

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE  
REABILITAÇÃO COM DOENTES DEPENDENTES NO  
AUTOCUIDADO EM CUIDADOS INTENSIVOS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

José Alberto Teixeira Pires Pereira

PORTO | 2012

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO  
Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE  
REABILITAÇÃO COM DOENTES DEPENDENTES  
NO AUTOUIDADO EM CUIDADOS INTENSIVOS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Dissertação de Mestrado orientada pela Prof.<sup>a</sup> Doutora  
Bárbara Pereira Gomes

José Alberto Teixeira Pires Pereira

PORTO | 2012

À Virgínia  
à Mariana e  
ao Pedro

pela forma como compreenderam  
e aceitaram as minhas longas ausências,  
mesmo quando presente.

Pelo incentivo, por acreditarem e por  
estarem presentes ao longo de todo este trabalho.

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Bárbara Pereira Gomes pelo seu excelente trabalho como coordenadora do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, pela oportunidade que me deu, pela disponibilidade e pela estimulante orientação.

À Professora Doutora Manuela Martins pelo incentivo.

À Virgínia, por ter tido paciência e por me ter apoiado sempre.

Aos meus filhos, Mariana e Pedro, que me alegraram com a sua existência nos momentos de maior dificuldade.

Aos colegas de mestrado, em especial à Babo, Glória, João, Salomé e Rui pela amizade e pelos momentos de partilha.

A todos os enfermeiros que entrevistei pela sua estima, colaboração e disponibilidade.

## **Abreviaturas**

APER – Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ER – Enfermeiro de reabilitação

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

Séc. – Século

UCI – Unidade de cuidados intensivos

UCI's – Unidades de cuidados intensivos

## Resumo

### **“Competências do enfermeiro de reabilitação com doentes dependentes no autocuidado em cuidados intensivos”**

O presente estudo teve como objetivo conhecer as competências do enfermeiro de reabilitação com doentes dependentes no autocuidado em cuidados intensivos de um hospital central da região norte de Portugal, a partir do relato das experiências dos enfermeiros. Optou-se por um estudo exploratório descritivo com uma abordagem qualitativa. A amostra foi não probabilística intencional, constituída por nove enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, sendo sete do sexo feminino e dois do sexo masculino, com uma média de idade de 37 anos. Relativamente à experiência profissional apresentavam uma média de 14 anos e uma média de 3 anos em relação à especialidade de reabilitação. Desta forma pretendia-se que se aproximassem do nível de competência de perito definido por Benner (2005). Para a recolha de dados optou-se pela entrevista semiestruturada e para o tratamento dos dados efetuamos a análise de conteúdo.

A finalidade deste estudo consiste em compreender as competências do enfermeiro de reabilitação em contexto de trabalho e perceber a influência do contexto da prática, da trajetória pessoal e profissional na construção dos saberes de forma a contribuir para uma melhor prática de cuidados de enfermagem de reabilitação.

No decurso do trabalho emergiram cinco unidades de análise: atitudes no desenvolvimento profissional; mecanismo de reação às situações stressantes ou emotivas; processo formativo; fatores de desenvolvimento de competências e fundamentação dos saberes.

Das conclusões a que chegamos destacamos que os enfermeiros manifestam dificuldades relacionadas com recursos materiais e humanos e alguma falta de segurança ao iniciarem funções como especialistas. Demonstram também desmotivação relacionada com a não valorização do trabalho do enfermeiro especialista por parte da chefia. Recorrem frequentemente a estratégias de *coping* como mecanismo de reação a situações stressantes ou emotivas. Por outro lado, consideram o trabalho em equipa como a melhor forma de dar visibilidade aos cuidados prestados.

Apesar de possuírem apenas experiência académica na área de investigação, reconhecem a importância desta no desenvolvimento profissional.

A ação do enfermeiro de reabilitação é enquadrada essencialmente no sistema de enfermagem totalmente compensatório e no sistema de apoio-educação. A atuação do enfermeiro de reabilitação numa UCI é considerada fundamental na reabilitação funcional motora, nomeadamente no levante precoce e na cinesiterapia respiratória dos quais advêm ganhos em saúde.

**Palavras-chave:** Enfermeiro; Reabilitação; Unidades de Cuidados Intensivos; Competências.

## **Abstract**

### **“Rehabilitation nursing skills with self-care dependent patients in intensive-care”**

The goal of the present study was to understand the competences of the rehabilitation nurse with self-care dependent patients in intensive care in a central hospital in northern Portugal, based on nurses experience reports. A descriptive exploratory study with a qualitative approach was chosen. The sample was non probabilistic intentional and consisted of nine rehabilitation specialist nurses, of which 7 female and 2 male, with an average age of 37. In terms of professional experience these nurses had an average of 14 years nursing experience and 3 years rehabilitation nursing experience. The objective was to approximate the level of expert competency defined by Benner (2005). For data collection a semi-structured interview was chosen and for data investigation, content analysis was performed.

The purpose of this study is to understand the competences of rehabilitation nurses in the workplace and understand the influence that the context of practice, personal and professional trajectory has on the construction of knowledge to contribute to a better practice of rehabilitation nursing care.

During the work, five analysis units arose: behaviours regarding professional development; stressful or emotional situation process; training process; competencies development factors and knowledge settlement.

Among conclusions drawn we highlight the fact that nurses have had difficulties regarding material and human resources and some lack of self-confidence when starting their work as specialists. They have also conveyed lack of motivation related to the lack of appreciation of the specialist nurse’s work by the head nurse. Coping strategies are often used to react to stressful or emotional situations. On the other hand team work is considered the best way to give visibility to care provided.

Although nurses’ experience in research is limited to academia, they do recognise its importance for professional development. The action of the rehabilitation nurse is fully framed within the systems totally compensatory nursing and of support-education. The performance of the rehabilitation nurse in an ICU is considered essential in the motor functional rehabilitation, namely in the early rising and in chest therapy, from which health gains are obtained.

**Key words:** Nurse; Rehabilitation; Intensive Care Unit; Competencies.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO I – CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA AUTONOMIA EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS .....</b>	<b>17</b>
<b>1 – Modelos de Cuidados de Enfermagem .....</b>	<b>18</b>
1.1 – <i>Teoria do autocuidado .....</i>	19
1.2 – <i>Confronto entre o Modelo de Dorothea Orem e as Competências do Enfermeiro</i>	24
<b>2 – Evolução da Profissão de Enfermagem.....</b>	<b>29</b>
<b>3 – Unidades de Cuidados Intensivos.....</b>	<b>47</b>
3.1 – <i>O Enfermeiro de Reabilitação numa UCI.....</i>	50
3.2 – <i>Fatores Geradores de Stresse.....</i>	55
3.3 – <i>Comunicação/ Relação de Ajuda na Interação Enfermeiro/ Doente/ Família .....</i>	57
<b>CAPÍTULO II – PROPOSTA METODOLÓGICA .....</b>	<b>61</b>
<b>1 – Opções Metodológicas .....</b>	<b>62</b>
1.1 – <i>Objetivos e Finalidade do Estudo .....</i>	63
1.2 – <i>Tipo de Estudo.....</i>	64
1.3 – <i>Contexto e Participantes do Estudo .....</i>	66
1.4 – <i>Instrumento de Recolha de Dados .....</i>	68
1.5 – <i>Procedimento para Recolha de Dados.....</i>	69
1.6 – <i>Tratamento e análise dos dados .....</i>	70
1.7 – <i>Considerações Éticas .....</i>	73
<b>CAPÍTULO III – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>77</b>
<b>1 – Atitudes no desenvolvimento profissional .....</b>	<b>79</b>
1.1 – <i>Novas formas de cuidar o doente .....</i>	79
1.2 – <i>Forma de elaborar os planos de intervenção.....</i>	81
1.3 – <i>Valorização do trabalho em equipa .....</i>	82
1.4 – <i>Continuidade de cuidados .....</i>	84
1.5 – <i>Propostas inovadoras.....</i>	87

<b>2 – Mecanismo de reação às situações stressantes ou emotivas.....</b>	<b>90</b>
2.1 – <i>Estratégias de resolução de problemas.....</i>	91
2.2 – <i>Dificuldades no desenvolvimento das atividades.....</i>	93
2.3 – <i>Transmitir más notícias.....</i>	94
2.4 – <i>Transmitir boas notícias.....</i>	96
<b>3 – Processo formativo.....</b>	<b>97</b>
3.1 – <i>Experiência em investigação.....</i>	98
3.2 – <i>Áreas de interesse a investigar.....</i>	99
3.3 – <i>Valorização do percurso profissional.....</i>	100
3.4 – <i>Educação permanente para a formação.....</i>	102
<b>4 – Fatores de desenvolvimento de competências.....</b>	<b>103</b>
4.1 – <i>A dependência dos cuidados de enfermagem.....</i>	104
4.2 – <i>De principiante ao domínio da função.....</i>	109
4.3 – <i>Qualidades para comunicar com o doente.....</i>	113
4.4 – <i>Capacidade para ouvir.....</i>	114
4.5 – <i>Diferenciação académica.....</i>	116
4.6 – <i>Falar em público.....</i>	117
<b>5 – Fundamentação dos saberes.....</b>	<b>118</b>
5.1 – <i>Competências do enfermeiro de reabilitação.....</i>	119
5.2 – <i>Estratégias de transformação das competências.....</i>	123
<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>127</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>137</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>147</b>
<b>ANEXO I – APROVAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....</b>	<b>149</b>
<b>ANEXO II – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO.....</b>	<b>151</b>
<b>ANEXO III – MATRIZ GLOBAL DE DADOS.....</b>	<b>155</b>
<b>ANEXO IV – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....</b>	<b>157</b>

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Relação entre os sistemas de enfermagem e os métodos de ajuda.....	23
QUADRO 2: Tipos de saberes que suportam as competências .....	42
QUADRO 3: Tipologia de competências.....	43
QUADRO 4: Competências genéricas .....	45
QUADRO 5: Atitudes no desenvolvimento profissional.....	79
QUADRO 6: Metodologia de organização do trabalho .....	86
QUADRO 7: Propostas inovadoras.....	88
QUADRO 8: Mecanismo de reação às situações stressantes ou emotivas.....	90
QUADRO 9: Estratégias de resolução de problemas .....	91
QUADRO 10: Processo formativo .....	97
QUADRO 11: Áreas de interesse a investigar .....	99
QUADRO 12: Fatores de desenvolvimento de competências .....	104
QUADRO 13: Fundamentação dos saberes .....	119
QUADRO 14: Mobilização de conhecimentos.....	124

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Conceito de competência .....	36
FIGURA 2: Mobilização de saberes e suas vertentes .....	38
FIGURA 3: Carácter evolutivo da aquisição de competências .....	41
FIGURA 4: Domínios dos cuidados de enfermagem.....	45
FIGURA 5: Áreas de atuação do enfermeiro de reabilitação .....	55
FIGURA 6: Estratégias de transformação das competências .....	125

## INTRODUÇÃO

A enfermagem como ciência e profissão tem vindo a criar o seu próprio saber, transformando a tradição da arte na ciência do cuidar. Acompanhando esta evolução surgiu a especialização em diferentes áreas da enfermagem e mais recentemente os cursos de mestrado em enfermagem também associados à especialização, onde os enfermeiros especialistas adquirem novos conhecimentos e novas competências.

A produção de conhecimentos em enfermagem tem sido um fator determinante uma vez que, tem fornecido uma base científica para guiar as práticas e assegurar a credibilidade da profissão, contribuindo para a melhoria da qualidade, da eficácia e da eficiência dos cuidados de enfermagem.

Esta dissertação surge no contexto do plano de estudos do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, tendo como temática as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação com doentes dependentes no autocuidado em unidades de cuidados intensivos. Com a sua realização pretendemos aprofundar conhecimentos acerca da estrutura do processo de pesquisa, consciencializarmo-nos das dificuldades e encontrar estratégias para as ultrapassar.

Ao longo deste trabalho propomo-nos abordar conceitos como modelos de enfermagem, autocuidado, família, relação de ajuda, competências e acima de tudo, como estes se interligam num saber, saber ser, saber fazer e saber transformar nos vários contextos abordados, desde a experiência do curso da especialidade de enfermagem de reabilitação à prática profissional, passando pela formação contínua, numa conjugação que percorrendo a reflexão culminará nas considerações finais e nas sugestões.

Ser competente em enfermagem significa saber aplicar as capacidades, quando necessário e em circunstâncias apropriadas, um “saber integrar”. Para se ser competente é necessário saber organizar, selecionar e integrar o que pode ser útil para se executar uma atividade profissional. Para Le Boterf (2003) a competência não é um estado, é um

processo, dado que o profissional competente tem que ser capaz de mobilizar e concretizar com eficiência as diferentes funções que fazem parte da sua prática profissional.

Alarcão e Rua (2005) defendem que ser competente implica saber o que fazer em cada situação concreta, o que pressupõe uma compreensão e um juízo sobre a situação e uma intencionalidade de ação. Pressupõe, também, uma mobilização das micro-competências adequadas, que funcionam como átomos da competência global.

A complexidade do campo de atuação dos profissionais de saúde exige o desenvolvimento de competências, traduzidas em conhecimentos, habilidades e atitudes, que possibilitem a atuação na promoção da saúde.

Um longo caminho se percorreu na enfermagem, tendo surgido várias concepções da disciplina desde Florence Nightingale e que têm orientado a formação, a investigação e a prática dos cuidados de enfermagem. Nos últimos anos, temos assistido a profundas mudanças no que ao ensino de enfermagem diz respeito. Realçamos a criação da Ordem dos Enfermeiros, a passagem do curso de enfermagem para licenciatura, a reabertura dos cursos de pós licenciatura de especialização e a mais recente criação dos cursos de mestrado também ligados à especialização. Acreditamos que o que permitiu esse avanço foi o desenvolvimento da disciplina de enfermagem para o qual contribuiu a investigação, que embora seja maioritariamente de natureza académica, permitiu uma clarificação e uma consolidação do conhecimento em enfermagem de forma progressiva. (Oliveira, 2010)

Quando um enfermeiro inicia o seu percurso profissional, num determinado serviço e sobretudo numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), não detém de imediato o domínio de todas as áreas de atuação no seu contexto de trabalho. Esta competência apenas surgirá ao longo dos anos pois como também afirma Benner (2005) é ao longo do tempo que o enfermeiro adquire a “experiência” e que o conhecimento clínico se desenvolve.

Frequentemente numa unidade de cuidados intensivos os doentes, pela gravidade dos seus diagnósticos, perdem a capacidade de realizar as atividades inerentes ao autocuidado de forma independente. Daí que, a avaliação realizada pelo enfermeiro permita identificar a capacidade de autocuidado inadequada. Por outro lado, as unidades de cuidados intensivos encerram em si próprias características que lhes conferem um elevado grau de complexidade e especificidade. Assim sendo, a atuação do enfermeiro de reabilitação pode contribuir para que o doente consiga desenvolver capacidades de forma a tornar-se mais independente para a realização das atividades de autocuidado e numa fase mais crítica ser mantida a capacidade residual das funções músculo-esqueléticas.

Para a realização do presente trabalho optou-se por um estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa. Foi elaborada uma entrevista semiestruturada que foi efetuada a enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação a exercer funções em unidades de cuidados intensivos.

Estudos como os de Gomes (1999, 2006) Pires (2002) e Costa (2006) entre outros serão contributos significativos para o presente estudo.

Tendo em conta a temática escolhida, orientamos este trabalho com base em alguns pontos que nos parecem fundamentais. Assim sendo, estruturalmente o trabalho está organizado em três capítulos distintos. Esta opção estrutural pretende facilitar a sua consulta através da sistematização e clarificação da informação contida.

No enquadramento teórico foi efetuada a revisão da literatura considerada pertinente para a compreensão da temática em estudo. No primeiro capítulo designado “Cuidados de Enfermagem de Reabilitação para a Promoção da Autonomia em Unidades de Cuidados Intensivos” desenvolvemos três aspetos. O primeiro serve de alicerce elucidativo ao problema em estudo, o qual contém teor referente aos modelos de cuidados de enfermagem, dando relevo à teoria do autocuidado e fazendo um confronto entre esta teoria preconizada por Dorothea Orem e as competências do enfermeiro. O segundo prossegue para uma análise à evolução da profissão de enfermagem em que se faz referência ao controlo da formação, à delimitação dos saberes e da detenção de competências específicas e à importância da investigação, à criação da OE e à regulamentação do exercício profissional da enfermagem e do Código Deontológico. No terceiro abordamos o tema unidades de cuidados intensivos, focando as competências do enfermeiro de reabilitação nestas unidades, os fatores geradores de stresse, a família e o internamento numa UCI. São ainda focados os aspetos relativos à comunicação e relação de ajuda.

No segundo capítulo dirigido ao trabalho de campo designado por “Proposta Metodológica” foi apresentada a fundamentação das opções metodológicas, complementada com a pesquisa bibliográfica, incluindo os objetivos e a finalidade da investigação, o tipo de estudo, o contexto e os participantes e o modo como se processou o trabalho de campo, abrangendo o instrumento de recolha de dados e o processamento dos mesmos, sem esquecer as considerações éticas.

No terceiro e último capítulo a que chamamos “Análise e Discussão dos Resultados” foi efetuada a apresentação; a análise e a discussão dos resultados baseada em cinco

unidades de análise que evidenciam as atitudes no desenvolvimento profissional, os mecanismos de reação a situações stressantes ou emotivas, o processo formativo, os fatores de desenvolvimento de competência e a fundamentação dos saberes.

Na parte final do trabalho apresentamos a conclusão em que constam as sugestões consideradas pertinentes, quer ao nível de melhorias a implementar, quer de eventuais estudos futuros. Em anexo encontra-se os documentos considerados relevantes, nomeadamente a aprovação para a realização deste estudo, o modelo de consentimento livre e informado e o instrumento de recolha de dados.

Apesar de a OE (2003) nomear a pessoa que está no centro do processo de cuidados por “cliente”, neste estudo optamos pela designação de “doente” visto ser a nomenclatura mais usual a nível da cultura hospitalar.

**CAPÍTULO I – CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PARA A  
PROMOÇÃO DA AUTONOMIA EM UNIDADES DE CUIDADOS  
INTENSIVOS**

*“Quando nos colocamos na perspectiva do cuidar, os conhecimentos técnico-científicos são integrados apenas na prática da arte do cuidar. Esta última não pode, nesse caso, ser o complemento de um saber formal. O desafio que é, assim lançado aos formadores, não é o de esculpir cérebros bem moldados, mas o de contribuir para a plasticidade destes cérebros, para a sua permeabilidade, a fim de lhes permitir uma abertura constante às “coisas da vida”, à singularidade dos outros”*

Hesbeen (2001, pág. 67)

## 1 – Modelos de Cuidados de Enfermagem

A enfermagem, especialmente a partir dos anos 50 do século XX, tem tentado desenvolver um corpo de conhecimentos próprios no sentido de sistematizar e organizar a sua prática e os seus cuidados, de modo a favorecer uma assistência baseada não somente na dimensão biológica do ser humano, mas essencialmente na compreensão do homem como ser social e ator principal no processo saúde-doença.

Florence Nightingale foi a primeira a apresentar uma concepção de enfermagem, devido à necessidade de formação, do exercício e da gestão de cuidados de enfermagem. Outros se seguiram no estudo, pois tornava-se necessário desenvolver um conhecimento de enfermagem no qual se pudesse basear a prática e aprofundar a enfermagem como disciplina e profissão, tendo por base conceitos como: pessoa, saúde, cuidar e meio ambiente, ao qual se agregou o contributo de bases científicas e filosóficas originando concepções agrupadas a várias escolas: a escola das necessidades, de interação, dos efeitos desejados, da promoção da saúde, do ser humano unitário e do cuidado. Nesta perspetiva, a pessoa é vista como um ser único maior do que a soma das suas partes, indissociável do seu universo. A saúde é considerada como uma experiência vivida e como um valor segundo a perspetiva de cada pessoa e engloba a unidade ser humano/ ambiente, deixando de ser uma ausência de doença ou estado estável. A teoria geral dos sistemas de Von Bertalanffy contribuiu para esta visão, pois encarou o ser humano como um sistema composto por vários subsistemas em interação permanente e sistemática. Sendo assim, os cuidados de enfermagem estão virados para manter o bem-estar tal como a pessoa o define, em parceria com os enfermeiros nos cuidados individualizados. Como tal, intervenção em enfermagem significa “ser com” a pessoa, acompanhada nas suas experiências de saúde, no seu ritmo e seguindo o caminho que ela própria escolher.

O motivo de alguns teóricos de enfermagem elaborarem modelos conceptuais para a profissão, foi a necessidade dos enfermeiros esclarecerem a especificidade dos serviços que prestam à comunidade (Kérouac et al., 1996). Estas concepções são fundamentais para a perceção da natureza dos cuidados de enfermagem, com a finalidade de desvendar o que de melhor tem um pensamento, embora não sendo reconhecido socialmente o seu valor.

Para Tomey e Alligood (2004), um modelo é uma ideia que se desenvolve através da visualização simbólica ou física. Os modelos servem para facilitar o pensar nos conceitos e nas relações que existem entre eles ou para planejar o processo de investigação. Desta forma, um modelo conceptual surge como uma imagem mental e uma maneira de caracterizar a realidade, isto é, uma forma de perceber a profissão.

Os modelos conceptuais que são precursores para a elaboração de teorias em ciências de enfermagem proporcionam uma perspectiva única a partir da qual os enfermeiros podem desenvolver os conhecimentos para a sua prática (Fawcet citado por Kérouac et al., 1996). Estes modelos não se dirigem só para a prática de enfermagem, mas também servem como guia para a gestão dos cuidados, formação e investigação em enfermagem. Servem para determinar os fenómenos de interesse, indicando os elementos fundamentais de formação dos enfermeiros, bem como as atividades de cuidados e as consequências que delas se esperam para a gestão dos cuidados.

### *1.1 – Teoria do autocuidado*

Embora na atualidade se assuma o conceito holístico de saúde, a verdade é que o modelo biomédico de saúde tem vindo a dominar quase por absoluto a saúde individual e das populações. Este modelo, que emergiu no século XVII, veio sistematicamente a alicerçar-se na ciência e na técnica, que foram evoluindo à medida que se desenvolvia o conhecimento bem como pela construção de instrumentos de apoio técnico cada vez mais elaborados e sofisticados.

Nos finais do séc. XIX e princípios do séc. XX a medicina passou a utilizar tecnologias mais complexas para diagnosticar e tratar as doenças. A conceção de cuidados foi modificada e o médico passou a delegar tarefas na rotina da enfermeira, que tinha como principal valor a obediência, ou seja servir os médicos, os doentes e a instituição. Não podia desenvolver qualquer espírito crítico, nenhuma curiosidade nem nenhuma interrogação (Collière, 1989). Esta perspectiva durou até final dos anos 60.

Com o avanço tecnológico nas décadas de 70 e 80 surge uma nova ideia de profissionalismo com base na competência técnica. Os enfermeiros começaram a ter

acesso a conhecimentos e ao desenvolvimento de capacidades técnicas os cuidados passam a ser dirigidos para os problemas, limitações ou incapacidades das pessoas.

A partir daqui, intervir significa “agir com” a pessoa, com o objetivo de responder às suas necessidades. A pessoa passou a ser entendida como um todo formado por partes em interação, tendo surgido a expressão “a pessoa como ser bio-psico-socio-culturo-espiritual”. Saúde e doença passaram a ser perspectivadas como entidades distintas que coexistem e que estão em interação dinâmica. Surgiram durante este período os primeiros modelos conceptuais para orientar a prática dos cuidados de enfermagem, a formação e investigação (Kérouac et al., 1996).

As várias classificações dos modelos derivam essencialmente das teorias em que estes se apoiam para a explicitação dos seus conceitos chave: homem, saúde, ambiente e enfermagem e das relações entre estes.

Qualquer que seja o modelo eleito, o seu objetivo é fornecer uma estrutura para o profissional de enfermagem planejar uma abordagem individualizada e adequada às necessidades do indivíduo, família ou comunidade. O modelo de referência escolhido pelos profissionais de enfermagem deve valorizar a saúde como um processo social dinâmico, sujeito a múltiplas variáveis interativas. Tem de valorizar não só o indivíduo como pessoa única em crescente formação e desenvolvimento desde que nasce até à sua morte, como também a família, como grupo primário, fundamental a essa formação e a esse equilíbrio, inserida num determinado contexto.

De acordo com Tomey e Alligood (2004) é possível agrupar as várias correntes de teorias ou modelos de enfermagem assim como os autores que as integram. Assim podemos integrar o modelo de enfermagem do autocuidado de Dorothea Orem de 1980 centrado na corrente humanista com outras autoras como Virgínia Henderson, Evelyn Adam, Madeleine Leininger, entre outras.

Apesar de cada modelo de enfermagem estar mais ligado a uma teoria existe, no entanto, uma perspetiva mais ou menos uniforme que assenta na visão holística e humanista da pessoa, na autonomia dos doentes e na necessidade de se estabelecer uma relação produtiva e terapêutica entre os que prestam cuidados de enfermagem e aqueles a quem esses cuidados são prestados (Pearson e Vaughan, 1992). No entanto, existe uma concordância entre os autores acerca dos conceitos chave dos modelos: o conceito de pessoa, de saúde, de ambiente e de enfermagem.

Dorothea Elizabeth Orem desenvolveu a sua teoria e participou em vários projetos que visavam a melhoria dos cuidados de enfermagem, culminado, alguns em publicações que a tornaram uma referência teórica para a prática de enfermagem, dando um enorme contributo à evolução da enfermagem. Na sua teoria, Orem descreve a enfermagem como uma profissão que satisfaz as necessidades de autocuidado das pessoas, para que estas prolonguem a vida e a saúde ou recuperem do seu estado de doença. Para entender o autocuidado, na visão de Orem, deve-se primeiro definir o cuidado. Orem, refere que o cuidado tem diferentes significados conforme o contexto em que está inserido, sendo frequentemente usado pelos profissionais da saúde é com o sentido de responsabilidade em fazer algo para outra pessoa. O cuidado para o enfermeiro consiste em auxiliar nas necessidades do indivíduo ou grupos com os quais se relaciona, identificando os *deficits* de autocuidado dos mesmos. O cuidado requer um agente de cuidado responsável, atento, provedor e que percebe a aceitação de sua ação pelo outro. A autora considera necessário promover a comunicação com o outro, o que inclui a manutenção de condições para o desenvolvimento enquanto dure o cuidado. Determina objetivamente a presente condição e necessidade do outro. Para Orem, o autocuidado é definido como um conjunto de atividades, iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício, que se aprende conforme se desenvolve. O autocuidado tem a finalidade de manter a saúde e a vida, prolongar o desenvolvimento pessoal e conservar o bem-estar. Todo o ser humano possui condições ou requisitos universais de autocuidado.

Esta teoria geral de enfermagem é formada por três teorias que estão interligadas e inter-relacionadas: Teoria do Autocuidado; Teoria do Deficit de Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

A teoria do autocuidado tem como ideia central o autocuidado como regulação das funções do ser humano que completa e mantém a sua vida, nos aspetos fisiológicos, psicológicos e desenvolvendo condições essenciais para a vida, a integridade, o funcionamento e o desenvolvimento. Essa regulação funciona como uma reorientação através do aprendizado nas diferentes fases de crescimento e desenvolvimento. Para isso é necessária maturidade, motivação e estímulo contínuo para o desenvolvimento dessa aprendizagem.

A capacidade de autocuidado não é inata, mas adquirida ao longo do processo de crescimento e de desenvolvimento de cada indivíduo. Autocuidado segundo Orem é *“(...) o desempenho ou a prática de actividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Quando o autocuidado é realizado, ajuda a manter a*

*integridade estrutural e o funcionamento humano, contribuindo para o desenvolvimento humano” (George, 2000, p. 84).*

Esta definição de autocuidado, preconizada por Dorothea Orem, está de acordo com o que, atualmente a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define como autocuidado: “(...) *ação realizada pelo próprio com as características específicas: tomar conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida*”. (CIPE, 2005, p. 54)

Para Orem (1991) são duas as categorias do autocuidado: o autocuidado universal e o terapêutico. O primeiro corresponde às necessidades humanas básicas, enquanto o segundo diz respeito às ações que se justificam quando há desequilíbrio entre a necessidade de autocuidado e a capacidade de o realizar.

O autocuidado é uma atividade executada pelo indivíduo para si mesmo ou para o seu ambiente com o objetivo de melhorar a sua saúde, a sua vida e atingir o bem-estar. Os meios para obter o autocuidado são expressos em requisitos para o autocuidado. Esses requisitos são universais, relativos ao desenvolvimento e aos desvios de saúde. Os requisitos de autocuidado universal estão relacionados com os processos de vida, a integridade física e o funcionamento humano.

Os requisitos relativos ao desenvolvimento são aqueles que promovem um mecanismo que auxilia o indivíduo a viver, amadurecer e prevenir doenças que prejudicam o seu desenvolvimento, ou que alivia os efeitos da doença. Estão, também, associados às modificações das diferentes fases da vida e às adaptações sociais. Os requisitos relativos aos desvios de saúde aparecem como medidas terapêuticas necessárias para o diagnóstico e tratamento dos indivíduos com problemas de saúde ou com incapacidades físicas e psíquicas, que afetam o corpo como um todo.

A teoria do *deficit* de autocuidado é o constituinte essencial da teoria de Orem, pois expressa e desenvolve o motivo pelo qual o indivíduo necessita da enfermagem. Nesta teoria, a ideia central é a procura da enfermagem pelo indivíduo que possui limitações de ações para o seu próprio cuidado ou dos seus dependentes, sentindo necessidade de medidas de controlo para o autocuidado. O *deficit* de autocuidado surge como a ausência ou inadequação para o indivíduo conhecer e identificar as necessidades de autocuidado terapêutico. Esta teoria preconiza que a ação do enfermeiro deve compensar os *deficits* do autocuidado do doente, no que se refere às categorias do autocuidado: universais, de desenvolvimento e alterações da saúde. Em qualquer uma dessas categorias, o enfermeiro

orienta, estimula, promove e apoia o doente como agente de autocuidado, suprindo-lhe as necessidades. O enfermeiro executa a ação pelo doente para satisfazer o seu autocuidado quando o mesmo está impossibilitado para essa ação.

A teoria dos sistemas de enfermagem tem como ideia central um sistema de ações de enfermagem formados, designados e produzidos pelo enfermeiro para compensar as necessidades de autocuidado no doente. Esta teoria é formada pelo sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio e educação. O primeiro sistema é representado pelo indivíduo incapaz de se autocuidar, necessitando do enfermeiro para compensar as suas atividades para o autocuidado. No sistema de enfermagem parcialmente compensatório o doente e o enfermeiro executam ações de autocuidado, sendo que o enfermeiro compensa as limitações do doente assistindo-o nas suas necessidades. No sistema de apoio e educação o doente já alcançou o autocuidado e pode controlá-lo através do apoio e educação do enfermeiro.

O quadro seguinte representa de forma sucinta a relação entre os sistemas de enfermagem e os métodos de ajuda preconizados por Dorothea Orem:

QUADRO 1: Relação entre os sistemas de enfermagem e os métodos de ajuda

	<b>Sistema totalmente compensatório</b>	<b>Sistema parcialmente compensatório</b>	<b>Sistema de apoio e educação</b>
Atuação de enfermagem	Realização do autocuidado terapêutico pelo doente; Compensa a incapacidade do doente na realização do autocuidado; Apoia e protege o doente.	Realiza algumas necessidades de autocuidado pelo doente; Compensa algumas limitações no autocuidado do doente; Assiste o doente quando necessário; Controla as atividades de autocuidado.	Regula o exercício e desenvolvimento das atividades de autocuidado.
Atuação do doente		Realiza algumas necessidades de autocuidado; Controla as atividades de autocuidado; Aceita cuidados de assistência de enfermagem.	Regula o exercício e desenvolvimento das atividades de autocuidado; Realiza o autocuidado.

Fonte: GEORGE, Julia B. – *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. 4.ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2000, p. 88.

## 1.2 – Confronto entre o Modelo de Dorothea Orem e as Competências do Enfermeiro

A Ordem dos Enfermeiros (2009) refere que as competências específicas são competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida, aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas. Assim, foram definidas as seguintes competências específicas e o respetivo descritivo para o enfermeiro especialista de reabilitação:

1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados:
  - Identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária. Concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade.
2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania:
  - Analisa a problemática da deficiência, limitação da atividade e da restrição da participação na sociedade atual, tendo em vista o desenvolvimento e implementação de ações autónomas e/ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico que visem a uma consciência social inclusiva.
3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa:
  - Interage com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor e cardiorrespiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal.

De acordo com o processo de enfermagem de Orem, consta que na recolha de dados o enfermeiro deve ser capaz de colher informação sobre o estado de saúde da pessoa, a sua capacidade para efetuar o autocuidado seja este universal, de desenvolvimento ou por desvio de saúde, determinar a perspetiva da pessoa quanto à sua

saúde, as metas de saúde no contexto histórico de vida e estilo de vida, bem como ser capaz de determinar o método a seguir em relação à saúde da pessoa.

Uma abordagem possível acerca das competências profissionais requeridas no exercício de enfermagem, é através do conteúdo funcional da respetiva carreira, que em Portugal está consignado no Decreto-Lei n.º 437/ 91, de 8 de Novembro.

Estabelecendo a ponte com a carreira de enfermagem, verifica-se que segundo o Decreto-Lei n.º 437/ 91 é de esperar que os enfermeiros sejam capazes de colher dados para identificar as necessidades em cuidados de enfermagem. Do enfermeiro especialista exige-se ainda que seja responsável nas equipas multidisciplinares pela determinação de diagnósticos de saúde da comunidade e pela execução das intervenções de enfermagem deles decorrentes.

No alcançar destes objetivos os enfermeiros devem ser capazes de mobilizar e aperfeiçoar algumas competências, nomeadamente aprimorar a pesquisa de informação tentando colher dados pertinentes para o processo evitando dados colaterais que em nada contribuem para o mesmo e identificar claramente o foco de intervenção, definindo as áreas que necessitam de ações de enfermagem. Para que tudo isto seja possível, há outras competências que devem ser utilizadas, nomeadamente a expressão oral pois normalmente é através deste tipo de comunicação que se consegue colher as informações. É necessário um bom poder de observação, desenvolver a capacidade de estabelecer relações não só com os doentes/ família mas também relacionar toda a informação colhida.

Em suma, neste primeiro passo do processo, o enfermeiro desenvolve a sua capacidade para conhecer e querer saber sempre mais de uma forma integradora.

Martins (2002) refere que *“A primeira intervenção da equipa de enfermagem visa a identificação do tipo de ajuda que o doente necessita”*. Ao analisar as capacidades para a realização do autocuidado, a equipa de enfermagem organiza os cuidados a prestar de acordo com três sistemas: totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio/ educação.

É de extrema importância para o enfermeiro a recolha criteriosa e completa dos dados e respetivo registo para a avaliação do estado de saúde do indivíduo, percebendo desta forma quais as intervenções de enfermagem necessárias.

Um conjunto de ações de planeamento, que visam o cuidado ao indivíduo no seu contexto familiar, com diferentes graus de dependência, à luz da teoria de Orem pode ser definido como Sistemas de Enfermagem. Estes surgem como forma de compensar o *deficit*

de autocuidado manifestado pelo indivíduo. O enfermeiro substitui, ajuda naquilo que ele é incapaz de realizar por si só, ensina e supervisiona as ações realizadas pelo indivíduo. A finalidade do enfermeiro é promover o autocuidado incluindo a família como alvo de intervenção no cuidado ao indivíduo.

A legislação prevê a elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados, estabelecendo prioridades e atendendo aos recursos disponíveis, na execução correta e adequada dos cuidados que favoreçam um clima de confiança implicando o indivíduo, família, grupo e comunidade com o objetivo de preparação para a alta, na articulação entre cuidados primários e diferenciados. Cabe ainda ao enfermeiro especialista responsabilizar-se pela área de enfermagem, na equipe multidisciplinar, no que concerne à consecução das intervenções de enfermagem decorrentes do diagnóstico de saúde da comunidade.

