



escola superior de
enfermagem
de coimbra

**VIII CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

RELATÓRIO DE TRABALHO PROJETO

Integração de Novos Enfermeiros num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

Graça Paula Gil Trindade

Coimbra, *abril* de 2020



escola superior de
enfermagem
de coimbra

**VIII CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

RELATÓRIO DE TRABALHO PROJETO

**Integração de Novos Enfermeiros
num Serviço de Cuidados Intensivos
Pediátricos**

Graça Paula Gil Trindade

Orientadora: Professora Doutora Ananda Maria Fernandes
Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Relatório de Trabalho Projeto apresentado
para cumprimento dos requisitos necessários
à obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Coimbra, *abril* de 2020

“...não é o desafio que define quem somos nem o que somos capazes de fazer,
o que nos define é o modo como enfrentámos esse desafio”.

BACH

DEDICATÓRIA

Às pessoas mais importantes da minha vida:

Aos meus pais... Pessoas que mais admiro, razão do meu ser, porque sempre acreditaram em mim, porque sempre me apoiaram, porque sempre me deram força e porque nunca desistiram de mim.

Obrigada por toda a vossa dedicação e por todos os valores que me transmitiram!

À minha gémea, minha irmã, amiga e companheira, por estar sempre ao meu lado, pelos incentivos que me deu, pelas conversas e, como não poderia deixar de ser, pela sua sabedoria.

À Ana pela atenção que dedicou aos meus pais durante este tempo que eu estive mais ausente.

E não podia esquecer,

Ao meu amigo João, pela amizade sincera, por me incentivar a ser sempre melhor e a nunca desistir.

Obrigada a todos do fundo do coração!

AGRADECIMENTOS

A todos os que contribuíram quer para a realização deste trabalho, quer para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, ou que fizeram parte desta experiência, nomeadamente:

À professora orientadora Ananda Fernandes, por ensinar com tanta paixão, por ter aceitado o desafio de orientar este trabalho, tendo dado sugestões valiosas e transmitido o seu interesse pela temática da integração e acima de tudo pela amizade;

À enfermeira chefe Conceição Capaz, pela sugestão do tema, pelo incentivo e pela autorização para a realização deste projeto;

À enfermeira supervisora, Enfermeira Eugénia Morais, por ter concordado com a realização deste projeto e pela disponibilidade;

À diretora do serviço, Doutora Leonor Carvalho, por ter viabilizado este projeto e pelas palavras de incentivo;

Aos enfermeiros que colaboraram nas entrevistas efetuadas no serviço onde decorreu o projeto, pois as suas respostas foram fundamentais para a realização deste trabalho;

Aos colegas com quem tenho o privilégio de trabalhar e que desde o início deste percurso partilharam comigo as suas experiências e ensinamentos, que em muito contribuíram para o meu crescimento;

E a todos os demais que, de um modo ou de outro, fizeram parte de toda esta experiência que foi o VIII Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

O meu mais sincero obrigada a todos.

ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – *American Psychological Association*

BIS – Índice Bispectral

CCF – Cuidados Centrados na Família

CCI – Comissão de Controle de Infecção

CE – Conselho de Enfermagem

CIPE – Cuidados Intensivos Pediátricos

CNT – Cuidados Não Traumáticos

Dec. – Decreto

DGS – Direção Geral da Saúde

DPT – Desenvolvimento Profissional Tutelado

ECMO – Oxigenação por Membrana Extracorporal

EEG – Eletroencefalograma

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

EPE – Entidade Pública Empresarial

EPT – Exercício Profissional Tutelado

ERC – *European Resuscitation Council*

ESENFEC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

et al. – E outros

FMO – Falência Multiorgânica

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ICHRN – *International Center for Human Resources in Nursing*

ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros

MARS - *Molecular Adsorbent Recirculating System*

NIRS – Espectroscopia de Infravermelho Próximo

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – Página

PE – Procedimento Específico

PIC – Pressão Intracraniana

PNCI – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

pp. – Páginas

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-Nascido

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

RESUMO

O processo de integração de um enfermeiro num novo contexto de trabalho constitui-se sempre como um desafio. Assim, há necessidade de definir programas de integração adequados quer às necessidades organizacionais, quer às necessidades dos novos elementos, visando facilitar a adaptação destes ao novo serviço, de modo a que a sua integração se processe de um modo eficaz garantindo a qualidade de cuidados.

O Projeto de Intervenção no Serviço teve como objetivo geral: Construir e planear a implementação de um programa de integração de novos enfermeiros no serviço de cuidados intensivos pediátricos (CIPE). Para adequar o mesmo às características do contexto e da população a que se destina, os objetivos específicos foram: identificar as perspetivas dos enfermeiros que realizam a supervisão da integração no serviço de cuidados intensivos pediátricos e dos enfermeiros recém-admitidos no serviço, sobre o processo de integração, resultados esperados, dificuldades e sugestões de melhoria.

Foi utilizada a metodologia de projeto. Esta, vai além da investigação sobre o problema identificado, constituindo uma tentativa de intervenção sobre esse problema com a finalidade de encontrar soluções aplicáveis ao contexto da prática profissional. Assim, são apresentadas as seguintes fases: diagnóstico da situação, planeamento, execução e avaliação. Para dar resposta aos objetivos específicos atrás enunciados, optou-se por um estudo descritivo de abordagem qualitativa em que participaram nove enfermeiros, cinco dos quais supervisores clínicos da integração e quatro enfermeiros recentemente integrados. A amostra do estudo foi não probabilística em que foram selecionados por conveniência aqueles que foram considerados informantes privilegiados para a investigação. A colheita de dados realizou-se através de entrevistas semiestruturadas e os dados foram analisados com recurso à técnica de análise de conteúdo, segundo Bardin.

O presente projeto resultou na revisão do procedimento específico do serviço relativo ao processo de integração de novos profissionais e na elaboração de um programa de integração de novos enfermeiros. Consideramos haver a necessidade de definir programas de integração que possam constituir-se como uma ferramenta facilitadora no processo de integração dos enfermeiros.

Palavras-chave: Programa de integração, trabalho de projeto, enfermeiros, cuidados intensivos pediátricos, supervisão clínica.

ABSTRACT

The process of integrating a nurse in a new work context is always a challenge. Thus, there is a need to define integration programs appropriate to both the organizational needs and the needs of the new elements, in order to facilitate their adaptation to the new service, so that their integration takes place in a affective way, guaranteeing the quality of care.

The Service Intervention Project had the general objective of: Building and planning the implementation of a program for the integration of new nurses in the pediatric intensive care service (PICU). In order to adapt it to the characteristics of the context and the population it is intended for, the specific objectives were: to identify the perspectives of nurses who carry out the supervision of integration in the pediatric intensive care service and of nurses recently admitted to the service, about the process integration, expected results, difficulties and suggestions for improvement.

The project methodology was used. This goes beyond the investigation of the identified problem, constituting an attempt to intervene on that problem in order to find solutions applicable to the context of professional practice. Thus, the following phases are presented: diagnosis of the situation, planning, execution and evaluation. To respond to the specific objectives mentioned above, a descriptive study with a qualitative approach was chosen, in which nine nurses participated, five of whom were clinical integration supervisors and four recently integrated nurses. The study sample was non-probabilistic in which those who were considered privileged informants for the investigation were selected for convenience. Data collection was carried out through semi-structured interviews and the data were analyzed using the content analysis technique, according to Bardin.

The present project resulted in the revision of the specific procedure of the service related to the process of integrating new professionals and in the elaboration of a program for the integration of new nurses. We believe there is a need to define integration programs that can constitute a facilitating tool in the nurses integration process.

Keyword: Integration program, project work, nurses, pediatric intensive care, clinical supervision.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Organigrama do serviço de cuidados intensivos pediátricos	70
Figura 2 – Domínios resultantes da análise de conteúdo das entrevistas aos enfermeiros recentemente integrados	80
Figura 3 – Categorias e subcategorias do primeiro domínio das entrevistas aos enfermeiros recentemente integrados	86
Figura 4 – Categorias e subcategorias do segundo domínio das entrevistas aos enfermeiros recentemente integrados	91
Figura 5 – Categorias e subcategorias do terceiro domínio das entrevistas aos enfermeiros recentemente integrados	94
Figura 6 – Domínios resultantes da análise de conteúdo das entrevistas aos enfermeiros supervisores clínicos da integração	95
Figura 7 – Categorias e subcategorias do primeiro domínio das entrevistas aos enfermeiros supervisores clínicos da integração	102
Figura 8 - Categorias e subcategorias do segundo domínio das entrevistas aos enfermeiros supervisores clínicos da integração	104
Figura 9 – Categorias e subcategorias do terceiro domínio das entrevistas aos enfermeiros supervisores clínicos da integração	107
Figura 10 - Categorias e subcategorias do quarto domínio das entrevistas aos enfermeiros supervisores clínicos da integração	110
Figura 11 – Cronograma da integração	151

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos enfermeiros recentemente integrados 78

