 30?)



DIÁLISE PERITONEAL

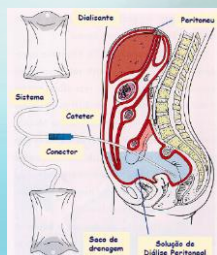
Cada ciclo é composto por três fases:



DIÁLISE PERITONEAL

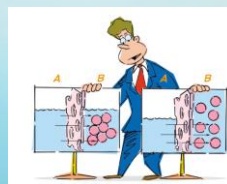
FISIOLOGIA:

- Coração como bomba de sangue
- Peritôneo como dialisador
- Sem máquinas
- Sem anti-coagulação



DIÁLISE PERITONEAL

FISIOLOGIA:



- Correção do equilíbrio eletrolítico
- Equilíbrio da água corporal
- Controle metabolismo ácido-base
- Purificação do sangue

DIÁLISE PERITONEAL

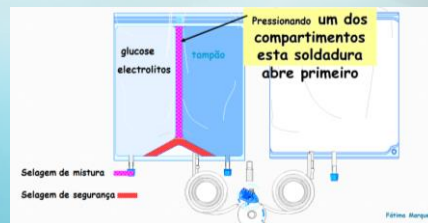
SOLUÇÃO TAMPÃO:

- LACTATO: tem de ser metabolizado pelo fígado em bicarbonato;
- BICARBONATO: biocompatível preserva a membrana do peritôneo a longo prazo;



DIÁLISE PERITONEAL

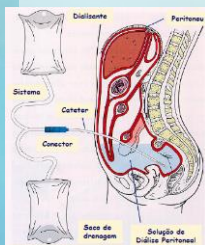
SOLUÇÃO DIALISANTE:



Fonte: Enth FáimaMarques AULAS 2013 de DP

DIÁLISE PERITONEAL

A importância da biocompatibilidade em DP



A membrana do Peritônio está exposta cronicamente ao fluido de diálise ...

- É importante manter o mais longa possível a longevidade do peritônio para atingir uma diálise e ultrafiltração adequadas a longo prazo;
- É importante manter o mais tempo possível as defesas do peritônio para este poder fazer face as infecções;

DIÁLISE PERITONEAL

SOLUÇÃO DIALISANTE:

Soluções	Ação de UF	Tempo de permanência	Situação clínica do doente
Glicose 1,5g/l	<200cc	4-6H diurna 10H nocturna	Normotensão S/ sinais de sobrecarga
Glicose 2,5g/l	200-400cc	4Horas	C/ sobrecarga hídrica ligeira
Glicose 4,25g/l	800-1000cc	2 a 4 Horas	C/ sobrecarga hídrica grave
Icodextrina 7,5%	800-1000cc	>6 Horas	P/ permanências longas
Aminoácidos 1,1%	<200cc	4-6H diurna próximo da refeição	Desnutrição

Fonte: Unidade de DP HSC. 2013

DIÁLISE PERITONEAL

SOLUÇÃO DIALISANTE:

ELECTROLITOS

SÓDIO	REMOÇÃO
POTÁSSIO	REMOÇÃO
CÁLCIO	REMOÇÃO / ABSORÇÃO / EQUILÍBRIO
MAGNÉSIO	REMOÇÃO / EQUILÍBRIO
CLORETO	EQUILÍBRIO

MEDICAÇÃO

HEPARINA	QUANDO EXISTE FIBRINA
ANTIBIÓTICOS	PERITONITE



DIÁLISE PERITONEAL

Características do acesso ideal :

- Biocompatibilidade;
- Resistência bacteriológica;
- Permitir o normal funcionamento da parede abdominal;
- Permitir grande eficácia no circuito de fluidos sem desconforto para o doente;
- Manutenção mínima;
- Esteticamente aceitável;



DIÁLISE PERITONEAL

Definição de um bom cateter de DP:

- Trânsito do fluido ocorre rapidamente (acima dos 200ml/min.);
- Sem dor associada ao trânsito do fluido, por vezes algum desconforto;
- A drenagem é completa (volume residual normal, cerca de 100ml)
- Evita infecções;



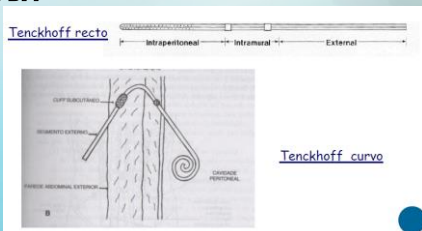
DIÁLISE PERITONEAL

Características de cateter de DP:

- Permite uso prolongado;
- Maleável;
- Têm na sua constituição tira radiopaca para ser localizável ao raio x;
- Vários tamanhos;
- Composição bacteriológica;
- Duplo cuff - os mais usados;

DIÁLISE PERITONEAL

Cateter de DP:



Fonte: Unidade de DP HSC 2013

DIÁLISE PERITONEAL

Colocação do cateter de tenckhoff:

- Cirúrgica
- Cegas
- Peritoneocópica



Fonte: Unidade de DP HSC 2013

DIÁLISE PERITONEAL

Classificação dos Orifícios de saída:

Classificação segundo TWARD SWKI



DÚVIDAS



DIÁLISE PERITONEAL



DIÁLISE PERITONEAL

Diálise Peritoneal Automatizada (DPA)

A solução é renovada 6 a 7 vezes por noite, no domicílio, com a ajuda de uma cicladora;

Diálise Peritoneal Automatizada



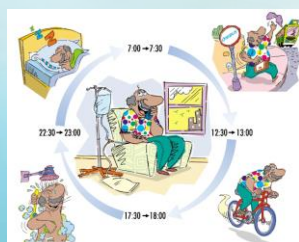
- Trocas automáticas de solutos de diálise;
- Durante o sono;
- Com a ajuda de uma cicladora.

DIÁLISE PERITONEAL

Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória (DPCA)

A solução de diálise está sempre presente no abdómen sendo renovada pelo doente, no domicílio, 4 vezes por dia;

DIÁLISE PERITONEAL AUTOMATIZADA



D iálise
P eritoneal
C ontínua
A mbulatória

- Diálise contínua - 24 horas a dia
- Pode movimentar-se enquanto está a ser tratado
- Trocas manuais dos sacos de fluido

DIÁLISE PERITONEAL

Escolha da modalidade

Objetivo é garantir um tratamento de diálise suficiente de forma a manter o doente com a melhor qualidade de vida, prevenindo as complicações da toxicidade urémica.