Analisando a teoria de Orem bem como as funções previstas na Carreira, o enfermeiro deve ser capaz de mobilizar um conjunto de competências específicas próprias do exercício da profissão, para além de competências transversais que segundo Pires citada por Dias (2006, p. 80) *“(...) trata-se de um conjunto de competências não especificamente técnicas e mais do foro pessoal, relacional dos indivíduos”*.

Os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade social para lidar com estas diferenças. O enfermeiro deve planejar tendo a capacidade de enquadramento do doente isto é, tendo em conta a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive, de modo a atingir os mais elevados níveis de satisfação e reformulando o plano de cuidados sempre que possível em colaboração com o doente e pessoas significativas, no sentido de otimizar o exercício profissional.

Em conformidade com o diagnóstico de enfermagem e em função dos problemas identificados o enfermeiro decide quais as técnicas e os meios a utilizar, potenciando e rentabilizando os recursos existentes estabelecendo prioridades. Para tal, deverá ter sempre uma boa capacidade de análise e síntese. Ao prever os resultados esperados e o intervalo de tempo para serem atingidos o enfermeiro deverá ter alguma flexibilidade e adaptabilidade.

Segundo Orem, da interação dos enfermeiros com os doentes resultam atitudes consistentes para preencher as necessidades do autocuidado, tendo em vista as

intervenções planeadas para alcançar os resultados esperados de forma a resolver os problemas identificados.

No terceiro passo do processo de enfermagem Orem afirma que “(...) *as enfermeiras actuam para produzir e controlar os sistemas de enfermagem*” (George, 2000, p. 91).

O enfermeiro deve observar a evolução do doente para poder decidir se os cuidados prestados estão a ser eficazes ou devem ser modificados, englobando assim a componente da avaliação do processo de enfermagem. Por tal motivo, este torna-se um processo dinâmico e contínuo que em qualquer altura pode ser reorganizado de acordo com as necessidades do doente tornando-se pertinente que o enfermeiro desenvolva competências relacionadas com o espírito crítico, flexibilidade, capacidade de adaptação e motivação para não se acomodar aos resultados.

Uma das funções do enfermeiro é executar os cuidados de enfermagem planeados, implicando o indivíduo, a família, os grupos e a comunidade, nos cuidados de enfermagem integrando um processo educativo que promova o autocuidado, avaliar os cuidados de enfermagem prestados efetuando os respetivos registos e analisar os fatores que contribuíram para os resultados obtidos e ainda reavaliar as necessidades do doente em cuidados de enfermagem. Relativamente ao enfermeiro especialista, este deve prestar cuidados de enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, definir e utilizar indicadores que lhe permitam avaliar de uma forma sistemática as mudanças verificadas e introduzir medidas corretivas julgadas necessárias, desenvolvendo para isso competências como a disciplina e a comunicação, tendo sempre a capacidade de alterar a forma como processa essa comunicação.

O enfermeiro deve ainda ter presente a eficácia, a racionalização e a resolução de problemas para fazer uma avaliação das intervenções implementadas e reestruturar o planeamento de acordo com o doente/ família na promoção do autocuidado.

Cada enfermeiro utiliza o método que mais se adequa às suas necessidades, mas quase sempre é feito de uma forma empírica, nunca deixando de planejar e executar os cuidados envolvendo tanto quanto possível, mas não o desejado, o doente e família no processo educativo para a promoção do autocuidado.

Segundo Le Boterf citado por Dias (2006, p. 87) “(...) *o saber agir com pertinência não se resume a um saber operatório, exige um saber mobilizar todos os conhecimentos*

*integrá-los e saber transferi-los para outras situações. Pressupõe saber julgar uma situação, um objecto ou uma pessoa, avaliar os riscos e tomar iniciativas”.*

Na área da investigação, Orem implementa diversos instrumentos para a avaliação do exercício de autocuidado. A Carreira de Enfermagem diz que são funções do enfermeiro avaliar os cuidados, regista-los e analisar os fatores que contribuíram para os resultados obtidos. Nesta linha de pensamento, o enfermeiro utiliza determinadas capacidades como seguir o método estipulado ou seja, guiar as suas intervenções pela metodologia definida previamente, rigor na pesquisa de informação, poder de persuasão, não desistindo apesar de os obstáculos parecerem difíceis, tendo a capacidade de motivar os elementos da equipa para a investigação, desenvolver as suas aptidões para direccionar e especificar quais os problemas concretos ou seja, ter a competência de precisão, iniciativa e ambição. Entendemos a ambição como a capacidade do enfermeiro querer saber sempre mais a nível dos conhecimentos e do porquê das coisas. Aceitando como válidas estas competências, podemos afirmar que só usando do conhecimento científico é que o enfermeiro pode desenvolver uma prática fundamentada nas pesquisas que realizar.

Esta área não é exclusiva do enfermeiro especialista, contudo espera-se que este mobilize os seus saberes definindo e utilizando indicadores que lhe permitam avaliar, de uma forma sistemática, as mudanças verificadas na situação de saúde do doente e introduza as medidas corretivas necessárias. Está definido na carreira que o enfermeiro especialista deverá realizar ou colaborar em trabalhos de investigação em enfermagem visando a melhoria dos cuidados.

Relativamente às estratégias de formação Jordão citado por Dias (2006, p. 83), refere que estas “(...) *devem contribuir para ajudar a pessoa a conhecer-se, reconhecer-se e a gerir os seus adquiridos pessoais e profissionais*”.

Assim sendo, na área formativa/ educacional várias são as competências necessárias para o desenvolvimento da profissão, tais como a comunicação, iniciativa, método, coordenação da equipe e do processo de enfermagem, aprendizagem, capacidade de enquadramento de acordo com as necessidades do serviço, desenvolvimento dos outros estimulando-os a contribuir para a formação, abertura a novas ideias realizando novas abordagens e alterando as técnicas de acordo com as necessidades.

Estabelecendo um paralelismo com a carreira de enfermagem é da responsabilidade do enfermeiro especialista a formação em serviço do pessoal de enfermagem e de outro pessoal da unidade de cuidados elaborando, em articulação com o

enfermeiro-chefe, o respetivo plano anual de atividades, o relatório das atividades de formação em serviço e colaborando nos projetos de formação realizados no estabelecimento ou serviço.

No domínio do desenvolvimento das competências de gestão os conceitos utilizados são por natureza dinâmicos e devem ser entendidos numa perspetiva evolutiva. Assim, espera-se do enfermeiro especialista que emita pareceres sobre a localização, instalações e equipamento, pessoal e organização de unidades de cuidados na área da sua especialidade e que colabore na determinação de custos/ benefício na área da prestação de cuidados. Para isso, deverá ser capaz de coordenar, ser eficiente, identificar e analisar os problemas, racionalizar e resolver os problemas e ter impacto na organização no sentido de avaliar quais os ganhos/ custos para a organização, mas sobretudo dando visibilidade aos ganhos do Enfermeiro Especialista em Reabilitação.

Comparativamente à teoria de Dorothea Orem verifica-se que esta manifestou uma preocupação com a qualidade dos cuidados prestados e considera que só uma boa gestão permite assegurar de forma contínua a qualidade de cuidados aos doentes, incluindo a satisfação profissional.

## **2 – Evolução da Profissão de Enfermagem**

Em Portugal o exercício da profissão de enfermeiro remonta a finais do séc. XIX, sendo que a partir da 2.ª metade do séc. XX as modificações efetuadas nas competências dos enfermeiros e no seu nível de formação académica e profissional se traduziram no desenvolvimento de uma prática cada vez mais complexa, diferenciada e exigente. (OE, 1998). No entanto, só no final da década de 80 o ensino de enfermagem foi integrado no Sistema Educativo Nacional, a nível do Ensino Superior Politécnico, como consequência da revisão realizada nos anos 70. Esta integração permitiu o acesso aos diferentes graus académicos. (Decreto-Lei n.º 480/ 88 de 27 de Agosto)

Com o Decreto-Lei n.º 191/ 96 de 4 de Setembro foi publicado o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, que veio reforçar a oportunidade dos enfermeiros se debruçarem sobre o lugar dos valores, da ética e do desenvolvimento na prática de cuidados e na educação em enfermagem.

Os profissionais de enfermagem passaram a obter formação académica e profissional de nível superior, ocupando cargos de gestão e desempenhando a sua atividade regidos pelas orientações preconizadas no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (Decreto-Lei n.º 161/ 96 de 4 de Setembro). Este documento legal *“(...) veio regulamentar a profissão, clarificando conceitos, intervenções e funções bem como as regras básicas relacionadas com os direitos e deveres dos enfermeiros”*. (Nunes, 2003, p. 340).

A publicação do REPE iniciou um novo ciclo na profissão de enfermagem que aponta para princípios de atuação que encontrem o seu fundamento numa moral de cooperação e respeito mútuos, baseada na igualdade, na reciprocidade, nas relações humanas e no acordo ou contractos sociais.

A atribuição do grau de licenciatura ao curso de enfermagem foi conferida pelo Decreto-Lei n.º 353/ 99 de 3 de Setembro.

A profissão é hoje autónoma e os enfermeiros exercem nas instituições do Serviço Nacional de Saúde um papel determinante, pela qualidade do desempenho, pelo cuidar contínuo de todos os que a ele recorrem procurando ajuda e pela interação que estabelecem com todos os que os rodeiam. São eles os profissionais que existem em maior número e que estão sempre presentes zelando pelo bem-estar dos doentes.

*“Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do seu ciclo vital e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”*. (REPE, capítulo II, art.º 4.º, ponto 1).

Independentemente do tipo de prática ou ambiente de trabalho, os enfermeiros partilham um atributo que os define: são profissionais empenhados que detêm uma filosofia holística de cuidados. (Baumann, 2007)

A 21 de Abril de 1998 (Decreto-Lei n.º 104/ 98) é criada a Ordem dos Enfermeiros que veio regulamentar e controlar o exercício profissional dos enfermeiros. Entende os cuidados de enfermagem com base na promoção de saúde, procurando ao longo do ciclo vital do indivíduo prevenir a doença e promover processos de readaptação.

Com a criação da OE foram estabelecidas condições para a consolidação da autonomia da profissão de enfermagem. Entre as suas atribuições, destacam-se: promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem; regulamentar e controlar o exercício da profissão e assegurar o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional.

O crescimento da enfermagem enquanto profissão (integração ao nível do ensino superior, a criação do bacharelato, da licenciatura, da ordem profissional, ente outras) determinou uma perceção, por parte dos enfermeiros, da década de 90 como “(...) *uma época de sedimentação e consciencialização*” (Nunes, 2003, p. 345), capaz de criar as condições necessárias a uma problematização do tipo de saberes produzidos pela prática profissional e das suas formas de produção, de modo a dar suporte às competências.

Presentemente, a enfermagem afirma-se “(...) *como disciplina do conhecimento autónoma, com um campo de intervenção próprio, tomando por objecto a resposta humana aos problemas de saúde e aos processos de vida assim como as transições enfrentadas pelos indivíduos, famílias e grupos, ao longo do ciclo de vida*”. (OE, 2007, p. 6). Como tal, para o Conselho de Enfermagem, os cuidados de Enfermagem:

*“(...) tomam por foco de atenção a promoção de projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente*”. (OE, 2007, p. 6).

Os cuidados a prestar utilizam metodologia científica, que inclui:

- a) A identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade;*
- b) A recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta;*
- c) A formulação do diagnóstico de enfermagem;*
- d) A elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem;*
- e) A execução correcta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários;*
- f) A avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções*”. (REPE, capítulo II, art.º 5.º, ponto 3).

Na atualidade, existe um único nível de formação em enfermagem ao qual corresponde o grau de licenciado, com quatro anos de formação, que permite a inscrição na Ordem dos Enfermeiros e o conseqüente uso do título profissional de Enfermeiro de Cuidados Gerais.

Em 2005, depois de uma interrupção de vários anos, foram reabertos os cursos de especialidade em enfermagem. Estes cursos não conferem grau académico mas constituem a única via de acesso ao título de enfermeiro especialista nas diferentes áreas de enfermagem.

O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de equipa multidisciplinar, tendo uma atuação de complementaridade relativamente aos demais profissionais de saúde, podendo ter intervenções interdependentes e autónomas, no âmbito das suas qualificações profissionais (REPE, capítulo II, art.º 4.º, ponto 4).

As intervenções interdependentes são o resultado de prescrição de outro elemento da equipa de saúde, assumindo o enfermeiro a responsabilidade pela sua implementação:

*“ (...) ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas”. (REPE, capítulo IV, art.º 9.º, ponto 3)*

Enquanto nas intervenções autónomas é o enfermeiro que prescreve e implementa a intervenção:

*“ (...) ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem”. (REPE, capítulo IV, art.º 9.º, ponto 2)*

No exercício profissional autónomo o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem de modo a diminuir os riscos e os problemas detetados.

Segundo Carpenito (2003), o diagnóstico de enfermagem consiste num julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde/ processos vitais reais ou essenciais, o qual proporciona a base para a seleção das intervenções de enfermagem visando ao alcance de resultados pelos quais a enfermeira é responsável.

O desenvolvimento induzido pela investigação tem facilitado a delimitação de um corpo específico de conhecimentos e a afirmação da individualização e autonomia da enfermagem na prestação de cuidados de saúde. (OE, 1998)

Martins (2008) refere que, apesar da origem modesta, a enfermagem percorreu um longo caminho até adquirir a notabilidade e a importância que desfruta atualmente. Considera ainda que, para tal, terá contribuído não só a formação mas também o investimento na investigação. O mesmo autor salienta que a investigação na área da enfermagem surgiu em Portugal no final da década de 70 com o Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Pública e posteriormente com os vários cursos de especialização. Nessa altura, a investigação realizada na área de enfermagem era essencialmente académica.

A carreira de enfermagem, com o Decreto-Lei 437/ 91 de 8 de Novembro, Secção II, Capítulo I, Art.º 7.º, passou a incluir a investigação no conteúdo funcional das várias categorias a partir de enfermeiro especialista.

Começaram então a surgir vários estudos fora do contexto de formação, essencialmente virados para a prática, sem as habituais restrições temporais e envolvendo vários profissionais.

O exercício profissional é pautado por princípios e valores constantes do Código Deontológico (Decreto-Lei n.º 104/ 98) referente a boas práticas. Estabelece que o enfermeiro deve conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido (secção II, art.º 80.º, alínea a) e participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados (secção II, art.º 80.º, alínea b), salvaguardando os direitos da pessoa com deficiência e colaborando ativamente na sua integração social (secção II, art.º 81.º, alínea d). Deve, também, participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida (secção II, art.º 82.º, alínea c).

Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no código deontológico dão forma a boa prática de enfermagem. Neste contexto, os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos doentes.

*“As intervenções de enfermagem, são frequentemente optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de Enfermagem visam a alteração de comportamentos tendo em vista a adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde”. (OE, 2001, p. 9)*

A formalização das competências do enfermeiro de cuidados gerais surgiu em 2001, por regulamentação da Ordem dos Enfermeiros, fundamentadas nas diretrizes do Conselho Internacional de Enfermeiras. Os enfermeiros são protagonistas e responsáveis pela boa prestação dos cuidados a partir de uma ótica que requer o desenvolvimento de novas competências para enfrentar de forma adequada uma prestação de cuidados de qualidade que garanta a abordagem integral das necessidades e seja adequada aos problemas de saúde e sociais que apresentam os doentes.

Na prática profissional o enfermeiro depara-se frequentemente com situações diferentes às quais tem de dar resposta. Para tal tem de equacionar uma série de variáveis complexas. Por um lado equacionar-se a si próprio enquanto pessoa e profissional e por outro equacionar o contexto da sua ação. Segundo Lopes (2006), a esta capacidade complexa e dinâmica de resposta diversos autores chamam competência.

Lopes (2006, p. 79) enumera algumas características das competências:

- Só se conjugam no contexto da prática;
- Resultam da atividade construtiva do indivíduo aquando da interação consigo próprio e com os outros;
- São compostas por um conjunto de saberes de natureza diversa;
- O sujeito pode não estar plenamente consciente de alguns desses saberes.

Considera-se que a competência não é estática, não resulta somente de conhecimentos adquiridos, é, antes, um processo adaptativo e progressivamente evolutivo desde a aplicação dos saberes teóricos às diversidades e adversidades do quotidiano.

As competências em enfermagem têm sido alvo de interesse de diversos autores como Collière (1999), Hesbeen (2000), Benner (2005), Watson (2002) e Phaneuf (2003). Também Gomes nos seus estudos publicados em 1999, 2006 e 2008 tem dado grande relevo ao desenvolvimento de competências na área de enfermagem de reabilitação. No estudo publicado em 1999, considera que em enfermagem ser competente implica uma abertura às inovações de forma a aceitar e promover mudança na prática quotidiana. As competências surgem como a adequação dos saberes ao desenvolvimento da prática.

Costa (2006) ao abordar a formação, práticas e competências dos enfermeiros considera que o processo de produção de competências se constrói não só a partir do enquadramento intraprofissional, que engloba os enfermeiros e os seus percursos de formação, mas também com a contribuição das interações que se desenvolvem no contexto profissional, social e cultural, numa relação de complementaridade.

Abreu (2003) considera que aos enfermeiros não é somente exigido o tradicional conjunto de saberes, ao nível das habilidades, destreza e segurança, como também lhes são exigidas competências que contribuam para o desenvolvimento da profissão.

Lopes (2006) no estudo “A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica” refere que os valores, as crenças e os conhecimentos adquiridos, ao longo das vivências profissionais, tornam o enfermeiro apto a lidar com as diversas situações que

surgem no seu cotidiano de trabalho, contribuindo para isso a sua formação acadêmica e o envolvimento no exercício profissional diário.

De acordo com Moniz (2003) para que os enfermeiros sejam competentes, torna-se necessário que mobilizem saberes organizados e sistematizados, diretamente relacionados com as competências que caracterizam a enfermagem.

Perreneud et al. (2001, 2002) definem competência com a capacidade de mobilizar diversos recursos cognitivos e relacionais para enfrentar determinada situação. Segundo o autor esta definição é demarcada pelas seguintes observações: as competências não são elas mesmo saberes ou atitudes, mas mobilizam, integram e orquestram tais recursos; as competências profissionais constroem-se, em formação, mas também ao sabor da prática diária do profissional, de uma situação de trabalho a outra. Também Le Boterf (2005) considera que a noção de competência se relaciona com a capacidade de mobilizar diversos recursos cognitivos para fazer face a situações da prática profissional.

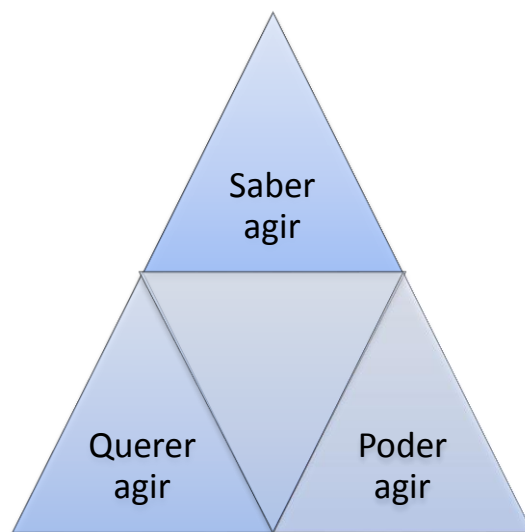
Para Phaneuf (2003), competência inclui habilidades cognitivas, psicomotoras e sócio afetivas que, de uma forma integrada, permitem exercer um papel, função, tarefa ou atividade. Para esta autora, competência é um fenómeno difícil de definir, mas aponta algumas das suas características: não é estática, pois não se adquire à partida; vai-se atingindo, enriquecendo e atualizando em busca de um ideal, pelo que o conceito por vezes se identifica com a excelência. Refere também as vias pelas quais se pode alcançar, nomeadamente uma formação sólida, mas também a personalidade ou a acumulação de experiências marcantes. Ter conhecimentos e possuir habilidades não chega para ser competente. A competência afirma-se na complexidade das situações reais, nas quais se é capaz de utilizar os conhecimentos de uma forma pertinente, adequada, eficaz e responsável.

Hesbeen (2002) entende como competência a capacidade de organizar os recursos de prestador de cuidados numa dada situação profissional. Para o mesmo autor, cada indivíduo tem de saber desenvolver as suas competências com base nos seus recursos. Não é suficiente ter vastos conhecimentos se a pessoa não consegue articulá-los com a realidade. Para tal há que transformar esses recursos em competências. Hesbeen (2002) considera ainda que a competência pode ser representada por um triângulo cujos vértices apontam para a ação.

Le Boterf (2005) refere ainda que as competências podem surgir como o resultado de três fatores:

- Saber agir – que exige os conhecimentos, as habilidades e os recursos do profissional;
- Querer agir – que é a prova de que a ação faz sentido para o profissional;
- Poder agir – que depende do contexto organizacional em que o profissional se situa.

FIGURA 1: Conceito de competência



Adaptado de: BOTERF, Guy Le – *Construir competências individuais e colectivas: respostas a 80 questões*. Porto: Asa Editores, 2005, p. 28

Hesbeen (2000) lembra que não se pode confundir competências e qualificações. Considera que embora as qualificações possam alimentar as competências estas têm sempre que ser analisadas face à situação que se apresenta. Reforça que a formação não produz competências mas sim aquisição de informação, de capacidades e de conhecimentos que, posteriormente se transformarão em competências. Para cada experiência de vida existe uma competência própria assim como para cada situação profissional, que é determinada, antes de mais, pela capacidade de quem cuida, independentemente da sua qualificação, em proporcionar o encontro com o outro e em acompanhá-lo no caminho a realizar.

Collière (1989) considera que, em qualquer profissão, a aquisição de competências decorre do domínio prévio de um conjunto organizado de conhecimentos. Há que ter em conta as fontes desses conhecimentos e o modo como se organizam e utilizam. A autora preconiza que estes conhecimentos sejam proporcionados não só pelas atividades

formativas, mas pelo próprio campo de exercício profissional. Sugere que estas fontes de conhecimento sejam levadas em conta nas instituições de saúde por exemplo, sob a forma de grupos de reflexão e que sejam utilizadas no enriquecimento dos cuidados de enfermagem.

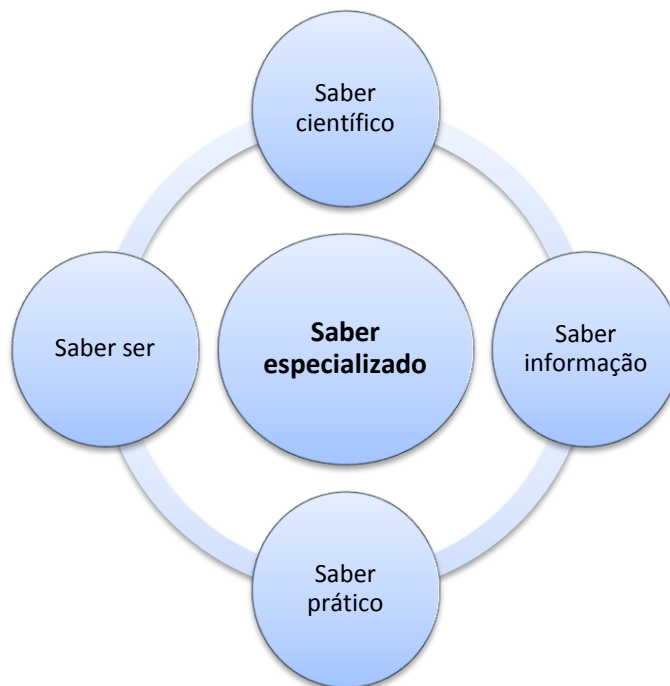
Gomes (2006) refere que a formação é considerada necessária para uma melhoria da prática e que surge nos enfermeiros especialistas uma conceção de formação mais dirigida para o desenvolvimento de atitudes de autonomia mais adequada aos novos cenários.

Le Boterf (2005) propõe uma listagem de seis competências para as profissões complexas: saber agir com pertinência; saber mobilizar os saberes e conhecimentos no contexto profissional; saber combinar saberes múltiplos e heterogéneos; saber transferir; saber aprender e aprender a saber empenhar-se.

Walter (1998) referenciada por Moniz (2003, p. 27) considera que *“(...) os saberes mobilizados no contexto da profissão de enfermagem são fruto de uma mobilização teórica e prática de uma multiplicidade de conhecimentos especializados, adquiridos ao longo de toda a formação inicial e, posteriormente com a experiência profissional”*. A mesma autora refere os tipos e os conteúdos dos saberes úteis aos cuidados de enfermagem:

- a) Saber científico – saber sistematizado numa teoria, feito de conceitos interligados em função de certas regras;
- b) Saber informação – saber adquirido através da observação objetiva da pessoa/família, na relação com colegas e outros profissionais, onde o saber, questionar, analisar e confrontar são as palavras-chave;
- c) Saber ser – saber que nasce da natureza e autenticidade da pessoa do enfermeiro. Aprende-se com a prática e está estritamente dependente dos valores do enfermeiro;
- d) Saber prático – saber que suporta a realização dos atos de enfermagem. Nele enquadra-se a destreza, a eficácia, a segurança e a capacidade de realizar ações.

FIGURA 2: Mobilização de saberes e suas vertentes



Fonte: MONIZ, José Manuel Nunes – A enfermagem e a pessoa idosa: a prática de cuidados como experiência formativa. Loures: Lusociência, 2003, p. 27-28.

Pires (1994), define quatro grandes grupos de competências do foro pessoal e relacional dos indivíduos, que são essenciais para cuidar dos doentes:

- Competências Genéricas – que são as características do indivíduo que acentuam o funcionamento eficaz durante a sua vida e determinam um comportamento. Os comportamentos são reveladores de características pessoais, podendo alguns ser diretamente observáveis e outros latentes;
- *Soft Skills* – que se definem como um conjunto de competências fundamentais: flexibilidade, adaptabilidade, autonomia, responsabilidade, criatividade, iniciativa, abertura a novas ideias, motivação, liderança e capacidade de trabalho em grupo, de comunicação, de análise e aprendizagem;
- Competências Chave – que é entendida como a capacidade que uma pessoa tem, de fazer um exame crítico e compreender o que se passa no local de trabalho. Esta capacidade de julgamento pessoal é o que orienta as outras atividades, baseadas na compreensão e no conhecimento prático obtido pelo indivíduo;
- Competências de 3.<sup>a</sup> Dimensão – são aquelas que não fazem apelo nem às capacidades intelectuais do indivíduo nem às capacidades psicomotoras, mas à terceira dimensão do comportamento da pessoa, por vezes denominado de saber ser, ou atitudes sócio

afetivas, ou ainda características pessoais. Estas competências são agrupadas em quatro categorias:

- 1- Comportamentos profissionais e sociais – estes comportamentos estão ligados a tarefas concretas de um determinado contexto social ou profissional, estabelecidas a partir de diferentes formas de análise do trabalho, de composição da ação, abordagem das funções na perspetiva de uma organização qualificante;
- 2- Atitudes – estas englobam as atitudes relacionais e de comunicação, as capacidades relativas à autoimagem, as capacidades de adaptação e de mudança;
- 3- Capacidades criativas – são observadas em três tipos de situações distintas: fazendo face ao imprevisto, improvisando e recorrendo à intuição, mobilizando capacidades intelectuais, emocionais e sensoriais;
- 4- Atitudes existenciais ou éticas – estas referem-se aos valores e à perspetiva existencial do sujeito. A capacidade de análise crítica para transformar as situações vividas e constituir o seu próprio projeto pessoal, a capacidade de autoformação e de pesquisa.

Estas competências são essenciais para um desempenho responsável, efetivo e autónomo da profissão de enfermagem.

O conhecimento em enfermagem é socialmente construído no contexto das interações que acontecem entre a enfermeira e o doente. É neste processo de construção de práticas de cuidados que os enfermeiros desenvolvem os seus conhecimentos clínicos avançados. De acordo com Benner (2005) devem destacar-se os seguintes aspetos nesse processo:

- A perícia avançada e o poder de possuir múltiplas perspetivas que se refere aos modos que se relacionam com o facto de o conhecimento ser dialogado e coletivo isto é, ocorre na conversação e nas inter-relações com os outros e é coletivo porque as compreensões partilhadas criam um todo maior do que a soma das partes;
- A modelação de competências inerentes à pessoa e ao modo de ser, que se refere à educação através da demonstração e do exemplo que ocorre num grupo social;
- A partilha e a comunhão de uma visão coletiva da excelência e das práticas consideradas inquestionáveis, que se refere às noções do bem (no sentido do bem-fazer), das práticas que são postas à prova e que são partilhadas num dado grupo social;

- O clima emocional e social que se refere às qualidades de confiança, de sintonia e de sentido de oportunidade dentro do grupo.

Benner (2005, p. 45-59) distingue o carácter evolutivo da aquisição de competências. A autora aplicou o modelo de aquisição de competências à enfermagem, fundado sobre o estudo de jogadores de xadrez e de pilotos de avião, pelo matemático e analista de sistemas Stuart Dreyfus e pelo filósofo Hurbert Dreyfus. No estudo por ela realizado chegou à conclusão que existem 5 níveis ou estados de desenvolvimento de competências, correspondendo o último a uma prática de excelência: Iniciada, Iniciada Avançada, Competente, Proficiente e Perita. Descreve para cada um as características e comportamentos e identifica as respetivas necessidades de ensino/ aprendizagem.

**Estado 1: Iniciada** – Não tem ainda nenhuma experiência das situações, pelo que necessita de regras para guiar os seus atos. São-lhe por isso imprescindíveis os elementos objetivamente mensuráveis e as normas. Isto confere à iniciada um comportamento tipicamente limitado e rígido. É o caso das enfermeiras que se iniciam num novo serviço em que os doentes e respetivos cuidados não lhes são familiares.

**Estado 2: Iniciada Avançada** – Já tem um número suficiente de experiências que lhe permite reconhecer os fatores significativos que se repetem em situações reais semelhantes. O seu comportamento já é classificado de aceitável, embora ainda necessitem de ajuda no estabelecimento de prioridades pois tendem a ignorar o que diferencia, em grau de importância, cada situação.

**Estado 3: Competente** – Trabalha no mesmo serviço há dois ou três anos. Planifica de forma consciente e deliberada as suas ações, estabelecendo prioridades de acordo com os atributos e aspetos de cada situação. Faz uma análise consciente, abstrata e analítica dos problemas. Tem alguma rapidez e maleabilidade, fazendo frente à maior parte dos imprevistos habituais na prática de enfermagem.

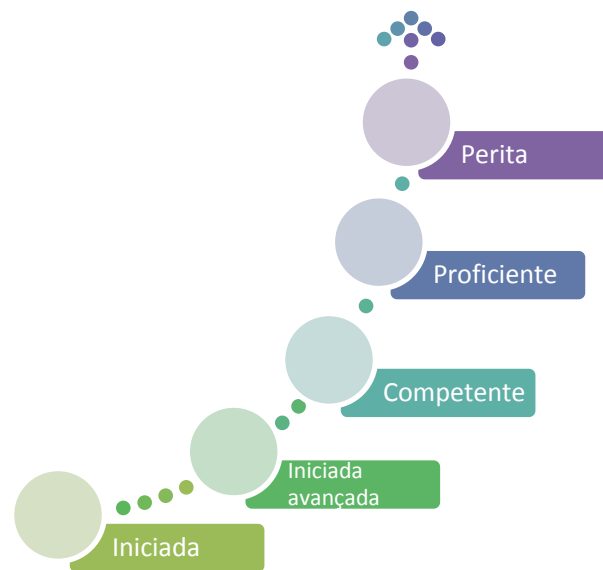
**Estado 4: Proficiente** – Tem aproximadamente cinco anos de experiência no mesmo serviço. Perceciona as situações no seu todo e já não de forma fragmentada. Esta perspetiva global permite-lhe ter a capacidade de prever os acontecimentos típicos de uma determinada situação e facilita o seu processo de tomada de decisão. Guia-se por máximas ao ter já uma grande compreensão da situação.

**Estado 5: Perita** – Já tem uma grande experiência, que lhe permite uma compreensão profunda da situação global, agindo por intuição. Não perde assim grande tempo a analisar o problema. A sua tomada de decisão torna-se rápida e segura. O reconhecimento dos

colegas e doentes é visível. No entanto, as suas competências não podem ser reconhecidas pelos métodos quantitativos habituais de avaliação. Requerem sim uma perspetiva interpretativa e estratégias qualitativas de avaliação, nomeadamente a partir de descrições de situações clínicas onde fizeram a diferença com a sua intervenção.

A figura seguinte refere o carácter evolutivo da aquisição de competências na perspetiva de Benner (2005):

FIGURA 3: Carácter evolutivo da aquisição de competências



Adaptado de: BENNER, Patricia – De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica em enfermagem. 2.ª ed. Coimbra: Quarteto, 2005, p. 39-56.

Benner (2005) considera que a perícia em matéria de tomadas de decisões humanas complexas, como é o caso nos cuidados de enfermagem, torna possível a interpretação das situações clínicas. Além disso, os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática da enfermagem e do desenvolvimento da ciência da enfermagem. Desta forma, Phaneuf (2003) refere que os princípios expostos por Benner demonstram bem o efeito combinado da maturação e da experiência para desenvolver não somente a competência dos enfermeiros, mas também a excelência na sua prática.

Pires (1994), apela a competências genéricas essenciais a um perfeito desempenho no exercício profissional, deste modo as intervenções vão-se configurando num campo próprio de atitudes, de saberes e competências próprias da enfermagem. A autora considera cinco

tipos de saberes que vão suportar as competências, conforme é descrito no quadro seguinte:

QUADRO 2: Tipos de saberes que suportam as competências

Saberes	Definição
<b>Das técnicas</b>	Comportamentos profissionais ou sociais formulados de uma forma precisa e formalizada, com um conjunto de procedimentos para facilitar a sua aquisição. São domínio das situações bem delimitadas, onde é possível reproduzir etapas de procedimentos específicos, como nas normas de procedimentos de enfermagem ou algoritmos de decisão. Este é um domínio do saber que evolui, naturalmente, à medida que a ciência e a técnica se desenvolvem.
<b>Das estratégias cognitivas</b>	Englobam as capacidades de análise de problemas, de diagnóstico de situação, de tomada de decisão e pressupõem a mobilidade das atitudes mentais. São metodologias indicadoras de opções alternativas e de orientações para a ação, que visam melhorar a aquisição de estratégias na abordagem dos problemas e a adaptabilidade dos indivíduos. Este é um campo importante para relevância da tomada de decisão em enfermagem.
<b>Saber social</b>	Inclui todos os conhecimentos que permitem que cada um se identifique no meio em que se insere como ator social, englobando elementos desde a cultura profissional até à sensibilidade cultural e sociológica de cada um.
<b>Saber relacional</b>	Que está implicado na relação com os outros, com características próprias que cada um de nós foi e vai desenvolvendo ao longo da sua biografia. Este é outro domínio essencial para a enfermagem pelo significado dos aspetos relacionais que se traduz numa área de grande sensibilidade atual.
<b>Conhecimento de si</b>	Das suas potencialidades e limitações, que está relacionado com a autoimagem e autoconfiança, mobiliza para a ação, num processo ligado às representações sociais. As competências associadas a este tipo de saber, desde a autoconsciência à autoavaliação, são fundamentais ao exercício.

Fonte: PIRES, Ana Luísa de Oliveira – *As novas competências profissionais*. Formar, n.º 10, (Fevereiro/ Março/ Abril 1994), pág. 4-19

Dias (2006) organizou as competências em categorias multidimensionais, centradas nas dimensões pessoal, científica, técnica, sócio afetiva, relacional, comunicativa e ético-moral. A autora propõe uma tipologia de competências que agrupa todos os saberes que devem ser desenvolvidos ao longo do processo formativo para que os formandos se desenvolvam ao nível do saber (competências do domínio cognitivo), do saber-fazer (competências de domínio psicomotor) e do saber-ser (competências do domínio sócio afetivo, relacional e ético moral), conforme descreve o quadro seguinte:

QUADRO 3: Tipologia de competências

<b>Tipologia de competências</b>		
<b>Saberes</b>	<b>Saber-fazer</b>	<b>Saber-fazer</b>
<p><b>Competências:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Competências gerais ou genéricas;</li> <li>• Saberes gerais e especializados no âmbito da profissão.</li> </ul>	<p><b>Competências:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Competências do domínio psicomotor;</li> <li>• Técnicas e procedimentos que caracterizam a profissão.</li> </ul>	<p><b>Competências:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Socio-afetivas;</li> <li>• Relacionais;</li> <li>• Ético-morais.</li> </ul>

Fonte: DIAS, Maria de Fátima Pereira Batista – *Construção e validação de um inventário de competências: contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado*. Loures: Lusociência, 2006.