Tabela 2 – Plano formativo 152

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	21
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
1.1. INTEGRAÇÃO E ACOLHIMENTO	25
1.2. SOCIALIZAÇÃO	30
1.3. SUPERVISÃO CLÍNICA E O PROCESSO DE INTEGRAÇÃO PROFISSIONAL	33
1.3.1. Conceitos de supervisão clínica em Enfermagem	34
1.3.2. Modelos de supervisão clínica	37
1.3.3. Tipos de supervisão	40
1.3.4. Papel e competências do supervisor clínico	41
1.4. VIVÊNCIAS NO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO	47
1.5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM	48
1.5.1. Desenvolvimento profissional em enfermagem	49
1.5.2. Aquisição de competências de acordo com Benner tendo por base o modelo de aquisição de perícia de Dreyfus	51
2. METODOLOGIA	53
2.1. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	54
2.2. JUSTIFICAÇÃO	56
2.3. OBJETIVOS	56
2.4. ETAPAS DO PROJETO	57
2.4.1. Diagnóstico da situação	57
2.4.1.1 Perspetivas dos enfermeiros	58
2.4.2 Planeamento	62
2.4.3 Execução	63
2.4.4 Avaliação	63
2.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	63

3. INTERVENÇÃO	65
3.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	65
3.1.1. Caracterização do serviço e instituição	66
3.1.2. Análise reflexiva da prática de cuidados.....	71
3.1.3. Perspetivas dos enfermeiros	78
3.1.4. Síntese e discussão	110
3.2 PLANEAMENTO	134
3.2.1. Programa de integração	134
3.3. EXECUÇÃO.....	154
3.4. AVALIAÇÃO DO PROGRAMA.....	155
CONCLUSÃO.....	157
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	161

ANEXOS

ANEXO I – PE 93.00 Acidente com Múltiplas Vítimas – Plano Setorial

ANEXO II – PE 73.00 Integração de Profissionais

APÊNDICES

APÊNDICE I – Guiões de Entrevista

APÊNDICE II – Declaração de Consentimento Informado

APÊNDICE III – Cronograma do Programa de Integração

INTRODUÇÃO

O presente relatório de trabalho projeto surge no âmbito do VIII Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e a sua elaboração e discussão pública visam a obtenção do grau de mestre em enfermagem de saúde infantil e pediatria.

O ciclo de estudos conducente ao grau de mestre, segundo o Dec. Lei nº 107/2008 de 25 de junho, pode integrar “uma dissertação de natureza científica ou um trabalho projeto, originais e especialmente realizados para este fim, ou um estágio de natureza profissional objeto de relatório final”.

Neste seguimento, propusemos um tema para o trabalho projeto, que após aprovação, visa a integração, aplicação e análise de competências e conhecimentos adquiridos na parte curricular do mestrado, com o intuito da resolução de problemas. Este tema é “Integração de Novos Enfermeiros num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos”.

Apesar do seu carácter aplicado, o trabalho de projeto deve incluir um enquadramento teórico e metodológico com vista à realização de um trabalho de índole científica (Sousa & Batista, 2011).

A prática profissional dos enfermeiros é indissociável da dinâmica organizacional do seu contexto de trabalho (D' Espiney, 1996). O profissional deve ser capaz de se adaptar aos diferentes contextos e funções a desempenhar, de resolver situações de grande indefinição ou de adaptar-se àquelas que comportem grandes níveis de imprevisibilidade, como o que se observa com as situações de cuidados (Serrano, 2008). Os enfermeiros enfrentam no atual contexto profissional novas realidades, decorrentes das recentes formas de gestão hospitalar, das renovadas tecnologias e de avanços significativos da medicina, daí que lhes seja exigida uma constante atualização no sentido de um desempenho altamente eficaz e eficiente.

As crescentes exigências da Ordem dos Enfermeiros (OE), quanto ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros e certificação das suas competências, levantam várias questões, onde ressalta a integração dos novos profissionais de enfermagem no mercado de trabalho. Esta temática tem por base o desenvolvimento de competências dos enfermeiros de cuidados gerais, de forma a estarem aptos para assumirem o seu lugar na equipa de enfermagem e na equipa multidisciplinar (OE, 2010).

A integração na vida profissional exige aprendizagens técnicas, onde a competência é sublimada pelos conhecimentos adquiridos e desenvolvidos mediante a prática, a experimentação e a partilha de saberes, ao longo da vida profissional, em contexto de trabalho, numa busca constante de atingir a perícia (Benner, 2001). Deste modo, no contexto de socialização num serviço de saúde, as ideias de Patrícia Benner, sustentadas no modelo de aquisição de competências, permitem explicar, apoiar e refletir sobre as melhores opções para melhorar o processo de integração de novos profissionais, uma vez que a autora defende a existência de cinco níveis de desenvolvimento de aquisição de competências da prática clínica de enfermagem: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito, existindo uma evolução gradual e temporal (Benner, 2001).

Neste sentido, a pertinência deste estudo reside no pressuposto de que, tal como é reconhecido pela literatura, a integração de novos profissionais de enfermagem pode desempenhar um papel crucial no desenvolvimento profissional de habilidades e competências, no crescimento e autonomia, com impacto na qualidade dos cuidados.

O que nos sensibilizou para esta temática foi o facto de observarmos que, enquanto membros de uma equipa de um serviço de cuidados intensivos pediátricos, tal como referem Vaz e Catita (2000), a função dos enfermeiros do serviço passa por ajudar os colegas recém-admitidos a atingir: domínio alargado e aprofundado dos saberes de enfermagem; grande capacidade para lidar com o imprevisto; capacidade de observação e análise de situações, com vista a estabelecer prioridades assistenciais rapidamente; destreza manual e rapidez na ação; autocontrolo emocional para fazer face a situações de grande tensão; grande facilidade de comunicação tendo em vista o trabalho em equipa e a articulação com os restantes setores do hospital.

Consideramos que para conseguir alcançar esta meta, poderá ser primordial uma boa integração, pois esta tem o potencial de contribuir para o desenvolvimento de uma força de trabalho mais articulada e mais capaz, mais experiente e eficaz, contribuindo positivamente para os objetivos organizacionais (Hyrkas, 2005; United Kingdom Central Council for Nursing, 1996; White & Winstanley, 2010).

Neste contexto, a escolha do tema sobre o qual nos propusemos realizar este relatório de trabalho projeto prende-se com alguma motivação de índole pessoal, que está intimamente relacionada com todo um percurso profissional que nos presenteou com a possibilidade de sermos elementos que integram novos colegas no serviço, o que nos tem proporcionado vivências ímpares. Por outro lado, após conversa informal com a enfermeira chefe, constatamos que, no contexto do processo de acreditação do serviço,

este é um aspeto de grande importância e que falta pôr em prática. Assim, uma vez realizado, daríamos cumprimento a um dos requisitos do processo de acreditação.

Podemos sentar-nos no banco que se encontra na encruzilhada de vários caminhos e optar por três alternativas. Ficar sentado e comentar as pessoas que passam e as escolhas de cada um. Percorrer caminhos já conhecidos e, portanto, mais seguros e mais calculados. Ou então escolher um caminho diferente, inovador, neste caso a escolha de um relatório de trabalho projeto, que apesar de nos trazer mais riscos e mais incerteza, nos proporciona maior realização pessoal e profissional. A opção por este tema constitui uma mais-valia para o nosso contexto de trabalho e, com a sua concretização, acreditamos que podemos melhorar as nossas práticas e os cuidados que prestamos às nossas crianças, jovens e suas famílias.

Esperamos, com a realização deste trabalho projeto, contribuir para o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria, nomeadamente; assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, tendo em vista ganhos em saúde em diferentes domínios como a qualidade dos cuidados, a prevenção de complicações, a redução de custos e concretamente o papel que o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria pode assumir neste processo.

O presente estudo foi desenvolvido no período de janeiro de 2019 a abril de 2020.

Com base neste conjunto de pressupostos, o presente relatório de trabalho projeto tem como finalidade contribuir para a melhoria do processo de integração dos enfermeiros, em contexto de cuidados intensivos pediátricos.

O objetivo geral delineado para este estudo foi:

- Construir e planear a implementação e avaliação de um programa de integração de novos enfermeiros no serviço de cuidados intensivos pediátricos (CIPE).

Para poder dar resposta ao objetivo geral realizou-se um percurso investigativo no sentido de conhecer as perspetivas dos enfermeiros sobre a integração. Para este, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as perspetivas dos enfermeiros que realizam a supervisão da integração no serviço de cuidados intensivos pediátricos, sobre o processo de integração, resultados esperados, dificuldades e sugestões de melhoria;

- Identificar as perspetivas dos enfermeiros recém-admitidos no serviço de cuidados intensivos pediátricos sobre o processo de integração, resultados esperados, dificuldades e sugestões de melhoria.

Para a consecução do objetivo geral foi realizado um trabalho projeto onde foi utilizada a metodologia de trabalho de projeto, uma metodologia que se baseia no princípio da prática reflexiva, que, de forma sistemática, visa a identificação de problemas e a sua resolução com base na melhor evidência sustentada pela investigação (Lunney, 2010; Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Estruturalmente, o presente relatório encontra-se dividido em três capítulos. O primeiro, onde se apresenta o enquadramento concetual que norteou o projeto desenvolvido; o segundo, onde se descreve a metodologia utilizada; o terceiro, onde se apresenta a intervenção, que consistiu no diagnóstico da situação, no planeamento do programa de integração e onde é referida ainda a execução e avaliação do mesmo. Termina com a conclusão, onde realizamos a síntese das aprendizagens ao longo de todo o projeto.

A execução deste estudo tem por base as recomendações do guia de elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC) e das normas da *American Psychological Association* (APA) e foi redigido segundo o novo Acordo Ortográfico para a Língua Portuguesa.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No “decorrer de uma investigação o contexto teórico é o elemento que orienta o caminho a seguir” (Garcia, 1998 citado por Silva J., 2013, p. 13). A mesma fonte refere que este corresponde a um momento de reflexão que permite enquadrar o assunto em estudo dentro das teorias existentes.