- Pretende-se ausência de sinais urémicos;
- Pressão arterial estável;
- Equilíbrio de fluidos;
- Controlo da anemia;
- Adequação do estado nutricional;

DIÁLISE PERITONEAL

Factores determinantes da prescrição

Variáveis não manipuláveis

- Função renal residual
- Tamanho corporal
- Transporte peritoneal

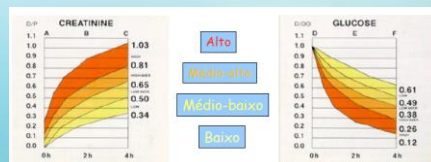
Variáveis manipuláveis

- Volume e infusão
- Número e duração de cada ciclo
- Tempo entre ciclos

DIÁLISE PERITONEAL

Características da membrana peritoneal

- Teste de equilíbrio peritoneal – PET ou teste da função peritoneal (PFT)
- Classificação por categorias da membrana



DIÁLISE PERITONEAL

Consequências de uma diálise Inadequada

- Sobrecarga Hídrica – edemas e cansaço;
- Sintomas urémicos – náuseas e vômitos;
- Mau estado nutricional;
- Falência da técnica de DP;
- Complicações com hospitalizações;
- Aumento da taxa de mortalidade.



DIÁLISE PERITONEAL AUTOMATIZADA

CICLADORA



DIÁLISE PERITONEAL AUTOMATIZADA



- Procedimentos automáticos
 - Poupar tempo;
 - Melhor cumprimento da técnica;
 - Menor manipulação,
- Alto nível de segurança;
- Sistema de gestão terapêutica inovador e flexível

DIÁLISE PERITONEAL AUTOMATIZADA



O cartão do paciente tem definido o tratamento e guarda toda a informação de como decorre o tratamento diariamente.

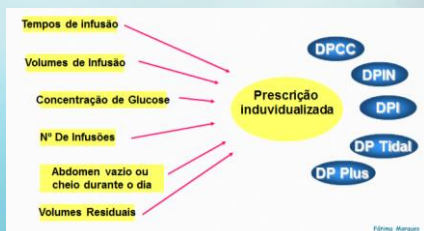
Tratamento de DPA

Gerido através de Software terapêutico dedicado para gerir prescrições e resultados dos tratamentos efectuados



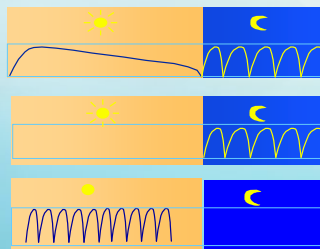
Diálise Peritoneal Automatizada

FLEXIBILIDADE



Fonte: EnFª Fátima Marques AULAS 2013 de DP

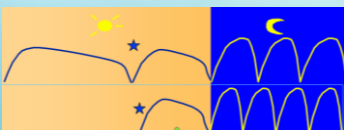
Diálise Peritoneal Automatizada



Diálise peritoneal contínua cíclica

Diálise peritoneal noturna intermitente

Diálise peritoneal intermitente

Diálise Peritoneal AutomatizadaDiálise peritoneal
TIDAL

DP Plus

Diálise Peritoneal Automatizada**CONCLUSÕES**

- DPA é uma terapia flexível, ajustável às características do doente.
- O tratamento DP/ DPA é seleccionado com base em critérios clínicos / fisiológicos e nas preferências do doente.
- DPA apresenta valor acrescentado para muitos doentes e para muitas situações clínicas.
- DPA facilita o doente a manter-se em DP

DÚVIDAS**Complicações na
Diálise Peritoneal****Como prevenir complicações?**

- Programa educacional suportado nos cuidados de higiene:
 - Assépsia do local das trocas;
 - Utilização de máscara;
 - Lavagem adequada das mãos;
 - Desinfecção das mãos antes de manipular o cateter de DP;

**Higienize
suas Mãos**

04/06/2015

22

PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES DIÁLISE PERITONEAL**Infecção no orifício de saída:**
dor, calor, rubor, exsudado;**Peritonite** – infecção do
peritôneu;

COMPLICAÇÕES COM ORIFÍCIO DE SAÍDA

Síntomas:

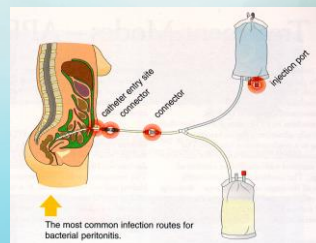
- DOR
- CALOR
- RUBOR
- EXSUDADO



DIÁLISE PERITONEAL

Peritonite:

- Dor abdominal;
- Líquido turvo;
- Febre;
- Náuseas e vômitos;



DIÁLISE PERITONEAL

Diagnóstico de Peritonite:

- Efluente turvo com contagem de PMN > 100 células por mm³
- Cultura positiva do efluente

Tratamento de Peritonite:

- Iniciar imediatamente, após colheita do líquido, mesmo sem a informação bacteriológica apropriada. Considerar o tratamento englobando os organismos gram+ e gram-
- Existe consenso de continuar a DP com antibióticos intraperitoneais, usa-se também heparina para diminuir a fibrina existente

DIÁLISE PERITONEAL

Aspectos a considerar quando se suspeita de Peritonite:

- Situação urgente independentemente do código de triagem;
- A peritonite sem tratamento agrava a sua recuperação;
- A DP depende do peritôneo e da sua durabilidade;



DIÁLISE PERITONEAL

Aspectos a considerar quando se suspeita de Peritonite:

- O protocolo existente sugere encaminhamento do doente o mais rapidamente para a Nefrologia para que aí seja iniciado colheita de líquido peritoneal e tratamento;

13. Suspeita de peritonite?		17. _____	
18. Medico Serviço de Urgência		18. Caso o quadro clínico tenha critérios de gravidade, o doente permanece no Serviço de Urgência sob vigilância da equipa médica de urgência e o Serviço de nefrologia é contactado.	
19. Medico Serviço de Urgência		19. Caso o quadro clínico tenha critérios de gravidade, o doente permanece no Serviço de Urgência sob vigilância da equipa médica de urgência e o Serviço de nefrologia é contactado.	
N.º DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO
PR.NFR.093-07			
		DATA	PÁG. N.º
		03.12.2012	3 de 4

DIÁLISE PERITONEAL

4.1. Orientações Gerais

4.1.1. Responsável pela execução

Enfermeiro designado para prestar cuidados a doentes em Diálise Peritoneal.