Dias (2006) agrupou o perfil de competências em cinco categorias e designou-as por:

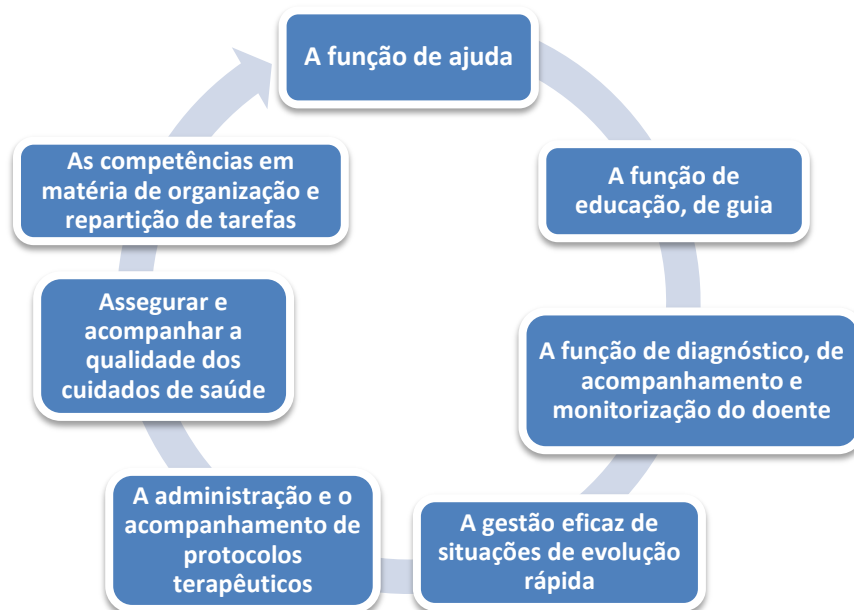
- Competências pessoais (também designadas por genéricas, chave, terceira dimensão ou *soft-skills*);
- Competências científicas (os conhecimentos, diferentes formas de saberes e saberes formalizados);
- Competências técnicas (os saberes-fazer que caracterizam a profissão);
- Competências sócio-afectivas (incluindo as componentes relacionais);
- Competências ético-morais (dimensões do desenvolvimento pessoal, social e moral).

As competências pessoais ou genéricas são competências ligadas às vivências pessoais e relacionais dos indivíduos. Enquadram-se no tipo de vivências pessoais, familiares e sociais, a partir das quais os sujeitos se desenvolvem, aprendem e educam (Dias, 2006). Assumem-se como características pessoais que antecedem, promovem ou potenciam as competências científicas, técnicas, relacionais e ético-morais. Acentuam o funcionamento eficaz do indivíduo durante a sua vida e determinam o seu comportamento. São competências transferíveis de umas situações para outras já que sendo apreendidas com a experiência também manifestam um conjunto de conhecimentos acumulados ao longo da vida, que determinam a forma como o indivíduo se gere a si próprio. Pires (1994) acrescenta que para a aquisição destas competências contribuem todas as experiências de vida ocorridas em contextos informais, atividades de trabalho, formação e atividades ligadas à vida social e familiar. De entre vários autores como Pires (1994), Jordão (1995) e Levy-Leboyer (2009) destacam-se as seguintes competências pessoais ou genéricas: iniciativa, motivação, criatividade, adaptabilidade, autonomia, flexibilidade e responsabilidade.

Queirós (2007) invoca um saber de ação que utiliza a capacidade de adaptar uma conduta a uma situação concreta, recorrendo aos conhecimentos, apelidando-o de saber profissional de enfermagem. Este saber provém de uma atividade complexa e organizada, levada a cabo por pessoas que cumprem rigorosos programas de formação exclusivos da profissão em causa e permitem a integração de conhecimentos provenientes de várias áreas afins.

Benner (2005) descreve os seguintes domínios dos cuidados de enfermagem nos quais os saberes profissionais são suportados e quando cumpridos irão permitir uma articulação interprofissional facilitada em proveito da excelência nos cuidados de enfermagem:

FIGURA 4: Domínios dos cuidados de enfermagem



Fonte: BENNER, Patricia – De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica em enfermagem. 2.ª ed. Coimbra: Quarteto, 2005, p. 66

Pires (1994) define as competências genéricas ou transversais como sendo as características do indivíduo que acentuam o seu funcionamento eficaz durante a vida. Os comportamentos são reveladores das características pessoais que o sujeito desenvolve na sua vida, através de experiências vividas, em oposição à aquisição tradicional de conhecimentos por aprendizagem escolar. Identificam-se as seguintes competências genéricas principais:

QUADRO 4: Competências genéricas

Competências genéricas	Definição
Espírito de iniciativa	Capacidade do indivíduo em realizar ou propor as ações necessárias, sem ser forçado pelos acontecimentos ou antes de ser solicitado por alguém
Perseverança	Tentar realizar ações mais do que uma vez ou de diferentes maneiras, ultrapassar os obstáculos que se interpõem à consecução dos objetivos
Criatividade	Criar um produto original, imaginativo ou expressivo, também

	aplicável às ideias
Sentido de organização	Habilidade para desenvolver planos lógicos, detalhados, a fim de orientar as ações em relação a um objetivo
Espírito crítico	Habilidade para pensar de forma analítica e sistemática; aplicar princípios ou conceitos de análise de problemas a fim de descrever um conjunto de conhecimentos
Autocontrolo	Manter-se calmo e em poder dos seus meios em situações emotivas ou stressantes
Atitude de liderança	Habilidade de se responsabilizar por um grupo, por uma atividade e organizar os esforços coletivos de forma eficaz
Persuasão	Habilidade em persuadir os outros ou obter o seu apoio com o fim de reabilitar a sua vontade
Autoconfiança	Sentimentos de segurança ou de certeza nas suas próprias capacidades, habilidades e julgamentos; uma vontade aberta em defender o seu próprio julgamento de valores face à oposição
Perceção e interperceção nas relações pessoais	Habilidade em “ler” as preocupações, os interesses e os estados emotivos dos outros, reconhecendo e interpretando os indícios subtis
Preocupação e solicitude em relação aos outros	Preocupação pelos outros, pelas suas necessidades e bem-estar, e uma vontade afirmada para escutar os seus problemas, encorajá-los e dar-lhes segurança
Atitude à autoformação	Capacidade que uma pessoa tem de fazer um exame crítico e compreender o que se passa no local de trabalho; esta capacidade de julgamento pessoal é o que orienta todas as outras atividades, baseadas na compreensão e no conhecimento prático detidas pelos indivíduos

Fonte: PIRES, Ana Luísa de Oliveira – *As novas competências profissionais*. Formar, n.º 10, (Fevereiro/ Março/ Abril 1994), pág. 4-19

Phaneuf (1995, 2003) aborda quatro aspetos fundamentais da formação em Enfermagem. Relativamente aos programas de formação a autora defende que estes devem ultrapassar os conceitos teóricos e devem-se situar nas competências individuais de cada enfermeiro, devem ser pensados de forma integrada, valorizando habilidades cognitivas e psicomotoras, atitudes, princípios, valores e capacidades de organização e de relação de cada um. A capacidade de resolução de problemas que estimula o pensamento criativo com que Phaneuf nos contempla, como estratégia formativa, amplia-se em

contexto de trabalho, pois lança mão de outras competências que são assimiladas pelos formandos:

- Habilidade na socialização com o meio circundante;
- A importância do trabalho em equipa;
- A necessidade de organização individual do trabalho;
- A relevância das relações interpessoais;
- A vantagem da partilha de responsabilidades;
- O prazer em aprender a aprender com as novas situações;
- O valor da comunicação;
- A relevância da tomada de decisão individual ou em grupo perante situações novas, ou outras tantas competências que se revelam em contextos únicos e em condições especiais.

Le Boterf (2003) refere que os contextos da saúde tornam-se desafiadores na resposta a objetivos de *performance*. Para tal, é necessário mobilizar um conjunto de recursos internos e externos da pessoa, a constituição de um *habitus* do serviço e gerir uma multiplicidade de variáveis do contexto, onde o modo de agir do profissional caracteriza o seu nível de desempenho e a acomodação das aquisições das aprendizagens efetuadas.

### **3 – Unidades de Cuidados Intensivos**

São múltiplos os cenários onde o trabalho dos enfermeiros se realiza e se assume como essencial ao bem-estar das populações. As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI's) constituem exemplos de serviços hospitalares que vivem essencialmente do trabalho destes profissionais. As UCI's surgiram a partir da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento a doentes graves, em estado crítico, mas tidos ainda como recuperáveis e da necessidade de observação constante, assistência médica e de enfermagem contínua, centrando os doentes num núcleo especializado.

Foi com a experiência de terreno de Florence Nightingale na guerra da Crimeia em 1853, que nasceu a ideia de separar os doentes por alas, de acordo com a necessidade de cuidados. É com Nightingale que surgem as primeiras unidades pós anestésicas: salas de

vigilância onde eram colocados os soldados após as cirurgias. As unidades pós anestésicas vieram antecipar as UCI's, onde começaram a ser admitidos doentes não apenas do foro cirúrgico e onde se concentram altas tecnologias de monitorização e tratamento.

Nos anos 30, surgem locais onde os doentes recuperam de cirurgias mais invasivas e posteriormente com a epidemia da poliomielite entre 1946 e 1954 foi impulsionada a criação de unidades de assistência respiratória na Dinamarca e na Suécia que depois se disseminaram por toda a Europa.

Em Portugal as primeiras UCI's remetem-nos para as décadas de 40, 50 e 60 nos hospitais de Coimbra e do Porto. Em 1962 é criado o serviço de Reanimação no Hospital de Santo António, com a colaboração do serviço de anestesiologia. Em simultâneo é também criada no Hospital de São João uma unidade semelhante, com a mesma denominação e também da responsabilidade do serviço de anestesia.

Hudak e Gallo (1997) referem que na década de 60, houve um rápido crescimento de unidades de cuidados intensivos em hospitais gerais. Paralelamente a esse crescimento e progresso surgiram as novas tecnologias, unidades altamente modernas e aumento da utilização de aparelhos invasivos e não invasivos para medir, monitorizar e regular os sistemas orgânicos, tornando os cuidados intensivos potencialmente mais amedrontadores, mais solitários, confusos e desumanizados que antes.

Nestas unidades são internados doentes cujo estado clínico se considera crítico, em que existe falência de um ou mais órgãos vitais ou que há possibilidade que isso venha a ocorrer.

Segundo o Ministério da Saúde (2003), a prática de cuidados intensivos assenta num contínuo de ações e procedimentos (humanos e instrumentais) de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, assegurados em função das necessidades do doente, 24 horas por dia.

As UCI's constituem atualmente serviços de ponta em termos tecnológicos, onde a vigilância é maximizada pela presença dos profissionais de saúde, mas também por dispositivos de monitorização sofisticados. Trata-se de uma área de cuidados diferenciada e multidisciplinar, em que se tratam doentes em situação fisiopatológica de ameaça ou mesmo falência de uma ou mais funções vitais de forma a poder tratar o original problema clínico e possibilitar uma recuperação efetiva e uma futura vida com qualidade. (Ministério da Saúde, 2003)

O internamento em UCI é sempre um tempo transitório necessário a alguns doentes em risco de vida, sendo assim entendido como elemento de um processo de tratamento e não como o tratamento em si.

Melhores acessos aos hospitais tal como, um melhor sistema de emergência pré-hospitalar, tornaram o internamento em UCI essencial. Assim o internamento nestas unidades tem aumentado, o que implica equipas multidisciplinares permanentes, com formação específica, treinados a utilizar procedimentos de tratamento e diagnóstico caros, bem como monitorizações sofisticadas e exigentes.

O papel da enfermagem nas UCI's é mais tecnológico, mais orientado fisiologicamente, mais intenso e com mais exigência intelectual que antes, e com essas alterações o aspeto do cuidar como principal dimensão da enfermagem tornou-se mais importante mas simultaneamente mais ameaçado. O papel do enfermeiro que se ocupa do doente crítico é essencial para o sucesso do tratamento intensivo e altamente especializado, uma vez que a sua observação contínua da situação clínica do doente, coloca-o numa posição única para identificar problemas e iniciar os procedimentos adequados.

O objetivo de manutenção da vida obriga a uma assistência intensiva e a uma tecnologia altamente sofisticada, o que exige equipamento e dotações de pessoal adequadas de forma a satisfazer as necessidades previstas para estes doentes.

O processo de trabalho nas UCI's implica um empenho coletivo, na medida em que a gravidade e complexidade dos doentes requerem a utilização de tecnologia sofisticada, reavaliações clínicas constantes e procedimentos complexos, com tomadas de decisões imediatas. São frequentemente os enfermeiros que auto impõe um elevado grau de expectativas sobre o seu desempenho, na tentativa de assim conseguirem manter o seu equilíbrio emocional. Trata-se de um comportamento de defesa para lidar com a constante pressão a que estão submetidos.

As exigências que pesam sobre os enfermeiros são muitas, tanto a nível físico como emocional. Os recursos humanos nem sempre são adequados tanto em número como em diferenciação e, muitas vezes as decisões sobre os cuidados de enfermagem a prestar podem parecer duvidáveis e questionáveis.

O enfermeiro de cuidados intensivos executa as suas funções de acordo com a sua formação base, através dos conhecimentos adquiridos ao longo das suas trajetórias profissionais e mobilizando uma atitude reflexiva nas diversas situações com que se vai

deparando no seu dia-a-dia, adquirindo desta forma um conjunto de competências científicas e técnicas que o possibilitam executar adequadamente o seu trabalho. Lopes (2006) refere que qualquer profissional na sua realidade profissional necessita de desenvolver competências para lidar com as dificuldades e até mesmo com as surpresas que lhe vão surgindo no seu quotidiano profissional. As experiências vivenciadas a nível profissional e no contexto social possibilitam que os enfermeiros se desenvolvam profissionalmente para atingir segurança na tomada de decisão, de modo a que se sintam à vontade para prestar cuidados e encarar a família do doente.

Os avanços científicos vieram ajudar os doentes a superar a doença aguda, mas por outro lado a torná-los cronicamente críticos. Uma elevada percentagem de doentes que sobrevive a episódios agudos requer longos períodos de reabilitação, sobretudo, porque associada à longa estadia na UCI e à ventilação prolongada, estão perdas musculares com graves consequências a nível funcional, dependência nas atividades de vida diária, ansiedade, depressão e fadiga, que diminuem substancialmente a qualidade de vida. Por outro lado, a ventilação mecânica prolongada reduz o transporte mucociliar, provocando retenção de secreções e aumentando desta forma o risco de pneumonia associada à ventilação.

Associado ao tratamento em UCI, os doentes são submetidos a longos períodos de imobilidade provocados pela gravidade de cada situação e à administração de terapêutica vasopressora, sedativa e curarizante, expondo-os a complicações inerentes à imobilidade, como atrofia, disfunção e fraqueza muscular, diminuição da capacidade funcional e risco de úlceras de pressão, entre outras.

Lourenço e Mendes (2011) referem que os efeitos adversos da imobilidade se podem tornar bastante mais incapacitantes do que propriamente a doença que esteve na sua origem.

### *3.1 – O Enfermeiro de Reabilitação numa UCI*

A patologia poderá ser interpretada como uma limitação do potencial máximo da pessoa. A doença crónica representa uma necessidade de adaptação na rotina do

quotidiano, sendo interpretada como fator de crise, ameaçando a estabilidade de uma pessoa inserida no contexto familiar, profissional, social e cultural.

O termo reabilitação segundo Martins (2002) significa tornar a habilitar, permitindo aproveitar a capacidade máxima das funções, com o objetivo de possibilitar ao doente adaptação à sua nova realidade de vida e conseguindo se possível, a integração essencialmente a três níveis: atividades de vida, relação com a família e relação com a sociedade.

O enfermeiro de reabilitação, tem como missão promover intervenções preventivas, não só para assegurar as capacidades funcionais dos doentes, mas também de forma a evitar mais incapacidades, prevenir complicações e defender o seu direito à qualidade de vida, à socialização e à dignidade.

Reabilitar não é só reeducar a função, mas tornar de novo válido (Hesbeen, 2002). A promoção da adaptação da pessoa à situação de doença é um dos campos abraçados pela enfermagem, já defendido por Callista Roy nos anos 70. De acordo com o seu modelo conceptual, uma pessoa integrada em equilíbrio com o meio, é considerada saudável apesar das limitações.

A Circular normativa n.º 11/ 89 de 24 de Agosto da Direção Geral dos Hospitais preconiza que a possibilidade de intervenção de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação é muito extensa, pode ser implementada em todos os grupos etários, e nos mais diversos serviços hospitalares (serviços de índole cirúrgica, de medicina e/ ou unidades de cuidados intensivos).

A reabilitação implica a existência de um método específico para cada pessoa, onde cada um aprende a lidar com o seu processo de reabilitação e ao mesmo tempo a ser interventivo, delineando e modificando o seu projeto de saúde. A reabilitação implica a prevenção de lesões, pseudo limitações funcionais e deficiências dando ênfase à promoção de saúde e qualidade de vida nas populações de todas as idades. (Hesbeen, 2001).

De acordo com Delisa (2002), o enfermeiro de reabilitação avalia as condições de saúde do doente e ajuda a determinar metas a curto e longo prazo. Ainda segundo o autor anterior, as funções do enfermeiro de reabilitação dão ênfase a certas prioridades relacionadas com a “promoção das funções máximas”. O enfermeiro deve maximizar as pequenas habilidades e realizar modificações ambientais que proporcionem diminuir a diferença entre dependência e independência.

A reabilitação pretende capacitar o doente com défice para que melhore as funções físicas, intelectuais, psicológicas e/ ou sociais. Compreende um programa durante o qual o doente progride ou mantém o máximo grau de independência possível.

Perante estas definições abrangentes de reabilitação, o enfermeiro intervém ao longo do ciclo vital, numa abordagem personalizada, tendo em conta o polo de dependência/ independência aos três níveis de prevenção. Adquirindo o papel de ajudar os doentes e famílias no seu processo adaptativo e estratégias de *coping*, repercutindo-se na capacidade de validação e negociação com o doente de modo a ocorrerem reformulações positivas no seu projeto de vida e de saúde, originando assim ganhos em saúde.

O doente internado em cuidados intensivos apresenta, a maior parte das vezes, restrições motoras graves. O posicionamento adequado no leito e a mobilização precoce podem significar as únicas possibilidades de interação com o ambiente e devem ser considerados fonte de estimulação sensoriomotora assim como de prevenção secundária da imobilidade.

A mobilização precoce dos doentes na unidade de cuidados intensivos tem um forte precedente histórico no entanto, mais recentemente, a sedação profunda e repouso fazem parte da rotina para muitos doentes ventilados mecanicamente. Estudos recentes demonstram que sobreviventes de doença crítica severa, com internamento prolongado, frequentemente têm significativas alterações neuromusculares e complicações que prejudicam o seu desenvolvimento físico-funcional, implicando grandes alterações na qualidade de vida após a alta hospitalar.

Martins (2002) defende que a reabilitação deve ser instituída precocemente de forma a evitar as situações de contracturas e atrofia musculares ou mesmo outros efeitos decorrentes da imobilidade.

O longo período de imobilidade no leito e os seus mecanismos associados podem desempenhar um papel importante na progressão da fraqueza neuromuscular em doentes críticos. Assim, uma nova abordagem para o tratamento de doentes ventilados mecanicamente inclui:

- Mobilização logo após admissão na unidade de cuidados intensivos;
- Redução da sedação profunda e aumento da reabilitação terapêutica.

O interesse da reabilitação precoce do doente apoia-se em recentes publicações que descrevem as complicações neurológicas enfrentadas pelos doentes que sobrevivem

após internamento em unidades de cuidados intensivos, especialmente aqueles com doença crítica severa e mecanicamente ventilados por um longo período. Através do processo de reabilitação o doente pode readquirir capacidades e aprender novas formas de realizar determinadas tarefas de modo a compensar qualquer disfunção residual. Existe um forte consenso entre os especialistas que o elemento mais importante em qualquer programa de reabilitação é a prática direta, bem orientada e repetitiva.

Vários são os estudos que demonstram a validade e os benefícios para o doente. Santos et al. (2010) consideram que a mobilização precoce em UCI se revela importante na prevenção de complicações da imobilidade, otimização do transporte de oxigénio e melhoria da ventilação alveolar, facilitando o desmame ventilatório e num patamar mais alto, maximizando a independência e melhorando a qualidade de vida. Ao abordarem um estudo realizado por Jones & Griffiths (2000), as autoras referem que os doentes com maior tempo de internamento em UCI submetidos a ventilação mecânica prolongada, estão sujeitos a maior perda de massa muscular e a uma recuperação muscular mais lenta, quando relacionados com doentes com tempos de internamento mais curtos. As mesmas autoras ao referirem outro estudo realizado por Bahadur, Jones & Ntoumenopoulos (2008) apontam uma menor taxa de mortalidade dos doentes que foram mobilizados, sentados na cama ou fizeram levantar em relação aos doentes que não foram alvo desses cuidados. Assim, reconhece-se a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação, de forma a fazer diferença na evolução da situação clínica, minimizando as complicações da imobilidade prolongada.

Lourenço e Mendes (2011) consideram que não existem cuidados de enfermagem de reabilitação diferentes para cuidados intensivos. Existem, isso sim, doentes com diferentes características e necessidades aos quais é necessário adaptar os cuidados.

O início de uma mobilização precoce tem como objetivos prevenir ou minimizar as complicações decorrentes da imobilidade no leito, maximizar a independência e facilitar o desmame ventilatório. Desta forma a importância da mobilização precoce passa pelos ganhos na capacidade funcional, mas repercute-se num patamar mais elevado, ao promover a independência do indivíduo e a melhoria da sua qualidade de vida.

O processo de reabilitação envolve cinco parâmetros principais:

1. Prevenir, reconhecer e controlar as complicações e comorbilidades;
2. Readquirir o máximo de independência;

3. Facilitar a capacidade de adaptação do doente e família para se ajustarem à nova situação;
4. Prevenir o défice secundário através da promoção da reintegração social, incluindo o acompanhamento do regresso a casa;
5. Reforçar a qualidade de vida tendo em conta o défice residual.

A reabilitação motora faz parte do cuidado multidisciplinar aos doentes em cuidados intensivos. A intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação compreende os cuidados ao doente crítico com o objetivo de evitar complicações respiratórias, motoras e funcionais.

Como já foi referido, frequentemente os doentes admitidos em unidades de cuidados intensivos evoluem para um estado de fraqueza generalizada. Além das condições prévias, vários são os fatores que podem contribuir para a ocorrência desta complicação, incluindo: inflamações sistémicas, uso de alguns medicamentos como corticoides, sedativos e bloqueadores neuromusculares, descontrolo glicémico, desnutrição, hiperosmolaridade, nutrição parentérica, duração da ventilação mecânica e imobilidade prolongada.

A imobilidade compromete os sistemas respiratórios, cardiovascular, gastrointestinal, músculo-esquelético, génito-urinário, metabólico, cutâneo e neurológico. O desuso, em repouso, inatividade ou imobilização de membros ou corpo e a perda de inervação promovem declínio na massa muscular, força e endurance. Com a total imobilidade, a massa muscular pode reduzir para metade em menos de duas semanas e associada a sepsis declinar até 1,5 kg dia. Nos casos em que a conexão neural para o músculo é destruída, a atrofia muscular ocorre ainda mais rapidamente. Todos estes fatores associados contribuem para um prolongamento do tempo de internamento na UCI, resultando em maior risco de complicações, aumento do índice de morbilidade e mortalidade e custos mais elevados.

Hawkey e Williams (2007) referem-nos as oito categorias de intervenção em que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação pode influenciar os cuidados:

FIGURA 5: Áreas de atuação do enfermeiro de reabilitação



Adaptado de: HAWKEY, Brenda; WILLIAMS, Jane – *Role of the rehabilitations nurse: RCN Guidance (Royal College of Nursing)*, 2007, p. 5. ISBN: 978-1-904114-69-7.

### 3.2 – Fatores Geradores de Stresse

Na área da saúde, o stresse tem sido alvo de vários estudos. A opinião de que a enfermagem ocupa um lugar de destaque é unânime, no entanto, o contexto dos cuidados intensivos é ainda pouco conhecido em relação a alguns aspetos relacionados com o contexto de trabalho. Este ambiente não familiar de alta tecnologia e de terapia intensiva é uma das fontes de stresse mais sentidas pelo doente e família. Para o doente e família este contexto representa um internamento que irá condicionar a interação enfermeiro/ doente/ família. O doente numa situação de dependência e excluído do seu sistema habitual de referências está sujeito aos cuidados que lhe são prestados, num local desconhecido e ameaçador.

As unidades de cuidados intensivos surgem-nos como um ambiente hostil, ao primeiro contacto, nomeadamente para nós enfermeiros. Geralmente associa-se ao internamento de um doente em cuidados intensivos, a ideia de “situação desesperada”, o isolamento da família e do mundo e a ideia de morte.

O ambiente dos cuidados intensivos só por si sujeita os doentes a situações de crise, perante as formas de terapêutica médica e de enfermagem mais avançadas.

O doente e família, embora parcialmente conhecedores da natureza especial dos cuidados nestas unidades, reparam sobretudo no aspeto exterior: luzes que se apagam e acendem; aparelhos que apitam; ambiente ruidoso e excessivamente iluminado; pessoal atarefado, equipados com máscaras, batas e luvas. Os fatores geradores de stresse para o doente e família são imensos e provocados em parte pelo equipamento sofisticado que pode salvar a vida do doente.

Quando o doente crítico entra na UCI, é invadido por múltiplas intervenções, muitas delas dolorosas, como sejam a entubação endotraqueal, a colocação de cateter central e arterial para além de outros procedimentos invasivos. O doente vê-se então impossibilitado de falar e por vezes de se mexer, num local estranho onde os sons dos alarmes se ouvem constantemente, rodeado de estranhos e sem saber o que lhe vai acontecer.

Muitos doentes pedem constantemente explicações sobre o seu estado clínico, sobretudo à medida que vão conhecendo melhor os enfermeiros e se sentem encorajados para colocarem questões, o que notoriamente os tranquiliza.

Uma das maiores preocupações do doente é a de não poder falar quando está entubado endotraquealmente, pois a impossibilidade de comunicar através de linguagem verbal, coloca-o numa posição de desvantagem não só por não conseguir fazer perguntas acerca do seu estado de saúde, como também por não conseguir partilhar preocupações e receios. A comunicação por outro lado, também é inibida pelo ambiente, como as luzes intensas, os ruídos, os sinais de agitação, que perturbam e inibem o doente causando-lhe um grau de ansiedade elevado.

Os estímulos do meio ambiente da UCI variam em intensidade ao longo do dia, e esta alternância entre sobrecarga sensorial e ausência da mesma pode provocar no doente alucinações, desorientação, paranoia, ansiedade e agressividade.

Quem trabalha em cuidados intensivos reconhece sem dúvida alguns destes sintomas a que os doentes são sujeitos e que muitas vezes se manifestam no período da noite, habitualmente o momento em que o ambiente da UCI é mais tranquilo. Durante a noite os doentes manifestam muitas vezes dificuldade ou incapacidade de dormir, emergindo sentimentos como medo, desamparo e isolamento.

Também os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros de cuidados intensivos estão sujeitos a fatores geradores de stresse. Espera-se que o enfermeiro de cuidados intensivos tenha conhecimentos científicos e técnicos avançados assim como uma grande capacidade de observação e de manuseamento de equipamentos altamente sofisticados. As exigências também são grandes ao nível das competências comunicacionais, perante doentes com necessidades psicológicas contínuas, que o enfermeiro pode ser tentado a considerar de pequena prioridade numa situação crítica.

Na UCI o risco psicológico é determinante no sentido em que o enfermeiro convive diariamente com situações de alta complexidade que envolvem grande sofrimento, morte e angústia de doentes e família, situações com as quais é necessário agir em detrimento das emoções pessoais. No entanto, embora as situações indutoras de stresse sejam comuns a todos os profissionais a forma como as vivenciam difere de indivíduo para indivíduo, sendo que cada pessoa utiliza diferentes estratégias para as ultrapassar, umas mais eficazes que outras. O stresse ocupacional refere-se à interação das condições de trabalho com as características do trabalhador, de tal modo que as exigências que lhe são criadas ultrapassam a sua capacidade em lidar com elas.

Estudos efetuados em diversos países, acerca do tema, revelam como fontes de stresse mais frequentemente mencionadas pelos enfermeiros, as seguintes:

- Sobrecarga horária;
- Quantidade de trabalho,
- Rotina;
- Ambiguidade e conflito de papéis;
- Nível elevado de responsabilidade;
- Falta de autonomia ou controlo.

### *3.3 – Comunicação/ Relação de Ajuda na Interação Enfermeiro/ Doente/ Família*

Quando um membro da família é admitido numa unidade hospitalar, a estrutura familiar sofre um abalo. Seja por agudização de uma patologia crónica ou por uma situação súbita, a adaptação do sistema familiar torna-se problemática, pondo à prova os seus mecanismos adaptativos. O internamento poderá mesmo impor uma alteração nas relações

e nos papéis de cada um dos membros, implicando uma completa reorganização da vida familiar.

Se o doente, enquanto tal, necessita de cuidados diferenciados, a família poderá necessitar de ajuda para recuperar o seu equilíbrio. Do conjunto da equipa de saúde que assiste e cuida do doente, o enfermeiro encontra-se numa situação privilegiada para identificar, delinear e coordenar uma resposta às necessidades expressas pelos familiares.

Para estabelecer uma relação de ajuda é necessário compreender o outro, aceitá-lo incondicionalmente sem fazer juízos de valor. Assim, o enfermeiro deve-se adaptar à singularidade do ser humano, compreendendo-o em toda a sua trajetória de vida e planeando a assistência de acordo com as suas necessidades individuais, para poder dar uma resposta integral às suas inquietações e medos.

Segundo Lazure (1994, p. 13), ajudar é *“(...) oferecer ao cliente, sem os impor, os meios complementares que lhe permitam descobrir ou reconhecer os recursos pessoais a utilizar como quiser, para resolver o seu problema”*.

O enfermeiro que verdadeiramente quer ajudar ao estabelecer esta relação de ajuda, deverá ter em conta um aspeto fundamental que é a comunicação. Para Fachada (2000), a comunicação é um instrumento básico da interação humana que permite ao enfermeiro estar próximo do seu doente. Comunicar é, segundo Fachada (2000, p. 12), *“(...) trocar ideias, sentimentos e experiências entre pessoas que conhecem o significado daquilo que se diz e do que se faz”*.

Phaneuf (2003) considera a comunicação como um processo que permite aceder ao outro e compreendê-lo. Pode passar pela simples troca de informação ou chegar à partilha de sentimentos e emoções. Compreende aspetos verbais e não-verbais. Pelo seu intermédio percebemos as intenções, opiniões, sentimentos e emoções do outro e podemos chegar mesmo, ao estabelecimento de laços significativos.

Comunicar consiste também em influenciar. E o enfermeiro, no seu papel profissional, influencia a pessoa que está particularmente vulnerável devido ao estado de doença. Essa influência deve estar ao serviço, primeiro que tudo, da criação de uma relação de confiança que, depois, permite o estabelecimento de uma relação de ajuda. Para o enfermeiro dignificar a responsabilidade dessa influência deve estar imbuído de valores humanistas marcados pela qualidade da sua presença, pelo respeito e autenticidade.

Phaneuf (2003) aponta uma série de atitudes a ter: manter a confiança; manifestar respeito; conservar a confidencialidade; criar uma aliança terapêutica; manter-se aberto ao outro; honrar os compromissos; manter-se realista e evitar desapontar.

A convivência entre pessoas é um fenômeno difícil, complexo e desafiante, porque as pessoas comunicam, sentem atrações, antipatizam e sentem aversões, aproximam-se, afastam-se, entram em conflito, competem, colaboram e desenvolvem afeto. Os familiares demonstram que se a equipe de enfermagem apresentar atitudes de amizade, empatia e colaboração, torna a relação mais familiar. (Diogo e Pena, 2005)

Os familiares e os profissionais têm clara necessidade de comunicação para que a inter-relação pessoal venha favorecer a orientação, informação, esclarecimento sobre o papel do familiar no cuidado, importância do seu envolvimento, as normas e as rotinas do hospital, entre outros. (Diogo e Pena, 2005)

É cada vez mais importante que a equipe de enfermagem tenha uma visão mais ampla, compreendendo a ação para o doente, mas também abrangendo o seu familiar, no seu planejamento do cuidar, para que ele tenha uma participação mais efetiva nesse processo e que se torne num momento de interação, possibilitando informações que orientam o estabelecimento de ações centradas no seu entendimento como sujeito do processo. (Diogo e Pena, 2005)

O cuidar, sendo intrínseco ao próprio deve também ser transportado para o outro sempre que este necessita da nossa ajuda, numa perspectiva do cuidar em enfermagem. Esta prática do cuidar deve traduzir-se numa relação de ajuda, que deve ser intrínseca aos cuidados de enfermagem como garantia da excelência dos mesmos.



## CAPÍTULO II – PROPOSTA METODOLÓGICA

*“Só se nos detivermos a pensar nas pequenas coisas  
chegaremos a compreender as grandes”*

José Saramago

## 1 – Opções Metodológicas

A metodologia ou desenho do estudo, como refere Polit e Hungler (1995), deve mencionar os procedimentos técnicos que o investigador pensa implementar no desenvolvimento do mesmo, tendo em conta a sua finalidade e objetivos.

Fortin (1999) considera que é nesta fase do processo de investigação que o investigador determina os métodos que irá utilizar para responder à questão de investigação colocada na fase empírica. Nesta fase são apresentados o desenho de estudo e os instrumentos de recolha de dados, é definida a população e amostra assim como as estratégias de análise.

Assim, de seguida serão abordados os aspetos metodológicos deste estudo, sendo apresentados: a contextualização da problemática, a finalidade do estudo e os objetivos da investigação. Apresentar-se-á a caracterização do estudo, com a designação da amostra, do instrumento de recolha de dados e considerações sobre procedimentos de carácter ético.

As opções metodológicas não seguiram o fio condutor de um só autor, mas resultaram de constructos preconizados por vários investigadores qualitativos.

Fortin (2003) refere que o início de uma investigação se realiza com a escolha de um domínio particular de interesse para o investigador, que posteriormente se transpõe para questões de investigação suscetíveis de serem estudadas. Assim, constata-se que frequentemente numa unidade de cuidados intensivos os doentes, pela gravidade dos seus diagnósticos, perdem a capacidade de realizar as atividades inerentes ao autocuidado de forma independente. Daí que, a avaliação sistemática que o enfermeiro faz do doente permita identificar a capacidade de autocuidado inadequada para alcançar os requisitos de autocuidado, sendo diagnosticado assim o *deficit* de autocuidado.

Por outro lado, as unidades de cuidados intensivos encerram em si próprias características físicas, psíquicas, socioculturais e tecnológicas que lhes conferem um elevado grau de complexidade e especificidade. Assim sendo, a atuação do enfermeiro de reabilitação pode contribuir para que o doente consiga desenvolver capacidades de forma que se torne independente para o autocuidado. Uma vez que não existe muito suporte

teórico sobre o papel do enfermeiro de reabilitação nestas unidades e constatando a importância do déficit para o autocuidado nestes doentes, este estudo pode contribuir para a construção e o aprimoramento do conhecimento do cuidado a partir de novos olhares, pensamentos e formas de atuação.