É importante considerar que um estudo científico tem por base essencial comunicar ideias e informações de uma forma clara, concisa e honesta.

Assentando nestes pressupostos, considerámos pertinente abordar os processos de integração e acolhimento, socialização, supervisão clínica e integração profissional, vivências no processo de integração e, por fim, o desenvolvimento de competências em enfermagem, abordando o modelo de aquisição de perícia de Dreyfus.

1.1. INTEGRAÇÃO E ACOLHIMENTO

O processo de integração é fundamental para qualquer elemento recém-chegado a uma instituição, independentemente do cargo que vai ocupar ou das suas experiências anteriores. Para que o processo de integração seja bem-sucedido é importante que todos os elementos da equipa participem e desenvolvam um conjunto de ações e atitudes que visem contribuir para o ajustamento do enfermeiro recém-chegado, por forma a que este possa fazer parte integrante do serviço e da organização. A entrada numa organização constitui uma das fases mais complexas da vida organizacional. É durante este período de tempo que os novos funcionários conhecem a organização e decidem se se adaptam ou não (Ashford & Taylor, 1990; Hulin, 1991; Nicholson, 1984, citados por Kammeyer-Mueller & Wanberg, 2003 citado por Ferreira, 2008).

A integração é um contributo bastante importante para o funcionário, pois contribui para um reforço de motivação e de permanência deste, evitando, assim, a rotatividade de funcionários (Taylor, 2002 citado por Ferreira, 2008).

Uma integração adequada permite à instituição atingir os seus objetivos, ao mesmo tempo que possibilita o desenvolvimento das potencialidades de cada elemento recém-admitido.

O processo de integração é particularmente importante para os enfermeiros, sobretudo na sua primeira experiência de trabalho, ou quando têm de mudar de serviço dentro de uma mesma, ou vindos de outra, instituição de saúde.

Este processo é mais longo que o de acolhimento e serve para que o novo funcionário adquira conhecimento sobre a função, técnicas envolvidas e sobre as pessoas com quem se vai relacionar na organização (Lamy, 2010).

Por sua vez, a integração é considerada como um processo demorado, em que o novo trabalhador toma conhecimento sobre as funções, as técnicas envolvidas e sobre as pessoas com quem se relaciona no trabalho. Este processo termina quando o novo elemento é capaz de refletir criticamente sobre o trabalho e contribuir com iniciativas sobre o mesmo (Pinto, 2008).

A integração corresponde a um acompanhamento personalizado durante um longo período de tempo, que pode variar entre três a doze meses. No entanto, independentemente da duração, o importante é que a organização prepare o novo funcionário para as dificuldades que terá que enfrentar. Em algumas organizações a integração é facilitada pela presença de um responsável, que, por sua vez, é um facilitador do processo de inserção do novo funcionário na organização. Este processo pretende dar um apoio personalizado, sistematizado através de contactos periódicos previamente acordados entre ambas as partes. É uma espécie de “anjo da guarda” temporário, dentro da organização. É o responsável que determina o momento em que o novo funcionário se sente preparado para integrar a organização (Lamy, 2010).

Nas estratégias de integração incluem-se: a sessão de acolhimento; entrevistas regulares de acompanhamento; identificação de um responsável pela integração, bem como de um tutor; participação em reuniões, almoços, lanches e festas da equipa e da organização (Mosquera, 2002; Peretti, 2001 citados por Ferreira, 2008).

Segundo Loureiro (2002, p.17 citando Dias 1983), o programa de integração ao serviço deve levar em linha de conta os aspetos específicos a seguir expostos:

- A organização da unidade;
- O tipo de doentes;
- A metodologia científica usada na prestação de cuidados de enfermagem;
- Reuniões de serviço;
- Conferências;

- Funções dos enfermeiros;
- Registos;
- Protocolos;
- Avaliação de desempenho;
- Responsabilidades de formação;
- Relações interpessoais.

O processo de integração num serviço está devidamente descrito na Carreira de Enfermagem, tal como define o Decreto-Lei n.º 71/2019 de 27 de maio, Artigo 9º, quando, referindo-se ao conteúdo funcional da categoria de Enfermeiro, afirma que este deve:

- i) Participar em processos formativos, contribuindo para a sua valorização profissional e para a valorização profissional dos seus pares;
- j) Colaborar no processo de formação de estudantes de enfermagem;
- k) Coordenar e supervisionar enfermeiros em contexto de integração profissional;
- l) Supervisionar, quando adequado, a formação de outros perfis profissionais;

Ainda no mesmo Decreto-Lei, Artigo 10.º- A, referindo-se ao conteúdo funcional da categoria de enfermeiro especialista, refere que este deve:

- h) Coordenar a supervisão clínica de estudantes de enfermagem;
- i) Coordenar a supervisão clínica de enfermeiros especialistas da sua área de especialidade;
- j) Coordenar e supervisionar enfermeiros especialistas em contexto de integração profissional;
- k) Coordenar, quando adequado, a formação de outros perfis profissionais;

Segundo alguns autores, as instituições poderão recorrer, neste processo de integração, ao uso de manuais, documentos previamente estudados, instrumentos de comunicação, que contêm uma coletânea de informações e atividades a realizar, facilitadoras do processo de integração e / ou aprendizagem (Chiavenato, 2001; Kurcgant, 1991).

Com este documento, habitualmente denominado Manual de Integração, o enfermeiro recebe a instrução básica de trabalho necessária às funções que tem a desempenhar, as suas relações com os outros funcionários e com os seus superiores. Este manual

permitirá ao enfermeiro recém-admitido encontrar os caminhos necessários para o seu desenvolvimento no serviço. Além disso, pode conter informações sobre a história da instituição, a sua estrutura física, funcional e organizacional, objetivos do serviço, o regime de trabalho, algumas regalias sociais e, de um modo geral, todas as informações necessárias para uma visão global da instituição e da sua inserção na comunidade.

Poderemos assim concluir que, um programa de integração organizado e bem orientado ajuda o novo enfermeiro em todo o processo, contribui para que este dê mais de si à instituição e adquira o máximo de conhecimentos, assumindo assim, as responsabilidades inerentes às suas funções.

O acolhimento é o processo através do qual os novos funcionários são recebidos e integrados na organização, com o objetivo de se tornarem “produtivos” no menor espaço de tempo possível (Lamy, 2010).

Segundo o mesmo autor, este processo tem como objetivos: reduzir a ansiedade das pessoas, reduzir a rotatividade, economizar tempo e desenvolver expectativas realistas.

O acolhimento no local de trabalho ou na equipa é mais específico e engloba: a apresentação do posto de trabalho; a apresentação à equipa e aos colegas da área onde esta está inserida, bem como interlocutores com quem o contato será permanente; uma visita a locais estratégicos; a disponibilização de informação importante para a realização da função; a disponibilização de contactos indispensáveis para a resolução de problemas informáticos, de logística, entre outros (Mosquera, 2002; Peretti, 2001 citados por Ferreira, 2008).

Lamy (2010) defende que existem alguns erros que as organizações cometem no acolhimento e integração de novos colaboradores:

- Tratam o acolhimento como uma tarefa burocrática e complexa;
- Envia o recém-admitido de imediato para o seu superior hierárquico;
- Muitos acham que já é um grande privilégio ter dado emprego ao indivíduo;
- Alguns trabalhadores, descontentes com a organização, faltam com a ética e criticam a organização para o novo colaborador;
- Envia o indivíduo diretamente para posto de trabalho;
- Não se preocupam em levar o novo funcionário a ter uma visão global da organização e das suas atividades.

O acolhimento e integração são estratégias fundamentais para a organização e para o indivíduo, por funcionarem como mecanismos esclarecedores do encontro ou não de características, expectativas e necessidades, promovendo satisfação e orientação para

resultados. Se o departamento de recursos humanos da organização planeia cuidadosamente e implementa um programa efetivo direcionado ao acolhimento e integração, está a fazer um investimento inteligente no crescimento, desenvolvimento e desempenho desses indivíduos, bem como na eficiência organizacional, produtividade e sucesso futuro (Taylor, 2002 citado por Ferreira, 2008).

Após abordar questões tão importantes como o acolhimento e a integração de novos profissionais, importa referir que os múltiplos desenvolvimentos nos cuidados de saúde e nas políticas de saúde em Portugal colocam às instituições de saúde inúmeros desafios no sentido de melhorar a qualidade da assistência, rentabilidade dos serviços, melhorar a economia e aumentar a competitividade.

Os seus profissionais são, sem qualquer dúvida, um setor importante e imprescindível para as respostas em saúde e para o sucesso da instituição. No hospital, os enfermeiros são um grupo profissional chave na qualidade da assistência, nomeadamente quando se trata de uma unidade de cuidados intensivos pediátricos.

A existência de um programa de acolhimento numa organização permite que o novo elemento assimile, o mais rapidamente possível, a sua cultura e se comporte como um membro dessa organização. Além disso, funciona também como instrumento de controlo e correção (Marriner, 2009).

No processo de integração, o manual de acolhimento é uma ferramenta bastante importante. Normalmente é da responsabilidade da direção de recursos humanos e dispõe de um conjunto de informações, nomeadamente a história da instituição, direitos e deveres do trabalhador, regulamentos de relações laborais, entre outros, com o objetivo de o novo funcionário passar a conhecer melhor a organização para onde vai trabalhar. É importante que as organizações tenham o manual de acolhimento sempre atualizado (Lamy, 2010). O seu conteúdo é variável, dependendo do setor de atividade e da organização em questão.