O Enfermeiro executa este protocolo sempre que um doente em Diálise Peritoneal apresente qualquer um dos sinais ou sintomas a seguir referidos:

- dor abdominal;
- turvação/alteração de coloração do dialisado;
- febre/sépsis de etiologia não esclarecida;
- necessite esclarecimento de quadro clínico e o nefrologista promova a respectiva realização;

4.1.2. Critérios de diagnóstico de peritonite

contagem de células no efluente > 100 células/mm³ e % de PMNs > 50
ou
demonstração de bactérias no efluente na Gram e/ou cultura

PT.NFR.093.02 – Actuação perante suspeita de peritonite em doente em DP

OUTRAS COMPLICAÇÕES

- **Complicações relacionadas com o equilíbrio do fluido:**
 - Hipovolémia
 - Hipervolémia
- **Complicações metabólicas:**
 - Má nutrição de proteínas
 - Obesidade

DÚVIDAS



Tratamento de Substituição da função Renal

Hemodiálise

HEMODIÁLISE

É uma modalidade terapêutica que permite colocar o sangue do doente em contacto com um filtro artificial, e assim remover as água e substâncias tóxicas que estão em excesso, na circulação sanguínea nos insuficientes renais.

A máquina bombeia o seu sangue, através das linhas, até ao dialisador. Os produtos tóxicos e a água em excesso do seu organismo são filtrados pelo dialisador e o "sangue limpo" regressa novamente ao seu organismo.



HEMODIÁLISE

É um TSFR mais praticado, pois ajusta-se melhor a maioria dos DRC, 59,75% no final de 2012.

O seu médico nefrologista irá definir o seu programa de hemodiálise. Normalmente o tratamento realiza-se 3 vezes por semana em dias alternados. Cada sessão tem uma duração média de 4 horas.

As sessões realizam-se geralmente entre as 8:00 e as 24:00 de 2ª a Sábado, em hospital ou em Centro de Hemodiálise. Em alguns centros existe hemodiálise nocturna.

Os doente tem transporte assegurado até ao centro mais próximo do domicílio disponíveis para o receber.

HEMODIÁLISE

vantagens:

- Fácil acesso para realizar o tratamento;
- Horário ajustável a vida activa;
- Contacto com equipa de saúde mais regular;
- Contacto com outros DRC em TSFR;
- Acesso rápido em situação de emergência;
- Tratamento eficaz;

HEMODIÁLISE

Desvantagens:

- Deslocar-se ao centro 3x semana;
- Necessidade de acesso para realizar tratamento, dependente do patrimônio vascular;
- Tratamento provoca instabilidade hemodinâmica;
- Necessidade de grande especificidade de recursos humanos e materiais;
- Disciplina alimentar e cumprimento da medicação;

Técnicas depurativas contínuas

SCUF – Ultrafiltração Lenta Contínua

CVVH – Hemofiltração Veno Venosa Contínua

CVVHD – Hemodiálise Veno Venosa Contínua

CVVHDF – Hemodiafiltração Veno Venosa Contínua

Vantagens:

- Melhor tolerância hemodinâmica
- Alterações mínimas na osmolaridade
- Melhor controle da azotemia e equilíbrio ácido-base
- Altamente eficaz na remoção de fluidos
- Tecnicamente simples Facilita a administração de alimentação parentérica e grandes quantidades de fluidos

Outras utilizações:

Plasmaferese
LDL Áferese

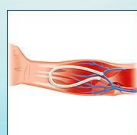


Acessos para Hemodiálise

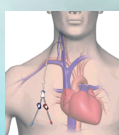
Acessos para hemodiálise:



Fistula arterio-venosa



Enxerto Arterio-venoso



Cateter de HD

Acessos para hemodiálise:

Cateter de hemodiálise: Cateter venoso central de duplo lúmen (arterial e venoso) ou triplo (arterial, venosos e soros).



Cateter de HD Definitivo



Cateter de HD Provisório

Cateter de hemodiálise:**Vantagens:**

- Rápida colocação e disponibilidade imediata para sessão de hemodiálise;
- Disponível em todos os serviços de Nefrologia;
- Solução após se ter esgotado o património venoso nos membros;
- Baixo custo;

Cateter de hemodiálise:**Desvantagens:**

- Riscos associadas a técnica de colocação (hematoma, hemorragia, pneumotórax, arritmias, perfuração de grande vasos, etc);
- Longo prazo com utilização alteração da circulação (trombose da veia, estenose, perda de património vascular);
- Infecção, risco mais elevado com o cateter;
- Alterações da imagem;

Notas:

- Após o doente ter um acesso vascular maturado, retira-se o cateter, para minimizar as alterações vasculares;

Cuidados com o cateter de hemodiálise

- Evitar: molhar o penso; exercer tracção no cateter; abrir o penso.
- Se sinais de hemorragia, tentar identificar a proveniência:
 - Se extração do cateter, exercer pressão na zona de inserção da veia, perto do pescoço;
 - Se tampa desadaptada, verificar *clamps* do cateter e tampa, adaptando corretamente;
 - Recorrer à unidade de diálise ou hospitalar mais próximo.