A metodologia serve para mostrar tudo o que se fez para responder ao problema de investigação (Polit e Hungler 1995) e consequentemente, constitui o caminho para o desenvolvimento e concretização dos objetivos da investigação. Assim, de seguida, descrevemos a fundamentação das opções metodológicas, incluindo os objetivos e a finalidade da investigação, o tipo de estudo, o contexto e os participantes e o modo como se processou o trabalho de campo, abrangendo o instrumento de recolha de dados e o processamento dos mesmos, sem esquecer as considerações éticas, tentando encontrar respostas para a inquietação que despoletou esta investigação.

### *1.1 – Objetivos e Finalidade do Estudo*

Após definir a questão de partida, torna-se necessário construir os objetivos que nos propomos atingir com a realização desta investigação. *“O objetivo do estudo num projecto de investigação enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer para obter respostas às suas questões de investigação”*. (Fortin, 1999, p. 99)

O objetivo do estudo está dependente do nível de conhecimento existente sobre determinado fenómeno. Assim, visto existirem poucos estudos de investigação sobre esta temática, o objetivo do estudo será partir à descoberta do assunto em análise, com vista a descrever o fenómeno. São os seguintes os objetivos deste estudo:

- Identificar as intervenções desenvolvidas pelo enfermeiro de reabilitação face aos autocuidados no doente dependente em cuidados intensivos;
- Descrever a forma como os enfermeiros de reabilitação incorporam o modelo de autocuidado na prática de cuidados ao doente dependente em cuidados intensivos;
- Conhecer a perceção das competências do enfermeiro de reabilitação numa unidade de cuidados intensivos.

A finalidade deste estudo consiste em compreender as competências do enfermeiro de reabilitação em contexto de trabalho e perceber a influência do contexto da

prática, da trajetória pessoal e profissional na construção dos saberes de forma a contribuir para uma melhor prática de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Segundo Fortin (1999) as questões de investigação decorrem diretamente dos objetivos e especificam os aspetos a estudar, constituindo assim as premissas sobre as quais se apoiam os resultados da investigação.

Para este estudo de investigação formulamos as seguintes questões orientadoras:

- Quais as intervenções desenvolvidas pelo enfermeiro de reabilitação face aos autocuidados no doente dependente em cuidados intensivos?
- Como é que os enfermeiros de reabilitação incorporam o modelo de autocuidado na prática de cuidados ao doente dependente em cuidados intensivos?
- Qual a perceção das competências do enfermeiro de reabilitação numa unidade de cuidados intensivos?

## *1.2 – Tipo de Estudo*

A metodologia tem um papel importante no desenvolvimento de um trabalho de investigação, ainda que se deva considerar que não são os métodos que distinguem a pesquisa qualitativa e quantitativa, mas sim os pressupostos epistemológicos.

Os fatores predominantes para a determinação da metodologia de um estudo são o fenómeno objeto de análise, a abordagem do mesmo e o objetivo do estudo.

Atendendo às finalidades e à natureza específica do valor atribuído ao estudo da importância da atuação desempenhada pelo enfermeiro de reabilitação com doentes dependentes no autocuidado num serviço de cuidados intensivos de um hospital central, optamos por uma metodologia qualitativa.

A investigação qualitativa segundo Bogdan e Biklen (1994) surgiu no final do século XIX e princípio do século XX, atingindo o seu apogeu nas décadas de 60 e 70 como resultado de novos estudos de investigação.

Bogdan e Biklen (2003, p. 47-51) caracterizam a investigação qualitativa com base em cinco pressupostos:

- A fonte de dados corresponde ao ambiente natural, onde os indivíduos permanecem no seu contexto real e habitual;
- Os dados recolhidos são descritivos, sendo apresentados sob a forma de palavras e não de números, e vulgarmente justificados por citações;
- O investigador interessa-se mais pelo processo do que pelos resultados obtidos ou produtos, isto é, dá ênfase à riqueza que os dados transmitem para a análise do estudo, mais do que, a quantidade dos dados obtidos;
- O investigador analisa os dados de forma indutiva (do particular para o geral), agrupando-os após a recolha e construindo de forma contínua significados reflexivos;
- O significado é de importância vital na investigação qualitativa. A descrição e compreensão da forma como as pessoas dão sentido às coisas constitui o foco de interesse do investigador, isto é, o modo como interpretam e percebem uma situação, bem como, a forma como constroem significados.

Ainda de acordo com Bogdan e Biklen (1994) na investigação qualitativa o investigador comporta-se mais de acordo com o viajante que não planeia do que com aquele que o faz meticulosamente. Enquanto na investigação de natureza quantitativa utiliza dados de natureza numérica que lhe permitem provar relações entre variáveis. A investigação qualitativa utiliza basicamente metodologias que permitam criar dados descritivos que possibilitem observar o modo de pensar dos participantes na investigação.

Nos métodos qualitativos o investigador deve estar completamente envolvido no campo de ação dos investigados, uma vez que, na sua essência este método de investigação baseia-se principalmente em conversar, ouvir e permitir a livre expressão dos participantes. Neste tipo de investigação pretende-se tirar partido da relação de proximidade criada entre o investigador e o objeto de estudo. (Bogdan e Biklen, 1994)

O nível dos conhecimentos existentes no domínio em estudo condiciona a escolha do tipo de investigação. De acordo com Fortin (1999, p. 137), “(...) os problemas de investigação apresentam-se sob diversas formas, correspondendo a diferentes níveis de conhecimentos e exigem diferentes métodos para os resolver”. Para Fortin (1999), quando existe pouca ou nenhuma bibliografia no domínio, o estudo será do tipo exploratório-descritivo. Considera-se o estudo exploratório, dado que se procurará clarificar um conceito pela obtenção de novos conhecimentos, através da descrição, da comparação e da clarificação das observações relativas a esse conceito.

### 1.3 – Contexto e Participantes do Estudo

Para Fortin (1999, p. 202), a população é “(...) *uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. O elemento é a unidade de base da população junto da qual a informação é recolhida*”. No que se refere aos participantes, dado que este estudo é de natureza qualitativa, a questão da representatividade no sentido estatístico não é tida em conta, visto interrogar-se um número limitado de pessoas. No entanto, a seleção dos participantes deve respeitar sempre o princípio da heterogeneidade e os objetivos que se pretende alcançar, obedecendo aos critérios da investigação.

Segundo Streubert (2002) os indivíduos que constituem a população da investigação qualitativa são designados por “participantes” ou “informantes” (Streubert e Carpenter, 2002). O autor refere também que “*Os indivíduos são seleccionados para participar na investigação qualitativa de acordo com a sua experiência, em primeira-mão, da cultura, interação social ou fenómeno de interesse*”. (Streubert e Carpenter, 2002, p. 25)

Deste modo, selecionar uma população alvo exige do investigador um exaustivo conhecimento dos possíveis candidatos e as circunstâncias que os envolvem.

Na seleção dos participantes optamos por uma amostra não probabilística intencional, porque nos interessava saber qual a opinião de alguns enfermeiros, nomeadamente enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Este tipo de amostra tem um carácter flexível, porque além de não requerer um grande número de participantes, o seu objetivo não é testar hipótese mas sim tentar perceber as perspetivas dos sujeitos do estudo de investigação sobre o tema em análise. A amostra não probabilística intencional cumpre alguns critérios prévios de seleção. Como refere Fortin (1999), a amostra não probabilística é um processo pelo qual todos os elementos da população não têm uma probabilidade igual de serem escolhidos para fazerem parte da amostra e é uma amostra intencional, porque é uma técnica que tem por base o julgamento do investigador na escolha dos indivíduos para constituir a amostra, em função do seu carácter típico.

O grupo de participantes deste estudo é assim constituído por nove enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação.

O género predominante é o feminino, o que corresponde ao padrão habitual da profissão, sendo a proporção na amostra de 3 para 1.

A idade não condicionou a seleção da amostra mas os participantes apresentavam-se nos seguintes grupos etários: dos 31 aos 35 anos (44,44 %), seguindo-se o grupo entre os 36 e os 40 anos (33,33 %) e por último o grupo entre os 41 a 45 anos (22,22 %), sendo a média de 37 anos. Como se verifica o grupo dos participantes com maior incidência é o que está acima dos 31 e abaixo dos 36 anos ou seja adultos jovens, o que nos parece relevante para este estudo. Serão pessoas que terão também uma razoável experiência de vida para além da experiência profissional.

Os anos de profissão variam entre os 9 e os 20 com uma média de 14 anos, correspondendo também ao tempo de término do bacharelato. Quanto ao tempo de licenciatura varia entre os 9 e os 17 anos, com uma média de 10 anos. Em relação ao tempo de exercício profissional também nos parece ser importante se considerarmos o que refere Benner (2001, p. 172) *“É a sua experiência que lhe permite ultrapassar as suas incertezas”* a experiência não faz necessariamente referência ao tempo passado a exercer uma profissão, mas sobretudo a um processo ativo que consiste em formar e modificar teorias e ideias ligadas de muito perto à realidade.

Relativamente ao tempo de exercício como enfermeiro de reabilitação, variou entre 1 e 13 anos, sendo a média de 3 anos. Verificamos que os elementos com menos anos de profissão tinham apenas um ano de exercício como enfermeiro de reabilitação, enquanto o elemento com mais anos de profissão tinha 13 anos na categoria de especialista. Os dados denotam que há elementos que embora com menos anos de experiência, já revelam um bom desenvolvimento das suas competências profissionais. De notar que a maioria dos entrevistados passou 1 a 2 anos sem prestar cuidados de reabilitação, apresentando apenas o elemento com maior tempo na categoria de especialista um tempo de apenas 7 meses.

Quanto a outro tipo de formação na área de reabilitação após o fim da especialidade, apenas dois elementos referiram que realizaram um curso de massagem terapêutica e outro elemento, um curso de cinesiterapia respiratória.

Como critérios de seleção definimos: enfermeiros com experiência profissional o que, de acordo com Benner (2005), é um profissional que transforma a competência. A mesma autora considera que a aquisição de competências baseadas sobre a experiência é mais segura e mais rápida se assentar em boas bases pedagógicas.

#### *1.4 – Instrumento de Recolha de Dados*

O investigador, numa recolha de dados, deve ter a noção de que o instrumento selecionado irá responder às suas expectativas, de modo a atingir os objetivos da investigação inicialmente propostos.

Nos estudos exploratório-descritivos, o investigador tem como objetivo colher o maior número de informações possíveis, de modo a abranger os vários aspetos do fenómeno. Para isso, utiliza frequentemente, como instrumento de recolha de dados, a entrevista. De acordo com Fortin (1999) a entrevista não é uma simples conversa; é um modo de comunicação verbal estabelecido entre o investigador e os participantes, com a finalidade de recolher dados relativos às questões de investigação formuladas.

As entrevistas qualitativas de acordo com Bogdan e Biklen (1994) variam quanto ao grau de estruturação, desde as entrevistas estruturadas até às entrevistas não estruturadas.

Neste estudo de investigação, o instrumento de recolha de dados adotado foi a entrevista semiestruturada por parecer mais adequada ao contexto e por permitir maior segurança ao investigador. Neste tipo de entrevista, o investigador formula questões a partir dos temas que pretende estudar, segundo uma ordem que lhe convém, de modo a que no fim todos os temas tenham sido abordados.

Após permissão da autora, a entrevista semiestruturada a utilizar foi a entrevista desenvolvida por Gomes (1999) no seu estudo sobre a temática “Enfermagem de Reabilitação: das práticas às competências”. O instrumento de recolha de dados encontra-se no Anexo IV.

Foi realizado um pré-teste, que consistiu na aplicação da entrevista a uma pequena amostra que retrate as características da população em análise, com o objetivo de verificar a eficácia e a pertinência das perguntas da entrevista. Esta fase é imprescindível, pois permite corrigir ou modificar a entrevista, solucionar problemas imprevistos e alterar as perguntas, se necessário. A primeira entrevista realizada funcionou como pré-teste, tendo-se averiguado a eficácia (clareza e assertividade das questões) relativamente aos objetivos. Desta forma, após aplicação do pré-teste, o instrumento de recolha de dados não sofreu alterações.

## 1.5 – Procedimento para Recolha de Dados

Uma das estratégias para a recolha de informação permitida pelo método qualitativo é a entrevista. A entrevista pode constituir a *“(...) estratégia dominante para a recolha dos dados”*. (Bogdan e Biklen, 1994, p. 134) Neste sentido a nossa opção foi a entrevista semiestruturada. Na entrevista semiestruturada fica-se com a *“(...) certeza de se obter dados comparáveis entre os vários sujeitos”* (Bogdan e Biklen, 1994, p. 135) o que se mostra relevante para a finalidade deste estudo.

As entrevistas foram realizadas num ambiente informal, descontraído e sem pressões, procurando sempre deixar os entrevistados responder à vontade e falar livremente dos seus pontos de vista. Por outro lado, em todas as entrevistas, o investigador colocou questões que exigissem alguma exploração de ideias. Como refere Bogdan e Biklen (1994, p. 136) as entrevistas devem *“(...) evitar, tanto quanto possível perguntas que possam ser respondidas com “sim” e “não”, uma vez que os pormenores e detalhes particulares “(...) são revelados a partir de perguntas que exigem exploração”*.

Com a realização da entrevista pretendeu-se recolher a opinião, individualmente, de cada participante, através da interação entre o investigador e o entrevistado, a realizar no próprio contexto de trabalho e na hora indicada pelo participante.

A entrevista organizou-se por quatro partes, na primeira parte da entrevista eram realizados os processos de informação sobre a investigação seguindo-se o momento do consentimento e em caso afirmativo, então procedíamos à assinatura do mesmo. No segundo passo consistia uma recolha sumária, a fim de fazer a caracterização dos participantes, seguia-se o corpo da entrevista e por ultimo encerrávamos a entrevista com o acordo da confirmação dos registos efetuados.

Do corpo da entrevista faziam parte vários blocos com objetivo de recolher dados relativos ao percurso profissional e de formação; às competências genéricas; às *Soft Skills* e às competências de terceira dimensão.

O tempo médio utilizado em cada uma das entrevistas foi de aproximadamente 30 minutos. As questões foram colocadas de forma aberta para permitir deixar espaço para que os participantes pudessem expressar livremente as suas convicções e tendências sobre as temáticas.

As entrevistas foram gravadas, após consentimento dos participantes. A seguir a cada uma das entrevistas ouvimos a gravação, para verificar se esta fazia sentido e se havia necessidade de mais uma entrevista. O *verbatim* foi transcrito, logo após a mesma, constituindo estas transcrições os dados deste estudo.

A credibilidade foi assegurada através de solicitação a cada participante para “(...) *reverem e explicarem os resultados finais*” como refere Zalon citado por Streubert (Streubert e Carpenter, 2002, p. 91) e em local de preferência de cada sujeito. Alguns dos participantes efetuaram correções ao registo da sua entrevista, nomeadamente, correção de termos e pontuação e reformularam o sentido de algumas das respostas.

### 1.6 – *Tratamento e análise dos dados*

Todos os dados provenientes de um estudo, independentemente do método de recolha de dados utilizado, nada representam se não forem devidamente registados, analisados e interpretados. Tudo o que é dito ou escrito é suscetível de ser submetido a uma análise de conteúdo.

Bardin (2009, p. 44) define análise de conteúdo como: “*Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (...) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção (...) destas mensagens*”. Nesse sentido, a análise de conteúdo desenvolveu técnicas que procuram atingir os significados manifestos do material qualitativo, como a análise de expressão, a análise das relações, a análise temática e a análise de enunciação.

A análise de conteúdo realizada ao nível das respostas dos enfermeiros oferece a possibilidade de tratar, de forma metódica, informações e testemunhos sobre a prática, que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade (Quivy e Campenhoudt, 1997).

Para proceder à análise das entrevistas, optamos pela utilização da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2009, p. 121) que preconiza três fases consecutivas:

#### 1. *A pré-análise;*

2. *A exploração de material;*
3. *O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.*

Inicialmente realizamos várias leituras sucessivas, verticais e minuciosas de cada uma das entrevistas, o que permitirá definir o *corpus* de análise que de acordo com Bardin (2009, p. 122), “(...) é o conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”.

Posteriormente delimitamos as unidades de registo que, segundo Bardin (2009, p. 130), “É a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização (...)”.

Quando existe ambiguidade na forma de referenciar o sentido dos elementos codificados, é necessário que se definam unidades de contexto pois estas servem “(...) de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registo) são óptimas para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registo”. (Bardin 2009, p. 133)

A unidade de registo pode ser de natureza e de dimensões variáveis (temas, palavras, frases, etc.). “O tema é geralmente utilizado como unidade de registo para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc. As respostas a questões abertas, as entrevistas (não directivas ou mais estruturadas) individuais ou de grupo (...) podem ser, e são frequentemente, analisados tendo o tema por base”. (Bardin, 2009, p. 131)

Tendo em consideração os objetivos desta investigação e a possível natureza do material a analisar, a determinação das unidades de registo será realizada segundo uma análise de carácter temático, ou seja, utilizaremos o tema como unidade de registo. Segundo Berelson, citado por Bardin (2009, p. 131), o tema consiste numa “(...) afirmação acerca de um assunto. Quer dizer, uma frase, ou uma frase composta, habitualmente um resumo ou uma frase condensada, por influência da qual pode ser afectado um vasto conjunto de formulações singulares”.

Por último, proceder-se-á à categorização que consiste na “(...) operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (...) com os critérios previamente definidos. As categorias, são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão das características comuns destes elementos”. (Bardin, 2009, p. 145)

De acordo com Bardin (2009) a categorização é um processo que tem como objetivo fornecer uma representação simplificada dos dados brutos. Pode ser efetuada segundo dois processos inversos: por “caixas” (o sistema de categorias é fornecido inicialmente e os elementos são categorizados da melhor forma, à medida que vão surgindo) ou por “acervo” (o sistema de categorias resulta da classificação analógica e progressiva dos elementos. O título conceptual de cada categoria só é determinado no final da categorização).

Neste estudo, as categorias serão definidas posteriormente uma vez que vão emergir do *corpus* de análise.

Após as várias leituras, as entrevistas foram transcritas na íntegra em suporte informático para serem sujeitas posteriormente a uma análise de conteúdo. De acordo com Bardin (2005), a análise de conteúdo permite tirar partido de um material dito “qualitativo”, como é o caso destas entrevistas. A análise de conteúdo mostrou-se uma técnica apropriada para tratar os dados deste estudo na medida em que precisavam de ser interpretados de forma a extrair deles os seus significados latentes. Impunha-se por isso um trabalho em que a riqueza da análise subjetiva do investigador, embora necessariamente presente, estivesse aliada ao rigor objetivo deste método. Como refere Bardin (2009, p. 11) *“Enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre os dois pólos do rigor da objectividade e da fecundidade da subjectividade”*.

Os dados foram reescritos conforme o guião da entrevista ou seja, alocando os dados em conformidade com a disposição das questões do guião. Desta maneira, a partir dos dados transcritos e impressos, foi possível desenvolver a análise de conteúdo. Nesta sequência, tivemos necessidade de ouvir atentamente as gravações. Realizaram-se várias leituras dos registos obtidos. Streubert (2002) refere que *“Os investigadores qualitativos necessitam “ouvir” cuidadosamente aquilo que viram, ouvirem ou experimentaram para descobrir os significados”*. (Streubert e Carpenter, 2002, p. 32)

Mantivemos o compromisso e cuidado desde o início da análise de dados em tentar respeitar teoricamente todas as informações contidas nos discursos dos participantes, assim, foi possível identificarmos e extrairmos as declarações significativas.

## 1.7 – Considerações Éticas

A ética refere-se à exigência de fundamentação do agir, isto é, à determinação dos princípios que estão na base da ação humana. De acordo com Fortin (1999, p. 114), “(...) a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”.

Toda a investigação realizada com seres humanos levanta questões morais e éticas. O Código de Nuremberga nasce, portanto, da necessidade de definir regras morais de experimentação sobre os seres humanos. Todos os investigadores devem submeter-se a este código quando decidem utilizar pessoas como sujeitos de investigação.

Nos estudos de investigação que envolvem seres humanos, os direitos das pessoas que têm de ser absolutamente protegidos são: direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo, assim como, o direito a um tratamento justo e equitativo. O investigador deve, ainda, obter junto dos participantes um consentimento livre e esclarecido. “O consentimento significa que os participantes têm informações adequadas em relação à pesquisa; compreendem a informação e têm o poder da livre escolha, podendo assim participar voluntariamente na pesquisa ou declinar a participação”. (Polit et al., 2004, p. 87)

Para este estudo os participantes assinaram um documento de consentimento informado com a explicação detalhada da investigação. Neste documento constava igualmente a garantia de sigilo, tal como descrito no Código Deontológico dos Enfermeiros, publicado no Decreto-Lei n.º 104/ 98 de 21 de Abril, que refere a manutenção do anonimato da pessoa, sempre que o seu caso for utilizado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados. O sigilo profissional em relação às informações, o esclarecimento de que a entrevista seria gravada apenas caso o consentissem, a condição voluntária da participação e de que a qualquer momento poderiam sem explicação prévia decidir abandonar a investigação foram também aspetos referidos aos participantes. Simultaneamente, com o propósito de resguardar a confidencialidade dos dados relativos às entrevistas dos participantes, estes foram identificados por códigos, como por exemplo E1, E2, ... E9.

A aplicação da entrevista será iniciada com a identificação do investigador, seguida de uma breve explicação sobre os objetivos do estudo e os critérios de seleção da amostra.

A entrevista irá realizar-se num local calmo e isolado, e o seu horário será combinado previamente de forma a evitar qualquer transtorno. Os participantes serão informados que a entrevista e a gravação da mesma terminará quando desejarem.

Visto que o estudo irá ser efetuado em vários serviços de cuidados intensivos de um hospital central, foi pedida autorização à Direção de Enfermagem do hospital em causa. (Anexo I)

O recurso a pessoas como sujeitos de investigação científica obriga o investigador a salvaguardar direitos fundamentais, como sejam: o direito à privacidade, anonimato e confidencialidade, o direito à autodeterminação, o direito a um tratamento justo e equitativo e o direito à proteção contra qualquer dano. Assim, segundo Fortin (1999, p. 128) *“Os direitos da pessoa que devem ser absolutamente protegidos nos protocolos (...) são os direitos à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à protecção contra o desconforto e prejuízo, assim como, o direito a um tratamento justo e equitativo”*.

Tendo em conta que o nosso estudo envolveu pessoas, tivemos de garantir o respeito pelos seus direitos. Assim, asseguram Polit e Hungler (1995, p. 293) ao referirem que quando os sujeitos da investigação são pessoas, como costuma ocorrer na pesquisa em enfermagem, *“precisa-se ter muito cuidado para assegurar que os seus direitos estão protegidos”*. Esta opinião é partilhada por Streubert (2002, p. 37), quando afirma que num trabalho de investigação, as considerações éticas assentam numa consideração de crítica, ou seja, ao elaborarmos um trabalho desta natureza, é da nossa responsabilidade pessoal e profissional, assegurar que toda a manipulação dos dados colhidos, nomeadamente no que diz respeito aos direitos humanos, seja sólida do ponto de vista ético e moral.

Sendo assim, foi nossa intenção disponibilizarmo-nos para esclarecer qualquer dúvida aos enfermeiros envolvidos neste estudo, antes e após a recolha de dados. Foi ainda assegurado, previamente, que o conteúdo da informação fornecida não será utilizado contra os mesmos.

Apesar de termos feito uma seleção dos enfermeiros que iriam participar no nosso estudo, estes só o fizeram voluntariamente, não sofrendo qualquer penalização se não aceitassem participar ou se desistissem. Streubert e Carpenter (2002) referem-se a este princípio como o princípio da autonomia, ou seja, a revelação completa que, de acordo com Polit e Hungler (1995), abrange o direito da pessoa, que ao participar como informante, deve ser voluntária. Assim, os indivíduos devem possuir informação adequada quanto ao

estudo, devem compreender as informações e serem capazes de consentir voluntariamente a participação no estudo ou de a recusar. A garantia destes direitos foi obtida através dos seguintes mecanismos:

- Consentimento escrito da Direção de Enfermagem/ Centro de Formação, que autoriza a realização do estudo em contexto de trabalho, explicitando os objetivos do mesmo, bem como o tipo de estudo e os métodos de recolha de dados envolvidos;
- Consentimento informado assinado pelos participantes no estudo, incluindo a autorização para a gravação da entrevista.

Assumimos ainda a responsabilidade de lidar de igual forma com todos os enfermeiros que aceitaram participar voluntariamente no estudo. Foi também nossa intenção salvaguardar a confidencialidade dos participantes, não revelando qualquer informação fornecida pelos mesmos. A transcrição das entrevistas foi validada pelos entrevistados e foi apenas utilizada para este estudo.



### CAPÍTULO III – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

*“Somos aquilo que fazemos consistentemente.  
Assim, a excelência não é um acto, mas sim um hábito”*

**Aristóteles**

Neste capítulo iremos apresentar e analisar os dados obtidos, de modo a compreendermos a informação por eles revelada. Segundo Bogdan e Biklen (1995), a análise dos dados consiste num processo de busca e organização sistemática de transcrição de entrevistas, com o objetivo de aumentar a compreensão dos materiais colhidos e apresentar aos outros aquilo que se encontrou. Desta forma, será realizada a apresentação dos resultados e a análise crítica e discussão dos mesmos, interligando-os com a revisão teórica desenvolvida nos capítulos anteriores.

Desenvolvemos o quadro teórico no sentido de perceber como os enfermeiros de reabilitação aplicam as competências genéricas, as *Soft Skills* e as competências de terceira dimensão, tentando desta forma compreender os valores que defendem para as suas práticas, os conhecimentos científicos que dominam as suas práticas e ainda a conceção de enfermagem que está subjacente às suas práticas.

Como foi referido no enquadramento metodológico, o processo de envolvimento com os dados na procura de novos significados e sentidos, atribuindo-lhes uma interpretação, realizou-se sob recurso de autores de referência como Bardin (2009), Bogdan e Biklen (1994) e Strauss e Corbin (2008), com contributos ocasionais de outros peritos em investigação. Neste sentido, pretendemos conhecer o fenómeno em profundidade e construir uma narração interpretativa desde os discursos dos atores principais, ou seja, os participantes no estudo, através da exploração e descrição das competências do enfermeiro de reabilitação numa unidade de cuidados intensivos.

Ao longo do percurso, foram extraídos os significados para além das evidências narradas pelos participantes, o que exigiu uma reflexão contínua, a partir do questionamento dos dados e possibilitou revelar os fenómenos emergentes, explorando as suas características e descrevendo o processo. Após terem sido identificadas as relações entre os factos, estes foram reunidos em categorias e subcategorias. Num procedimento progressivo, os discursos dos participantes desapareceram gradualmente para originar uma nova apresentação em categorias relativamente às unidades de análise apresentadas: (I) Atitudes no desenvolvimento profissional; (II) Mecanismo de reação às situações stressantes ou emotivas; (III) Processo formativo; (IV) Fatores de desenvolvimento de competências; (V) Fundamentação dos saberes.

Cada uma das categorias concretiza-se sempre que necessário através das respetivas subcategorias, com vista ao conhecimento das competências do enfermeiro de reabilitação em unidades de cuidados intensivos. A matriz global de dados encontra-se descrita em anexo (Anexo III).

## 1 – Atitudes no desenvolvimento profissional

O quadro seguinte representa a unidade de análise relativa às atitudes dos enfermeiros de reabilitação no desenvolvimento profissional. Pretende-se compreender de que forma os enfermeiros reagem quando no serviço se introduz novas formas de cuidar o doente, mas a restante equipa cria alguma resistência; como são feitos os planos de intervenção; de que forma é encarado o trabalho em equipa; como se processa o envolvimento da equipa multidisciplinar e do próprio doente/ família na continuidade de cuidados e que inovações foram implementadas no serviço.

QUADRO 5: Atitudes no desenvolvimento profissional

Unidade de análise	Categoria	Subcategoria
<b>Atitudes no desenvolvimento profissional</b>	Novas formas de cuidar o doente	Em relação aos colegas
		Em relação à chefia
	Forma de elaborar os planos de intervenção	
	Valorização do trabalho em equipa	
	Continuidade dos cuidados	Metodologia de organização do trabalho
	Propostas inovadoras	

### *1.1 – Novas formas de cuidar o doente*

A questão inicial relativa à identificação dos comportamentos reconhecidos pelo enfermeiro no desenvolvimento das suas competências genéricas foi colocada de forma

aberta: Quando no serviço quer introduzir novas formas de cuidar o doente, mas os seus colegas resistem à mudança qual a sua atitude?

Em relação aos colegas de trabalho surgem-nos ideias persuasivas:

*“Insistência, persistência, argumentação” (E1); (E2);*

Através da perseverança pretende-se que haja uma mudança de comportamentos que se alargue à restante equipa:

*“... é continuar a insistir, voltar a falar no mesmo, para alguns começarem a fazer, para os outros irem atrás” (E4);*

*“... às vezes tens de provar ... e tentar dar a entender o porquê, ... depois ... não sinto grande resistência ...” (E5).*

Surgem também ideias de motivação que incidam em mudanças que promovam uma progressão baseada em factos científicos, para novas abordagens e novas formas de cuidar, englobando um consenso de equipa:

*“Motivá-los argumentando com aspetos positivos” (E6)*

*“... tento explicar de forma científica porque é que acho que aquele procedimento é o mais adequado ...” (E7); (E3);*

*“Tento compreender ... claro que tem que ser um consenso da equipa ...” (E3)*

*“Reajo bem, com abertura, tento avaliar se vai trazer benefícios. Tento também ver qual a reação da equipa” (E3)*

Os enfermeiros reconhecem que a mudança se faz de forma lenta:

*“... implementando devagar ... e tentar mostrar as vantagens das novas formas de cuidar e as vantagens da mudança também” (E8);*

*“... explicar e demonstrar e aguardar para ver o resultado ...” (E9)*

A mudança não depende unicamente da formação universitária que fornece os conhecimentos, da destreza prática que permite o “saber-fazer” ou de definição de competências. Depende igualmente de um autoconceito e de uma autoestima elevada, que se refletirão na autoimagem e na vontade de fazer mais e melhor, correndo riscos para evoluir. Os enfermeiros terão que adequar as suas práticas, acreditar em si próprios e encontrar o equilíbrio entre as suas aspirações, as suas competências e as expectativas da população em relação à sua intervenção.

Em relação à chefia Hesbeen (2001, p. 112) considera que o enfermeiro chefe tem a missão natural de *“(...) tornar mais fácil o exercício profissional. Significa, neste caso, prestar atenção ao pessoal do seu serviço a fim de lhe oferecer as melhores condições possíveis para exercer e desenvolver a sua profissão e nela poder encontrar satisfação”*, o que não se verifica no discurso dos enfermeiros que afirmaram que a chefia:

*“... não valoriza efetivamente e é altamente desmotivador ...” (E2);*

*“... isso implicava que as chefias também tivessem os mesmos objetivos e não têm ...” (E5)*

Outra função importante do enfermeiro chefe é a gestão dos recursos humanos em que de acordo com Hesbeen (2001, p. 112) deve: *“(...) organizar o serviço de modo a adequá-lo à vida da equipa e da sua atividade e a proporcionar um sentimento de segurança”; “comunicar para fazer partilhar, ouvindo sem procurar persuadir, as interrogações, as aspirações, (...) as disfunções, os projetos (...)”*. Tal afirmação também não vai de encontro ao referido pelos colegas quando consideram que a chefia:

*“... contradiz e ... não permite a mudança ... esse projeto ... ficou um bocadinho em “águas de bacalhau” aguardando ... a vinda de uma diretiva da instituição” (E3);*

*“... não vejo vontade que as coisas evoluam nesse sentido” (E1).*

## *1.2 – Forma de elaborar os planos de intervenção*

Relativamente aos segmentos de discurso que fazem referência à forma como os enfermeiros de reabilitação fazem os seus planos de intervenção, é dada relevância aos registos de enfermagem e à passagem de turno.

Hesbeen (2001, p. 141) refere-se aos registos de enfermagem como sendo *“(...) a prova de uma atividade reflexiva e de um desejo de organização e de profissionalismo (...) e de um desejo de controlar a atividade (...)”*.

Os enfermeiros consideram importantes os registos de enfermagem que promovam uma continuidade de cuidados:

*“... transmito a informação ao colega...”; “... deixando tudo registado na folha de vigilância... (E1);*

*“A minha passagem de turno é oral para complementar a passagem dos colegas e fornecer a maior informação possível ...”. (E4);*

*“... é assistir à passagem de turno e através da qual eu fico com um conhecimento global do doente, depois faço a consulta do processo ... para obter mais alguma informação que eu ache que é importante para a prática da enfermagem de reabilitação ...” (E5); (E6); (E7); (E8).*

Relativamente aos registos Benner (2005, p. 29) acrescenta que *“O facto de não termos relatado o que fazemos e observamos no terreno, tem privado a teoria das ciências da enfermagem daquilo que é a especificidade e a riqueza do conhecimento contido na prática clínica”,* afirmando ainda que *“Práticas bem relatadas e observações claramente expostas são essenciais para o desenvolvimento da teoria”.*

Por outro lado, foi também referida a utilização de escalas e de instrumentos de medida, o que vai de encontro ao que é preconizado pelo regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, relativamente à recolha de informação pertinente e utilização de escalas e instrumentos de medida (OE, 2010):

*“ ... para ... podermos desempenhar bem o nosso papel de enfermeiros de reabilitação ... precisamos da informação ... de todos os profissionais da equipa e da colaboração dos nossos colegas de cuidados gerais” (E7);*

*“... temos o suporte CIPE® ... tentamos fazer de acordo com o que está estipulado para o serviço...”; “ ... tentámos seguir um bocadinho o que está preconizado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem” (E3);*

*“Eu tenho uma folha ... um documento informático em que vou registando todas as intervenções que faço...”; “ ...através da utilização de determinadas escalas (escala da força, escala de Barthel, escala da espasticidade) (E7)*

### *1.3 – Valorização do trabalho em equipa*

É visível nestes discursos a importância atribuída ao desenvolvimento de capacidades, nomeadamente à valorização do trabalho em equipa. Desta forma, dentro da equipa de enfermagem as relações profissionais são valorizadas. Os entrevistados

demonstram facilidade em trabalhar em equipa. Assim, a oportunidade de relação com os outros é uma variável que aparece positivamente relacionada com a satisfação no trabalho:

*“... sinto-me bem e gosto de trabalhar em equipa” (E1); (E3); (E4)*

*“Sinto-me bem. Também já estava habituada, estou no mesmo serviço em que já trabalhava ... anteriormente como enfermeira generalista, conheço bem os colegas e sinto-me bem” (E6)*

*“ ... à vontade ... sem qualquer problema” (E9)*

*“ ... agora estou bem, mas demorei muito tempo a impor-me ali no meu serviço, porque a equipa era muito fechada e eles tinham umas ideias próprias e eram pouco abertos à mudança, muito tempo mesmo ... era um problema muito difícil mesmo” (E8)*

Os colegas valorizam o trabalho de equipa na abordagem dos doentes, considerando que sem ele não é possível cuidá-los. O trabalho em equipa é um motivo de credibilidade perante as pessoas cuidadas e a família, para além de influenciar a evolução do doente:

*“Gosto de trabalhar em grupo e gosto que o esforço de todo o grupo seja em benefício do doente” (E2)*

Relativamente à profissão de enfermagem Figueiredo (1997) acrescenta que o que dá eficácia a uma equipa é a diversidade dos contributos específicos de cada profissão. Só possuindo uma conceção clara e precisa pode o enfermeiro projetar uma imagem positiva, quer na sociedade, quer nas equipas que integra e consciencializar os pontos de sobreposição da sua intervenção com os dos outros profissionais, num clima de respeito, confiança, cooperação e apoio:

*“De algum modo permite-nos dar visibilidade aos nossos cuidados e alertar também ... os outros profissionais da nossa importância dentro da equipa” (E6)*

*“... fazer formação ... no local de trabalho ... aos doentes para realizar o levante precoce ... um dos projetos que estamos a fazer ... está englobada a equipa toda que é a implementação de normas em todas as áreas da enfermagem, e que neste momento estão englobadas algumas normas de reabilitação ...” (E7)*

Podemos concluir que os processos de trabalho participativos conduzem ao desenvolvimento do sentido de coerência, traduzindo-se numa intervenção em que sejam constantes a valorização dos saberes e opiniões dos outros; o trabalho em equipa e uma

relação onde todos se assumam como sujeitos, para além da competência científica e técnica relativa às áreas de conhecimento que concorrem para a ação.