A avaliação do processo de integração deve ser efetuada pelo orientador e pelo superior hierárquico. Esta avaliação deve espelhar o desempenho nas diversas fases que o novo profissional percorreu e pode ter um caráter quantitativo ou qualitativo, podendo ser pedido a elaboração de um relatório que descreva aquele período (Mosquera, 2007). Para que se estabeleça uma boa relação entre orientador e orientado, é essencial identificar-se no primeiro, algumas características consideradas fundamentais, como a empatia, o positivismo e a paciência. (Cotrell, 2000 citado por Faria, 2007).

1.2. SOCIALIZAÇÃO

O processo de socialização organizacional é, manifestamente, o que mais contribui para a inserção dos novos funcionários, na cultura de uma determinada organização. A socialização é o processo sistemático através do qual as organizações integram os novos funcionários na sua cultura (Caetano & Vala, 2000; Cunha, Rego, Cunha & Cardoso, 2007).

Cunha et al. (2007) referem que a socialização consiste: na aquisição de um conjunto de comportamentos do indivíduo, no sentido de que ele exerça convenientemente a sua função; no desenvolvimento de competências relacionadas com o trabalho e no ajustamento de valores e normas do grupo.

A socialização é um processo permanente, que se inicia bastante antes da entrada dos indivíduos na organização, prolonga-se por semanas ou meses, e pode ter implicações em diversos aspetos organizacionalmente relevantes (Cunha et al., 2007). Muitas das vezes essas implicações devem-se à existência de táticas de socialização, que dão origem a uma boa ou má socialização (Caetano & Vala, 2000).

Marquis e Huston (1999) referem que a socialização difere da orientação na medida em que envolve poucas informações estruturadas, sendo o seu propósito o de partilhar valores e atitudes da organização através de modelos, mitos e lendas.

A estratégia de socialização pode passar pela existência de um tutor ou orientador do período de integração, estas vantagens foram validadas pelos estudos de Greenberg e Baron (1995, citado por Mosquera, 2007) que concluíram que este se encontra associado a um maior sucesso na carreira do novo membro da organização.

O orientador deverá acompanhar o novo elemento durante o período de socialização para lhe fornecer informação sobre a organização e sobre o papel específico que irá desempenhar. Tem ainda um papel determinante na transmissão das melhores estratégias para alcançar os objetivos da organização e evitar erros. A escolha do orientador deverá caber à hierarquia, não deverá ter um nível hierárquico inferior, poderá ser um elemento mais velho e experiente e portador de um status elevado na organização (Mosquera, 2007).

Há vantagens para a organização no desenvolvimento do processo de socialização de novos elementos, no entanto estes consomem tempo e recursos, traduzindo-se num acréscimo de custos para a organização (Mosquera, 2007).

O tempo de socialização do trabalhador numa organização, diz Mosquera (2007), é variável, dependendo do contexto onde decorrem. Numa organização hospitalar com o estatuto Entidade Pública Empresarial (EPE), existe alguma legislação a ser seguida, nomeadamente a que diz respeito ao período experimental, um tempo onde a organização ainda pode optar pela admissão ou não do novo trabalhador. De acordo com a Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro e para os contratos de trabalho a termo com a duração igual ou superior a seis meses é previsto um período experimental de 30 dias, findo o qual a entidade empregadora deverá optar ou não pela inclusão do trabalhador nos seus quadros.

Dubar (1991, citado por Potra, 1997) afirma que a socialização é concebida por alguns antropólogos essencialmente como um processo de incorporação progressiva dos traços gerais da cultura de um grupo de origem, compreendendo a aquisição de atitudes, normas e habilidades técnicas, e de modelos de comportamento, impelindo o indivíduo a ser portador do seu sistema social.

(...) quer se trate do grupo de origem ao qual se pertence «objetivamente» ou de um grupo exterior no qual se pretende integrar, o indivíduo, (...), socializa-se interiorizando os valores e as normas que o tornam um ser que é possível identificar socialmente. A socialização fica pois reduzida a uma forma de integração social ou cultural, que assenta no condicionamento inconsciente e na qual há um consenso sobre papéis sociais. Nesta perspetiva, a socialização a uma determinada profissão, far-se-ia durante a formação, altura em que a cultura normativa de determinado mundo profissional específico seria transmitida e deste modo, perpetuada de modo uniforme. (p. 17)

O processo de socialização ocorre durante toda a carreira de um indivíduo. A socialização é mais importante na primeira vez em que o indivíduo for trabalhar na empresa ou quando ele for exercer um cargo diferente na mesma organização. O processo de socialização ocorre ao longo de vários estádios da carreira, mas o indivíduo percebe melhor o processo quando muda de cargo ou de organização (Gibson, Ivancevich, Donnelly & Konopaske, 2006).

Lima e Fernandes (s.d.) definem a socialização inicial como uma iniciação e aculturação às práticas da empresa, filosofia e normas da mesma, e em simultâneo ao “desprendimento de hábitos e prejuízos indesejados que devem ser evitados no comportamento do recém-chegado” (Lima & Fernandes, s.d., p. 2).

Marquis e Huston (1999) referem que durante a socialização os enfermeiros devem ter em si um grande entusiasmo e elevado estado de ânimo em relação à organização. Nesta fase os enfermeiros são modelados de modo a adaptarem-se à organização.

O processo de socialização não pode ser um esforço unidirecional, mas sim um processo de adaptação recíproca. Por um lado, o novo indivíduo procura integrar-se num novo contexto e, por outro, a organização deve receber o indivíduo adaptando-se também (Mosquera, 2002 citado por Ascensão, 2009).

Os estádios de socialização coincidem geralmente com os estádios da carreira.

Embora existam várias descrições de estádios da socialização, consideramos importante salientar estes três: pré-ingresso, acomodação e metamorfose. Cada estágio envolve atividades específicas que, se executadas corretamente, aumentam as hipóteses de o indivíduo ter uma carreira eficaz (Gibson et al., 2006).

O primeiro estágio, pré-ingresso, envolve todas aquelas atividades que o indivíduo realiza antes de entrar na organização ou antes de ocupar um cargo diferente na mesma organização. O principal objetivo dessas atividades é obter informações sobre a nova organização e/ou o novo cargo (Cunha et. al, 2007 & Gibson et. al, 2006).

O segundo estágio de socialização, acomodação, ocorre depois de o indivíduo se tornar membro da organização ao aceitar o emprego. Durante esse estágio, o indivíduo vê a organização e o cargo como eles realmente são. Por meio de várias atividades, o indivíduo tenta tornar-se um participante ativo da organização, um executor competente do trabalho.

Esse período de adaptação é normalmente stressante para o indivíduo em razão da ansiedade criada pelas incertezas inerentes a qualquer situação nova e diferente (Cunha et al., 2007 & Gibson et al., 2006).

O terceiro estágio de socialização, metamorfose, ao contrário do estágio de acomodação, que requer o ajuste do indivíduo às exigências e expectativas do grupo imediato de trabalho, o estágio de gestão de papéis envolve muito mais problemas e questões. Durante o terceiro estágio, surgem os conflitos. O primeiro é o conflito entre a vida profissional e a vida pessoal do indivíduo (Cunha et al., 2007 & Gibson et al, 2006).

A segunda fonte de conflito durante o estágio da gestão de papéis é aquela que ocorre entre o grupo de trabalho do indivíduo e os demais grupos de trabalho da organização.

Essa fonte de conflito pode ser mais aparente para alguns funcionários do que para outros (Cunha et al., 2007 & Gibson et al., 2006).

Como já foi referido anteriormente, a entrada numa organização constitui uma das fases mais complexas, tanto para o novo funcionário, como para a própria organização, e todos nós, mais tarde ou mais cedo nos deparamos com essa realidade. Por este motivo, é fundamental acolher e integrar o novo funcionário, facilitando o seu processo de socialização, para que se sinta confiante no seu novo local de trabalho.

Sabemos, que a qualidade de um bom serviço, nomeadamente nos serviços de saúde, não dispensa um bom sistema de acolhimento e integração dos funcionários, neste caso dos enfermeiros, tornando-se fundamental saber como se processa o acolhimento e integração dos enfermeiros no serviço, numa tentativa de o melhorar, com o objetivo de maximizar o seu potencial de trabalho e produtividade e, com isso, tentar melhorar a qualidade de cuidados.

1.3. SUPERVISÃO CLÍNICA E O PROCESSO DE INTEGRAÇÃO PROFISSIONAL

A supervisão clínica em enfermagem surgiu há mais de duas décadas. Alguns países têm uma história longa de supervisão clínica, enquanto noutros a ideia pode ter sido só apresentada. Independentemente da duração da sua história, a pesquisa internacional tem produzido uma extensa base de conhecimento na área da supervisão clínica, com um aumento impressionante durante a década de 1990 e não há dúvida de que esta é uma questão que tem fascinado os enfermeiros, investigadores de enfermagem, académicos, educadores e administradores de todo o mundo (Hyrkäs, Koivula & Paunonem, 1999 & Hyrkäs, Appelgyist-Schmidlechner & Haataja, 2006).