Notas:

- Existe PT.NFR.015.02 – Acessos Venosos;
- Situação de hemorragia a prática no serviço é compressão com saco de areia e aplicação de gelo e/ou colocação de esponja hemostática;
- Quando a hemostase é difícil passa-se a compressão directa com aplicação de protamina no local;

Acessos para hemodiálise:

Fístula arterio-venosa - anastomose entre uma artéria e uma veia que vai permitir a dilatação desta a fim de ser puncionada com agulhas de grande calibre

**Fístula arterio-venosa**

FÍSTULA HÚMERO CEFÁLICA FÍSTULA HÚMERO BASÍLICA



Fístula para Hemodiálisis Autóloga Radio-Cefálica

Fístula artério venosa:**Vantagens:**

- Menor risco de infecção;
- Melhor débito em hemodiálise;
- Várias hipóteses de construção de acesso vascular;
- Melhores cuidados de higiene;

Desvantagens:

- Riscos associadas a técnica de Cirúrgica (hematoma, hemorragia, falência, etc);
- Período de maturação de cerca de 6 semanas;
- Longo prazo com utilização alteração da circulação (aneurismas, síndrome: roubo, hiperdébito, hipertensão venosa por estenose de veia central);
- Infecção;
- Alterações da imagem;

Cuidados com a FAV

- Não permitir punções no membro da FAV (colheita de sangue ou punção);
- Evitar levantar pesos;
- Não deixar ninguém bater na fistula e evitar traumatismos;
- Não dormir sobre o braço da fistula;
- Evitar roupas, relógios e pulseiras apertadas;
- Evitar compressões no membro da FAV (avaliação de tensão arterial);
- Lavar o braço da fistula, recorrendo ao sabão neutro ou antisséptico, imediatamente antes da punção;



Cuidados com a FAV

- Aplicar gelo no dia em que há formação de hematomas e creme heparinoide nos dias em que não têm sessão;
- Palpar o acesso diariamente para detectar presença de frémito;
- Conhecer os sinais de alerta de infecção para comunicar à unidade de diálise o mais atempadamente possível;

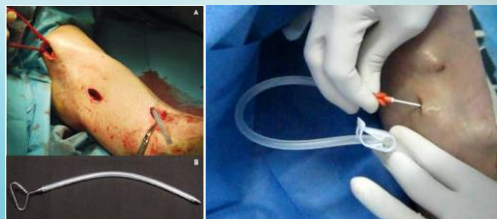
Notas:

- Prática no serviço compressão directa dinâmica,
- Primeiras punções com agulha de calibre reduzido e hemóstase com compressão de cerca de 20 minutos;
- Em casos de hemóstase difícil recorre-se a administração de protamina endovenosa;
- Noutros serviços recorre-se a aplicação de esponja hemostática com compressão e em último caso recorre-se a aplicação de pinças.



Acessos para hemodiálise:

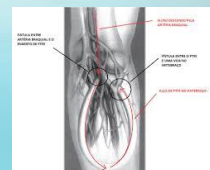
Enxerto arterio-venoso = União entre uma artéria e uma veia através de um tubo de material sintético, o qual poderá ser punccionado com agulhas de grande calibre.



Enxerto arterio-venoso :

Vantagens:

- Menor risco de infecção que o cateter;
- Bom débito em hemodiálise;
- Solução para maus acessos vascular;
- Menor tempo de maturação que uma FAV;
- Recurso aos membros inferiores;



Enxerto arterio-venoso :

Desvantagens:

- Riscos associados a técnica de Cirúrgica (hematoma, hemorragia, falência, etc);
- Período de maturação de 4 semanas;
- Longo prazo com utilização alteração da circulação (aneurismas, síndrome: roubo, hiperdébito, hipertensão venosa por estenose de veia central);
- Infecção superior a FAV;
- Alterações da imagem;

Cuidados com a EAV

- Não permitir punções no membro do EAV (colheita de sangue ou punção);
- Evitar levantar pesos;
- Não deixar ninguém bater na fistula e evitar traumatismos;
- Não dormir sobre o braço da fistula;
- Evitar roupas, relógios e pulseiras apertadas;
- Evitar compressões no membro do EAV (avaliação de tensão arterial);
- Lavar o braço da fistula, recorrendo ao sabão neutro ou antisséptico, imediatamente antes da punção;
- Punção em escalada para permitir cicatrização;



Cuidados com a EAV

- Aplicar gelo no dia em que há formação de hematomas e creme heparinoide nos dias em que não têm sessão;
- Palpar o acesso diariamente para detectar presença de frémito;
- Conhecer os sinais de alerta de infecção para comunicar à unidade de diálise o mais atempadamente possível;

Notas:

- Prática no serviço compressão directa dinâmica;
- Em casos de hemóstase difícil recorre-se a administração de protamina endovenosa;
- Noutros serviços recorre-se a aplicação de esponja hemostática com compressão e em último caso recorre-se a aplicação de pinças.



DÚVIDAS



Tratamento de Substituição da função Renal

Transplante Renal

TRANSPLANTE RENAL

- Consiste na técnica terapêutica de colocação de rim funcionante, por intervenção cirúrgica, na cavidade abdominal na FID;
- O transplante renal pode ser de dador cadáver ou dador vivo;
- O transplante renal é um TSFR e deve ser uma opção conscienciosa;
- Carece de acompanhamento clínico especializado, na maior parte das vezes surge após o DRC já se encontrar em programa de diálise – o doente pode inscrever-se em dois centros cirúrgicos de transplantação, no entanto o banco de órgãos é nacional ;

TRANSPLANTE RENAL

vantagens:

- O transplante "devolve" um rim com todas funções que lhe são próprias;
- Modalidade de TSFR com melhor qualidade de vida e esperança de vida;
- Apresenta melhor sobrevida que a diálise;
- Menor custo e menos tempo despendido com a doença;



TRANSPLANTE RENAL

vantagens:

- Permite retomar às actividades de vida;



TRANSPLANTE RENAL

Desvantagens:

- Existe uma intervenção cirúrgica com riscos e complicações relacionados com a anestesia e com o próprio ato cirúrgico ;
- Podem existir complicações transmitidas pelo novo rim em especial em dador cadáver pela falta de tempo para estudos (por exemplo : infecções e tumores);
- Complicações associadas ao pós transplante a mais grave a rejeição;
- Complicações relacionadas com a imunossupressão: infecções (por vezes oportunistas), controlo da diabetes (ou aparecimento) e tumores
- Complicações relacionadas com a doença renal base do receptor que venha a atingir o novo rim.