#### 1.4 – Continuidade de cuidados

A continuidade dos cuidados deve envolver toda uma equipa multidisciplinar, na qual se inclui o próprio doente e a família. Deste modo, de acordo com Cabete (1999) a enfermeira deve centrar a sua atuação na promoção da autonomia, no respeito pela vontade do doente e na garantia da continuidade dos cuidados. Ao tentar ver os problemas da pessoa tal como ela os sente, concretizando as atividades com ela planeadas e validando os resultados podemos considerar que, em conjunto, damos resposta às suas necessidades.

Em termos de continuidade de cuidados no grupo de trabalho, aparecem alguns discursos como:

*“Eu gosto de trabalhar em grupo. Quando há realmente trabalho de grupo. Quando há partilha. Há muitos pontos em que há ganhos. Em reabilitação é essencial porque a nossa prática não é isolada, tens que fazer uma continuidade, tens que aprender sempre ... persuadir um grupo a trabalhar com o mesmo objetivo e segundo as mesmas linhas orientadoras ...” (E5)*

*“Sinto-me bem, porque acho que a atividade de enfermagem só tem ... os maiores ganhos que se consegue em enfermagem é quando todo o grupo consegue estar empenhado numa tarefa. Só se consegue obter, por exemplo na reabilitação só conseguimos obter verdadeiramente ganhos se toda a equipa funcionar da mesma forma. O trabalharmos de forma isolada não vai trazer grandes benefícios para o doente” (E7)*

Torna-se importante que os enfermeiros reconheçam que cuidar é também um momento de partilha entre o elemento/ grupo que cuida e a pessoa que é cuidada:

*“... uma decisão não pode ser unilateral, mas tem que ser de grupo ... temos que ponderar e fazer o que é melhor para o doente ... a partilha de informação e de experiência é muito importante ...” (E3)*

O envolvimento do doente/ família permite que haja uma consciencialização efetiva das limitações, pelo que surge a necessidade de obter conhecimentos específicos,

cabendo ao profissional de saúde o papel de formador junto dos mesmos, identificando as suas necessidades e esclarecendo dúvidas:

*“ ... os doentes que mais me fazem pensar são os doentes que ficam com sequelas graves, nomeadamente os traumatismos vertebro-medulares, são doentes que eu penso muito neles pelo contexto familiar ou então situações que acarretam grandes consequências familiares ...” (E2)*

*“... o caso de um senhor transplantado, que foi ao Santo António com uma dor ... e quando acordou aqui, acordou com “ECMO” e sem uma perna e esse doente lembro-me muitas vezes, porque depois como é que ele se vai ... ele vive sozinho ... e depois como é que ele vai para casa, se vai integrar. Com essas limitações todas, foi muito complicado explicar a essa pessoa como é vai ser no futuro” (E8)*

Esta dimensão de competências refere-se essencialmente à metodologia que os enfermeiros utilizam no desempenho das suas funções, designada por processo de enfermagem. Este processo consiste na aplicação do método de resolução de problemas com o intuito de responder adequadamente às necessidades dos doentes e assegurar a continuidade de cuidados personalizados, desenvolvendo-se em quatro etapas: avaliação/apreciação (recolha de informação necessária à identificação das necessidades do doente); planeamento das intervenções de enfermagem (em que são estabelecidos os objetivos a atingir e são discriminadas as ações de enfermagem destinadas a responder às necessidades detetadas, planeamento esse que é validado com o doente); execução das ações planeadas e, avaliação (em função dos objetivos estabelecidos; permite ainda reformular o planeamento, caso alguma das intervenções não esteja a ser a mais eficaz). A OE (2008, p. 6) considera que *“As respostas em saúde implicam dinâmicas interdisciplinares e multiprofissionais, nas quais os enfermeiros têm uma intervenção assente na proximidade, na continuidade e na integralidade, o que lhes confere um papel de parceiros e mediadores, ao lidarem com questões complexas na ajuda da pessoa, família e grupo, em torno do seu projecto de saúde”*.

Esta metodologia de trabalho é também definida no perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação das quais destacamos as seguintes unidades de competência: *“avalia a funcionalidade e diagnostica alterações; concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas; implementa as intervenções planeadas com o objectivo de otimizar e ou reeducar as funções; avalia os resultados das intervenções implementadas; concebe e*

*implementa programas de treino; avalia e reformula programas de treino em função dos resultados esperados". (OE, 2010)*

O quadro seguinte representa a metodologia de organização do trabalho do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação:

QUADRO 6: Metodologia de organização do trabalho

Unidade de competência	Discurso
Avaliação inicial/ apreciação	<p><i>"... avalio as necessidades do doente, estabeleço prioridades ..."</i> (E1)</p> <p><i>" ... vou delineando quais são as necessidades do doente ..."</i> (E7)</p> <p><i>" ... avalio o doente e mediante essa avaliação vejo o que é mais pertinente ... a prioridade naqueles doentes é do ponto de vista ventilatório ..."</i> (E2)</p>
Planeamento	<p><i>"... faço uma organização mental do trabalho a realizar ..."</i> (E1); (E2); (E3); (E4); (E5); (E6); (E7); (E8)</p> <p><i>" ... planear ... de outra forma e explicar ao doente o que é correu mal"</i> (E8)</p> <p><i>" ... uma forma de planificar os objetivos fundamentais e delinear estratégias para os atingir num determinado período de tempo"</i> (E3)</p> <p><i>" ... de seguida vou fazer um ... vou delinear um plano para saber quais são os doentes que eu necessito de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação ..."; " ...e vou delineando quais são as intervenções que eu tenho que fazer... "</i> (E7)</p> <p><i>" ... temos um plano de cuidados que é feito pelo colega na hora da admissão do doente e ... normalmente seguimos o plano de cuidados que o colega delineou. (E9)</i></p>
Execução	<p><i>" ... o senhor agora vai para casa, tem que se por a pé assim. Acho que o mais importante é mesmo o ensino ao doente, há muita coisa que o doente depois vai para casa e não sabe o que pode fazer, o que não pode fazer, o que é correto o que não é correto, aquilo que precisa de ter em casa, o que precisa de tirar de casa, acho que isso é o mais importante..."</i> (E9)</p> <p><i>"Mesmo nos cuidados pós-operatórios daquelas próteses do joelho e cirurgias de ortopedia, às vezes há procedimentos, que logo no pós-operatório ... podemos posicionar o doente como deve ser ..."</i> (E9)</p>
Avaliação	<p><i>" ... fazendo uma avaliação das atividades desenvolvidas, se foram planeadas e executadas da forma mais apropriada para aquela patologia e necessidades do paciente"</i> (E4)</p> <p><i>" ... a avaliação e continuação da técnica e do plano vai mediante o feedback do doente na prestação desse cuidado, mas tento arranjar um equilíbrio com esse feedback ..."</i> (E5)</p>

	<p><i>“... posso é ter que adaptar os objetivos que eu pretendia fazer ... à situação concreta” (E7)</i></p> <p><i>“... vou avaliando e às vezes tenho mesmo que parar” (E8)</i></p>
--	--

### 1.5 – Propostas inovadoras

Uma equipa treinada e desperta para um atendimento humanizado permite uma série de inovações, que passam pelo conforto do doente e da sua família, aumenta o contacto destes com a equipe multidisciplinar, não isolando o doente e possibilitando um atendimento integrado e integral contribuindo para uma melhoria no processo de cuidados. Neste âmbito, conhecer as interrogações e reflexões das situações de cuidado expressas pelos enfermeiros da prática, é imprescindível para reconstruir saberes e reencontrar o sentido original do cuidado de enfermagem (Collière, 2003).

Nesta categoria foram inseridos os discursos referentes às questões: quando lhe fazem propostas inovadoras como reage; quando tem planeado a prestação de um determinado cuidado segundo uma técnica e lhe fazem uma proposta diferente, como reage e que inovações implementou no serviço em que trabalha como enfermeiro de reabilitação?

Os enfermeiros entrevistados demonstraram estar abertos a mudanças e a propostas inovadoras, desde que devidamente fundamentadas:

*“Depende da fundamentação, mas costumo ter uma mente aberta. Não sou muito retrógrada à mudança” (E5)*

*“Reajo bem, eu gosto de coisas inovadoras. Acho que estou sempre aberta a mudanças e acho que é muito bom que haja sempre coisas que permitam a evolução e a mudança no trabalho que fazemos ...” (E1)*

*“... uma proposta inovadora, se for uma boa proposta, é sempre bem-vinda ... sem dúvida que sou recetivo a inovações, isso é ótimo que haja inovação. As coisas evoluíram” (E3)*

No entanto, foram referidas algumas atitudes de ponderação de forma a pôr em prática a intervenção que fosse mais adequada ao doente:

*“Reajo bem, analiso, avalio e depois se vir que é útil ponho em prática” (E8)*

*“Tento ver o que é que é mais benéfico para o doente e pondero” (E8)*

Os enfermeiros pretendem dar lugar a um cuidado que realmente faça a diferença nos seus doentes potenciando aspetos da prática diária e intervenções que obtenham ganhos em saúde:

*“Aceito se considerar que é mais vantajoso para o doente e com ganhos para a sua recuperação” (E6)*

*“... tento reagir bem ... tento perceber se aquilo que me estão a propor é melhor do que aquilo que era feito até então e se considerar que traz benefícios para o doente ... reajo bem e procuro aceitá-las e implementá-las” (E7)*

*“Desde que me saibam justificar que aquela técnica é mais adequada do que a técnica que eu utilizava, se é uma técnica nova, se está comprovado cientificamente, se traz resultados melhores claro que aceito e que tento perceber como é que funciona a técnica para a poder implementar também” (E7)*

O quadro seguinte representa as inovações implementadas pelos enfermeiros de reabilitação:

QUADRO 7: Propostas inovadoras

Inovações	Discurso
Trabalho em equipa	<i>“Embora eu trabalhe individualmente ... colaboro sempre com os colegas nos posicionamentos, no levante do doente, nas massagens de conforto, às vezes na própria administração de nebulizações, que fica ao cargo deles, mas eu antecipo e sou eu que coloco, tento sempre colaborar” (E6)</i>  <i>“ ... quando cheguei ao serviço falei que tinha um determinado projeto para realizar na área de reabilitação ... tínhamos já mais ou menos um plano e uma estratégia de abordagem da reabilitação no serviço” (E3)</i>
Aquisição de material	<i>“ ... foi-me também pedido ... que materiais é que seriam mais adequados para o nosso tipo de doentes. Eu fiz uma listagem que foi entregue à chefia ... nomeadamente ... almofadas, material anti úlceras, posicionamentos, alguns aparelhos também, que fossem necessários para a própria prática” (E3)</i>
Realização de	<i>“ ... explicar-lhe quais são as vantagens, até depois o tempo de</i>

ensinos	<i>internamento ser mais reduzido, os ensinos que depois pode levar para casa e é uma recuperação muito mais rápida ... “ (E9)</i>
Incentivo ao trabalho	<i>“Fico um bocadinho empolgada, mas só começando a desenvolver um bocadito, a levantar um bocadinho mais o pano para perceber se realmente tem alguma vantagem ou não ou se vai ser uma coisa que incentive ao trabalho, ao nosso e ao dos outros colegas e uma coisa que possa ser útil e didática ... por isso é que a gente faz investigação, uns no papel, outros na prática” (E9)</i>
Novas técnicas	<i>“... normalmente experimento sempre, experimento e ... aceito sempre as sugestões dos colegas ... vamos experimentar, às vezes até pode ser vantajoso para nós e para o próprio doente ... a pessoa não pode ser rígida, não é. Não podemos adaptar o doente à técnica, é a técnica ao doente ... não sou renitente, gosto sempre de experimentar ...” (E9)</i>
Criação de grupos de trabalho	<i>“... estamos com os grupos de trabalho mas é em termos geral, para a padronização dos cuidados de reabilitação ... eu acho que mais do que a padronização e tudo isto em papel, devia era também haver um interesse ... mais prático em fazer no papel e introduzir em termos de prática para ver os resultados para ver se funcionava ou não, se calhar a adesão era muito mais satisfatória ...” (E5)</i>
Alteração de comportamentos	<i>“... ter um acompanhamento de ensino, ou seja, fazer ver aos colegas que determinadas atitudes, determinados comportamentos e condutas podem ser melhoradas com aquilo que nós sabemos fazer e que nós sabemos de melhor ... fazer com que esses colegas percebam que se mudarem muitas vezes algumas condutas podem melhorar o tratamento desse doente” (E3)</i>
Controlo de custos	<i>“... se for algum material que dê para pedir, tento que a chefe adquira, normalmente não há dificuldade, a menos que seja muito caro” (E8)</i>
Adequação ao nível cultural	<i>“Acho que tem alguma influência, se quiseres que o doente faça algum tipo de técnica, tentas ou explicar ... se te aperceberes do nível cultural dele tentas explicar ou de uma forma mais simples ou mais adequada. Acho que adequas o teu discurso em função da pessoa” (E1)</i>

De acordo com Costa (2006) o cuidado ao doente representa um desafio à criatividade e à inovação na construção de soluções, inspiradas em abordagens integradoras, dignificantes e humanizadas.

## 2 – Mecanismo de reação às situações stressantes ou emotivas

A unidade de análise mecanismo de reação às situações stressantes ou emotivas revela as estratégias utilizadas pelos enfermeiros de reabilitação de forma a resolver os problemas com que se deparam ao longo do quotidiano de prestação de cuidados e o modo como ultrapassam dificuldades relacionadas com recursos humanos e matérias, assim como os métodos encontrados para transmitir boas e más notícias.

QUADRO 8: Mecanismo de reação às situações stressantes ou emotivas

Unidade de análise	Categoria
<b>Mecanismo de reação às situações stressantes ou emotivas</b>	Estratégias de resolução de problemas
	Dificuldades no desenvolvimento das atividades
	Transmitir más notícias
	Transmitir boas notícias

Ser enfermeiro significa ter como agente de trabalho e como sujeito de ação doentes, havendo uma estreita ligação entre o trabalho e o trabalhador, com a vivência direta e ininterrupta do processo de dor, morte, sofrimento, desespero, incompreensão, irritabilidade e tantos outros sentimentos e reações desencadeadas pelo processo de doença. Não descurando a relevância do stresse e das implicações das suas manifestações no indivíduo, tem-se enfatizado a ideia de que é o *coping* com o stresse, e não o stresse em si, que influencia o bem-estar psicológico, o funcionamento social e a saúde dos indivíduos. Com efeito, as estratégias de *coping* constituem uma condição indispensável para uma adaptação bem-sucedida. Lidar com sucesso nas situações de stresse depende da perceção, da disponibilidade e da eficácia de vários recursos de *coping* disponíveis. Trata-se assim de um processo dinâmico que envolve o meio, a pessoa e as relações entre ambos. Lazarus e Folkman foram os autores que formularam a definição de *coping* mais referenciada na literatura. Segundo estes autores, o *coping* traduz os esforços cognitivos e comportamentais usados para responder a exigências internas e/ ou externas avaliadas como stressantes, ou seja, excedendo ou estando nos limites dos recursos do indivíduo.

De acordo com Lazarus e Folkman (1998) Existem dois tipos fundamentais de *coping*: centrado no problema e centrado nas emoções. O *coping* centrado no problema diz respeito às estratégias dirigidas ao problema em causa. O *coping* centrado nas emoções abrange um conjunto de pensamentos e ações com o objetivo de gerir ou lidar com o estado emocional originado pela situação de stresse, sem atuar diretamente sobre o problema. Não existe um estilo de *coping* mais eficaz do que outro, tudo depende da pessoa e da situação. (Lazarus e Folkman, 1998, cit. por Bastos et al., 2005)

## 2.1 – Estratégias de resolução de problemas

Nas partes do discurso que respondem às questões como os enfermeiros reagem quando confrontados com situações stressantes ou emotivas e quando os cuidados não correm bem para os doentes, tornou-se evidente no que concerne às estratégias de *coping* que os entrevistados, de um modo geral, recorrem com mais frequência a estratégias centradas nos problemas que compreendem: a aceitação da responsabilidade, a resolução planeada de problemas e estratégias de gestão das respostas emotivas:

QUADRO 9: Estratégias de resolução de problemas

Estratégias de resolução de problemas	Discurso
Aceitação da responsabilidade	<p><i>“Autocontrolo ... agir com calma, refletir sobre o assunto e resolver da melhor forma” (E1); (E6)</i></p> <p><i>“Tentar responsabilizar ... a mim se for eu a responsável pelo erro ...” (E6)</i></p>
Resolução planeada de problemas	<p><i>“Estabeleço prioridades”; “ ... mantenho uma postura calma e tento demonstrar calma também para os restantes elementos” (E2)</i></p> <p><i>“ ... tento focar o objetivo ... tento manter-me o mais calma possível” (E5)</i></p> <p><i>“Tento manter a calma e tento persuadir as pessoas ... a fazerem ... as coisas direitas e também que mantenham a calma ... é difícil” (E8)</i></p> <p><i>“Primeiro encará-la. A situação tem que ser resolvida, não pode ficar por não resolver ... ver o que é que falhou e tentar melhorar essa situação não tão boa” (E3); (E4)</i></p> <p><i>“Tento reagir com calma e com ponderação ... tento planear uma forma de atuação nova ... ” (E8)</i></p>

<p>Estratégias de gestão das respostas emotivas</p>	<p><i>“ ... mecanismos de adaptação ou coping ... ” (E3)</i>  <i>“Tento reagir de uma forma calma e racional para poder dar apoio à restante equipa” (E4)</i>  <i>“ ... manter a calma e estabelecer uma relação empática... ” (E6)</i>  <i>“ ... tento sempre adaptar a minha atitude ... tento sempre fazer com que as minhas emoções não interfiram ... e tento sempre evitar que as situações ... influenciem na prestação de cuidados ... ” (E7)</i></p>
---	---

Há determinadas situações em que o stress é útil porque se torna propulsivo, ou seja, constitui uma fonte de impulso que faz com que um indivíduo tome decisões e resolva problemas, ajudando-o a melhorar o seu funcionamento e as suas aptidões podendo as situações stressantes constituir-se como uma oportunidade de aprendizagem:

*“... numa situação complicada seja de stress seja numa emergência, ali no minuto eu não fico nervosa e não paro para pensar ... é de instinto ... de agir na hora e só depois das coisas estarem resolvidas é que eu fico a magicar no que aconteceu e aí sim é que me fica ... parece que até salta o coração ... na hora eu reajo, depois logo se vê. Normalmente é assim, o stress vem depois, não é na hora, é depois” (E9)*

A avaliação de uma situação stressante vai depender do sujeito, da sua individualidade, das suas condições de vida e da forma como as experiências são avaliadas, em função do significado para o seu bem-estar. Como refere Rothrock, citado por Costa (2005, p. 15), stress é *“(...) um conceito paradoxal, pois apesar de em excesso ser nocivo, para se estar motivado ou permitir a aprendizagem é vital a sua presença”*.

*“ ... eu primeiro ajo e depois é que entro em stress. Primeiro faço as coisas e depois é que paro para pensar no que aconteceu ... Na parte emocional depende. Há situações em que a pessoa consegue controlar o nosso sentimento e há outras situações em que não consegue controlar ...” (E9)*

Estes resultados segundo (Benner, 2005) poderão estar relacionados com o facto de que à medida que os enfermeiros progredem em tempo de serviço, com o domínio da atividade e com a experiência conseguem uma transformação da competência. Esta mudança leva a um melhoramento da atuação. Tal permitirá aos enfermeiros a aquisição de um maior domínio e segurança no exercício da sua prática profissional, ficando menos vulneráveis ao stress.

## 2.2 – Dificuldades no desenvolvimento das atividades

Relativamente à questão colocada de forma aberta: quando tem que realizar um cuidado ao doente e verifica que não tem material necessário para o fazer, como resolve essa situação?

Pelo discurso dos entrevistados, podemos inferir que todos consideram que há necessidade de recorrer a estratégias adaptativas de forma a solucionar a situação, e permitir a prestação de cuidados:

*“ ... não vai ser isso que me vai deixar ... de prestar cuidados, nem de fazer uma determinada ação. Há sempre estratégias adaptativas que se podem realizar. E é exatamente isso, é puxar um bocadinho pela nossa imaginação, pelo nosso conhecimento e tentar, dentro daquilo que nós temos no serviço, tentar cumprir o mesmo objetivo com esses materiais ... sabendo de ante mão que não será o indicado, que não será o mais próprio, que não será o específico, mas ... se se conseguir minimamente. São estratégias de adaptar o que temos” (E3)*

A falta de recursos materiais exige uma constante capacidade de improviso o que pode pôr em causa a realização de algumas técnicas. Ao quadro apresentado, podemos acrescentar a crise dos serviços de saúde, cuja racionalização dos gastos, organização dos serviços e escassez de recursos humanos constituem um problema preocupante e difícil de contornar (Costa, 2006):

*“Se fosse algo que eu conseguisse contornar, que conseguisse adaptar, basicamente é um bocado o que fazemos todos os dias ... ” (E5)*

*“ ... se conseguir adaptar ou se conseguir improvisar de outra forma e com os mesmos resultados tento-o fazer. Se é totalmente impossível, tento avaliar, ver se aquela técnica é essencial para o doente no momento ou se é uma técnica urgente, tento fazer o melhor possível, mesmo sem o material adequado, ou se é possível esperar algum tempo, tento arranjar o material de outra forma qualquer, nem seja emprestado” (E4); (E7)*

Os recursos humanos foram também considerados escassos, uma vez que a maior parte dos serviços conta apenas com a presença de um enfermeiro de reabilitação nos dias úteis e no período da manhã:

*“... o papel do enfermeiro especialista em cuidados intensivos é fundamental e não se deveria limitar a um enfermeiro por unidade, mas sim deveriam existir cerca de cinco enfermeiros para poderem estar sempre presentes”. (E7)*

*“Acho que a presença do enfermeiro de reabilitação é muito importante, aliás eu acho que nos cuidados intensivos não devia existir só um enfermeiro de reabilitação, devia existir mais do que um profissional, porque os doentes não são fáceis e o próprio trabalho não é fácil, exige muito esforço físico, numa fase inicial e mesmo depois o doente estando acordado, não é só o esforço físico mas também a parte psicológica e da comunicação, principalmente. Eu acho que é muito importante”. (E9)*

### 2.3 – Transmitir más notícias

A comunicação de más notícias está sempre relacionada com situações que modificam negativamente a ideia que o doente/ família fazem do seu futuro. Associa-se normalmente a uma situação de perda importante na vida de um indivíduo. Os protagonistas das más notícias são os prestadores de cuidados que, para além de planearem e gerirem estes momentos, têm também de gerir os seus próprios medos e estarem preparados para aceitar e lidar com a natural hostilidade do doente e da família. Assim, a comunicação deste tipo de notícia é uma tarefa difícil para todos os profissionais de saúde; ninguém gosta de ser portador de más notícias, pois transmitir uma má notícia é sempre uma tarefa difícil, que exige muita diplomacia. Estes momentos causam perturbação, quer à pessoa que a recebe, quer à pessoa que a transmite, gerando nos profissionais medo, ansiedade, sentimentos de inutilidade, desconforto e desorientação, como podemos verificar pelo exposto:

*“Andando à roda da situação, até chegar ao facto” (E4)*

*“ ... é sempre difícil. Dizer a um familiar que o doente vai fazer provas de morte cerebral ... é difícil ... acho que a experiência é que nos ensina como é que nós havemos de lidar com isso e mais do que a experiência, às vezes os colegas ... ” (E3)*

*“ ... é sempre algo que nos desagrada dar uma má notícia ao doente, mas tentaria arranjar ... preparar o ambiente, ter um ambiente calmo para poder mostrar disponibilidade para o doente e tentar perceber como é que o doente se está a sentir naquele momento, se*

*é o momento adequado ou não para dar essa má notícia e depois dar a notícia de uma forma direta, sem rodeios, porque ... se começarmos a rodear vai criar desconfiança ... é tentarmos dar sempre uma disponibilidade para o doente e uma empatia para tentar minorar o sofrimento da má notícia” (E7)*

*“Dizia por exemplo ... tenho algo desagradável para lhe comunicar ... tentava contornar, são sempre situações difíceis” (E8)*

*“ ... para mim é muito complicado, eu nunca dei uma má notícia ... eu acho que nunca dei uma má notícia a um doente, nem a um familiar ... eu não sei dar más notícias ... simplesmente. Não sei não ... esquivo-me sempre ... passo sempre essa pasta para outro porque eu jamais sei fazer isso ... fico sempre com aquele receio do que é que vai estar a acontecer do outro lado ... guardo sempre para outra pessoa que esteja mais à vontade” (E9)*

A informação é considerada fundamental para ajudar as pessoas a enfrentar e lidar com as situações associadas a uma ameaça severa. A necessidade de informação ao doente e família é reconhecida como um direito destes e um dever dos profissionais de saúde na sua prática, e que está consagrado na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/ 90, de 24 de Agosto) e no Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 84.º (OE, 2009).

*“ ... a gente tenta sempre contextualizar a situação e ... tentar encontrar uma justificação para o sucedido e tenta ser o mais cordial e o mais diplomata possível” (E2)*

Contudo, podemos afirmar que a questão principal dos profissionais de saúde não é informar os doentes, mas saber como, quando e quanto se deve revelar determinada informação, principalmente se esta má notícia se refere, por exemplo, ao diagnóstico de uma doença grave:

*“É complicado ... primeiro tentava fazer uma análise do estado psicológico do doente, qual era o ponto em que ele se encontrava, se tinha noção da sua situação ... tentava ver o que é que ele saberia da situação e depois dar-lhe a conhecer os novos factos, se calhar não dizendo o próprio diagnóstico ... mas na perspetiva de ... a forma como o poderia contornar” (E5)*

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, a morte, ou simplesmente com a prática diária de comunicar com o doente. Este facto permite a rentabilização de saberes adquiridos anteriormente. Desta forma, a comunicação com o doente e família é enfatizada pelo próprio processo de cuidar, o que

pressupõe iniciativa por parte do cuidador, de modo a produzir ganhos em saúde. Esta ação projeta-se na mudança comportamental quer pelo doente, quer pela família, e exemplo disso são: a aceitação da doença ou do luto. Tal como refere Le Boterf (2003) tem de haver 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 (conhecimento, saber-fazer, qualidades, cultura, experiências) permitindo a possibilidade de explorar as capacidades de ação e adaptação, com o objetivo de atingir um nível de competência que permita uma melhor compreensão dos contextos, de modo a melhor poder atuar sobre eles.

#### *2.4 – Transmitir boas notícias*

Por outro lado e como se esperava, dar uma boa notícia surge como uma situação agradável, que não necessita de preparação:

*“Dizia logo ... isso a gente dá logo a correr ...” (E1); (E3); (E5)*

*“As boas notícias são sempre agradáveis de dar e uma pessoa facilmente dá boas notícias ... até se podem dar a rir ou de outra forma ...” (E3)*

*“Aí se calhar já não ligava tanto ao ambiente nem a minha disponibilidade para dar a notícia. Chegava ao pé do doente com um sorriso nos lábios e dizia logo a boa notícia o mais direto possível sem estar com grandes pensamentos sobre a forma como o iria fazer” (E7)*

*“Uma boa notícia sou sempre a primeira ... logo a correr. É como eu digo, eu tenho uma maneira muito própria de abordar o doente e quando é uma coisa boa eu não preciso “de formação” eu já nasci assim. Chego lá e começo na brincadeira e dá-se as novidades e ficam todos contentes” (E9)*

### 3 – Processo formativo

Na unidade de análise processo formativo encontra-se descrito o discurso relativo às categorias relacionadas com a experiência em investigação e com as áreas de interesse a investigar. É também referido o tipo de formação a que os enfermeiros de reabilitação dão mais importância de forma a valorizar o seu percurso profissional.

QUADRO 10: Processo formativo

Unidade de análise	Categoria
<b>Processo formativo</b>	Experiência em investigação
	Áreas de interesse a investigar
	Valorização do percurso profissional
	Educação permanente para a formação

No processo formativo, o indivíduo será sujeito e agente da sua formação, relacionando-se com as condições reais de trabalho. A exigência cada vez maior de novas competências, nomeadamente de trabalho e de novos desafios apresentados à enfermagem, tanto relativamente ao modo como vive como também à forma como se situa nas suas relações socioprofissionais, conduz a um processo formativo, que embora sendo um processo de autoformação, se situa em contextos específicos, como seja o campo profissional. (Dias. 2004, p. 20)

Para além da aquisição de competências técnicas, os enfermeiros devem ser formados para que possam desenvolver a reflexão crítica, a investigação, a formação, a tomada de decisão e a capacidade de atuação de forma competente e autónoma, numa equipa pluridisciplinar e interprofissional. As diferentes vertentes reflexivas auxiliam a avaliação do desenvolvimento dos enfermeiros. Esta avaliação contínua e personalizada constitui-se como fator de construção de competências. Le Boterf (2005, p. 68) refere *que “A flexibilidade é essencial na construção das competências, o retorno sobre si próprio é necessário para reactivar e explicitar os recursos (saberes, saber fazer, redes de especialidade ...), aos quais se faz apelo, que foram combinados e mobilizados”*.

### 3.1 – Experiência em investigação

Relativamente à experiência em investigação os entrevistados referiram possuir apenas a experiência académica relacionada com a especialidade em enfermagem de reabilitação e com outros cursos que não foram terminados, conforme demonstram os discursos:

*“Apenas a experiência da altura em que estava a “tirar” a especialidade ...” (E1); (E4); (E6)*

*“Tenho a que foi do curso e pouco mais. Já tentei fazer algumas pesquisas ... mas investigação, começar do princípio e fazer o seguimento, isso não” (E5)*

*“ ... está só relacionada com a especialidade que fizemos, a parte académica e agora com este ... com o início de uma investigação também no mestrado em enfermagem de reabilitação ... ” (E7)*

*“ ... tive uma pós graduação que ... não concluí. Portanto, tive o primeiro ano, em que foram dadas várias cadeiras a nível de investigação, de metodologias e matérias afins e alguns cursos extra, que foram os que fui fazendo” (E3)*

Simultaneamente reconhece-se a importância da investigação para o desenvolvimento da profissão em busca de soluções para prestar melhores cuidados e para alicerçar e consolidar os conhecimentos de forma a demonstrar os fundamentos sobre os quais se estabelece a prática de enfermagem.

*“Eu acho que é importante sinceramente, fazerem-se trabalhos de investigação e tentar testar outras coisas que às vezes são faladas e é tudo no ar porque não há provas concretas, não há números, não há estatísticas, não há nada e eu acho que é importante fazerem-se trabalhos de investigação ... ” (E9)*

A OE (2006) define quatro eixos prioritários para a investigação em enfermagem: adequação dos cuidados gerais e especializados às necessidades do cidadão, educação para a saúde na aprendizagem de capacidades, estratégias inovadoras de inovação/ liderança e formação em enfermagem no desenvolvimento de competências.

Procura-se com a investigação fomentar uma atitude de carácter reflexivo e capacidade de análise crítica como a melhor forma de a enfermagem se desenvolver.

### 3.2 – Áreas de interesse a investigar

Quanto às áreas de interesse a investigar, foram referidos pelos enfermeiros entrevistados as seguintes:

QUADRO 11: Áreas de interesse a investigar

Áreas de interesse a investigar	Discurso
Junto do prestador de cuidados	<i>“ ... na área da reabilitação, junto do prestador de cuidados” (E2)</i>
Relacionada com os cuidados intensivos	<i>“... há uma que eu gostaria imenso que é na área da comunicação com o doente em cuidados intensivos ... que está realmente a merecer alguma especial atenção mas que se calhar, não será para já. A outra que está assim um bocadinho mais recente é realmente a enfermagem de reabilitação para com doentes em insuficiência renal” (E3)</i>  <i>“ ... cuidados intensivos, que é o que eu gosto ... mas não é fácil, porque normalmente o doente crítico tem muitas vertentes ... não é fácil separar as coisas ... ” (E9)</i>  <i>“Na parte respiratória, é o assunto que eu gosto mais e aquele em que estou mais à vontade” (E8)</i>
Ganhos em saúde relacionados com a diminuição do número de dias de internamento	<i>“... se calhar fazer um trabalho ... para tentar ver ... que os nossos cuidados ... que ganhos é que traz para o doente, em termos de ... em tempo de internamento, se traz diminuição do número de dias em que o doente fica internado” (E6)</i>
Geriatría	<i>“Seria sempre na reabilitação gerontogeriatría que é a minha área de eleição e é o que eu pretendo fazer no futuro” (E7)</i>

A formação deve ser desenvolvida de forma a ir de encontro às necessidades dos formandos, dos objetivos da unidade de cuidados e também da instituição. As situações de formação devem ser aproveitadas pelos formandos com o sentido de oportunidade de valorização pessoal e profissional e reflexão sobre o trabalho. Martins (2008) refere que *“Os enfermeiros sentem cada vez mais a necessidade de desenvolver o seu conhecimento científico e a sua aplicação prática ao nível dos cuidados que prestam”*.

### 3.3 – Valorização do percurso profissional

Aos entrevistados foi colocada a questão que pretende perceber no sentido de valorizar o percurso profissional que tipo de formação preferem realizar, de entre os seguintes tipos: realizar formação contínua; fazer leituras; frequentar congressos e fazer formação formal.

Essencialmente as respostas traduzem a ideia de fazer os vários tipos de formação:

*“Eu gosto de fazer formação contínua ... dessas sugestões ... gosto de todas. Se calhar faço ... menos os cursos ... nem informais nem formais. Neste momento está tudo um bocadinho estagnado” (E1)*

*“ ... todas as formas ... são importantes ... nós não podemos ficar por uma vertente ... temos que ter uma perspetiva aberta e são todas necessárias ... a formação contínua é importante, mas gosto de ter um bocadinho de todas. Acho que todas elas se completam” (E3)*

*“Um misto. Depende depois dos temas ... se calhar ... interessa mais sobre um mesmo tema, fazer essa panóplia de coisas diferentes mas sobre um mesmo tema” (E5)*

Os enfermeiros estão conscientes da necessidade de valorizar o seu percurso profissional através da formação:

*“Acho que tudo junto valoriza o enfermeiro. Ao fazer algo sente-se necessidade de fazer leituras, de ir a congressos ... conversar com outros colegas, para tirar dúvidas, aperfeiçoar técnicas e melhorar a nossa atividade” (E4)*

Hesbeen (2001, p. 67) considera que *“(...) a formação (...) deve proporcionar a aquisição de novos conhecimentos (...) mas a sua função essencial reside na maior abertura do profissional com base na sua experiência com vista a enriquecê-la, a conceptualizá-la e a ajuda-lo a encontrar espaços de liberdade que lhe permitam uma prática refletida mais aperfeiçoada e mais portadora de sentido”*. O discurso dos enfermeiros refere a importância dada à experiência do dia-a-dia e à necessidade de enriquecer essa experiência com conhecimento vindo de outras áreas:

*“Eu acho que todas acabam por ser importantes, porque a formação contínua é a nossa experiência do dia-a-dia e depois acho que podemos complementar sempre com as leituras. Quanto aos congressos acho que também são experiências de outras pessoas em*

*que podemos ter oportunidade de ter conhecimento ... e a formação formal ... sempre vamos atualizando ... com a bibliografia” (E8)*

*“ ... acho que são todas importantes ... normalmente ... vou a congressos, porque acho que é importante a gente ter ... outra visão das coisas e ter conhecimento ... adquirir outras experiências com outros colegas, acho que isso é importante e faço muitas leituras, sinceramente faço, quando surgem dúvidas eu vou sempre tentar procurar o que é correto, porque não gosto depois de falar sem ter a certeza das coisas e ter provas científicas, documentos científicos onde me possa apoiar ...” (E9)*

*“Acho que tudo é importante para o nosso crescimento profissional” (E6)*

Hesbeen (2001, p. 67) refere também que a formação *“Inscreve-se numa política de conjunto que permita (...) a troca de ideias, no decorrer de diversos colóquios ou congressos e também o recurso à literatura e documentação existente em bibliotecas cuja dinâmica de funcionamento suscite, igualmente a curiosidade dos profissionais”.*

*“Eu acho que todas ... destas quatro que estão aqui são todas importantes e pode-se ir buscar conhecimento de formas diferentes em todas as áreas. Acho que de um modo geral ... tento abranger todas as áreas para tentar enriquecer ao máximo o meu projeto profissional e aquilo que eu quero fazer” (E7)*

Apenas um dos entrevistados prefere outro tipo de formação mais informal, de forma a satisfazer a sua necessidade de formação:

*“ ... prefiro ser eu própria a indagar a informação e a rodear-me de pessoas que realmente estão a trabalhar e ... a ver, a ir direta aos serviços. Prefiro esse tipo de formação” (E2)*

*“... a informação hoje chega-nos a casa e a gente consegue ver ... não precisa de formalizar essas formações e realmente os serviços também não valorizam nada disso” (E2)*

Podemos depreender que de modo a poderem melhorar o desempenho das suas funções, progredindo na qualidade dos cuidados prestados, os enfermeiros procuram atualizar os seus conhecimentos indo de encontro às suas necessidades pois como refere Alarcão (2005) a combinação da formação com a prática profissional integra a ação e a reflexão na ação considerando estas como fonte de conhecimento que se gera na própria ação onde a intencionalidade e o sentido da ação são fatores a considerar no desenvolvimento de uma meta competência, ou seja, uma ferramenta de transferência de atitudes. Para tal, os enfermeiros optam por renovar leituras, pesquisar na Internet, assistir

a formações, reuniões científicas e desenvolver ações de formação através da formação em serviço apostando assim numa formação contínua de forma a adquirir respostas adequadas às inúmeras situações com que se deparam diariamente no seu local de trabalho.