A aposta na supervisão clínica, como refere Abreu (2007), surge no contexto da discussão sobre qualidade, da reflexão sobre formação clínica, da aprendizagem experiencial e da supervisão das práticas clínicas. A supervisão clínica em enfermagem é um processo de colaboração formal, estruturado, que ajuda os profissionais a desenvolver competências pessoais e profissionais, conhecimento e valores de humanidade durante o seu percurso profissional. O acompanhamento profissional permite ao supervisionado desenvolver uma compreensão mais profunda do que é ser enfermeiro, da responsabilidade que lhe é intrínseca e desenvolver o conhecimento a partir da realidade das práticas clínicas.

De acordo com o mesmo autor, abordar a temática da supervisão clínica é atender ao atual paradigma da formação em enfermagem. Estudantes, docentes e enfermeiros confrontam-se atualmente com a necessidade de rever modelos de formação

sustentados fundamentalmente no conceito da colaboração entre pares. A supervisão clínica apresenta-se como um canal através do qual os enfermeiros podem explorar, sustentar e melhorar o seu desenvolvimento pessoal e as práticas profissionais (Abreu, 2007).

1.3.1. Conceitos de supervisão clínica em Enfermagem

Nos últimos dez anos, em Portugal e na Enfermagem, verifica-se um crescente interesse sobre a supervisão clínica, introduzida por vários investigadores, nomeadamente Abreu (2002) e Garrido (2004).

No entanto, a utilização do conceito de supervisão clínica entre os enfermeiros, ou noutras áreas, não reúne consenso. Efetivamente, as instituições de saúde reconhecem que a supervisão clínica pode ser a chave para a qualidade dos cuidados de enfermagem, para a proteção e segurança dos utentes e para o aumento da satisfação profissional, na medida em que confere suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, porém não existe consenso sobre o conceito, o seu interesse e o propósito da sua utilização.

Os processos de acompanhamento e de supervisão das práticas clínicas dos enfermeiros têm acompanhado os diversos percursos de formação e de profissionalização na área da saúde.

Para Vieira (1993, p.11), o conceito de supervisão é traduzido como uma “atuação de monitorização sistemática da prática (...), sobretudo através de procedimentos de reflexão e de experimentação”, num ambiente de partilha e de colaboração.

Sá-Chaves (2000), ao fazer referência sobre as definições disponibilizadas pelo dicionário para os conceitos de supervisão, refere que se trata de um ato ou efeito de dirigir, de orientar ou inspecionar, sendo o ato de supervisionar um ato de direção, orientação ou inspeção, realizado a partir de uma posição superior ou a partir de alguém supostamente mais qualificado.

Para Alarcão e Tavares (2007), o conceito de supervisão implica fiscalidade e superintendência. Alarcão (2001) admite que a supervisão é entendida como um processo mediador nos processos de aprendizagem e de desenvolvimento do formando e do supervisor podendo, de acordo com a natureza da interação criada, ser facilitado ou inibido. Para que este processo apoie e estimule cada um a progredir e a criar o seu estilo pessoal de intervenção é fundamental que as interações se desenvolvam num ambiente de confiança e de interajuda afetiva e cognitivamente estimulante. Assim, a supervisão clínica também deverá ser vista como uma relação de ajuda para ultrapassar

constrangimentos pessoais e profissionais, problemas emocionais e para fomentar uma maior qualidade das práticas.

É de realçar que Sá-Chaves (2000), tal como Alarcão e Tavares (2007), abordam o processo de supervisão no contexto da formação de professores, ou seja, tratam a supervisão da prática pedagógica de professores recém-formados, sendo que podemos estabelecer a analogia com o processo de supervisão das práticas clínicas dos enfermeiros recém-formados.

Referindo-se também ao conceito de supervisão, diz Faria (2007), que esta tem um papel central no desenvolvimento do enfermeiro, quer durante a formação quer nos processos de integração na vida profissional.

Segundo a OE (2009), a supervisão clínica é um processo formal de suporte profissional e de aprendizagem que tem como objetivo o desenvolvimento de conhecimentos, competências, o assumir progressivo de responsabilidades na prática diária e na tomada de decisão com destaque à proteção e segurança em situações clínicas mais complexas.

A supervisão das práticas clínicas é uma ferramenta básica dos programas de qualidade nas instituições de saúde que mencionam expressamente a supervisão clínica em alguns critérios das normas, relativas aos serviços de enfermagem (Garrido, 2004).

Abreu (2007), aludindo à integração de recém-licenciados nos serviços de saúde, diz que para as organizações que recebem com regularidade profissionais formados em contextos culturais distintos, a supervisão clínica é a única forma de garantir que esses profissionais recém-chegados se integrem mais rapidamente e cumpram os requisitos considerados fundamentais pelos serviços de saúde, para o exercício profissional.

Bond e Holland (1998) referem que embora possamos encontrar muitas definições de supervisão clínica, não há nenhuma que se apresente de tal modo explícita, de modo a ser indubitavelmente melhor que as outras. O conceito terá que clarificar-se em consonância com a imensidão de cenários em que a prática de enfermagem se pode desenrolar (Lyth, 2000).

Para o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros e no âmbito do Modelo de Desenvolvimento Profissional (Lei nº111/2009 de 16 de setembro), e da prática tutelada, proposta pela Ordem para a certificação de competências e atribuição dos títulos profissionais, a supervisão clínica consiste num processo formal de acompanhamento da prática profissional por um supervisor certificado, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados,

através de processos de reflexão e análise da prática clínica. Tem por base a certificação de competências profissionais já regulamentadas pela Ordem e decorre em contextos clínicos com idoneidade formativa, acreditados (OE, 2010).

O objetivo fundamental da supervisão relaciona-se, assim, com o desenvolvimento humano e profissional, num contexto de formação de adultos, traduzido pelo desenvolvimento das características físicas, psíquicas, cognitivas e sociais dos formandos através de um processo de informação – reflexão – ação – reflexão.

As diversas perspetivas apresentadas transmitem a preocupação com a responsabilidade profissional e a proteção dos utentes e dos próprios profissionais, o que contribui para aumentar a segurança da prática clínica e estimular a reflexão sobre a mesma, devendo ser vista como um incentivo para a autoavaliação e desenvolvimento das capacidades analíticas e reflexivas.

Encontramos também na literatura duas designações cujos conceitos se sobrepõem ao de supervisão. São eles o *Preceptorship* e o *Mentorship*.

A origem do *Preceptorship* na enfermagem remonta à década de 1960, início da década de 1970. O *Preceptorship* surge já não em contexto de formação académica, mas sim no contexto de exercício profissional (Morrow, 1984 citado por Bain, 1996). Bain aponta no sentido da integração efetiva dos enfermeiros recém-formados nos complexos ambientes hospitalares, tentando diluir a diferença entre teoria e prática e garantir uma gradual assunção de responsabilidade, de forma segura para o profissional e para o utente (Bain, 1996). Denota-se uma preocupação com a integração dos profissionais, mas também e simultaneamente com a segurança e qualidade dos cuidados.

O *Mentorship* será uma parte integrante do papel do enfermeiro qualificado que sustenta a aprendizagem e o desenvolvimento. Atendendo à associação dos termos “supervisão” e “supervisor”, à visão hierárquica e de controlo que lhe está subjacente, alguns autores, como Northcott, (2000) bem como Clay e Wade (2001 citados por OE, 2010) preferiram substituí-los por conceitos alternativos como é o conceito de *mentoring*/mentor e de *tutoring*/tutor. Os conceitos *mentoring* e *tutoring* surgem aplicados em muitos domínios, e quase sempre convocam a ideia de acompanhamento e de orientação. No campo da enfermagem, estes termos usam-se para descrever alguém que tem um papel de modelo e influência no futuro profissional de enfermagem, ou no profissional em formação. É considerado, por isso, uma figura de referência no local de trabalho (Northcott, 2000).

Em geral, o mentor é retratado como alguém que pode ser confiável e está disposto a ajudar os outros no seu crescimento e desenvolvimento, auxilia um elemento na fase de transição da experiência de aprendizagem, dando conselhos e apoio, bem como compartilhando os seus valores e profissionalismo.

Os mentores são vistos, portanto, como estimulantes, promovendo e incentivando a aprendizagem nas experiências do dia-a-dia e também podem orientar e ensinar. O tipo e o nível de orientação podem ser influenciados pelo ambiente de aprendizagem e pelo nível de competência a ser alcançado. De acordo com Clay e Wade (2001, citados por OE, 2010) ser um mentor implica agir como um modelo, facilitando a aprendizagem e a supervisão que é apropriada para a área do desempenho prático.

Considerando a consonância entre os conceitos de supervisão clínica, *preceptorship* e *mentoring*, optamos, neste trabalho, por utilizar o conceito de supervisão clínica.

Concluindo, podemos dizer que a estratégia de supervisão clínica constitui, assim, uma componente estruturante do processo que organiza e gere as atividades supervisivas potenciadoras do desenvolvimento pessoal e profissional dos intervenientes. No entanto, como vimos, não se pode falar numa estratégia única e válida para todos os casos. Pode-se, sim, falar em diferentes estratégias que devem ser utilizadas em diferentes combinações tendo em conta as características dos intervenientes, os objetivos que se pretendem alcançar e os condicionalismos e recursos inerentes à situação (Simões & Garrido, 2007).

1.3.2. Modelos de supervisão clínica

A prática de supervisão configura-se em estilos, modelos e estratégias que retratam e revelam a realidade do processo de supervisão. Uma mesma estratégia pode não ser válida para todos os casos. O sucesso está na possibilidade da aplicação de várias estratégias em diversas combinações possíveis, tendo em consideração as características dos intervenientes no processo de supervisão, assim como os objetivos que se pretendem atingir e ainda a presença eventual de fatores condicionantes e os recursos existentes na situação em questão.