TRANSPLANTE RENAL

Desvantagens:

- Manutenção de medicação imussopressora para o resto da vida;
- Rigor na adopção de estilos de vida saudáveis;



TRANSPLANTE RENAL

Medicação Imunossupressora:

- Prednisolona – METICORTEN OU LEPTICORTINOLO
- Azatioprina – IMURAM
- Ciclosporina – SANDIMUMMUN NEORAL
- Tacrolimus – PROGRAF
- Micofenolato de Mofetil – CELLCEPT
- Sirolimus – RAPAMICINA; RAPAMUNE
- Micofenolato de Sódio – MYFORTIC
- Everolimus – CERTICAM

- Quase todos os doentes fazem toma dupla ou tripla

TRANSPLANTE RENAL

Cuidados a ter:

- Preservação do ambiente – local mais seguro;
- Sempre que estiver doente deve comunicar a unidade onde foi transplantado;
- Alerta de doente transplantado renal – restrição medicamentosa;
- Atenção a medicação habitual – toma na hora habitual;
- Ingestão hídrica regular, tem maior risco de desidratação em caso de febre, diarreia e vômitos, deve de imediato aumentar a hidratação;
- Cuidados com a pele a medicação torna a mais sensível ao sol – necessidade de usar protector solar diariamente;
- Mulher em idade fértil só deve engravidar após 2 anos de transplantada e após avisar o nefrologista para que seja alterada a medicação;

DÚVIDAS



A reter no DRC

- Preservação do património venoso em qualquer estadio da doença;
- Administração de diuréticos ineficaz;
- Administração de fluídos no menor volume possível para atingir o efeito desejado;
- Algaliação desnecessária e traumática;
- DP depende do peritoneu;
- Nos casos de sobrecarga hídrica grave e hipercalemia grave o único tratamento eficaz é a hemodiálise;



DÚVIDAS



BIBLIOGRAFIA

- CARVALHO, C.; COSTA, E.; PEREIRA, S. – Manual Prático de Diálise Peritoneal – Cuidados de Enfermagem – Unidade de Diálise Peritoneal do Serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Cruz, BAXTER, Dezembro de 2012
- Norma da Direcção Geral de Saúde nº.017/2011 – Assunto: Tratamento conservador médico da Insuficiência Renal no estadio 5
- MARQUES, F. - Apontamentos da Unidade curricular – Alteração da Eliminação renal- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa 2013
- National Kidney Foundation. KDOQI - 2006 Updates Clinical Practice Guidelines and Recommendations. KDOQI. New York: National Kidney Foundation; 2006.
- SARAIVA, M. - Apontamentos da Unidade curricular – Enfermagem Nefrológica – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa 2013
- THOMAS, N. 2005 – Enfermagem em Nefrologia. Camarate, 2ª edição. Lusociência
- <http://www.baxter.pt/>
- <http://www.edinaerca.org/>
- <http://www.fistulafirst.org/>
- <http://www.fresenius-medical-care.pt/>
- <https://www.google.pt/search?q>
- <https://www.spnephro.pt/>

ESTUDO DE CASO

REFLEXÃO INDIVIDUAL

ESTUDO DE CASO

Doente de 52 anos, sexo masculino IRC em programa regular de hemodiálise na Nephrocare do Entroncamento no 3º turno à 2ª/ 4ª/ 6ª, a 6 anos em hemodiálise. Independente na sua vida diária, mantém vida activa, é administrativo numa escola. Mantém vida social activa é dirigente no clube desportivo da terra.



ESTUDO DE CASO

Hoje, 2ª feira às 9:00 é trazido pela SIV Torres Novas por: dispneia com fúrvores, hipotensão, taquicardia, alteração do estado de consciência (confuso), edemas do MI.

Faz diálise por cateter de longa duração na jugular direita por falência de acessos nos MS.

Feitas várias tentativas de cateterização periférica sem sucesso, colocado oxigénio a 4 l/min por máscara, trazido com monitorização cardíaca.

Nefrologista não foi avisado pelo CODU.

ESTUDO DE CASO

Sinais Vitais a chegada na sala de emergência:

Tensão arterial: 91/40 mmHg
 Frequência cardíaca: 125 bpm. Pulso periférico não palpável
 Saturação: 92% com oxigénio a 4l/min, tempo preenchimento capilar aumentado
 Temperatura timpânica: 36°C
 Dor: inespecífica e com agitação

Outros dados observáveis a chegada na sala de emergência:

- Respiração polipneica superficial e com discreta farfalheira
- Monitorizado: traçado com taquidísrítmico
- Extremidades frias e cianosadas
- Glasgow Score: 14 (confuso – desorientação espaço temporal)
- Glicémia capilar: 101mg/dl
- Edemas dos MI com sinal de Godet
- Penso de cateter na JID limpo e seco

[illegible]

PORTFOLIO

A screenshot of a Windows Explorer window. The address bar shows the path 'Doente renal crónico'. The left sidebar shows the 'Favoritos' (Favorites) section with links to 'Ambiente de trabalho' (Desktop), 'Locais recentes' (Recent locations), 'Transferências' (Transfers), 'Documentos' (Documents), and 'Computador' (Computer). The main pane displays a list of files and folders. The files are: 'DIÁLISE PERITONEAL' (23/02/2014 23:16, Pasta de ficheiros), 'DOCUMENTOS DE INTERESSE NEFROLOGIA CHMT' (23/02/2014 23:17, Pasta de ficheiros), 'HEMODIALISE' (23/02/2014 23:16, Pasta de ficheiros), 'ARTIGOS INTERESSANTES' (23/02/2014 23:18, Pasta de ficheiros), and 'TRANSPLANTE RENAL' (23/02/2014 23:17, Pasta de ficheiros). The 'ARTIGOS INTERESSANTES' file is highlighted with a blue selection bar.