A época em que vivemos leva a que qualquer profissional tenha que acompanhar as mudanças da sociedade e mais especificamente no seio da sua profissão. Não podemos parar de pensar no mundo em que vivemos, no qual nos movemos e do qual fazemos parte enquanto indivíduos e profissionais. Relativamente à profissão de enfermagem Dias (2004, p. 161) refere que *“A enfermagem (...) não é exceção e, como tal, exige um aperfeiçoamento e actualização sistemática dos conhecimentos, no sentido de tornar os enfermeiros cada vez mais competentes nas suas práticas de trabalho diárias”*.

### 3.4 – Educação permanente para a formação

De forma a compreender a capacidade de aprendizagem foi colocada a seguinte questão aos entrevistados: Que formação pensa realizar? Os discursos dos enfermeiros dão grande importância à parte da ventilação não invasiva, uma vez que a maior parte dos doentes internados em UCI's acaba por ter necessidade de recorrer a este tipo de ventilação:

*“... já vi uma pós graduação em ventilação não invasiva que gostava de fazer ou alguma coisa relacionada com feridas ...” (E1)*

*“Sobre ventilação não invasiva que é o meu “calcanhar de Aquiles”. Ali no serviço é sempre mais na parte respiratória, que é a minha grande área de atuação” (E8)*

Outras áreas consideradas pelos entrevistados como de interesse foram a hemodiálise e a geriatria. Salientamos que o internamento de pessoas idosas em cuidados intensivos constitui um segmento etário muito expressivo. Costa (2006) refere que ao abrir caminho para novos modos de ver e agir com e para a pessoa idosa, estamos a valorizar a experiência profissional, entendida como uma fonte de conhecimento:

*“ ... fazer um projeto para ver em que medida é que a reabilitação ... um plano de reabilitação poderia melhorar ou não as sessões de diálise em doentes insuficientes renais” (E3)*

*“Neste momento estou a fazer o mestrado em enfermagem de reabilitação, o meu projeto atual é terminar o mestrado ... depois se fizer algum tipo de formação será sempre na área da reabilitação e da geriatria ...” (E7)*

Apenas um dos enfermeiros entrevistados considerou que para já não estava nos seus projetos fazer mais formação dentro da área da reabilitação, apesar de considerar a importância da formação contínua através da pesquisa bibliográfica:

*“Num curto prazo, para já não está nos meus objetivos fazer mais formação, mas a pesquisa bibliográfica, isso tem que ser constante” (E6)*

Collière (1999) considera que é a formação que constrói o papel dos enfermeiros e ajusta a esse papel a prática dos cuidados que estes profissionais prestam.

Moniz (2003) também salienta que a experiência profissional designa conhecimento experimentado por quem o constrói e pela utilidade e sentido que lhe dá. No entanto, adverte que o saber adquirido pela experiência precisa ser submetido a um processo de reorganização, de reconstrução e de transformação. Precisa ser fortalecido e articulado com um saber permanente, evolutivo e científico. Para concretizar essa articulação, estes enfermeiros sentem necessidade de recorrer a estratégias formais de formação, conforme foi descrito nos discursos dos enfermeiros entrevistados.

Costa (1995) refere ainda que as situações práticas pela sua própria natureza não induzem a uma aplicação direta e linear da teoria. Há situações práticas que manifestam incerteza, singularidade e instabilidade e conflito de valores, exigindo um processo de deliberação e de interpretação.

#### **4 – Fatores de desenvolvimento de competências**

No quadro seguinte são referidos os segmentos do discurso relacionados com os fatores de desenvolvimento de competências. É dada evidência à dependência dos cuidados de enfermagem, aos sentimentos relacionados com a especialidade em enfermagem de reabilitação, às qualidades para comunicar e escutar o doente, à forma como a cultura/ nível de escolaridade do doente interfere na prestação de cuidados e à capacidade do enfermeiro de reabilitação para falar em público.

QUADRO 12: Fatores de desenvolvimento de competências

Unidade de análise	Categoria	Subcategoria
Fatores de desenvolvimento de competências	A dependência dos cuidados de enfermagem	
	De principiante ao domínio da função	Principiante
		Domínio da função
	Qualidades para comunicar com o doente	
	Capacidade para ouvir	
	Diferenciação académica	
	Falar em público	

Numa UCI os doentes são, na sua maioria, totalmente dependentes para a satisfação das suas necessidades fundamentais e têm, devido à sua situação e limitações terapêuticas um risco de desenvolver complicações graves aos mais variados níveis associadas à imobilidade, à insuficiência respiratória e à diminuição da atividade intelectual, social e emocional (Laranjeira, 2010). Ao prestar cuidados aos doentes internados em unidades de cuidados intensivos, o enfermeiro de reabilitação torna evidente a elevada dependência que este tipo de doentes apresenta dos cuidados de enfermagem.

#### 4.1 – A dependência dos cuidados de enfermagem

De acordo com o REPE (capítulo II, art.º 5.º, ponto 4) os cuidados de enfermagem devem englobar, de acordo com o grau de dependência do doente as seguintes formas de atuação:

**a) Fazer por substituir a competência funcional em que o utente esteja totalmente incapacitado:**

Os doentes internados numa UCI na sua maioria encontram-se inconscientes e incapacitados de satisfazerem as necessidades humanas básicas. Cabe aos enfermeiros a satisfação de todas as necessidades que propiciem o bem-estar do doente. Constatamos

que os enfermeiros têm subjacentes os pressupostos, valores e elementos do modelo de enfermagem de Dorothea Orem (1991). É visível o enfoque dado pelos enfermeiros à teoria dos sistemas de enfermagem, em que a sua ação se enquadra no sistema totalmente compensatório, no qual o enfermeiro efetua a realização do autocuidado terapêutico pelo doente:

*“O doente (...) nos cuidados intensivos, apresenta praticamente todos os autocuidados dependentes em grau elevado, por isso as intervenções desenvolvidas são (...) estabelecer um plano de cuidados adequado às limitações próprias do doente crítico: executar intervenções como mobilizações passivas/ ativas-assistidas, cinesiterapia respiratória, treino de equilíbrio, treino intestinal e vesical, alimentação, levante, são importantes para conservar as capacidades existentes, prevenir limitações e promover a máxima capacidade funcional”. (E1)*

*“Dado o elevado nível de gravidade as intervenções numa fase mais inicial reportam-se às mobilizações passivas e cinesiterapia respiratória” (E2)*

*“Os doentes em cuidados intensivos numa fase mais inicial estão dependentes totalmente nos seus autocuidados, por tal as intervenções do enfermeiro de reabilitação e do enfermeiro generalista são a todo o nível. Considero que o enfermeiro de reabilitação deve incidir nos autocuidados comer, beber e o transferir da cama para a cadeira o mais precocemente possível para promover o mais rapidamente possível a autonomia do doente”. (E4)*

*“Quando sedado, o doente de cuidados intensivos requer intervenções de enfermagem de reabilitação com objetivos focados em exercícios de mobilização passiva/ ativa, otimização da drenagem de secreções que se encontra comprometida pela imobilidade e outros inúmeros fatores inerentes aos cuidados intensivos, posicionamento do doente de forma adequada à sua situação” (E5)*

*“Essa articulação funciona de forma contínua e gradual, dado o facto da evolução do doente crítico ser orientada, (por norma), do mais sedado para o mais acordado. Assim, as intervenções numa fase inicial serão mais focadas no sistema de enfermagem totalmente compensatório, representado pelo indivíduo incapaz de se empenhar nas ações de autocuidado, e em que o enfermeiro vai executar ou agir, substituindo o paciente naquilo que ele não é capaz”. (E6)*

*“ (...) numa 1.ª fase, o enfermeiro substituí o paciente naquilo que ele não é capaz dado o estado de consciência alterado induzido, focando-se a reabilitação na manutenção e prevenção de agravamento e/ ou lesões iatrogénicas” (E6)*

**b) Ajudar a complementar a competência funcional em que o utente esteja parcialmente incapacitado:**

Na fase em que o doente retoma a consciência, os enfermeiros têm um papel preponderante em tranquilizar o doente fazendo-o perceber a sua condição atual, que estão reunidos todos os meios que o ajudarão a recuperar a sua independência e autonomia, e que a conjugação dos esforços da equipa multidisciplinar, doente e família irá permitir a recuperação para o seu retorno, dentro do possível, à vida em sociedade.

Segundo Orem (1991) é função do enfermeiro substituir o doente na necessidade comprometida, compensar a incapacidade do doente na realização do autocuidado, ou facilitar os meios que lhe permitam a substituição dessa necessidade enquanto não alcança a sua independência, ou se adapta à nova condição de saúde:

*“ ... numa fase posterior poderá incidir sobre o autocuidado higiene, embora no leito, alimentação e levante (...) poderá resultar numa redução de défices”. (E2)*

*“ ... quando o doente já não se encontra sedado, os objetivos focam-se na otimização da função respiratória através de exercícios de reeducação funcional que visem a drenagem de secreções, aumento da capacidade inspiratória e aumento da tolerância ao esforço”. (E5)*

*“ (...) vai-se proceder a uma adaptação gradual do paciente ao retorno à vida ativa, promovendo a sua participação e desempenho nos autocuidados, sendo que a reabilitação deverá incidir sobre a aplicação de estratégias que potenciem o grau máximo de independência possível naquele momento, bem como o desenvolvimento de um programa de exercícios que foquem os pontos de handicap de forma a melhora-los e permitir a evolução nessa independência desejada”. (E6)*

**c) Orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correções necessárias:**

Hoje em dia, mais do que nunca, o papel formativo do enfermeiro é considerado imprescindível na promoção e manutenção da saúde. De acordo com o descrito no REPE

(OE, 2005) a promoção da saúde, é um dos objetivos fundamentais no exercício profissional dos enfermeiros, o que também foi referido pelos colegas:

*“ ... o modelo de Dorothea Orem incide muito nos ensinamentos e na aprendizagem dos doentes para promover a sua autonomia, como tal faz todo o sentido que os enfermeiros tenham por base de trabalho este modelo porque o nosso trabalho tem por base o ensino ao doente repetindo com ele muitas vezes o que lhe ensinamos para que venha a conseguir fazer sozinho para obter a sua independência e autonomia nos autocuidados”. (E4)*

De acordo com Orem (1991), no sistema de apoio e educação o papel do enfermeiro consiste em regular o exercício e desenvolvimento das atividades de autocuidado:

*“ ... primeiro terá que incidir nos ensinamentos para depois (...) do doente ter apreendido, ser capaz de desenvolver as atividades para a sua autonomia”. (E4)*

Considera-se que os enfermeiros devem possuir uma série de competências e conhecimentos na área de educação para a saúde, devendo integrar este aspeto na sua prática quotidiana. Custódio e Cabrita (2002, p. 55) referem que grande parte das competências se adquirem na formação, significando *“ (...) antes de mais, crescer (...) em todas as facetas da vida, a nível profissional, é condição “sine qua non” para a valorização e aumento das competências na pessoa”*, competências essas que irão contribuir para a prestação de cuidados na área da educação para a saúde ao doente e família, uma vez que é através da educação que podemos ajudar os doentes/ família a desenvolver o autocuidado e as suas competências para modificar comportamentos e atitudes que visem a melhoria da sua qualidade de vida. (Redman, 2003)

*“ ... a alimentação, começar a ... a própria alimentação do doente. Imagina um doente num estado mais avançado, não aqueles doentes que estão em coma induzido, mas um doente que à partida será um doente que se as coisas não andarem para trás irá para os cuidados intermédios, nessa fase, se calhar, imagina a parte da alimentação, fazer os ensinamentos ao doente, o ensino ao doente como é que se pode autocuidar no vestir, no tomar ... no prestar os seus próprios cuidados de higiene, as coisas que ele consegue fazer sozinho ou não, eu acho que é importante, eu acho que é sempre importante independentemente de o doente estar consciente ou não”. (E9)*

*“ ... perguntei-lhe no serviço onde ele estava internado se havia colegas que se preocupavam com ... a parte da reabilitação do doente e os ensinamentos de como ele se podia mobilizar e os exercícios que podia fazer sozinho ...” (E9)*

**d) Encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro:**

Os enfermeiros fazem parte de uma equipa e como tal é necessário que executem as suas atividades em interação para que a melhoria dos cuidados seja alcançada.

*“ ... tenho uma boa relação quer a nível médico quer a nível dos outros colegas enfermeiros, talvez pelo facto de já trabalhar lá há 14 anos e é razoável porque também temos fisioterapeutas que trabalham em complementaridade connosco e com eles é razoável” (E6)*

*“ ... temos que ser amigos de todos obviamente ... temos que estabelecer uma relação cordial com toda a gente para podermos obter o máximo de colaboração de todos os profissionais para nos ajudar no processo de reabilitação do doente e aquilo que na realidade interessa” (E7)*

*“Integro-me bem e entendo-me bem com todas as classes profissionais. Não tenho qualquer problema” (E2)*

*“Tento ver o que é que é mais benéfico para o doente e pondero”; “Na forma de comunicar essencialmente, eles agora aceitam muito bem ... qualquer coisa que eu diga em relação a um posicionamento, a por um “Inspiron” a colocar um “Bipap” ... eles agora aceitam essas coisas muito bem... também tem lá o “cough assist” que nós também usamos e algum material das fisioterapeutas que também usamos” (E8)*

*“Integro-me bem, mesmo com as fisioterapeutas e tenho uma participação ativa, elas fazem-me perguntas, mesmo em relação aos doentes” (E8)*

**e) Avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação, resposta do utente, familiares ou outros e dos registos efetuados.**

O plano assistencial de enfermagem exige uma avaliação contínua, completa e atualizada da pessoa, a fim de se adequar o tipo de assistência às necessidades e habilidades individuais e onde seja visível a identificação de objetivos para cada uma das áreas de autocuidado, em função do grau de dependência que cada doente apresente:

*“ ... perceber bem a situação, tento avaliar porque é que isso está a acontecer e tento no futuro ... procurar técnicas que sejam mais adequadas para aquela situação, para aquele doente” (E7)*

Se o doente alvo de cuidados não for avaliado de forma adequada, os enfermeiros ficam sem qualquer base racional para fazer julgamento sobre os *deficits* de autocuidado, selecionar os métodos de ajuda e prescrever as intervenções de enfermagem mais adequadas.

Podemos concluir que o enfermeiro de reabilitação a nível dos autocuidados tem como missão criar condições para assegurar as capacidades funcionais dos doentes, evitar complicações e defender o direito dos doentes à qualidade de vida, à socialização e à dignidade, assumindo assim o papel do educador, gestor de caso, defensor, conselheiro, investigador, moderador e facilitador (Hawkey e Williams, 2007). A intervenção do enfermeiro de reabilitação visa uma abordagem holística que pretende maximizar as capacidades do doente. Para alcançar os resultados desejados é necessário, em primeiro lugar, avaliar as capacidades e fatores que comprometem a independência. Em segundo lugar, após definir as evidências, o enfermeiro estabelecerá o diagnóstico e intervirá em conformidade e em consonância com as etapas anteriores.

#### *4.2 – De principiante ao domínio da função*

Benner (2005) afirma que nunca se começa como perito e que o indivíduo passa por vários níveis de experiência. Esta autora traz contributos valiosos no que respeita ao conhecimento, principalmente ao diferenciar o conhecimento teórico "saber o quê", do conhecimento prático "saber como". A experiência fornecerá a "proficiência" que, para a autora, é a autoridade intelectual e científica que pode ser entendida como a associação entre o conhecimento teórico e o da prática.

Quando questionados relativamente aos sentimentos de segurança/ insegurança relacionados com a especialidade de enfermagem de reabilitação, vários entrevistados referiram falta de segurança na prestação de cuidados relacionada com a dificuldade em aliar os conhecimentos teóricos a situações da prática com que se deparam:

*“Não me sinto segura o suficiente, nem com os conhecimentos bem solidificados ...”;  
“... acho que é uma questão de falta de treino e de motivação nesta altura ...”; “frustração e falta de motivação ... e acho que ser ... um subaproveitamento das pessoas que tiram este curso ... não há incentivo nem perspectivas de mudança” (E1)*

*“ ... ainda não tive oportunidade de por em prática tudo aquilo que aprendi. ... há muitas coisas que ainda tenho dúvidas e insegurança e que acho que só se ganha com o treino” (E1)*

Outros elementos consideram que os conhecimentos que obtiveram no curso não foram suficientes e revelam receio, insegurança e medo na realização autónoma do seu papel, referindo-se em especial aos cuidados intensivos como uma área de difícil adaptação e que necessita de constante autoformação:

*“Perdida e a saber fazer muito pouco”; “... com receio de não fazer as coisas bem-feitas”; “ ... a prática ainda é muito pouca ou quase nenhuma” (E4)*

*“Um pouco insegura com necessidade de adaptação ao novo horário e a novos cuidados de enfermagem” (E6)*

A falta de reconhecimento pelos doentes; família e sociedade leva a alguma insegurança e condiciona a prestação de cuidados:

Benner (2005) considera que os principiantes ainda não possuem experiência com as situações que se lhes deparam. São-lhe, por isso, imprescindíveis os elementos objetivamente mensuráveis e as normas, o que confere ao principiante um comportamento tipicamente limitado e rígido.

*“ ... há [situações que] ... me deixam um bocadinho mais renitente porque não tenho tanta segurança, nalgumas áreas não me sinto muito segura ... ”; “ ... os próprios doentes e os familiares e mesmo a nossa sociedade, acho que não está preparada, não somos muito reconhecidos ...” (E9)*

Apesar de todas as dificuldades denota-se orgulho por parte dos colegas ao iniciarem as novas funções como especialistas:

*“Foram dois sentimentos antagónicos: por um lado orgulho, porque ia começar a prestar os cuidados de uma coisa para a qual tinha estudado e queria muito começar a realizar; por outro lado algum receio porque iria começar a prestar cuidados de reabilitação de forma autónoma pela primeira vez e obviamente que a pessoa sente algum ... medo de saber se é capaz de fazer isso”. (E7)*

As competências dos profissionais desenvolvem-se de forma gradativa e temporal. Dias (2004) afirma que o desenvolvimento mais ou menos rápido das competências se deve à capacidade de interiorização e reflexão.

Segundo Benner (2005) neste nível de domínio da função enquadram-se enfermeiros com cinco anos ou mais anos de experiência no mesmo serviço, que já têm uma grande experiência que lhes permite uma compreensão profunda da situação global, agindo por intuição. Estes enfermeiros não perdem grande tempo a analisar os problemas, a sua tomada de decisão torna-se rápida e segura; o reconhecimento dos colegas e doentes é visível. No entanto, as suas competências não podem ser reconhecidas pelos métodos quantitativos habituais de avaliação. Requerem sim uma perspetiva interpretativa e estratégias qualitativas de avaliação, nomeadamente a partir de descrições de situações clínicas onde fizeram a diferença com a sua intervenção.

Benner (2005, p. 59) considera que *“(...) com a experiência e o domínio, a competência transforma-se. E esta mudança leva a um melhoramento das actuações”*, como nos refere o discurso dos entrevistados:

*“Sinto-me bem. Sinto-me segura ... tento sempre controlar e estar mais atenta naquilo que possa correr mal ...” (E1)*

É muito importante saber mobilizar e transferir conhecimentos. O enfermeiro no seu exercício profissional tem uma função primordial, a função da educação. Tal como refere Benner (2005, p. 92) *“Estas enfermeiras especializadas não propõem apenas informações, elas oferecem maneiras de ser, de enfrentar a doença e mesmo novas perspetivas ao doente, graças às possibilidades e ao saber que decorrem de uma boa prática de cuidados de enfermagem”*:

*“... quando comecei [a praticar] senti uma segurança completamente diferente e realmente é inquestionável os benefícios dos doentes”; “... aquele tipo de serviço ... obriga a desenvolver capacidades ... acho que consigo estabelecer prioridades. Acho que consigo ... ir de encontro às necessidades do doente” (E2)*

*“ ... sinto-me mais à vontade para lidar com a parte respiratória do doente e progredir no “desmame” ventilatório o que nos nossos serviços de cuidados intensivos é muito importante. Sinto-me mais ... seguro” (E3)*

*“Há ... situações em que me sinto realmente mais á vontade e não tenho problemas nenhuns em fazer as coisas ... doentes de ortopedia, os doentes cirúrgicos, de cirurgia geral, cirurgia plástica, vascular é muito frequente ...” (E9)*

Hesbeen (2001, p. 33-34) vem reforçar esta reflexão afirmando que *“(...) para além dos aspetos puramente cuidativos comuns a todos os intervenientes da equipa, não pode ter-se do exercício da enfermagem uma imagem que os restrinja a actividades e a tarefas”*.

O mesmo autor menciona ainda que *“Embora seja necessário mantermo-nos atentos e não sermos redutores, podemos afirmar que as enfermeiras e os enfermeiros dispõem de alguns meios particulares que fazem parte dos seus recursos e que lhes conferem a especificidade necessária para garantir a sua função de perito (...)”*.

*“ ... tenho que ter algum espírito de liderança ... não tenho problemas nisso. Acho que se nós somos preparados ... se temos uma diferenciação e além disso tudo temos formação, temos conhecimento, temos experiência ... temos de ser um núcleo de inovação para esses colegas” (E3)*

A experiência tem sido um dos elementos enfatizados por Benner. É através dela que o enfermeiro aprende a focalizar de imediato aquilo que é relevante na situação e a extrair o seu significado.

*“Só quando ... praticas sistematizadamente e vez que realmente aquela técnica, aquela intervenção ... tem garantias de que dá sucesso é que sentes ... que dominas ...” (E5)*

*“ ... alguma insegurança que se foi dissipando com o dia-a-dia, com a experiência e a pesquisa bibliográfica e partilha de experiências com a outra colega de reabilitação” (E6)*

O tempo de experiência profissional favorece o conhecimento prático. O discurso dos enfermeiros revela a necessidade de construir estratégias para que haja conhecimento desse saber fazer, para que possa ser desenvolvido e melhorado de forma a ser reconhecido. Le Boterf (2005, p. 63) refere que *“Para existir a competência tem necessidade de ser reconhecida”*. Este reconhecimento foi referido ao longo do discurso dos enfermeiros:

*“No início era extremamente difícil, mas olhando agora para traz acho que ... é compensador e acho que é importante, acho que me sinto bem em saber que de certa forma tudo aquilo que eu faço já é reconhecido pelos colegas” (E7)*

*“Sinto-me bem, até fico um bocado orgulhosa, porque afinal reconhecem que sou competente, reconhecem as minhas competências” (E8)*

### 4.3 – Qualidades para comunicar com o doente

Quando indagados em relação às qualidades para comunicar com o doente, o discurso dos enfermeiros revelou a importância de prestar atenção aos pormenores. Segundo Hesbeen (2000, p. 47) *“A atenção a essas «pequenas coisas» revela a preocupação do profissional com o outro, na sua existência”*. Tal como refere este autor os mil e um pormenores são os que revelam um verdadeiro olhar dirigido ao outro. Por vezes, uma palavra, um gesto, o tempo para escutar, são essenciais na relação de ajuda estabelecida, tão importantes como os demais atos técnicos ou os cuidados considerados essenciais na manutenção da saúde e da vida:

*“... já cheguei a ter um doente relativamente novo que teve um acidente de automóvel, penso eu, com uma fatura da cervical e então ... não tinha comprometimento medular nem nada, mas foi operado e eu recorda-me que ... a avaliação que eu fiz ... é que ele realmente tinha muita probabilidade de voltar a fazer a vida dele normal e estive ainda um bocado a conversar com ele ...” (E9)*

Na relação de ajuda, o enfermeiro deve estar recetivo a quem ajuda e desperto para as suas reações e sentimentos pessoais. Para que tal aconteça deve desenvolver as suas capacidades de relacionamento interpessoal de forma a poder ajudar. Neste contexto, Lazure (1994) acrescenta que o enfermeiro que ajuda deve desenvolver capacidades de clarificar e fazer clarificar, de respeitar-se e respeitar os outros, de ser congruente consigo mesmo e em relação aos outros, de ser empático consigo próprio e com os outros, de confrontar-se consigo próprio e com os outros e, sobretudo, ter capacidade de escuta:

*“ ... paciência, empatia ... sei ouvir ... sou simpática ... tenho boas capacidades de ouvinte, não tenho problema em comunicar com os doentes” (E1)*

*“ ... fundamentalmente ... um bom comunicante é um bom escutante ... uma boa comunicação também passa por saber escutar ... sinto-me bem também a conversar e a transmitir algum conhecimento ao doente ... acho que tenho ... uma boa relação de empatia com o doente” (E3)*

*“ ... saber escutar o doente ... ouvir o doente e conseguir tentar estabelecer uma boa relação ... para depois ... tentar “entrar” naquele doente ... para depois conseguir utilizar isso para implementar aquilo que eu quero fazer ... ” (E7)*

A calma, empatia e tranquilidade foram algumas das capacidades referidas de forma a ir ao encontro das emoções, objetivos e comportamentos dos outros permitindo ao enfermeiro desenvolver-se e atingir o maior grau de ajuda e eficácia na relação estabelecida:

*“ ... a mais valia será a calma. O tentar proporcionar um ambiente calmo para o doente. Puxar por ele, dar aquela noção de feedback integrado. Um bocado fazer com que ele participe nas coisas e que se integre” (E5)*

*“ ... ter uma postura tranquila e mostrar disponibilidade para o ouvir” (E6)*

*“ ... é a empatia, consigo estabelecer uma boa relação com os doentes ... eles agora aceitam muito bem ... qualquer coisa que eu diga... ” (E8)*

Como refere Collière (1999, p. 285) *“A acção de enfermagem situa-se, por um lado, em relação a tudo o que melhora as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde, com vista a prevenir, a limitar a doença e, por outro, em relação a tudo o que revitaliza alguém que esteja doente”*. É também dado destaque à importância do bom humor na comunicação. Esta forma de tentar revitalizar e favorecer o processo de desenvolvimento da saúde foi referida por um dos entrevistados:

*“ Eu sou uma pessoa muito brincalhona e então acho que muitas das vezes os doentes acham piada e começam a conversar mais à vontade pelo facto de a pessoa entrar a brincar com eles ... eu tenho uma forma se calhar muito particular de entrar com eles e sempre na brincadeira e sempre a rir e acho que ajuda um bocadinho a que eles também se libertem um bocado do facto de estarem doentes ... pelo menos é a resposta que eu depois vejo mais tarde, que eles não se esquecem de nós” (E9)*

#### 4.4 – Capacidade para ouvir

Escutar não é sinónimo de ouvir, escutar é ouvir com todos os nossos sentidos. Desta forma podemos concluir que será a nossa disponibilidade, a nossa atenção, a nossa autenticidade e respeito pelo outro que nos permitirão, tal como diz Collière (1999, p. 306), analisar *“ (...) o que existe como capacidade de vida e o que tem que ser compensado, estimular tudo o que a pessoa pode fazer por si própria ou com ajuda, e isso em relação ao estágio da sua vida bem como ao que constitui obstáculo ou entrave. A construção do*

*projeto de cuidados faz-se em torno dessa estimulação das forças da vida e do tipo de ajuda a desencadear para a assegurar". Por parte dos enfermeiros foi demonstrada total disponibilidade para ouvir o doente:*

*" ... sou boa ouvinte e não afasto a hipótese de o doente expressar aquilo que acha e que precisa na altura ..." (E1)*

Comunicar faz parte da nossa rotina diária e é essencial à vida. A comunicação designa todas as formas de relações sociais. Para poder cuidar, de forma a responder às necessidades do doente em toda a sua globalidade, é importante desenvolver competências ao nível da relação interpessoal. Sendo a relação a essência do cuidar em enfermagem, a comunicação é fundamental para estabelecer esta interação particular com o outro:

*" ... quando o doente manifesta essa vontade de transmitir alguma necessidade, eu tento-me mostrar disponível e quando digo disponível, é estar disponível para, ou seja naquele momento não há mais nada a não ser o doente, estou ali para ouvir e poder retirar dele as necessidades e o que é que eu poderei fazer para satisfazer essas necessidades do doente, portanto abstrair de tudo o resto" (E3)*

*"Ter tempo para escutar o doente, ouvindo a sua argumentação e incentivando-o a fazer mais e melhor" (E4)*

Na realidade, a necessidade sentida pelo enfermeiro de comunicar com o doente, leva a que este desenvolva esforços na tentativa de atingir esse objetivo. Por outro lado, as várias experiências que vão ocorrendo na sua comunicação irão contribuir para que gradualmente, o enfermeiro, pelo conhecimento e pela prática, se torne mais capaz de entender o doente:

*" ... às vezes até ... ao prestar cuidados, a própria forma como abordas o doente e como pões o próprio ambiente calmo a própria parceria com ele, acaba por fazer com que ele se exponha e se abra contigo" (E5)*

*" ... dou todo o tempo que o doente necessita para poder desabafar, para poder falar sobre aquilo que acha que é adequado e dessa forma tentar estabelecer uma relação adequada com o doente, para ... depois eu conseguir implementar o plano de cuidados que eu acho que é adequado" (E7)*

*"... quando tenho tempo fico mesmo lá á conversa ... porque acho que muitas das vezes o que põe os doentes irritados, stressados, mal dispostos e afins, é mesmo o facto de*

*não terem ninguém com quem conversar e às vezes uns cinco a dez minutinhos, uma conversa ... a falar dos filhos, a falar da doença ... a falar do que quer que seja, para eles já é uma alívio ... e logo a seguir se fores fazer mais alguma coisinha parece que já se criou ali uma relação mais próxima ...” (E9)*

No desenvolvimento de competências para melhorar a comunicação com o doente, consideramos ser necessário que o enfermeiro invista no aperfeiçoamento de determinadas características pessoais como o ser capaz de comunicar eficazmente, demonstrar disponibilidade física e psíquica, desenvolver capacidades intelectuais e afetivas para compreender o doente na sua globalidade e ter a capacidade de reconhecer as suas limitações. O desenvolvimento destas capacidades pessoais e uma atitude de empatia e respeito pelo doente permitirão ao enfermeiro desenvolver as suas competências relacionais essenciais para estabelecer uma relação de ajuda ao nível do cuidar. Concordamos com Phaneuf (1995) quando refere que a comunicação terapêutica possibilita o estabelecimento de uma ligação significativa entre o enfermeiro e o doente e exige aceitação, respeito caloroso e compreensão empática. Baseada na comunicação verbal e não-verbal o enfermeiro deve potenciar no doente uma mudança em direção à autonomia.

#### *4.5 – Diferenciação académica*

Com o objetivo de clarificar do ponto de vista do enfermeiro de reabilitação as suas funções de reabilitação junto do doente foi colocada a questão:

Como relaciona a cultura/ escolaridade do doente com prestação de cuidados de reabilitação?

Pelo discurso dos colegas podemos concluir que o nível de conhecimentos do doente tem alguma influência na realização das funções do enfermeiro de reabilitação, nomeadamente, na necessidade de adequar a informação a transmitir aos conhecimentos do doente:

*“Tem ... alguma influência. Eu acho que nós para podermos ensinar e para podermos fazer com que o doente aceite temos que adequar ... à cultura” (E2)*

*“Eu acho que existe muita interferência ... é extremamente importante adequar sempre aquilo que nós estamos a dizer e a informação que nós estamos a transmitir ao nível de conhecimentos do doente” (E7)*

*“Eu tento sempre ver mais ou menos qual é o grau de cultura do doente, mesmo para lhe ensinar algumas técnicas, porque é diferente, às vezes dizes a um doente: “olhe vai inspirar” e eles não sabem mesmo o que é inspirar” (E8)*

A atitude do doente, a força de vontade e a própria personalidade foram também consideradas como relevantes:

*“A cultura não, mas ... a atitude do doente sim. O tipo de doente que é, se é um otimista se é uma pessoa pessimista. Acho que interfere bastante. Não será linear, em termos culturais, não será tão linear assim, mas acho que o estado de espírito do doente e ... o mesmo nível de conhecimentos poderá ser negativo ou positivo dependendo do doente” (E5)*

*“Eu acho que não ... tentamos sempre contornar a coisa para que seja vantajoso para o doente e que a gente consiga trabalhar qualquer coisa. Mas por exemplo: se temos um doente que tem um nível de formação baixo, às vezes é complicado a comunicação porque eles não conseguem entender o que a gente lhes diz, mas quando são pessoas que têm outro nível de formação à partida é mais fácil, mas também isso às vezes não vai tanto da formação, é mais a força de vontade dos doentes e a própria personalidade” (E9)*

#### 4.6 – Falar em público

Falar em público é um dos instrumentos básicos dos enfermeiros, no entanto, inclui-se entre as situações que mais geram ansiedade, preocupação e sentimentos de impotência. As pessoas mais tímidas tendem a supervalorizar os possíveis riscos. Assim, o novo e a insegurança tornam-se assustadores. Dessa forma, quando cabe a tarefa de se apresentar em público, o receio de enfrentar uma plateia pode dificultar a possibilidade de sucesso.

*“Insegura, não gosto. Já participei inclusive lá no serviço quando fizemos um congresso, mas não gosto” (E8)*

A ansiedade foi uma das emoções mais relatada pelos entrevistados:

*“ ... um pouco ansiosa, também sinto que é uma responsabilidade ... grande ... por mim não me candidato muito a isso, se eu poder evitar, evito. Mas o ter que ser...” (E5)*

*“Muito aflita” (E4)*

*“ ... sou um bocadinho introvertida, tenho alguma dificuldade” (E6)*

De um modo geral, as pessoas evitam falar em público, por uma série de razões, como vergonha, medo de enfrentar a audiência, medo de não saber responder a alguma pergunta, receio de dizer algo incorreto, etc...

*“Nervosa, falta de confiança e de segurança e ... vergonha” (E1)*

*“Nem quero saber disso! Não tenho perfil” (E2)*

Para a maior parte dos entrevistados falar em público é uma atividade difícil e delicada, mas pode ser profundamente gratificante. Com vontade, dedicação e esforço, a maior parte das pessoas pode aprender a melhorar essa competência.