De acordo com Harris (2002, p.142) “um modelo deverá possuir um conjunto de práticas claramente definido, de acordo com um plano previamente traçado e com objetivos que sejam por natureza de supervisão”.

Em resposta às diferentes necessidades de desenvolvimento profissional dos enfermeiros nos diferentes contextos de trabalho, constatou-se o surgimento de um vasto número de modelos. Assim, nos últimos vinte anos surgiram diversos modelos de

supervisão clínica em enfermagem, entre os quais se destacam os de Butterworth e Faugier (1994), Hawkins e Shohet (1989), Nicklin (1997), Page e Wosket (1994), Proctor (1986) e Rogers e Topping-Morris (1997) entre outros.

A diversidade dos modelos de supervisão clínica em enfermagem reflete a idêntica diversidade das áreas clínicas e da sua organização (Butterworth, Bishop & Carson, 1996). A organização das práticas numa unidade de cuidados intensivos ou num centro de saúde é necessariamente diferente, o que naturalmente condicionará os modelos de supervisão clínica em enfermagem.

Marr, Steele e Hickman (2001) referem que os diferentes modelos se diferenciam pela filosofia e pelos pressupostos em que assentam. Contudo, os modelos podem agrupar-se em quatro grupos fundamentais:

- Modelos de função (Page, Proctor e Woskett): descrevem a organização das funções da supervisão clínica, dando orientação ao foco e conteúdo das sessões;
- Modelos de processo (Hawkins e Shohet, Holloway, Inskipp e Proctor): exploram as necessidades das relações profissionais e das sessões supervisivas e ajudam a explicar as tarefas e as funções da supervisão;
- Modelos de relação supervisiva (Faugier e Frankham, Stoltenberg e Delworth): centralizam-se na natureza da relação supervisiva;
- Modelos psicoterapêuticos (Freud, Rogers): enfatizam o modelo clínico da terapia utilizada pelo supervisor.

Cottrell e Smith (2005) explicam a noção de modelo, enquanto mapa e estrutura a percorrer, com finalidades e alvos de supervisão, o tipo de relação interpessoal a ser adotada, o *feedback* (avaliação) e a continuação da sua sustentação. Um modelo tem de procurar satisfazer as necessidades decorrentes da relação interpessoal, promover *feedback* e suporte contínuo, bem como garantir técnicas que permitam a avaliação do processo e, conseqüentemente, a sua reformulação periódica (Bond & Holland, 1998).

Para Faugier e Butterworth (1993, citados por Lyth, 2000), os modelos podem ser divididos em três tipos: aqueles cujo foco de atenção é a relação supervisiva, os que se detêm sobre as funções do supervisor e os que reforçam o processo de supervisão.

O modelo mais referido na literatura, é o modelo de Proctor (1986) – “*The Supervision Alliance Model*”. Esta autora refere que a supervisão clínica compreende três funções estruturantes e interativas. São elas, a função normativa, formativa e restaurativa.

A função normativa refere-se ao conjunto de iniciativas destinadas a promover a qualidade dos cuidados e a redução dos riscos. É um elemento de controlo de

qualidade. Esta função evidencia-se na função administrativa da enfermeira chefe de enfermagem e pelos responsáveis de serviço pelo controlo que exercem para a qualidade dos cuidados. A função formativa está relacionada com o desenvolvimento da compreensão, habilidades e competências pessoais e profissionais. Esta função desenvolve-se com a reflexão sobre os e nos momentos de trabalho que desencadeiam tempos de ensino-aprendizagem, de entendimento e desenvolvimento de competências nos enfermeiros prestadores de cuidados. A função restaurativa define-se por apoiar ações e respostas do supervisionado com o propósito de não só diminuir o *stress*, mas também, para manter emoções adequadas perante situações significativas. Esta função compreende o suporte necessário para que o supervisionado se adapte ao conjunto de “pressões” oriundas dos seus múltiplos contextos envolventes.

Apesar destas funções serem normalmente apresentadas como discretas e delimitadas, na realidade da prática clínica elas parecem sobrepor-se, assumindo um caráter complementar como no seguinte exemplo: “(...) aconselhar o supervisionado a refletir numa particular intervenção usada com o cliente, pode simultaneamente levar à monitorização da sua própria prática” (Ooijen, 2003, p.26).

Este modelo pode facilmente ser integrado numa abordagem de desenvolvimento à supervisão. Neste caso pode haver uma enorme ênfase na função formativa se o supervisionado ainda está em estágio ou se é recém-formado. Além disso, o preenchimento destas três funções não é só apenas responsabilidade do supervisor. O modelo adere a um processo de dois sentidos, onde os intervenientes envolvidos partilham responsabilidades.

A diversidade de modelos reflete o interesse da supervisão clínica, como um todo, dentro da variedade e complexidade que caracterizam a prática de enfermagem, a organização dos cuidados e segurança dos clientes.

Citando Pires (2004, p.58), “nenhum modelo é melhor do que o outro.” O modelo tem, como propósito, fornecer referências objetivas para a tomada de decisão em determinado contexto. Mas, para se desenvolver todo um processo supervisivo, torna-se fundamental que o supervisor conheça os diferentes modelos e o cenário onde decorre o processo de supervisão.

Apesar de todos os modelos se intercetarem num universo comum, cada um deles procura oferecer a sua visão estratégica inserida num contexto histórico e cultural, todos eles apresentam elementos pertinentes e válidos para a supervisão, para a aprendizagem e para o desenvolvimento.

Só mediante o conhecimento de todos os cenários de supervisão se poderá fazer uma análise crítica e cuidadosa, e adequá-los estrategicamente, de modo a facilitar a aprendizagem.

No que se refere aos modelos de supervisão clínica, as alternativas são variadas, contudo, Garrido (2004) refere um aspeto central relativamente a este aspeto, isto é, devem ser os diversos atores do processo supervisivo que deverão acordar o modelo de supervisão que melhor responda às suas necessidades. A chave para uma supervisão eficaz está em compreender a diversidade de estilos de aprendizagem ou comportamentos existentes e ser capaz de os ter em conta ao planear as estratégias de ensino e de aprendizagem.

1.3.3. Tipos de supervisão

Existem vários tipos de Supervisão Clínica. A escolha da forma de supervisão clínica depende de uma série de fatores, tais como: o tipo de área clínica, a cultura da organização, os rácios de pessoal e as necessidades do pessoal e de gestão.

Segundo os autores consultados existem essencialmente dois tipos de supervisão:

- Supervisão clínica individual, em que um supervisor clínico apresenta-se como responsável por um supervisionado. A supervisão clínica individual é, provavelmente, o formato mais comum em enfermagem (Duarri & Kendrick 1999, Jones & Bennett 1998).
- Supervisão clínica de grupo e formatos tríade, em que um supervisor clínico geralmente fica responsável pela supervisão de dois supervisionados ao usar um formato tríade (Feather & Bissell 1979; Sloan, White & Coit, 2000). Na supervisão de grupo, um grupo de quatro a seis supervisionados é orientado por um supervisor clínico. (Arvidsson, Löfgren & Fridlund, 2001; Severinsson & Kamaker 1999).

Proctor (2000) indica que a supervisão de equipa pode facilitar o espírito de equipa, mas também pode refletir, dentro da equipa, as tensões do dia-a-dia e as diferentes dinâmicas interpessoais não resolvidas. Desta forma, a supervisão clínica de equipa pode ser vista como a forma mais estimulante de supervisão clínica para os supervisores.

Os fatores que influenciam a supervisão de equipa são os seguintes: avançado conhecimento da supervisão e confiança nos supervisores, compromisso e motivação, interação e relações de colaboração e os acordos da equipa de supervisão. Os efeitos positivos da supervisão de equipa identificados pelos supervisores são: influência sobre a interação e relações humanas na comunidade de trabalho, reforço da identidade

profissional dos supervisados e o desenvolvimento de práticas multiprofissionais. (Hyrkäs, Appelgyist-Schmidlechner & Paunonen-Ilmonen, 2002).

É fundamental que o processo de supervisão se desenvolva no contexto de uma visibilidade crescente das instituições de saúde como “espaços de formação reflexivos” que se traduzem no reconhecimento de que os profissionais possuem a capacidade de pensarem as suas práticas e reconstruírem o conhecimento a partir do seu campo de ação (Alarcão & Tavares, 2007).

1.3.4. Papel e competências do supervisor clínico

Na literatura da área da saúde, o supervisor tem o papel de medir e desenvolver conhecimentos e habilidades de profissionais em início de carreira nos seus próprios ambientes clínicos. Ele também deve estimular a aplicação da teoria na prática, desenvolvendo habilidades e ensinando o recém-formado a utilizar adequadamente o tempo.

Ao supervisor é exigida a capacidade de saber adequar os meios, tendo em conta o fim pretendido e o contexto específico. Ou seja, deverá ser alguém que tenha como missão facilitar o desenvolvimento e a aprendizagem do supervisado, promovendo e incitando a capacidade de investigação, de reflexão e de sentido crítico.

Um supervisor é, assim, um líder capaz de promover, acompanhar, supervisionar e monitorizar os vários projetos de forma sistemática.