ANEXO VII – IMP.GRL.508 – Ficha projecto

UNIDADE: ☐ Abrantes ☐ Tomar ☐ Torres Novas**SERVIÇO:** URGÊNCIA BÁSICA

RESPONSÁVEL PELO PROJECTO	DIRECTOR / ENFERMEIRO CHEFE	VOGAL EXECUTIVO DA ÁREA
Luís Sousa	Ângela Lopes	

ELEMENTOS DA EQUIPA DE TRABALHO**DESIGNAÇÃO DO PROJECTO**

MELHORIA CONTINUA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE RENAL CRÓNICO

FINALIDADE / OBJECTIVO DO PROJECTO

- Manutenção dos conhecimentos acerca do DRC em TSFR actualizados;
- Encaminhamento adequado do DRC em TSFR
- Manutenção de informação na pasta DRC no portefólio deixado no serviço;
- Dinamizar a articulação com o serviço de Nefrologia;

JUSTIFICAÇÃO (DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO / PROBLEMA, FUNDAMENTAÇÃO)

A doença crónica tem vindo a aumentar nos últimos anos dados do último relatório de primavera 2013 confirma-o. A doença renal é uma das que teme tido um aumento continuo devido a sua relação directa com a diabetes e HTA, relacionadas directamente com os hábitos alimentares e medicamentosos, que se tem degradado com a crise económica instalada no país.

A SUB de Torres Novas é uma das entradas privilegiadas do DRC para o serviço de Nefrologia, apresentando um acréscimo de doentes de 2012 para 2013. Aspecto relacionado com a ampliação do serviço de Nefrologia em especial no que se refere a referenciação de todos os doentes renais do distrito da Santarém, aspecto que não acontecia com a região a Sul do Tejo. Este aspecto fez notar um aumento de %%% de DRC entrados pela Urgência.

Este projecto da ampliação veio reforçar a necessidade formativa na área do DRC e suas diferentes vertentes de TSFR, já identificada pela responsável do serviço. Este foi um dos motes para a elaboração de um projecto da especialidade que me encontrava a realizar, para assim através de uma

metodologia de resolução de problemas entretivesse sobre essa lacuna. Essa intervenção teve uma sessão formativa, replicada duas vezes, no final de Fevereiro tendo tido uma adesão de 75% da equipa, a sua avaliação foi positiva. No entanto do projecto foi deixado um portfólio, em formato pasta informática que consolidam a sessão dada e tem mais um conjunto informação acerca do DRC em TSFR, que permitira a qualquer membro da equipa a sua autoformação.

A manutenção do projecto iniciado na especialidade é todo o sentido uma vez que devido as minhas competências nesta área devo manter o estímulo na equipa para melhoria dos cuidados de enfermagem ao DRC. Este projecto assenta em alguns dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade de Enfermagem da Ordem dos enfermeiros, em especial na **prevenção de complicações**, procurando uma *identificação rápida dos problemas do cliente e implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses problemas ou minimizar-lhe efeitos indesejáveis*, e na **organização dos cuidados de enfermagem**, na procura permanente da excelência do exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.

DESCRIÇÃO DO PROJECTO E SUAS ACTIVIDADES ASSOCIADAS (O QUE SE PRETENDE REALIZAR E EM QUE TIMINGS)

- Manter o portfólio actualizado e a equipa informada das suas alterações, para poder estimular o seu interesse e sua autoformação;
- Aproveitar reuniões informais e passagens de turno para discutir/ informar acerca de conhecimentos e actuações no DRC em TSFR;
- Avaliar uma vez por ano a articulação da SUB com o serviço de Nefrologia através de reuniões o director e enfermeiro responsável do serviço de Nefrologia;
- Propor alteração ao protocolo de suspeita de peritonite que promova um encaminhamento mais adequado do DRC em diálise peritoneal que recorre aos serviços de urgência do CHMT;
- Aplicação de questionário em Maio de 2015 para identificação de necessidades formativas acerca do DRC em TSFR, e agir em conformidade com as necessidades.

METODOLOGIA

- Informação das actualizações do portfólio através do mail interno;
- Monitorização dos DRC entrados no serviço de Nefrologia pelas urgências através do serviço de Gestão de Doentes;
- Aplicação de questionário já testado durante o projecto;

CONSTRANGIMENTOS À REALIZAÇÃO DO PROJECTO

- Disponibilidade e motivação da equipa na área de prestação de cuidados de enfermagem ao DRC em TSFR;
- Disponibilidade dos responsáveis do Serviço de Nefrologia;
- Interesse da equipa na documentação deixada no portfólio;

RECURSOS AFECTOS

- Os protocolos existentes na internet;
- Equipamento informático para acesso;

RESULTADOS PREVISTOS

- Promoção e incorporação de conhecimentos na área da prestação de cuidados ao DRC em TSFR.
- Melhoria da qualidade e rapidez na prestação de cuidados de enfermagem ao DRC em TSFR no que se refere a **prevenção de complicações** e encaminhamento adequado destes doentes.
- Alteração do protocolo de suspeita de peritonite no DRC em DP nos serviços de Urgência.

INDICADORES DE AVALIAÇÃO

- Cumprimento dos protocolos em vigor;
- Monitorização dos cuidados através prestados através das auditorias aos processos já efectuados;
- Resultado do questionário aplicado;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANADIAL. (Março de 2012). **Panorama da IRCT em Portugal**. Lisboa: Ernst & Young.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2013) . **Relatório Primavera 2013 – duas faces da saúde**. Lisboa.