*“Não me sinto muito bem, não gosto propriamente muito de falar em público, mas tento dar o meu melhor quando isso acontece, mas se poder evitar, evito” (E7)*

*“Depende do assunto... normalmente ... quando falamos para um grupo que já é nosso conhecido, a pessoa se calhar sente-se mais à vontade, quando estamos a falar para um grupo onde praticamente não se conhece ninguém ou ... um congresso ou uma formação eu realmente fico um bocadinho nervosa e não me sinto assim muito à vontade, se bem que aquilo que eu oiço depois do outro lado, de quem está a ouvir, diz que eu sou uma pessoa que fala com calma e muito à vontade naquilo que está a dizer. Eu não tenho essa noção ... “ (E9)*

Apenas um dos entrevistados referiu grande à vontade para falar em público:

*“ ... bem, mesmo a falar “à Porto” não me preocupa. Sinto-me bem e gosto bastante” (E3)*

## **5 – Fundamentação dos saberes**

O discurso dos enfermeiros relativo à unidade de análise fundamentação dos saberes encontra-se descrito no quadro seguinte, na qual se dá ênfase às competências do enfermeiro de reabilitação e às estratégias de transformação das competências.

QUADRO 13: Fundamentação dos saberes

Unidade de análise	Categoria
Fundamentação dos saberes	Competências do enfermeiro de reabilitação
	Estratégias de transformação de competências

### 5.1 – Competências do enfermeiro de reabilitação

Relativamente às competências do enfermeiro de reabilitação e de acordo com o estipulado no regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação a APER (2010) considera que o enfermeiro de reabilitação têm, fundamentalmente, como missão promover ações para a prevenção e tratamento da doença e para a promoção dos processos de readaptação da pessoa ao longo de todo o ciclo vital, não só com o intuito de manter as capacidades funcionais como, fundamentalmente, otimizar a qualidade de vida dos doentes, família e comunidade, a sua socialização e a sua dignidade. Atuando na saúde e na doença, aguda ou crónica, o enfermeiro de reabilitação contribui para maximizar o potencial funcional e de independência física, emocional e social das pessoas, minimizando as incapacidades, nomeadamente através da reeducação funcional respiratória, reabilitação funcional motora, treino de atividades de vida diária, ensino sobre a otimização ambiental e utilização de produtos de apoio.

Santos et al. (2010) consideram que a mobilização precoce em UCI se revela importante na prevenção de complicações da imobilidade, otimização do transporte de oxigénio e melhoria da ventilação alveolar, facilitando o desmame ventilatório e num patamar mais alto, maximizando a independência e melhorando a qualidade de vida.

Partilhando desta opinião, a reabilitação funcional motora e a reeducação funcional respiratória foram as intervenções mais referidas pelos colegas entrevistados nas UCI's em que exercem funções:

*“ ... tenho acudado mais a nível de algumas técnicas como cinesiterapia e posicionamentos” (E4)*

*“ ... intervenho a nível de cinesiterapia respiratória, reabilitação motora, reforço muscular e readaptação ao esforço ...” (E6)*

*“ ... tento sensibilizar para se concentrar no tratamento, nomeadamente na cinesiterapia, tentar que ele se aperfeiçoe no tipo de ventilação e mostrar depois o benefício que traz para que ele consiga expetorar para ter uma melhor ventilação” (E6)*

*“ ... eu realmente acho que o mais importante é a reabilitação respiratória ... vou mais aos doentes que estão extubados ...” (E2)*

O enfermeiro de reabilitação ao intervir em doentes com necessidade de cinesiterapia respiratória realiza intervenções terapêuticas para melhorar o padrão funcional respiratório (reeducação funcional respiratória), corrigir as posturas incorretas, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida diária, e minimizar as incapacidades instaladas ao nível respiratório:

*“ ... é a cinesiterapia respiratória. Em cuidados intensivos a maioria dos nossos doentes estão ... entubados e a estase de secreções deve ser evitada a todo o custo e é uma técnica que me dá um certo gozo, e realmente é uma das técnicas do enfermeiro de reabilitação que pratico frequentemente. Tenho sempre tempo para isso, e essa é uma das técnicas que faço sempre e com algum gozo, porque realmente é uma área de que gosto” (E3)*

*“ ... cinesiterapia em que os nossos doentes geralmente têm associados drenos torácicos, ao fazer uma drenagem postural, tem que ser uma drenagem modificada, porque eles não permitem fazer os decúbitos tal como a gente aprendeu. Vai-lhes provocar dores e ... não conseguem mesmo” (E6)*

*“ ... a cinesiterapia respiratória, acho que é ... a técnica ideal e acho que é uma das técnicas que tem que ser constantemente ajustada ... à pessoa que nós temos à nossa frente. É quase impossível realizar uma técnica de cinesiterapia respiratória pelo método clássico, tem que ser modificada, então estamos constantemente a adaptar às circunstâncias do doente e eu acho que este é o exemplo de uma das técnicas que é extremamente importante numa unidade de cuidados intensivos, é diferente e é sempre totalmente diferente de um doente para o outro” (E7)*

*“A cinesiterapia lá, é sempre modificada, não posso baixar muito as cabeceiras das camas, depois temos os drenos, mesmo os posicionamentos são sempre um bocadinho mais adaptados, raramente fazemos os laterais puros, fazemos sempre os semi-laterais, tudo*

*assim muito adaptado, depois temos os transplantados em que fazemos sempre as mobilizações, mas também sempre adequadas ao doente” (E8)*

Logo após as primeiras 12 a 24 horas, com estabilização do quadro clínico, podem iniciar-se exercícios de baixa intensidade como mobilização passiva e ativa, exercícios respiratórios de relaxamento e a nível de alguns autocuidados:

*“ (...) principalmente na parte precoce da reabilitação porque há determinadas lesões quer a nível pulmonar quer a nível da imobilidade do doente que se implementam e sequelas que ficam no doente devido (...) à falta de reabilitação nestes doentes, por isso eu acho que é fundamental a presença do enfermeiro de reabilitação ... há algumas áreas que são mais prediletas que é a mobilização passiva do doente, na parte respiratória do doente, depois é na parte urinária do doente e na alimentação, são as quatro áreas que eu acho que são mais importantes para se desenvolver no doente que está em cuidados intensivos” (E7)*

Foi dada importância a novas formas de realizar determinadas tarefas aprendidas ao longo da especialidade em reabilitação e complementadas com a prática:

*“ ... fazer um levante de doentes acamados ... que têm pouco equilíbrio ... faço de maneira diferente do que o fazia antes ... com atenção noutras coisas que não fazia e que neste momento acho que são mais fáceis e menos custosas para mim do que fazia antes de a ter aprendido ... quando ... levantas o doente e o sentas na cama e lhe prendes os joelhos e o rodas ... “ (E1)*

*“Levante para o cadeirão sem transfere, a pé sempre que o doente beneficie desse levante” (E4)*

*“As transferências e ... a cinesiterapia ... Parte-se do princípio que se poderá fazer a todos os doentes ... mas as transferências o resto da equipa de enfermagem é mais renitente a transferir e o hábito é passar com o lençol, e não fazer a transferência, apesar de os doentes poderem colaborar ... não dar esse tempo ao doente para poder colaborar e dá alguma satisfação, é algo que tenho ... tentado fazer nos últimos tempos, é precisamente essa evolução da transferência, tentar fazer com que o doente quando começa a colaborar, fazer os treinos de equilíbrio sentado na cama, os treinos ainda deitado de ajuda do doente, elevação do quadril ... e tenho tido bons resultados, é sempre um pânico quando me veem assim pequenina a pegar no doente, mas não tem corrido mal. (E5)*

Martins (2002) defende que a reabilitação deve ser instituída precocemente de forma a evitar as situações de contracturas e atrofia musculares ou mesmo outros efeitos decorrentes da imobilidade, o que também foi considerado pelos colegas:

*“ É o levante ... lá é o levante, porque é importante que o doente inicie o levante o mais rápido possível, por causa das infeções respiratórias e não só, mas mais pela parte respiratória ... mesmo o ensino ao próprio doente, porque depois ele vai para a enfermaria, vai poder ir ao wc, acompanhado ou não, com supervisão ou não, mas até se pode levantar sozinho, é importante ...” (E9)*

*“ ... o levante precoce do doente. Numa unidade de cuidados intensivos ... a desalgiação precoce do doente, as mobilizações passivas e a cinesiterapia ... é a reabilitação precoce no doente crítico ... logo no início do internamento ...” (E2); (E7); (E9)*

*“ ... o doente crítico a gente tem que olhar para ele da cabeça aos pés ... é o braço, é o outro braço, é a perna, é aquela cabeça que também não está bem, é tudo, a parte respiratória, as secreções, as drenagens, os posicionamentos ... os ensinamentos ao doente, esperar que ele acorde, mas ... acho que isso é o que faz com que a gente ande para a frente ... eu falo por mim, eu gosto do doente crítico, porque gosto de os ver a recuperar, ainda que às vezes lentamente, mas gosto de os ver a recuperar e a sair pelo pezinho deles. Isso é o que dá gozo” (E9)*

Através da análise dos discursos é visível o interesse demonstrado em apetrechar o serviço com vários tipos de produtos de apoio de forma a permitir uma melhor prática dos cuidados de enfermagem de reabilitação:

*“ ... a utilização do “cough assist” ... material como almofadas, cinto de transferência ... talas de Margaret Johnston, os bancos de apoio para os pés ...” (E1)*

Podemos concluir que estas afirmações vão de encontro ao que é definido pela OE quando refere que *“Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue (...) procura-se ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades de vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente”*. (OE. 2002, p. 8-9)

## 5.2 – Estratégias de transformação das competências

Como refere Dias (2004, p. 58) a formação é entendida como “(...) *um processo de transformação individual que envolve a dimensão do saber (conhecimentos), do saber-fazer (capacidades), do saber ser (atitudes e comportamentos) e do saber-aprender (evolução das situações e a permanente actualização e adaptação que estas exigem)*”. O mesmo autor considera que todos estes saberes são fundamentais para permitir um saber-transformar, ou seja, uma interação entre os diversos saberes e uma adaptação ao contexto de trabalho.

*“ ... é ... a medida que vais trabalhando definirás áreas de interesse tuas, investires na formação nessas áreas de interesse e irás aumentando no fundo o teu conhecimento sobre determinada área, tornares-te um especialista numa determinada área, vai sempre afunilando, ... é um conhecimento mais aprofundado” (E5)*

Dias (2004, p. 20) considera ainda a necessidade de os enfermeiros darem importância à formação do dia-a-dia: *“Há portanto o reconhecimento que a educação surge para além dos espaços e instituições especializadas, fazendo parte dos espaços de vida e de trabalho das pessoas”*. Este desenvolvimento da formação foi referido como:

*“ ... é saber desde o início, desde a formação que uma pessoa faz até aquilo que faz no dia-a-dia e aquilo que gosta de fazer no dia-a-dia tem que ser coerente e ... tem que gostar para depois poder desenvolver o que é que tem que estudar o que é que há em particular para ... poder atingir o fim que pretende” (E7)*

Foi considerada a necessidade e importância de realizar um projeto profissional em que se definisse as metas a alcançar e o caminho para as atingir de forma a produzir os resultados esperados. Dias (2004, p. 19) salienta que *“Cada vez mais não podemos pensar na educação como um sinónimo de instrução, mas teremos de convergir para a formação de pessoas informadas, activas e conscientes. A capacidade de decidir e a necessidade de ser responsável implica o desenvolvimento de indivíduos autónomos, capazes de assumir os desafios da vida”*.

*“ ... é extremamente importante ter um projeto porque só uma pessoa sabendo qual é a meta que tem que alcançar é que pode planear qual é a melhor estratégia para a atingir, qual é a formação adequada que vai ter que fazer, qual é o serviço adequado que vai ter que estar para poder trabalhar nessa área ... qual é a área de investigação predileta para fazer nesse sentido e se não tem um projeto vai acabar por andar a estudar uma série*

de coisas totalmente diferentes e sem coerência que depois não vai produzir resultados adequados” (E7)

Le Boterf (2005) ao definir competência como um saber agir em situação, de forma pertinente e no momento oportuno, fala de um saber mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos adquiridos, não só através da formação, mas também, de todos os conhecimentos e experiências adquiridas ao longo da vida e que se manifestam nos contextos de trabalho específicos.

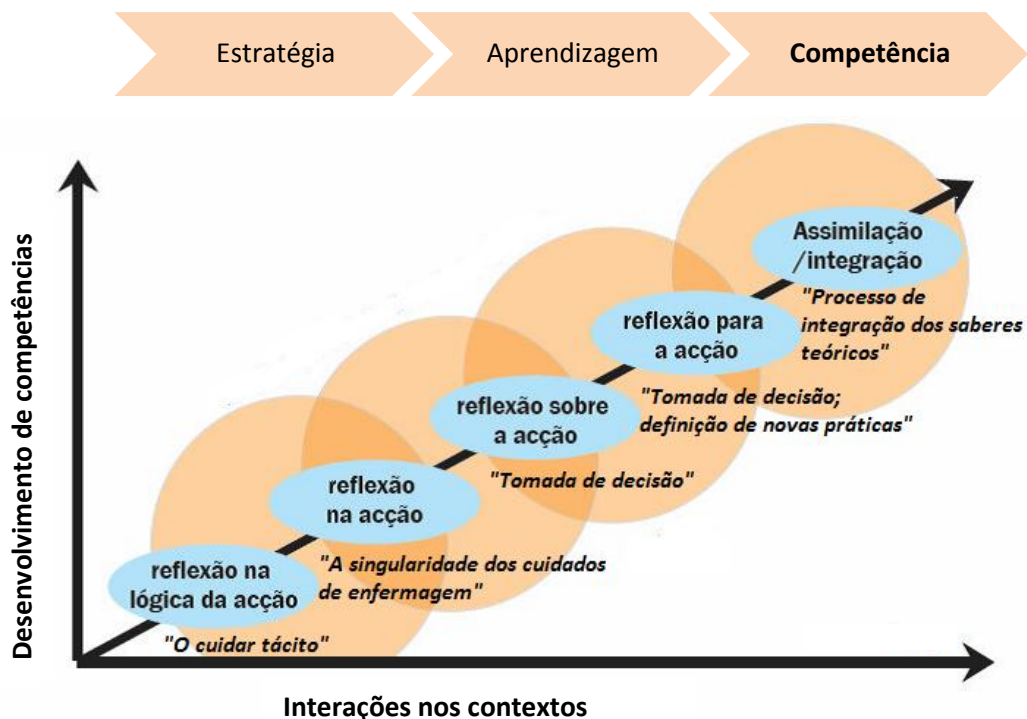
QUADRO 14: Mobilização de conhecimentos

Tipo de saber	Discurso	Competências
Saber teórico	<p>“... aquela fase inicial, não foi realmente fácil, porque nós saímos da escola, sabemos e ao fim e ao cabo não sabemos. Somos preparados de uma forma geral, mas depois digamos, temos que aplicar os conhecimentos a casos concertos, a doentes específicos apesar dos estágios ... acho que as escolas nos preparam no mínimo...” (E3)</p> <p>“Sinto-me um bocado perdida ... porque ... tudo o que demos na escola no curso ... a adaptação e então em cuidados intensivos as coisas têm que fazer sentido, tem que haver um objetivo que faça sentido e implicar um esforço, muita adaptação, muita sistematização e ... por vezes sinto-me um bocado frustrada porque nem toda a gente vê segundo os mesmo parâmetros ...” (E5)</p>	Aprendizagem
Saber experiencial	<p>“ ... a experiência dos anos nos vai dando um “know-how”, um saber fazer ... a experiência é que nos vai dando essa solução ...” (E3)</p> <p>“... estamos sempre a aprender. Estão sempre a aparecer situações novas ... aquilo que nós tínhamos por certo, se calhar já mudou e já não é nada disso é exatamente ao contrário por isso está-se sempre a aprender com a consciência de que nunca se vai saber tudo” (E7)</p> <p>“ ... tendo em conta os conhecimentos que fui desenvolvendo ao longo destes anos ...” (E6)</p> <p>“... a experiência ajuda muito a ... saber-se” (E4)</p>	<p>Aprendizagem</p> <p>Autoconfiança</p> <p>Flexibilidade</p>
Saber como um todo	<p>“ ... necessidade de completar muito o trabalho com formação em casa, novas pesquisas, novas descobertas, novos estudos, novos ensinamentos ... temos, digamos que ... aprofundar realmente a área em que estamos, porque cada um tem que aprofundar os seus</p>	<p>Criatividade</p> <p>Iniciativa</p>

	<p><i>conhecimentos, onde está ...” (E3)</i></p> <p><i>“Eu normalmente só falo quando tenho a certeza das coisas ... tento sempre explicar às pessoas qual é o assunto e onde é que podem ir ver o que é que lá está escrito ... tento sempre provar que as coisas existem e existem aqui ou ali, têm que existir num sítio onde possa existir evidência científica ...” (E9)</i></p>	Responsabilidade
--	---	------------------

Simões (2008) baseada em Le Boterf (2003) e Pires (1994) considera que numa situação de trabalho, a competência se evidencia nas ações e é relativa a cada situação específica, ou seja, é uma competência de situação, que existe previamente de forma autónoma, o que nos permite afirmar que competência não é apenas um estado de conhecimento possuído, é sobretudo um processo, uma realidade dinâmica, na combinação que faz dos diferentes elementos que a constituem (saber, saber-fazer prático, saber-ser raciocínio) para responder às necessidades de se integrar nas situações. Também Serrano (2008) refere que, cada vez mais, se apela à reflexão e, por consequência, à transformação e desenvolvimento da competência ao longo do tempo conforme revela a figura seguinte:

FIGURA 6: Estratégias de transformação das competências



Adaptado de: SERRANO, Maria Teresa Pereira – *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008. Tese de Doutoramento. p. 148.

A análise efetuada à figura permite identificar, na prática de cuidados, o modo como ocorre o processo, os comportamentos existentes e as competências mobilizadas. Assim concluímos que, quanto maior o número de interações existentes no contexto e o número de situações complexas, mais se apela à reflexão e, por consequência, à transformação e desenvolvimento da competência ao longo do tempo. Esta reflexão facilita o desenvolvimento de competências de resolução de problemas, dado que, promove a capacidade de reformular a experiência, gerar alternativas e fazer inferências a partir do conhecimento prévio, e ainda, avaliar ações no intuito de construir novas aprendizagens. Deste modo, a formação profissional prática deverá ser acompanhada de permanentes momentos de reflexão na ação; de reflexão sobre a ação e de reflexão sobre a reflexão efetuada na e sobre a ação.

## CONCLUSÕES

*“A profissão de enfermagem é exigente. Exige que se ofereça ao cliente e à família (...) a capacidade de estabelecer uma relação que lhes permita ser cada vez mais eles próprios, crescer na alegria, no sofrimento e algumas vezes mesmo às portas da morte”* (Lazure, 1994, p. 10)

A investigação científica é reconhecida pela profissão de enfermagem como uma estratégia que permite alargar conhecimentos essenciais à sua prática, sendo através desta que os enfermeiros adquirem competências que lhes permitem tomar decisões adequadas e fundamentadas cientificamente para obter uma melhoria dos cuidados prestados.

É incontestável o papel da investigação no desenvolvimento da enfermagem, dados os contributos que fornece para o desenvolvimento e valorização da profissão. De acordo com Collière (1999) uma profissão consciente dos seus deveres deve colocar questões que mereçam suscitar pesquisas, estar disposta a permitir investigações referentes à sua atividade e fazer passar à prática o objeto das suas pesquisas. Foi com base neste princípio e acreditando como nos refere Nunes (2003) que a enfermagem só pode evoluir se houver investigação feita por enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem prestados que desenvolvemos este estudo, onde através das entrevistas aos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação pretendemos responder às questões de investigação que orientaram a nossa pesquisa.

Os enfermeiros ao mobilizarem diferentes saberes na resolução de questões com que se deparam no dia-a-dia, podem levar a que muitas das respostas obtidas para essas questões, os conduzam a uma ação direcionada à especificidade da pessoa e às suas preocupações, enquadradas no seu projeto de vida.

Ao contextualizar a temática em estudo, procuramos uma inserção histórica da profissão de enfermagem em Portugal até aos nossos dias, salientando o cuidado em enfermagem como um ato que requer aprendizagem prática e que progride à medida que o enfermeiro iniciado passa a perito e se enriquece como pessoa. De acordo com Silva e Graveto (2008) a importância da prática na construção dos saberes é algo que não deve ser descurado. A enfermagem engloba um conjunto diversificado de saberes situado na sua

prática profissional, podendo e devendo ser aplicado para construir, melhorar ou desenvolver as conceções já existentes. Gostaríamos de referir a importância que teve questionarmos a prática dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação pelos contributos que nos deram para compreendermos a problemática em estudo.

Podemos concluir que quando há algum tipo de resistência à mudança, os enfermeiros de reabilitação tentam persuadir e motivar os colegas para a mudança, embora reconheçam que esta é efetuada de forma lenta, mas progressiva. Quanto à chefia é considerada como desmotivadora, sem valorizar o trabalho dos enfermeiros e criando dificuldades quando se pretende introduzir projetos que promovam a mudança.

É dada grande importância aos registos de enfermagem e à utilização de escalas e instrumentos de medida de forma a promover a continuidade de cuidados.

As relações profissionais, nomeadamente o trabalho em equipa são valorizadas e é revelada, por parte dos enfermeiros de reabilitação, segurança dentro da equipa, embora com algumas dificuldades de integração. O trabalho em equipa é considerado como a melhor forma de dar visibilidade aos cuidados prestados. O facto de se sentirem responsáveis pela visibilidade das competências dentro da equipa de saúde faz com que os enfermeiros consigam desenvolver o trabalho de equipa, demonstrando autonomia crescente, enriquecendo e desafiando o futuro pessoal e profissional. Segundo Gomes (1999) ser competente em enfermagem *“(...) implica necessariamente estar aberto às inovações, aceitar e promover mudanças na prática quotidiana”*.

A partilha de experiências com os colegas, como objetivo privilegiado para melhorar a prática profissional esteve presente no discurso dos enfermeiros, pela consciencialização de que as práticas de cuidados se constituem como percursos que podem conduzir à formação.

Ao refletirem sobre as perceções, representações, conhecimentos, modelos de ação e julgamentos, os enfermeiros de reabilitação são levados a encontrar novos significados que conduzem a mudanças na prática.

A continuidade de cuidados é referenciada como relevante ao favorecer ganhos em saúde e é demonstrado interesse em envolver o doente e a família.

A metodologia de organização do trabalho do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é efetuada de acordo com o preconizado pela OE, dando ênfase à avaliação inicial/ apreciação; planeamento; execução e avaliação.

É incontestável que a avaliação dos cuidados de enfermagem é uma forma de garantir a sua qualidade, permitindo corrigir problemas encontrados. Esta avaliação é possível através da pesquisa, da indagação e da investigação, fornecendo contributos que permitam reconhecer e valorizar os cuidados prestados.

Os enfermeiros entrevistados demonstram estar abertos a mudanças e a propostas inovadoras e consideraram necessário introduzir novos materiais nos serviços, criar grupos de trabalho, controlar os custos e a realização de ensinamentos como as propostas mais benéficas a introduzir nos serviços.

A ampliação de capacidades criativas, reflexivas e críticas é demonstrada através da realização de formação contínua e dos registos das atividades realizadas, o que determina a aquisição e aperfeiçoamento de saberes, conhecimentos e competências que motivam a prestação pessoal e profissional.

No que concerne aos mecanismos de reação a situações stressantes ou emotivas verificamos que os enfermeiros recorrem frequentemente a estratégias de *coping* centradas na resolução de problemas que compreendem a aceitação da responsabilidade, a resolução planeada de problemas e estratégias de gestão das respostas emotivas. São descritas como principais dificuldades na prestação de cuidados as relacionadas com recursos materiais e humanos, nomeadamente a falta de enfermeiros de reabilitação nos turnos da tarde e noite e é referida a necessidade de estratégias adaptativas e o recurso ao improvisado como forma de solucionar essas dificuldades e permitir a prestação de cuidados.

Podemos acrescentar que a legislação não reconhece a prática autónoma dos enfermeiros nem o contributo da enfermagem especializada espelhada nos regulamentos de competências específicas publicados em 18 de Fevereiro de 2011.

Todos os entrevistados se revelam pouco à vontade para transmitir más notícias ao doente/ família considerando, no entanto, a necessidade de transmitir essa informação como fundamental de forma a ajudar as pessoas a enfrentar e lidar com as situações associadas a um mau prognóstico. Por outro lado, a transmissão de boas notícias é referenciada como agradável e de fácil execução.

No processo formativo dos enfermeiros de reabilitação, relativamente à experiência em investigação, referem possuir apenas experiência académica no entanto, reconhecem a importância da investigação para o desenvolvimento da profissão. São consideradas como áreas de interesse a investigação relacionada com cuidados intensivos,

com geriatria, com o papel do prestador de cuidados e com a forma de demonstrar os ganhos em saúde associados às intervenções do enfermeiro de reabilitação.

Todos os entrevistados consideram importante realizar formação contínua através de leituras, frequentar congressos e reuniões científicas, bem como a pesquisa em bases de dados. São eleitas como áreas prioritárias a ventilação não invasiva e a prevenção de úlceras por pressão. Cada vez mais se nota a preocupação de fundamentar a prática com evidência científica.

A aquisição de competências técnico-científicas, relacionais e de responsabilidade, na perspetiva do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, consolida-se na obtenção de um conjunto de conhecimentos baseados na evidência científica e na concretização de cuidados especializados adequados às necessidades do doente e também da sua família.

Nos fatores de desenvolvimento de competências é dada ênfase à incorporação do modelo de Dorothea Orem (1991), nomeadamente à teoria dos sistemas de enfermagem. A ação do enfermeiro de reabilitação numa UCI é enquadrada no sistema de enfermagem totalmente compensatório, no qual o enfermeiro de reabilitação realiza o autocuidado pelo doente. Na fase em que o doente começa a despertar da sedação a que esteve submetido o enfermeiro compensa a incapacidade do doente através do sistema parcialmente compensatório. É dada grande importância ao sistema de apoio-educação e considerado o papel formativo do enfermeiro de reabilitação como imprescindível havendo, no entanto, necessidade de desenvolver competências na área da educação para a saúde.

Quando um problema não possa ser resolvido apenas através da atuação do enfermeiro de reabilitação é considerada a necessidade de encaminhar e orientar a situação para outros técnicos.

De forma a adequar o tipo de assistência às necessidades do doente é considerada como etapa fundamental a avaliação e verificação dos resultados das intervenções de enfermagem através da observação, resposta do doente e familiares e dos registos efetuados.

Verificam-se diferenças significativas entre os enfermeiros especialistas recém-formados e os enfermeiros com alguns anos de experiência. Nos discursos dos enfermeiros é referida falta de segurança na prestação de cuidados relacionada com dificuldades em aliar a vertente teórica com a prática e são considerados insuficientes os conhecimentos adquiridos ao longo da especialidade, nomeadamente relacionados com a área de cuidados

intensivos. Apesar das dificuldades é demonstrado orgulho em começar a praticar cuidados especializados e é dada ênfase ao reconhecimento obtido. Constatou-se ainda, que no desenvolvimento de competências, os colegas valorizam a formação prática do curso em relação à teórica, emergindo do discurso, a importância atribuída às experiências e à reflexão sobre as mesmas e à mobilização de saberes, assim como, à relação estabelecida com os colegas.

A prática e o tempo de experiência profissional são referidos como indispensáveis ao desenvolvimento do domínio da função. A conjugação de conhecimentos, de saber-científico, saber-ser, saber-prático e saber-informação, no contexto dos cuidados intensivos, permite a aquisição e aperfeiçoamento de competências na área da reabilitação visando uma atuação precisa ao doente crítico, através da compreensão da globalidade dos cuidados prestados. Desta forma, e num sentido progressivo, os enfermeiros referem a importância da informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, bem como de outros tipos de formação realizada.

Dentro da área da comunicação/ relação com o doente é dado enfoque à importância de prestar atenção aos pormenores e referida a empatia, calma, tranquilidade e capacidade de escuta como fatores fundamentais ao estabelecimento de relação de ajuda.

A diferenciação académica é considerada como tendo alguma influência na realização das funções do enfermeiro de reabilitação nomeadamente na necessidade de adequar a informação ao nível de conhecimentos do doente. Os enfermeiros acreditam poder ser veículos de mudança ao nível da recuperação do doente crítico ao abordar as alterações psicossociais e de comunicação em contexto de cuidados intensivos procurando soluções para estes problemas de saúde complexos, através do desenvolvimento do conhecimento em enfermagem e de uma prática baseada na evidência, ao nível da equipa de enfermagem e da equipa multidisciplinar.

Quando confrontados com a necessidade de falar em público, são referidos sentimentos como insegurança e nervosismo e esta atividade é considerada como geradora de ansiedade.

Na fundamentação dos saberes, as competências do enfermeiro de reabilitação numa unidade de cuidados intensivos são consideradas fundamentais na realização de reabilitação funcional motora, nomeadamente no levante precoce e na cinesiterapia respiratória. Estas intervenções permitem ao enfermeiro de reabilitação corrigir as posturas

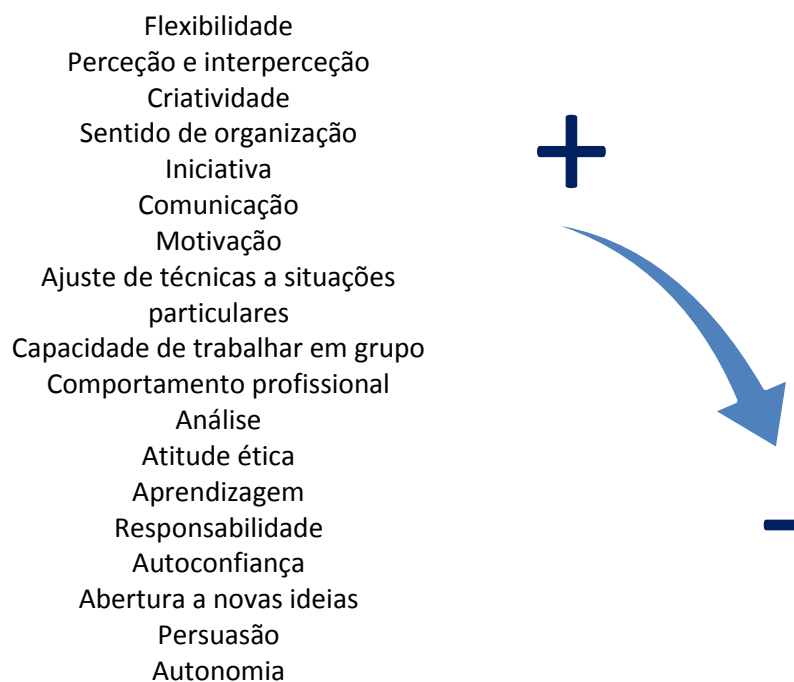
incorretas, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida diária e minimizar as incapacidades instaladas.

Como estratégias de transformação de competências de forma a permitir uma correta adaptação ao contexto de trabalho é reforçada a importância do saber-transformar conseguido com base numa transformação individual através dos conhecimentos, capacidades, atitudes e comportamentos.

Estes resultados são indicadores da importância atribuída pelos enfermeiros às estratégias ativas de aprendizagem e à necessidade de formação prática, com aplicação a casos concretos de modo dinâmico, para o exercício destas competências e para a excelência do exercício profissional. É ainda reforçado o conceito de aprendizagem ao longo da vida em constante formação e aprendizagem contínua, o que é corroborado por Le Boterf (2003) ao referir que a competência como um processo dinâmico implica a capacidade de integrar os vários saberes, ou seja, estamos perante um processo dinâmico, intrínseco ao indivíduo em todos os momentos do seu agir.

As competências do enfermeiro de reabilitação permitem-lhe colaborar na definição, implementação, monitorização e avaliação de estratégias com vista a maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades do doente.

Em termos conclusivos os discursos dos enfermeiros de reabilitação lavam-nos a identificar um conjunto de competências emergentes, indispensáveis ao desenvolvimento da prática profissional:



Refletindo sobre os dados obtidos identificamos diferentes evidências de uma autonomia progressiva por parte dos enfermeiros de reabilitação na tomada de decisões, na resolução de situações imprevistas, na flexibilidade para trabalhar em equipa e na adoção de práticas inovadoras.

As competências pessoais relacionadas com a flexibilidade, a perceção e interperceção, a criatividade, o sentido de organização e a iniciativa foram as mais referenciadas. Por outro lado a autoconfiança, a abertura a novas ideias, a persuasão e a autonomia foram as menos descritas, o que vai de encontro às conclusões obtidas No estudo de Gomes (1999) e que serviu de base a este estudo.

Consideramos ter atingido os objetivos a que nos propusemos inicialmente. A realização deste trabalho, também proporcionou momentos de reflexão, confrontação e aquisição de conhecimentos.

Foram várias as dificuldades sentidas durante a elaboração deste estudo. A principal relacionou-se com a nossa disponibilidade pessoal, e com o tempo que um estudo deste tipo requer; outras como a pouca experiência na área de investigação e escassa bibliografia existente que aborde as competências dos enfermeiros em UCI's. Consideramos que o conhecimento destes fenómenos se revela fundamental, para a definição de competências específicas na área de cuidados intensivos o que se vai refletir numa melhoria dos cuidados. Em suma, este trabalho pode vir a traduzir-se numa melhor eficiência/ eficácia para o profissional de enfermagem que presta cuidados nesta área específica. Considero que a oportunidade que tive ao realizar este trabalho, serviu para me fazer acreditar que continua a ser possível humanizar o cuidado quando a sofisticação técnica assume um papel de liderança no ambiente intensivo.

Perante as ideias que acabamos de descrever pensamos que este estudo poderá ter algumas implicações nas diferentes áreas de atuação da enfermagem, nomeadamente a nível da prestação de cuidados, a nível do ensino e na área da investigação.

#### **A nível da prestação de cuidados**

Dando ênfase aos motivos de insatisfação apresentados, poderemos considerar que é importante que os enfermeiros desenvolvam uma prática que integre uma reflexão constante sobre a ação e uma reflexão sobre essa mesma ação, encarando a prática reflexiva como uma fonte de conhecimento gerado na própria ação. Lopes (2000) acrescenta que os enfermeiros só conseguirão chegar à perícia na prestação de cuidados

reunindo dois critérios obrigatórios: prestando cuidados e refletindo sobre esses mesmos cuidados prestados.

A nível da formação em serviço seria útil criar espaços de reflexão onde as equipas possam refletir sobre o que fazem, como fazem e porque o fazem.

Entre as várias medidas possíveis para aumentar a satisfação no trabalho, dos enfermeiros de reabilitação que exercem funções no contexto de cuidados intensivos, sugerimos:

- O envolvimento contínuo do enfermeiro de reabilitação no processo de identificação das necessidades de formação e implementação de estratégias apropriadas à sua realização;
- O reconhecimento por parte do enfermeiro chefe dos esforços desenvolvidos no sentido da otimização dos cuidados, levando o enfermeiro a sentir o seu trabalho reconhecido e de alguma forma recompensado;
- A integração da motivação nas práticas de gestão de recursos humanos;
- Uma maior delegação de funções e partilha de responsabilidades por parte do enfermeiro chefe relativamente a tarefas em áreas apropriadas.

#### **A nível do ensino**

A formação obtida a nível da especialidade de enfermagem de reabilitação deverá fornecer conteúdos que fomentem o pensamento crítico e reflexivo assim como a partilha de experiências na e sobre a ação como forma de desenvolver saberes e destetar défices no desempenho profissional. Deverá ser valorizada a formação prática do curso em relação à teórica, criando nos conteúdos programáticos uma unidade destinada à prática de enfermagem de reabilitação em unidades de cuidados intensivos.

#### **A nível da investigação**

É indiscutível que a investigação feita por enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem prestados contribui para a evolução em enfermagem. Pensamos ser pertinente a divulgação deste estudo junto dos colegas, fomentando assim a necessidade de uma prática crítica e reflexiva na ação, sobre a ação e para a ação de forma a contribuir para o crescimento da profissão de enfermagem.

Seria importante continuar este estudo com um maior número de elementos na amostra e alargá-lo a outras unidades de cuidados intensivos de forma a demonstrar os

ganhos em saúde que emergem da prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação.

Por fim, analisando a metodologia utilizada, face às perguntas de partida que nos conduziram à elaboração deste estudo, constatamos que esta nos permitiu esclarecer conceitos e ideias e ainda fornecer-nos alguns dados importantes para refletirmos sobre às práticas em uso nas unidades de cuidados intensivos, assim como para a identificação de alguns problemas reais que podem ser alvo de futuras pesquisas em outros trabalhos.