Este facto atribui à supervisão: a missão de compreender e estimular o potencial de cada um para o coletivo, a responsabilidade de participar na conceção e desenvolvimento de um projeto, o conhecimento da função dos vários intervenientes e a utilização de estratégias de dinamização.

Segundo Sá-Chaves (2000, p.104), a competência é definida como o “(...) ato de bem fazer e de fazer bem (...)”. Esta conceção espelha um desempenho eficaz e eficiente adequado ao meio e às circunstâncias em que se desenvolve a ação, tendo em conta o objetivo final da mesma e de todo o processo, sustentada por saberes científicos e profissionais.

O desenvolvimento das competências do supervisor resulta da interação e da relação entre saberes científicos específicos, da comunicação de saberes onde se torna imprescindível englobar a relação empática e de entreajuda de modo a que o supervisado seja parte ativa do processo, da dinamização da aprendizagem estimulando a criatividade, da inovação e do espírito crítico, dos valores éticos e sociais,

do respeito por si e pelo outro, da tolerância e honestidade, da recusa de preconceitos ideológicos, culturais ou sociais, do clima de partilha e cooperação e da avaliação e autoavaliação (Fonseca, 2006).

A função do supervisor clínico em enfermagem consiste em sustentar a formação e a atividade profissional dos supervisados tendo em conta a prestação de cuidados de qualidade ao cliente e, ainda, promover a mudança positiva, educar, monitorizar, recomendar, desafiar, pesquisar e desenvolver o espírito crítico dos mesmos (Cottrell, 2000). De acordo com Garrido (2005), consiste em ajudar a controlar as dificuldades que este processo de acompanhamento comporta e possibilitar o desenvolvimento de competências no sentido de uma maior qualidade no cuidar.

Simões e Garrido (2007) identificaram as seguintes finalidades das estratégias utilizadas pelos supervisores durante o ensino clínico, as quais poderão ser idênticas às utilizadas pelos supervisores no decurso da integração de novos elementos:

Prestar atenção – O supervisor exprime a sua atenção verbal e/ou não verbal face ao que é manifestado pelo supervisado;

Clarificar – O supervisor compreende o pensamento através de afirmações e/ou interrogações;

Encorajar – O supervisor incentiva o raciocínio do supervisado em voz alta;

Servir de espelho – O supervisor faz uma síntese do que o supervisado expressa para confirmar se entendeu bem;

Dar opinião; - O supervisor dá a sua opinião e manifesta as suas ideias sobre o assunto em questão

Ajudar a encontrar soluções para os problemas – O supervisor solicita propostas para possíveis soluções do problema;

Negociar – O supervisor desloca o foco das soluções possíveis para as soluções prováveis;

Orientar – O supervisor determina o que o supervisado deve fazer e como deve fazer;

Estabelecer critérios – O supervisor estabelece planos de ação e determina os limites temporais para a sua execução;

Condicionar – O supervisor explicita as consequências do cumprimento ou incumprimento das orientações dadas.

O supervisor não é aquele que apenas transmite saber, mas aquele que motiva, facilita e estimula e que é conselheiro, orientador e companheiro, para além de ser reconhecidamente competente e honesto na sua postura profissional (OE, 2009).

De acordo com Cottrell (2000), o supervisor tem que ter algumas características:

Perícia – O reconhecimento pode ser informal através da habilidade, da experiência ou da formação. O reconhecimento informal pode vir dos pares pois a perícia formal pode ser transmitida pela confiança;

Experiência – O supervisor clínico em enfermagem é reconhecido como tendo a profundidade da experiência no seu campo de especialidade;

Aceitabilidade – É de extrema importância que o supervisor clínico seja aceite por aqueles que ele supervisiona;

Formação – É desejável que todos os supervisores clínicos recebam formação em supervisão clínica no início da sua atividade supervisiva, bem como formação contínua. A formação básica é considerada necessária, mas não suficiente para assegurar elevada qualidade em supervisão. A formação e experiência em supervisão são consideradas essenciais para ajudar a desenvolver competências supervisivas.

Em todo este processo será importante, tal como defende a OE (2010), que o supervisor tenha consciência também do seu papel de aprendente e da forma como este pode contribuir para o seu desenvolvimento, quer enquanto enfermeiro, quer enquanto supervisor.

De acordo com a OE (2010), o supervisor acompanha a prática profissional do supervisionado, promove a tomada de decisão e a gradual autonomia no exercício, valorizando sempre a proteção da pessoa e a segurança e excelência dos cuidados de enfermagem. Esta prática deve ser acompanhada de questionamento e reflexão, deve envolver supervisor e supervisionado na análise da praxis (do supervisionado) para que o seu conteúdo e eventuais problemas que possam surgir sejam trabalhados e deem origem a hipóteses e soluções que “experimentadas”, possam contribuir para um aprofundamento e melhoria dos cuidados de enfermagem. Integrado num modelo de desenvolvimento profissional proposto e regulamentado pela OE (2010, pp.18-19) espera-se do supervisor clínico em enfermagem que:

- Tenha motivação e disponibilidade pessoal para ajudar outros no seu desenvolvimento e aprendizagem e constituir-se num recurso para apoio e suporte;

Integração de Novos Enfermeiros num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

- Seja um modelo de exercício profissional no quadro dos referenciais da profissão que conhece e domina;
- Demonstre competências na resolução de problemas, na tomada de decisão, delegação e responsabilidade profissional;
- Seja perito clínico no âmbito do exercício profissional do EPT, ou DPT;
- Esteja motivado e envolvido na profissão - sentido de pertença profissional;
- Tenha sentido de responsabilidade em relação ao papel de supervisor que está a desempenhar, assente em noções bem claras sobre o potencial formador da supervisão e suas finalidades no Exercício Profissional Tutelado (EPT) e Desenvolvimento Profissional Tutelado (DPT) em Enfermagem;
- Tenha capacidade, sensibilidade e empatia, para reconhecer o Outro na sua individualidade e compreender a sua problemática;
- Tenha conhecimentos sobre o processo, as estratégias e os instrumentos a utilizar na supervisão clínica;
- Tenha a capacidade de seleccionar as melhores estratégias e adequá-las a cada situação em particular - adequar o estilo de supervisão;
- Domine a metodologia do projeto;
- Seja flexível, na gestão das situações, cumprindo os referenciais da profissão;
- Tenha interesse e consiga analisar questões de forma aprofundada e abrangente;
- Consiga fazer a leitura e interpretação dos fenómenos na sua complexidade;
- Tenha sensibilidade para se aperceber dos problemas e das suas causas;
- Tenha capacidade de analisar, dissecar e conceptualizar os problemas e hierarquizar as causas que lhe deram origem;
- Consiga situar e interpretar a ação no universo simbólico do supervisionado;
- Ajude a interpretar os fenómenos à luz dos instrumentos reguladores da profissão;
- Oriente o supervisionado na adequação do seu projeto aos referenciais da profissão e ao desenvolvimento do programa formativo;
- Envolver e comprometa o supervisionado no seu processo de aprendizagem e mudança;

Integração de Novos Enfermeiros num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

- Promova uma mudança positiva, monitorizando, recomendando, desafiando, pesquisando e desenvolvendo o espírito crítico do supervisionado;
- Acompanhe e problematize a prática profissional do supervisionado à luz dos referenciais da profissão;
- Valorize o trabalho do supervisionado;
- Dê ao supervisionado feedback contínuo e periódico do seu progresso;
- Garanta a autonomização gradual e segura do supervisionado assistindo-o nesse processo;
- Tenha competências de comunicação e de relação interpessoal, saiba: prestar atenção; escutar; compreender; comunicar verbal e não-verbalmente; parafrasear; interpretar; cooperar; questionar; manifestar uma atitude de resposta adequada;
- Promova o espírito de colaboração num ambiente afetivo-relacional favorável entre supervisor e supervisionado;
- Estabeleça uma comunicação eficaz a fim de perceber as opiniões e os sentimentos do supervisionado e exprimir as suas próprias opiniões e sentimentos;
- Consiga dar suporte e promover segurança, confiança, motivação e bem-estar no supervisionado;
- Facilite a socialização do supervisionado ao seu novo papel profissional (enfermeiro/enfermeiro especialista) e à equipe multiprofissional do contexto de cuidados;
- Tenha consciência de que, no processo de Supervisão Clínica, também ele se encontra em aprendizagem e desenvolvimento profissional e no papel de supervisor;
- Reconheça a cada momento o seu potencial e os seus limites enquanto enfermeiro e enquanto supervisor clínico e tenha a capacidade de investir, superar-se e pedir ajuda.

É possível, de entre os atributos considerados, identificarmos aqueles que decorrem do próprio domínio do “ser enfermeiro” ou seja, que se enquadram no domínio de competência do enfermeiro de cuidados gerais e aqueles que poderemos enquadrar num domínio específico da supervisão clínica. O supervisor clínico em enfermagem

acresce assim ao seu património de competências profissionais de enfermeiro, competências específicas do domínio da supervisão.

Muitos profissionais assumem o papel de supervisor clínico sem estarem conscientes da responsabilidade que assumem e dos requisitos exigidos. Para Munson (2002), os profissionais que assumem o papel de supervisor clínico deveriam possuir ou estarem disponíveis para desenvolver certas características como sejam: gostar de ensinar os outros; ter paciência quando os outros não entenderem; saber fazer sugestões indiretas; saber planear efetivamente; ter uma atitude positiva quando esperam respostas a questões e explicarem as ações; saber discutir problemas organizacionais de modo construtivo; saber tolerar quando outros cometem erros; saber criticar e aceitar críticas; gostar de decidir e fazer; poder trabalhar em equipa e gerir efetivamente o processo.