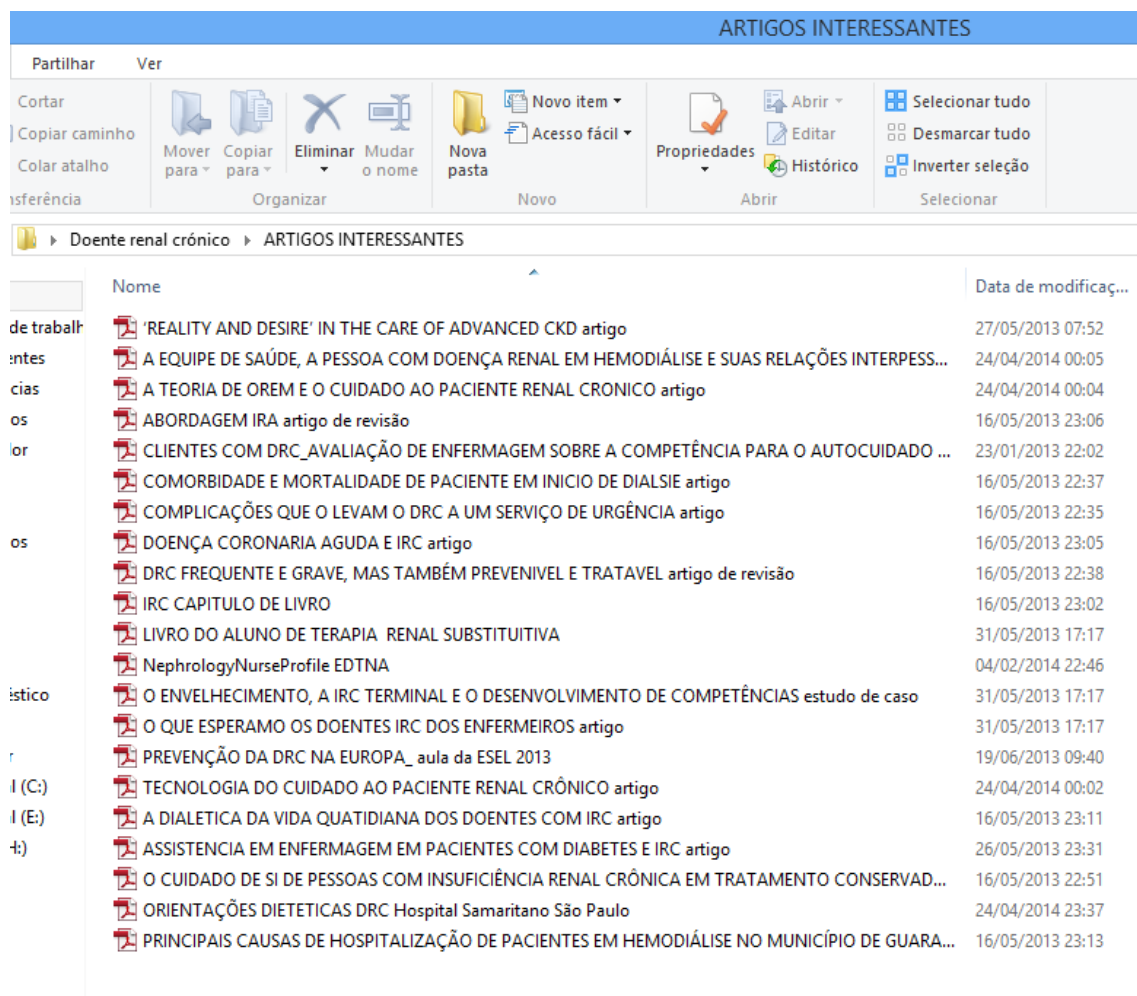
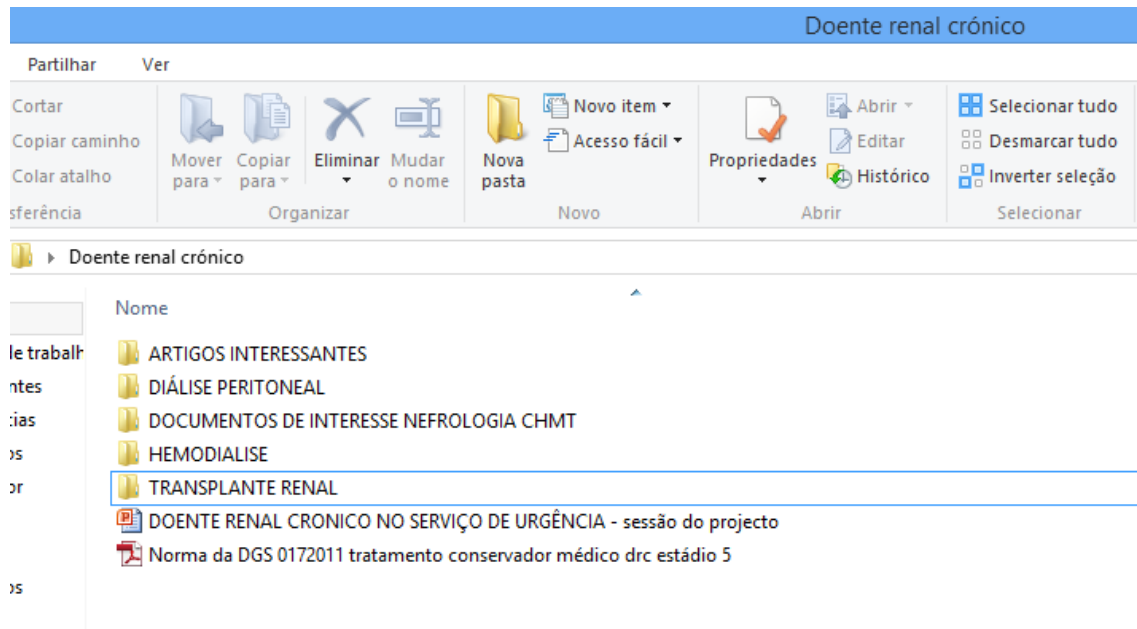
ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). **Servir a comunidade e garantir a qualidade: Os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica**. Maio 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). **Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista**. Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). **Relatório de atividades do programa PQCE**. Julho 2012.

NOVAIS, E., CONCEIÇÃO, A. P., DOMINGOS, J., DUQUE, V. (2009). O saber da pessoas com doença crónica no auto cuidado. **Rev HCPA**, pp. 36-44.