Podemos finalizar com um pensamento de Morrie Schwartz que refere que *“Qualquer perda, quando chega, vem sempre cedo demais”* e acrescentar que importa intervir precocemente para minimizar essas perdas.



## BIBLIOGRAFIA

ABREU, Wilson Correia – *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias, e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau, 2007. ISBN: 978-972-8485-87-0.

ABREU, Wilson Correia – *Supervisão, qualidade e ensinamentos clínicos: que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau, 2003. ISBN: 972-8485-35-2.

ALARCÃO, Isabel – *Formação reflexiva*. Referência: revista de educação e formação em enfermagem, n.º 6 (Mai. 2001), p. 55-59. ISSN: 0874-0283.

ALARCÃO, Isabel; RUA, Marília – *Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências*. [Em linha] Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, vol. 14, n.º 3, (Jul./ Set. 2005), pág. 373-382, ISSN: 0104-0707, [Consult. 8 Out. 2011]. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71414308.pdf>

ALARCÃO; Isabel – *Formação reflexiva de professores*. Porto: Porto Editora, 2005, ISBN: 978-972-0-34721-3.

AMBIENTES FAVORÁVEIS À PRÁTICA: condições de trabalho = cuidados de qualidade. [Em linha] Conselho Internacional de Enfermeiros, 2007, [Consult. 29 Nov. 2010]. Disponível em: [http://www.seram.pt/docs/File/diaenfermeiro/Enf\\_Ambientes\\_Favoraveis.pdf](http://www.seram.pt/docs/File/diaenfermeiro/Enf_Ambientes_Favoraveis.pdf)

AMBROSINO, Nicolino – *Pulmonary rehabilitation programs: outcomes in patients with chronic obstructive pulmonary disease* – Dis Manage Health Outcomes. [Em linha] Vol. 10. n.º 9. (2002), p. 535-542, [Consult. 18 Jul. 2011]. Disponível em: <http://ideas.repec.org/a/wkh/dmhout/v10y2002i9p535-542.html>

ANDOLFI, Maurizio - *A terapia familiar*. Lisboa: Editorial Veja, 1981.

BARBOSA, Edna Magalhães de Alencar – *Boletim Informativo em UTI: percepção de familiares e profissionais de saúde*. [Em linha] Revista Electrónica de Enfermagem, vol. 10, n.º 1 (2008), p. 261-262, [Consult. 14 Jan. 2011] Disponível em: <http://www.hc.ufg.br/uploads/files/126/dissertacao-edna-magalhaes.pdf>

BARDIN, Laurence – *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1995. ISBN: 972-44-0898-1.

BASTOS, Ana [et al.] – *Áreas de intervenção dos enfermeiros na adaptação da pessoa à situação de doença*. Revista Sinais Vitais, n.º 60 (Mai. 2005), p. 49-54. ISSN: 0872-8844.

BAUMANN, Andrea – *Ambientes favoráveis à prática: condições de trabalho = cuidados de qualidade*. Genebra: ICN, 2007, ISBN: 92-95040-80-5.

BENNER, Patricia – *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica em enfermagem*. 2.ª ed. Coimbra: Quarteto, 2005, ISBN: 989-558-052-5.

BOGDAN, Robert C.; BIKLEN, Sari Knopp – *Investigação Qualitativa em Educação Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora, 1994. ISBN: 972-0-34112-2.

BOLANDER, Verolyn Barnes – *Sorensen e Luckmann enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta, 1998, p. 396-407, ISBN: 972-96610-6-5.

BOTERF, Guy Le – *Construir competências individuais e colectivas: respostas a 80 questões*. Porto: Asa Editores, 2005.

BOTERF, Guy Le – *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

BRAGA, Eliana Mara; SILVA, Maria Júlia Paes – *Comunicação competente - visão de enfermeiros especialistas em comunicação*. Acta Paulista Enfermagem. [Em linha] (Abril 2007), p. 410-414, [Consult. 1 Fev. 2011]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/03.pdf>

CABETE, Dulce Gaspar – *A continuidade de cuidados*. Enfermagem, Lisboa, n.º 15 (2.ª Série) (Jul./ Ago. 1999), p. 13-16.

CABETE, Dulce Gaspar – *O idoso, a doença e o hospital: o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-89-4.

CARPENITO, Lynda Juall – *Manual de diagnóstico de enfermagem*. 5.ª ed. Madrid: McGraw-Hill, 1995, ISBN: 84-486-0042-8.

CASTRO-CALDAS, Alexandre – *Técnicas de reabilitação usadas em doentes afásicos*, Integrar, Lisboa, n.º 6 (Dez./ Jan./ Fev./ Mar. 1995), p. 14-19.

CIPE/ ICNP – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Associação Portuguesa dos Enfermeiros, versão Beta 2, 3.ª ed. (Jan. 2005. ISBN: 972-9814-5-3.

*Colectânea de textos: enfermagem de reabilitação*. Coimbra: Formasau, 2010, ISBN: 978-9898269-12-6.

COLLIÈRE, Marie-Françoise – *Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros*. Revista Rol de Enfermería, vol. 22, n.º 1 (Jan. 1999) p. 27-31.

COLLIÈRE, Marie-Françoise – *Cuidar... A primeira arte da vida*. 2.ª ed. Loures: Lusociência, 2003, ISBN: 972-8383-53-3.

COLLIÈRE, Marie-Françoise – *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999, ISBN: 972-757-109-3.

CONTRIBUTOS PARA O PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016 – Maximizar os ganhos em saúde da população: Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação como agentes na obtenção de ganhos em saúde. [Em linha] Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação (APER), 2010, [Consult. 2 Set. 2011]. Disponível em: [http://www.aper.com.pt/index\\_ficheiros/PNS2011\\_2016.pdf](http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/PNS2011_2016.pdf)

COSME, Alexandra Filipa; MARTINS, Liliana Maria Bernardes – *Cuidar do doente com DPOC: que incapacidades do doente? Que competências exigidas aos enfermeiros?* Revista Sinais Vitais, n.º 66, (Mai. 2006), pág. 47-49, ISSN 0872-8844.

COSTA, Amadeu Braga – *Mecanismos de coping para a gestão do stress na UCI: perspectiva dos enfermeiros*. Revista Pensar Enfermagem, Volume 9, n.º 2, (2.º semestre 2005), p. 14-22. ISSN: 0873-8904.

COSTA, Maria Arminda – *Cuidar Idosos: Formação, Práticas e competências dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau, 2.ª ed. 2006, ISBN: 972-8485-24-7.

COSTA, Maria Arminda – *Formação prática dos enfermeiros*. Enfermagem, n.º 6 (Out./ Nov./ Dez. 1995), p. 6-16.

COSTA, Maria Arminda Mendes – *Investigação em enfermagem: da lógica dos cuidados aos cuidados com lógica*. Servir, vol. n.º 43, n.º 6 (Novembro/ Dezembro 1995) p. 284-287. ISSN: 0871-2370.

CUESTA BENJUMEA, Carmen de la – *Familia y salud*. Revista Rol de Enfermería. n.º 203/ 204 (Jul./ Ago. 1995), p. 21-24.

CURRY, Stephen – *Identificação das necessidades e das dificuldades das famílias do doente UCI*. Nursing. Ano 8, n.º 94, (Nov. 1995) p. 26-30. ISSN 0871-6196.

CUSTÓDIO, José António S.; CABRITA, M. Fátima G. – *Educação para a saúde: prioridade em cuidados de saúde primários*. Revista Sinais Vitais, n.º 44 (Set. 2002), p. 55-58. ISSN: 0872-8844.

DECRETO-LEI n.º 104/ 98. D.R. I – A Série. 93/98 (98-04-21), p. 1739-1757.

DECRETO-LEI n.º 161/ 96. D.R. I – A Série. 205/96 (96-09-04), p. 2959-2962.

DECRETO-LEI n.º 353/ 99. D.R. I – A Série. 206/99 (99-09-03), p. 6189-6201.

DECRETO-LEI n.º 437/ 91. D.R. I – A Série. 257/91 (91-11-08), p. 5723-5741.

DECRETO-LEI n.º 480/ 88. D.R. I – A Série. 295/88 (88-12-23), p. 5070-5072.

DELISA, Joel A., ed. lit. – *Tratado de Medicina de reabilitação: princípios e prática*. 3ª ed. São Paulo: Manole, 2002, ISBN 85-204-1052-9.

DIAS, José Manuel – *Formadores: que desempenho?* Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-75-4.

DIAS, Maria de Fátima Pereira Batista – *Construção e validação de um inventário de competências: contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado*. Loures: Lusociência, 2006, ISBN: 972-8930-14-3.

DIOGO, Maria; PENA, Silvana – *Factores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado*. [Em linha] Revista Latino-am Enfermagem, (Set./ Out. 2005) 13(5): 663-9, [Consult. 23 Ago. 2011]. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)

- FACHADA, Maria Odete – *Psicologia das relações interpessoais*. 3.ª ed. Lisboa: Rumo, 2000.
- FARO, Ana Cristina Mancussi - *Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber*. Rev Esc Enferm USP. [Em linha] São Paulo. Vol. 40, n.º 1 (2006), p. 128-33. [Consult. 22 Jul. 2011]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a18v40n1.pdf>
- FERNANDES, Olga Maria Freitas Simões de Oliveira – *Entre a teoria e a experiência: desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico no hospital no curso de licenciatura*. Loures: Lusociência, 2007, Tese de Doutoramento em Ciências da Educação, apresentada à Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. ISBN: 978-972-8930-2.
- FIGUEIREDO, Maria do Céu Aguiar Barbieri – *Trabalho em equipa: o contributo dos enfermeiros*. Revista Sinais Vitais, n.º 10 (Jan. 1997), p. 19-22. ISSN: 0872-8844.
- FORTIN, Marie-Fabienne – *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009, ISBN: 978-989-8075-18-5.
- FORTIN, Marie-Fabienne – *O contributo da investigação no desenvolvimento dos conhecimentos em ciências de enfermagem*. Revista de investigação em enfermagem, Coimbra: n.º 1 (Fevereiro 2000) p. 61-68.
- FORTIN, Marie-Fabienne – *O Processo de Investigação: a concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1999, ISBN: 972-8383-10-X.
- GEORGE, Julia B. – *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. 4.ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2000, p. 83-96, ISBN: 85-7307-587-2.
- GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin – *O Inquérito: teoria e prática*. 4.ª ed. Oeiras: Celta Editora, 2001, ISBN: 972-774-120-7.
- GOMES, Bárbara Pereira – *Contributos da formação para o desenvolvimento de competências na área de enfermagem de reabilitação*. [Em linha] Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, vol. 15, n.º 002, (Abr./Jun. 2006), pág. 193-204, ISSN: 0104-0707, [Consult. 18 Abr. 2011]. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71415202.pdf>
- GOMES, Bárbara Pereira – *Dos métodos de aprendizagem à aquisição de competências*. Porto: Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto, 2001.
- GOMES, Bárbara Pereira – *Enfermagem de reabilitação: das práticas às competências*. Porto, 1999. Tese de Mestrado.
- GOMES, Bárbara Pereira – *Enfermagem de reabilitação: um contributo para a satisfação do utente*. Porto: Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2008. Tese de Doutoramento.
- HANSON, Shirley May Harmon – *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação*. 2.ª ed. Loures: Lusociência, 2005, ISBN: 972-8383-83-5

HAWKEY, Brenda; WILLIAMS, Jane – *Role of the rehabilitations nurse: RCN Guidance (Royal College of Nursing)*, [Em linha] 2007, ISBN: 978-1-904114-69-7, [Consult. 28 Set. 2011]. Disponível em: [http://www.rcn.org.uk/data/assets/pdf\\_file/0017/111752/003178.pdf](http://www.rcn.org.uk/data/assets/pdf_file/0017/111752/003178.pdf)

HESBEEN, Walter – *A reabilitação - criar novos caminhos*. Loures: Lusociência, 2002, ISBN: 972-8383-43-6.

HESBEEN, Walter – *Cuidar neste mundo*. Loures: Lusociência, 2004, ISBN: 972-8383-71-1

HESBEEN, Walter – *Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Lisboa: Lusociência, 2000, ISBN: 972-8383-11-8.

HESBEEN, Walter – *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência, 2001, ISBN: 972-8383-20-7.

HOEMAN, Shirley P. – *Enfermagem de Reabilitação: processo e aplicação*. 2.ª ed. Loures: Lusociência, 2000, ISBN: 972-8383-13-4.

HONORÉ, Bernard – *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência, 2004, ISBN: 972-8383-58-4

HUDAK, Carolyn M.; GALLO, Barbara M. – *Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística*. 6.ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997, ISBN: 85-227-0404-8.

JORDÃO, Albertina – *O balanço de competências: conhecer-se e reconhecer-se para gerir os seus adquiridos pessoais e profissionais*. Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os direitos das mulheres, 1995, ISBN: 972-597-11-6.

KÉROUAC, Suzanne [et al.] – *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson, 1996, ISBN: 84-458-0365-4.

KNEAFSEY, Rosie – *A systematic review of nursing contributions to mobility rehabilitation: examining the quality and content of the evidence*, [Em linha] (2007), The Author. Journal compilation, p. 325-340. [Consult. 5 Set. 2011]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2007.02000.x/abstract>

LAZURE, Hélène – *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta, 1994, ISBN: 972-95399-5-2.

LEI n.º 48/ 90, de 24 de Agosto – Lei de Bases da Saúde. [Em linha] [Consult. 28 Jan. 2011]. Disponível em: <http://www.sppsm.org/cms/wp-content/uploads/2011/06/Lei-de-Bases-da-Sa%C3%BAde-48.90.pdf>

LESSARD-HÉBERT, Michelle; GOYETT, Gabriel; BOUTIN, Gérald – *Investigação Qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget, 2005, ISBN: 972-771-737-3.

LEVY-LEBOYER, Claude – *La gestion des compétences*. Paris: Organisation, 2009, ISBN: 978-221-254-1786.

LIMA, Jorge Ávila; PACHECO, José Augusto – *Fazer investigação: Contributos para a elaboração de dissertações e teses*. Porto Editora, 2006, ISBN: 978-972-0-34956-9.

LINO, Margaret Marques; CALIL, Ana Maria – *O ensino de cuidados cinesiterapia respiratórios/ intensivos na formação do enfermeiro: momento para reflexão*. [Em linha] Rev Esc Enferm USP. Vol. 42. n.º 4. (2008), p. 777-783, [Consult. 1 Out. 2011]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0080-62342008000400022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0080-62342008000400022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

LOPES, Manuel José – *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Formasau, 2006, ISBN: 972-8485-62-X.

LOPES, Manuel José – *Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: alguns dados e implicações*. Porto: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 1999, ISBN: 972-98149-0-2.

LOPES, Manuel José – *A natureza dos cuidados de enfermagem: alguns contributos para a sua clarificação*. Revista Sinais Vitais, n.º 30, (Mai. 2000), p. 35-42.

LOURENÇO, C. A. M.; MENDES, R. M. N. – *Reabilitação em cuidados intensivos: reflexão crítica*. Nursing, ano 23, n.º 270, (Jun. 2011) p. 2-6.

MANLEY, K. – *As carências e o apoio dos familiares*. Nursing, ano 2, n.º 18, (1989). p. 13-17

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria – *Fundamentos de Metodologia Científica*. 5.ª ed. São Paulo: Atlas, 2003. ISBN 85-224-3397-6.

MARTINS, José Carlos Amado – *Investigação em enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética*. Pensar Enfermagem. Vol. 12, nº 2 (2º semestre 2008), p. 62-66. - ISSN 0873-8904.

MARTINS, Maria Manuela F. P. S. – *Uma crise acidental na família: o doente com AVC*. Coimbra: Formasau, 2002, ISBN: 978-989-8269-12-6.

MERLEAU-PONTY, Maurice – *Fenomenologia da percepção*. 2.ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999, ISBN: 85-336-1033-5

MESTRINHO, Maria de Guadalupe – *Papéis e competências dos professores de enfermagem: um quadro de análise*. Revista Pensar Enfermagem, Volume 12, n.º 2, (2.º semestre 2008), p. 2-12.

MINUCHIN, Salvador; FISHMAN, H. Charles – *Técnicas de terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MONIZ, José Manuel Nunes – *A enfermagem e a pessoa idosa: a prática de cuidados como experiência formativa*. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 972-838349-5.

MORAES, Márcia Vilma Gonçalves – *Sistematização da assistência de enfermagem em saúde do trabalhador*. São Paulo: Iátria, 2008, ISBN: 978-85-7614-055-9.

NUNES Lucília – *Competências morais no exercício de enfermagem «cinco estrelas»*. Nursing, ano 14, n.º 171 (Nov. 2002), p. 8-11, ISSN: 0871-6196.

NUNES, Lucília – *Um olhar sobre o ombro: enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-30-4.

OLIVEIRA, Célia Simão; LOPES, Manuel José – *Construir laços de confiança e promover o conforto*. Pensar Enfermagem. Vol. 14, n.º 1. (2010), p. 67-74.

OLIVEIRA, Palmira da Conceição Martins de – *Auto-eficácia específica nas competências do enfermeiro de cuidados gerais: percepção dos estudantes finalistas do curso de licenciatura em enfermagem*. Porto: Universidade Portucalense Infante D. Henrique: Departamento de Ciências de Educação e do Património, 2010. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Portucalense para obtenção do grau de Mestre em Administração e Planificação da Educação.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Certificação individual de competências*. Lisboa: OE, n.º 14 (Out. 2004), p. 29-38.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Dados Estatísticos 2000-2010*. Lisboa: OE, 2011.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Divulgar: Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. (Conselho de enfermagem), Lisboa: OE, n.º 10 (Out. 2003), p. 49-56.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: OE, 2009.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual: enunciados descritivos*. (Conselho de enfermagem), Lisboa: OE, (Dez. 2001) p. 4-16.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Plano estratégico do ensino de enfermagem 2008-2012*. (Jul. 2008) [Em linha]. [Consult. 8 Ago. 2011]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/2008\\_PlanosEEEenfermagem.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/2008_PlanosEEEenfermagem.pdf)

OREM, Dorothea E. – *Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson, 1991, ISBN 0-8016-6064-5.

PAÚL, Maria Constança – *Lá para o Fim da Vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina, 1997, p. 73-128, ISBN: 972-40-1000-7.

PEARSON, Alan; VAUGHAN, Barbara – *Modelos para o exercício de enfermagem*. Lisboa: ACEPS, 1992.

PENA, Silvana Barbosa; DIOGO, Maria José D'Elboux – *Factores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado* – [Em linha] Revista Latino-am Enfermagem, (Set./ Out. 2005); 13(5): 663-9, [Consult. 2 Mai. 2011]. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)

PERRENOUD, Philippe [et al.] – *Formando Professores Profissionais: Quais estratégias? Quais competências?* 2.ª Ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001, ISBN 85-7307-774-3.

PERRENOUD, Philippe; THURLER, Monica Gather – *As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação*. 1.ª Ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002, ISBN 85-363-0021-3.

PHANEUF, Margot - *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência, 2003, ISBN: 972-8383-84-3.

PHANEUF, Margot – *Relação de ajuda: elemento de competência da enfermeira*. Coimbra: Cuidar, 1995.

PIRES, Ana Luísa de Oliveira – *As novas competências profissionais*. *Formar*, n.º 10, (Fev./ Mar./ Abr. 1994), pág. 4-19. ISSN 0872-4989.

PIRES, Ana Luísa de Oliveira – *Educação e formação ao longo da vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competências*. Lisboa, Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências e Tecnologia, 2002. Tese de Doutoramento.

PIRES, Ana Luísa de Oliveira – *Os balanços de competências*. *Formar*, n.º 21 (Dez. 1996), pág. 28-31.

PLOWRIGHT, Catherine – *Necessidades das visitas na unidade de cuidados intensivos*. *Nursing*, Ano 9, n.º 102 (Jul./ Ago. 1996), p. 30-32.

POLIT, Denise F.; BECK, Cherly Tatano; HUNGLER, Bernardette P. – *Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5.ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, ISBN: 85-7307-984-3

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernardette P. – *Fundamentos da pesquisa em Enfermagem*. 3.ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, ISBN: 85-7307-101-X.

PRYOR, Julie [et al.] – *Opting in and opting out: a grounded theory of nursing's contribution to inpatient rehabilitation* – [Em linha] *Clinical Rehabilitation*. Vol. 3. (2009), p. 1124-1135, [Consult. 5 Set. 2011]. Disponível em: <http://cre.sagepub.com/content/23/12/1124.abstract>

QUEIRÓS, Ana Albuquerque – *As competências dos profissionais de enfermagem: como as afirmar e as desenvolver*. [Em linha] (2007) [Consult. 10 Set. 2010]. Disponível em: [http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2770:as-competencias-dos-profissionais-de-enfermagem-como-as-afirmar-e-as-desenvolver&catid=147](http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2770:as-competencias-dos-profissionais-de-enfermagem-como-as-afirmar-e-as-desenvolver&catid=147)

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van – *Manual de investigação em ciências sociais*. 3.ª ed. Lisboa: Gradiva, 2003. ISBN: 972-662-275-1

REDMAN, Barbara Klug – *A prática da educação para a saúde*, 9.ª ed. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-39-8.

RELVAS, Ana Paula – *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica*. 2.ª ed. Porto: Edições Afrontamento, 2000, ISBN: 972-36-0413-2.

RILEY, Júlia B. – *Comunicação em Enfermagem*. 4.ª ed. Loures: Lusociência; 2000, ISBN: 972-8383-81-9.

SAMPAIO, Daniel; GAMEIRO, José – *Terapia familiar*. 5.ª ed. Porto: Edições Afrontamento, 2002, ISBN: 972-36-0136-2.

SARAIVA, Maria da Conceição Giestas Baía – *O processo de comunicação em ambiente oncológico. Vivências dos enfermeiros e seus significados* – Revista de Investigação em Enfermagem, n.º 8, (Ago. 2003), p. 37-48, ISSN: 0874-7695.

SERRANO, Maria Teresa Pereira – *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008. Tese de Doutoramento.

SILVA, Irene de Jesus [et al.] – *Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem*. Rev Esc Enferm USP. [Em linha] Vol. 43. n.º 3. (2009), p. 697-703, [Consult. 19 Jan. 2011]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a28v43n3.pdf>

SILVA, Margarida Alexandra; GRAVETO, João – *Modelo conceptual versus “modelo oculto” para a (na) prática da enfermagem* – Revista Pensar Enfermagem, Volume 12, n.º 2, (2.º semestre 2008), p. 67-70.

SIMÕES, Rosa Maria Pereira – *Competências de relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem*. Porto: Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2008. Tese de Mestrado.

STEFANELLI, Maguida Costa, CARVALHO, Emília Campos – *A comunicação nos diferentes contextos de enfermagem*. São Paulo: Manole, 2005, ISBN: 85-204-2196-2.

STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R. – *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. 2.ª ed. Loures: Lusociência, 2002, ISBN: 972-8383-29-0.

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. 5.ª ed. Loures: Lusociência, 2004, p. 185-225, ISBN: 972-8383-74-6.

ÚBEDA BONET, Inmaculada – *Atención a la familia: Utopia o realidade?* Revista ROL de Enfermería. n.ºs 203/ 204 (Jul./ Ago. 1995), p. 75-78.



## ANEXOS



## **ANEXO I – APROVAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO**



Ex.<sup>mo</sup> Senhor

Enf.<sup>o</sup> José Alberto Teixeira Pires Pereira

19.JAN11 01446 -

**Assunto: Resposta a pedido de autorização para recolha de dados relativos aos Enfermeiros Especialistas**

Em referência à V. carta de 10/01/2011, cumpre-nos informar que foi autorizada a aplicação do instrumento de recolha de dados.

Nesse sentido, deverá dirigir-se aos Ex.<sup>mos</sup> Senhores Enf.<sup>os</sup> Chefe dos Serviços de Cirurgia Torácica e U.C.I. de Doenças Infecciosas.

Com os melhores cumprimentos,

*Bl* A ENF.<sup>a</sup> CHEFE DO CENTRO DE FORMAÇÃO

*Arminda de Fátima Pereira Matos*

Arminda de Fátima Pereira Matos

✉ Hospital São João  
Alameda Professor Hernâni Monteiro  
4200-319 Porto

✎ +351 225 512 100  
✉ geral@hsjoao.min-saude.pt  
🌐 www.hsjoao.min-saude.pt

Cont. n.º 507645367  
Capital Estatutário 112.000.000,00 Euros  
Registo Comercial n.º 507645367



REC-10031-11 000005

## **ANEXO II – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO**

## **CARTA DE EXPLICAÇÃO DO ESTUDO E CONSENTIMENTO INFORMADO**

Antes de decidir se vai colaborar neste estudo, deve primeiro compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar, os riscos e os benefícios de participar neste estudo.

Pedimos para que leia todo o documento e se sinta à vontade para colocar todas as questões que pretender antes de aceitar fazer parte do estudo.

José Alberto Teixeira Pires Pereira, enfermeiro, a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretende desenvolver um estudo de investigação sobre **“O papel do enfermeiro de reabilitação com doentes dependentes no autocuidado em unidades de cuidados intensivos”**. Este estudo tem como objetivos:

- Identificar as intervenções desenvolvidas pelo enfermeiro de reabilitação face aos autocuidados no doente dependente em cuidados intensivos;
- Descrever a forma como os enfermeiros de reabilitação incorporam o modelo de autocuidado na prática de cuidados ao doente dependente em cuidados intensivos;
- Conhecer a perceção das competências do enfermeiro de reabilitação numa unidade de cuidados intensivos.

**PARTICIPAÇÃO:** A sua participação no estudo é voluntária. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento. A sua decisão de participar ou não neste estudo, não afetará a sua relação atual ou futura com o enfermeiro.

**PROCEDIMENTO:** Se aceitar participar neste estudo, vai-lhe ser solicitada a realização de uma entrevista, onde lhe serão colocadas algumas perguntas sobre o tema em estudo. A entrevista será gravada em sistema áudio, de modo a garantir que todo o conteúdo das suas respostas possa ser analisado e compreendido.

**RISCOS E BENEFÍCIOS DE PARTICIPAR NO ESTUDO:** Não existem quaisquer riscos para os participantes do estudo. Não se preveem benefícios imediatos. Contudo, a realização do estudo poderá permitir para uma maior e melhor participação das pessoas no seu processo de cuidados de enfermagem.

**ANONIMATO/ CONFIDENCIALIDADE:** Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos intervenientes. Após a conclusão do estudo, todos os dados relativos aos intervenientes e que possam conduzir à sua identificação, serão destruídos.

## **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO**

Estudo sobre **“O papel do enfermeiro de reabilitação com doentes dependentes no autocuidado em cuidados intensivos”**.

**Eu, abaixo-assinado,**

\_\_\_\_\_ **compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que irei participar, tendo-me sido dado a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.**

A informação e explicação que me foi prestada versaram a finalidade, os procedimentos, os riscos e benefícios do estudo, sendo-me garantido o anonimato e a confidencialidade da informação.

**Por isso, aceito participar no estudo respondendo às questões que forem colocadas durante a entrevista que será agendada em várias Unidades de Cuidados Intensivos de adultos do Hospital de São João E.P.E.**

Porto, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011

Assinatura do participante:

\_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistador:

\_\_\_\_\_

## **ANEXO III – MATRIZ GLOBAL DE DADOS**

<b>Unidade de análise</b>	<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
<b>Atitudes no desenvolvimento profissional</b>	Novas formas de cuidar o doente	Em relação aos colegas
		Em relação à chefia
	Forma de elaborar os planos de intervenção	
	Valorização do trabalho em equipa	
	Continuidade dos cuidados	Metodologia de organização do trabalho
	Propostas inovadoras	
<b>Mecanismo de reação às situações stressantes ou emotivas</b>	Estratégias de resolução de problemas	
	Dificuldades no desenvolvimento das atividades	
	Transmitir más notícias	
	Transmitir boas notícias	
<b>Processo formativo</b>	Experiência em investigação	
	Áreas de interesse a investigar	
	Valorização do percurso profissional	
	Educação permanente para a formação	
<b>Fatores de desenvolvimento de competências</b>	A dependência dos cuidados de enfermagem	
	De principiante ao domínio da função	Principiante
		Domínio da função
	Qualidades para comunicar com o doente	
	Capacidade para ouvir	
	Diferenciação académica	
	Falar em público	
<b>Fundamentação dos saberes</b>	Competências do enfermeiro de reabilitação	
	Estratégias de transformação de competências	

## **ANEXO IV – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS**

Bloco	Objetivos do estudo	Tópicos	Questões	Comportamentos não-verbais
<p style="text-align: center;"><b>I</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Motivação para a entrevista</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Legitimar a entrevista</li> <li>· Contextualizar a entrevista na investigação</li> <li>· Assegurar a confidencialidade das respostas</li> <li>· Dar a conhecer os objetivos da entrevista</li> <li>· Verbalizar a importância do contributo do enfermeiro de reabilitação para o desenvolvimento deste estudo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Contexto do desenvolvimento do trabalho</li> <li>· Área problemática</li> <li>· Objetivos a desenvolver</li> <li>· Metodologia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Quer ainda esclarecer alguma dúvida sobre o trabalho que vou desenvolver?</li> </ul>	
<p style="text-align: center;"><b>II</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Percurso profissional e de formação</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Colher dados sobre a formação desenvolvida</li> <li>· Identificar as áreas de experiência do enfermeiro de reabilitação</li> <li>· Colher dados sobre o percurso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Idade</li> <li>· Ano em que acabou o bacharelato ou equivalente</li> <li>· Ano em que terminou a licenciatura ou</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Em que ano nasceu?</li> <li>· Há quantos anos terminou o bacharelato?</li> <li>· Há quanto tempo terminou a licenciatura?</li> <li>· Há quantos anos trabalha?</li> </ul>	

	profissional	equivalente <ul style="list-style-type: none"> <li>· Tempo de serviço</li> <li>· Tempo de exercício</li> <li>· Tempo de exercício como enfermeiro de reabilitação</li> <li>· Serviços onde prestou cuidados de reabilitação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Que tempo tem de exercício como enfermeiro de reabilitação?</li> <li>· Depois da especialidade em enfermagem de reabilitação esteve algum tempo a prestar cuidados de reabilitação?</li> <li>· Se sim, quanto tempo?</li> <li>· A sua experiência como enfermeiro de reabilitação efetuou-se em que serviço?</li> <li>· Realizou outro tipo de formação na área de reabilitação?</li> </ul>	
III Competências genéricas	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Identificar os comportamentos reconhecidos pelo enfermeiro no desenvolvimento das suas competências genéricas</li> <li>· Conhecer a opinião do enfermeiro de reabilitação sobre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Espírito de iniciativa</li> <li>· Perseverança</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Quando no serviço quer introduzir novas formas de cuidar o doente mas os seus colegas resistem à mudança, qual a sua atitude?</li> <li>· Quando é responsabilizado por desenvolver uma atividade em grupo</li> </ul>	

	<p>o contributo da especialidade no desenvolvimento da sua atividade</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Criatividade</li> <li>· Sentido de organização</li> <li>· Espírito crítico</li> <li>· Autocontrolo</li> <li>· Atitude de liderança</li> </ul>	<p>quais são as atitudes do grupo que o fazem desistir?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Na sua atividade como enfermeiro que instrumentos utiliza?</li> <li>· Como faz os seus planos de intervenção?</li> <li>· No desenvolvimento das suas funções como problematiza as práticas?</li> <li>· Como reage quando confrontado com situações stressantes ou emotivas?</li> <li>· Quando fica responsável pela prestação de cuidados, que atitudes toma em relação aos restantes</li> </ul>	
--	--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"><li>· Persuasão</li><li>· Autoconfiança</li><li>· Percepção e interpretação</li><li>· Preocupação e solicitude em relação aos outros</li></ul>	<p>enfermeiros?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>· Como reage quando um doente rejeita o tratamento de reabilitação?</li><li>· Numa discussão como faz para impor a sua vontade?</li><li>· Como se disponibiliza para escutar o doente em relação às suas necessidades?</li><li>· Quando termina o turno e vai para casa, lembra-se dos problemas do doente?</li><li>· Qual a experiência mais significativa que possa contar relativamente à sua preocupação, mesmo fora das horas do serviço, com os problemas do doente?</li></ul>	
--	--	--	--	--

<p style="text-align: center;"><b>IV</b> <b>Soft Skills</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Clarificar do ponto de vista dos enfermeiros de reabilitação o seu papel profissional</li> <li>· Compreender a perceção que os enfermeiros de reabilitação fazem do seu papel</li> <li>· Identificar os sentimentos dos grupos de reabilitação na vivência do seu papel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Flexibilidade</li> <li>· Adaptabilidade</li> <li>· Autonomia</li> <li>· Responsabilidade</li> <li>· Criatividade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Quando tem planeado a prestação de um determinado cuidado segundo uma técnica e lhe fazem uma proposta diferente como reage?</li> <li>· Quando iniciou a sua atividade como enfermeiro de reabilitação como se sentiu?</li> <li>· Fale-nos da experiência que decorreu entre o início da sua atividade e o sentir-se a dominar a sua função?</li> <li>· Qual a sua atitude quando algum cuidado não corre bem para o doente?</li> <li>· Que inovações implementou no serviço em que trabalha como enfermeiro de reabilitação?</li> </ul>	
---	---	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>· Iniciativa</li> <li>· Abertura a novas ideias</li> <li>· Motivação</li> <li>· Liderança</li> <li>· Capacidade de trabalhar em grupo</li> <li>· Comunicação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Relate alguns projetos de mudança que planeou? <ul style="list-style-type: none"> <li>· Atribui isso a si ou ao contexto em que trabalha?</li> </ul> </li> <li>· Quando lhe fazem propostas inovadoras como reage?</li> <li>· Como descreve os sentimentos em relação à enfermagem de reabilitação?</li> <li>· Como se sente quando fica responsável por grupos?</li> <li>· Como se sente a trabalhar em grupo?</li> <li>· Como se sente quando tem que falar em público?</li> </ul>	
--	--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>· Análise</li>   <li>· Aprendizagem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Quais as suas qualidades para comunicar com o doente?</li>   <li>· Quando alguma coisa não corre bem como faz?</li> <li>· Quando se encontra numa situação complicada como faz?</li>   <li>· Que formação pensa realizar?</li> <li>· Comente a frase: <i>“aprende-se até morrer e morre-se sem saber”</i></li> </ul>	
<p style="text-align: center;"><b>V</b> <b>Competências de</b> <b>terceira</b> <b>dimensão</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Clarificar do ponto de vista dos enfermeiros de reabilitação as suas funções de reabilitação junto ao doente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Atitude ética</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Como reage perante uma situação nova?</li> <li>· Como se dirige ao doente: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Relate como daria uma má notícia ao doente;</li> <li>· Relate como daria uma boa notícia ao doente</li> </ul> </li> </ul>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>· Atitude criativa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Como relaciona a cultura do doente com a prestação de cuidados de reabilitação?</li> <li>· Fale-nos da sua experiência em investigação</li> <li>· Na possibilidade de desenvolver uma investigação, em que área gostaria de o fazer?</li> <li>· Quando tem que realizar um cuidado ao doente e verifica que não tem material para o fazer, como resolve esta situação?</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>· Comportamento profissional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Fale-nos da sua forma de estrar na equipa multidisciplinar e de enfermagem?</li> <li>· O que é para si um projeto profissional?</li> <li>· Que importância dá ao projeto profissional desenvolvido como</li> </ul>	

		<ul style="list-style-type: none"><li>· Capacidade criativa e dimensão pessoal</li><li>· O ajuste das técnicas às situações particulares</li></ul>	<p>enfermeiro de reabilitação?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>· No sentido de valorizar o seu percurso profissional prefere:</li><li>· Realizar formação contínua?</li><li>· Fazer leituras?</li><li>· Frequentar congressos?</li><li>· Fazer formação formal?</li><li>· Justifique as suas opiniões.</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>· Relate uma técnica específica de enfermagem de reabilitação e o seu ajuste a uma situação?</li></ul>	
--	--	--	---	--