ANEXO VIII – Portfólio



DIÁLISE PERITONEAL

Partilhar Ver

Cortar Copiar caminho Colar atalho Mover para Copiar para Eliminar Mudar o nome Nova pasta Novo item Acesso fácil Propriedades Abrir Editar Histórico Selecionar Desmarcar Inverter Seleção

Doente renal crónico > DIÁLISE PERITONEAL

Nome	Data de modificaç...	Tipo
Apresentação DP ESEL 2013	26/02/2014 22:28	Adobe
Formação em Diálise Peritoneal para estudantes HSC apresentação	08/02/2014 10:29	Adobe
HSC_Manual Dialise Peritoneal_2013	03/03/2014 11:52	Adobe
MOTIVAÇÕES DO PACIENTE RENAL PARA A ESCOLHA A DIÁLISE PERITO...	24/04/2014 00:00	Adobe
NARRATIVA DE UMA PACIENTE INSUFICIENTE RENAL CRÓNICA _A HIST...	26/05/2013 22:58	Adobe

DOCUMENTOS DE INTERESSE NEFROLOGIA CHMT

Partilhar Ver

Cortar Copiar caminho Colar atalho Mover para Copiar para Eliminar Mudar o nome Nova pasta Novo item Acesso fácil Propriedades Abrir Editar Histórico Selecionar tudo Desmarcar tudo Inverter seleção Seleção

Doente renal crónico > DOCUMENTOS DE INTERESSE NEFROLOGIA CHMT

Nome
PL.NFR.001.00_INTEGRAÇÃO DE PROFISSIONAIS NO SERVIÇO DE NEFROLOGIA ENFERMEIROS(12.11.2010)
PR.NFR.001_ INTERNAMENTO (05.12.2012)
PR.NFR.002_ TECNICAS DE HEMODIALISE (05.12.2012)
PR.NFR.004_ APOIO NEFROLOGICO (05.12.2012)
PR.NFR.008_ PREP DIALISE (05.12.2012)
PR.NFR.009_ DIALISE PERITONEAL (05.12.2012)
PR.NFR.010_ TRATAMENTO CONSERVADOR NO DRC(05.12.2012)
PT.NFR.004.03_ COLOCAÇÃO E RETIRADA DE CATETER CENTRAL(15.06.2010)
PT.NFR.015.02_ ACESSOS VENOSOS (16.09.2013)
PT.NFR.019.01_ EMERGÊNCIA NEFROLOGIA (09.01.2006)

HEMODIALISE

Partilhar Ver

Cortar Copiar caminho Colar atalho

Mover para Copiar para Eliminar Mudar o nome

Nova pasta Novo item Acesso fácil

Propriedades Abrir Histórico

Selecionar tudo Desmarcar tudo Inverter seleção

Doente renal crónico > HEMODIALISE

Nome	Data de modificaç...
A IMPORTÂNCIA DAS INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO NAS INTERCORRÊNCIAS DURANTE A SESSÃO D...	31/05/2013 17:17
A TECNICA DO BOTONHOLE NA PUNÇÃO DE FAV artigo	31/05/2013 17:17
AS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES APRESENTADAS PELOS PACIENTES RENAI CRONICOS DURANTE A SES...	16/05/2013 23:03
AUTONOMIA DO PACIENTE COM DRC EM TRATAMENTO HEMODIALITICO_ ACEITAÇÃO COMO FACT...	22/01/2013 14:29
CONDUTAS MÉDICAS EM ACESSOS VASCULARES apresentação	03/03/2014 15:20
CUIDAR DA PESSOA COM FISTULA ARTERIOVENOSA _ MODELO PARA MELHORIA CONTINUA artigo	17/05/2013 15:35
ENSAIO SOBRE MORTALIDADE DOS PACIENTES EM HEMODIALISE DE EMERGÊNCIA artigo	27/05/2013 07:41
FISTULA ARTERIOVENOSA PARA HEMODIALISE artigo	19/02/2014 22:21
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NAS COMPRICAÇÕES MAIS FREQUENTES DURANTE A SESSÃO DE H...	26/05/2013 22:56
MORTALIDADE E MORBILIDAED EM HEMODIALISE artigo	27/05/2013 07:46
O CATETER DE SUBCLAVIA COMO ACESSO DE URGENCIA PARA HD caso clinico	16/05/2013 22:52
PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO_ATIVIDADE EDU...	16/05/2013 23:17
PERFIL DO DOENTE QUE INICIA HEMODIALISE DE MANUTENÇÃO EM HOSPITAL PUBLICO EM SALVADO...	16/05/2013 23:12
PROGRAMA DE MELHORIA CONTINUADA EM ACESSOS VASCULARES PARA HD artigo	31/05/2013 17:17
TSR EM CUIDADOS INTENSIVOS tese	24/04/2014 23:33
VIVÊNCIAS DO PACIENTE RENAL CRÔNICO EM TRATAMENTO HEMODIALITICO artigo	24/04/2014 00:06

TRANSPLANTE RENAL

Partilhar Ver

Cortar Copiar caminho Colar atalho

Mover para Copiar para Eliminar Mudar o nome

Nova pasta Novo item Acesso fácil

Propriedades Abrir Histórico

Selecionar tudo Desmarcar tudo Inverter seleção

Doente renal crónico > TRANSPLANTE RENAL

Nome
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A DOENTE TRANSPLANTADO RENAL protocolo
FATORES PREDITIVOS DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTE SUBMETIDOS A TRANSPLANTE RENAL artig
TRANSPLANTE RENAL - sociedade brasileira de urologia apresentação

ANEXO XIX – IMP.GRH.038 – Avaliação da Satisfação – inquérito ao formando

Curso / Acção n.º	
Data	
Nº Mec./Nome (Facultativo)	
Função (Facultativo)	

A SUA OPINIÃO É UM CONTRIBUTO IMPORTANTE PARA A MELHORIA DA FORMAÇÃO.

ASSINALE A SUA RESPOSTA NUMA ESCALA DE ① (NUNCA) A ⑥ (SEMPRE)

1. Os objectivos definidos para a Acção foram alcançados?	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
2. Os temas tratados na Acção adequam-se à sua função?	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
3. Pensa aplicar os conhecimentos adquiridos na sua função?	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
4. A documentação distribuída revela utilidade?	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
5. As condições de trabalho foram as adequadas?	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
6. A duração da Acção foi a adequada?	① ② ③ ④ ⑤ ⑥

7. Actuação do(s) Formador(es)

Domínio do tema (Nível de conhecimentos possuídos)	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
Clareza e dinamismo na exposição (Linguagem acessível)	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
Cumprimento de horários	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
Dinamização do grupo e acompanhamento individual	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
Utilização dos Recursos / Equipamentos Didácticos	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥

8. Sugestões de melhoria