É fundamental que o processo de supervisão se desenvolva no contexto de uma visibilidade crescente das instituições de saúde como “espaços de formação reflexivos” que se traduzem no reconhecimento de que os profissionais possuem a capacidade de pensarem as suas práticas e reconstruírem o conhecimento a partir do seu campo de ação (Alarcão & Tavares, 2007).

Em jeito de resumo, poderemos dizer que supervisor é alguém que está em contexto de ação profissional e ajuda o supervisionado a analisar a sua prática. A consecução deste papel requer o cumprimento de um perfil e o desejo de querer ser supervisor.

O enfermeiro da prática clínica, que assume ser supervisor, deve ser uma pessoa bem formada, manifestando atitudes adequadas para aqueles com quem contacta no processo ensino/aprendizagem (Carvalho, 2003).

De um modo geral, verifica-se que os autores citados consideram as competências interpessoais como fundamentais para o sucesso do processo supervisão.

Para o desempenho de um número tão variado de papéis, entende-se que o supervisor tenha de possuir um número alargado de características, que lhe permitam desempenhar eficaz e eficientemente o seu papel.

O supervisor clínico é, portanto, um personagem fulcral, um estratega, que de forma competente e orientada, ajuda o supervisionado a tornar-se um elemento dinâmico comprometido com o seu próprio processo de aprendizagem, ajudando-o a aprender a gerir as emoções, a saber utilizá-las, promovendo a justiça e a integridade em todo o processo.

1.4. VIVÊNCIAS NO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO

No nosso caso em particular, o ambiente de cuidados intensivos, determinado pela complexa tecnologia, é facilmente marcado e dirigido para a monitorização e tratamento das alterações que ameaçam a vida. Por essa razão, a atenção foca-se, muitas vezes, na tecnologia e nos tratamentos necessários com o objetivo de manter a estabilidade fisiológica do doente, despistando precocemente mínimas alterações na sua condição, suscetíveis de causar um agravamento clínico. Sendo este o foco, não podemos descurar os aspetos de ordem pessoal e emocional que estão presentes em todos os profissionais que aqui trabalham e que determinam um bom ou mau desempenho de acordo com o modo como são geridos.

Um enfermeiro recém-chegado a um serviço, por mais competente que seja, necessita de uma formação inicial que o integre e o ajude a estabelecer uma relação adequada com os restantes profissionais; necessita, ainda, de uma clarificação das responsabilidades do posto de trabalho e a formação prática nas habilidades necessárias.

Foram já apontadas as vantagens de uma boa integração para a instituição. Trata-se agora de analisar as vantagens para os enfermeiros recém-chegados. Kurcgant (1991) refere como vantagens de uma boa integração para o enfermeiro: a diminuição do *stress*, frustração e conflito; o aumento da autoconfiança, do autodesenvolvimento, da satisfação no trabalho executado e das necessidades pessoais.

O processo inicial de integração e a adaptação a um novo serviço ou o início da atividade profissional estão frequentemente associados a experiências de *stress* e insegurança, relacionados com as novas atividades que precisam de ser desenvolvidas, conhecimentos que ainda precisam de ser aprofundados, o trabalhar com pessoas desconhecidas que, por vezes, adotam posturas intimidantes de avaliação, procurando mesmo falhas no planeamento e execução das atividades do elemento recém-admitido (Silva, 2010).

Também Bastos (2001) sugere que durante o processo de integração surgem sentimentos de insegurança, ansiedade, angústia, incompetência e medo, relacionados com a falta de experiência profissional e lacunas durante a sua formação profissional.

Os medos surgem pelas condições de insegurança geradas pela novidade, pela incerteza e pelo tempo insuficiente para pensar a experiência. O medo de errar trabalha a consciência sócio moral do profissional recém-admitido, e se, por um lado, é uma

situação geradora de *stress*, por outro, é uma transação estimulante da consciência ética de não fazer mal (Fernandes, 2004).

O sentimento de insegurança é comum aos profissionais que se encontram em processo de integração, tal como relatado no estudo de Silvestre (2012).

A ansiedade caracteriza-se como um estado de tensão para agir. Há uma relação intrínseca entre ansiedade e os medos: o medo de agir, o medo de desconhecer a forma de realizar a atividade (Fernandes, 2004). O mesmo autor refere que a ansiedade aumenta quando alguém está a observar a execução das atividades; quando se desconhecem as rotinas e protocolos no decorrer da integração e se está incerto relativamente à correção da forma de fazer desta ou daquela atividade.

De facto, o processo de integração é um período de adaptação a um novo serviço ou mesmo o início da atividade profissional ao qual está associado um conjunto de vivências, entre as quais, medo, desorientação, insegurança, ansiedade e *stress*, relacionados sobretudo, com as exigências da profissão e as competências que o indivíduo possui para fazer face às mesmas.

Para que as vivências dos enfermeiros possam resultar em crescimento pessoal e profissional os sentimentos negativos necessitam de ser ultrapassados, através da implementação de estratégias facilitadoras do processo de integração.

1.5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM

A enfermagem relaciona competência, exercício profissional e contexto. A inovação tecnológica e as alterações na organização do trabalho fazem emergir as novas linhas de pensamento. Os enfermeiros são atores do processo de mudança e os contextos de trabalho são um imperativo ao desenvolvimento de competências.

Competência refere-se à capacidade de um indivíduo demonstrar habilidade, de compreender e fazer determinadas tarefas de forma adequada, eficaz e coerente com as expectativas de uma pessoa qualificada pela educação e formação numa profissão ou especialidade. Segundo Alarcão (2001, p.54) “a competência é concebida como sendo um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, intenções, motivos e atitudes que se revela no correto desempenho em situação real”. Ou seja, “a competência não se vê; presume-se.”

Podemos considerar que o contexto é determinante no desenvolvimento de competências, sendo a cultura do serviço, nas diferentes dimensões, um fator bastante importante.

Vamos abordar questões relativas ao desenvolvimento profissional em enfermagem e a aquisição de competências de acordo com Benner, tendo por base o modelo de aquisição de perícia de Dreyfus.

1.5.1. Desenvolvimento profissional em enfermagem

A excelência na enfermagem passa por promover e estimular a qualidade e o desenvolvimento das práticas dos enfermeiros, alicerçado numa atitude crítica e reflexiva por parte dos mesmos. Aos novos profissionais já não é só exigido o tradicional conjunto de saberes e de competências a nível das habilidades, destreza, segurança, atitudes ou conhecimentos. Exige-se a capacidade de contribuir para o desenvolvimento da profissão e de trabalhar os fundamentos da mesma, tornando-os mais sólidos e consistentes. Além disso, requer a disponibilidade para a aprendizagem ao longo da vida, a motivação para a autoavaliação e a formulação de contributos para a ciência de enfermagem (Serrano, 2008).

Ao longo do tempo e da evolução da Enfermagem enquanto profissão, a autonomia profissional tem, de acordo com a mesma autora, sido um tema de extrema importância no que diz respeito, à compreensão da profissão, à definição dos seus desafios e objetivos, ao modo como os profissionais de enfermagem se relacionam e se apresentam às equipas multidisciplinares e à sociedade em geral.

Para Nunes (2003), o grande marco que conduz a passagem da enfermagem em Portugal à profissão foi a criação do curso de enfermagem. A mesma autora considera como consagração máxima de autonomia na profissão, a última década do século XX, pela publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e pelos estatutos da OE, incluindo o Código Deontológico do Enfermeiro.

A regulamentação do exercício profissional da enfermagem, correspondeu também aos princípios decorrentes da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto) e, designadamente, aos consignados na alínea c) da base XIV, no n.º 1 da base XV e no n.º 2 da base XL da mesma lei (Decreto Lei nº 161/96 de 4 de setembro, pontos 2,3 e 4 do preâmbulo).

Em 21 de abril foi publicado em Diário da República, o Decreto-Lei nº 104/98, documento que permitiu a criação da Ordem dos Enfermeiros, responsável pela regulamentação e disciplina da prática dos enfermeiros. Esse decreto contemplou, em anexo, o Estatuto da OE, documento que integra o Código Deontológico do Enfermeiro. A regulação profissional, pelos poderes que, através da Ordem, foram devolvidos à profissão,

constituiu-se como pilar do desenvolvimento da enfermagem e instrumento de promoção da qualidade dos cuidados.

O primeiro documento visa regulamentar a profissão, “clarificando conceitos, intervenções e funções, bem como regras básicas relacionadas com os direitos e deveres dos enfermeiros” (Ribeiro, 2009, p. 34). O REPE apresenta as intervenções autónomas de enfermagem, realizadas sob única e livre responsabilidade do enfermeiro, que decorrem da elaboração de diagnósticos de enfermagem, bem como as intervenções interdependentes, “desenvolvidas em colaboração com outros profissionais de saúde, no sentido de prescrição, planos de ação conjunta ou protocolos” (Ribeiro, 2009, p. 34).

O Código Deontológico do Enfermeiro é um enunciado dos deveres profissionais, constituindo-se também como uma marca da autonomia da profissão, pois foram “os enfermeiros que decidiram acerca deles. (...) A autonomia da profissão está consagrada em instrumentos com forma jurídica e não existe maior autonomia do que (...) a capacidade de determinar-se por leis próprias” (Ribeiro, 2009, pp. 34-35).

Através da OE, o Estado confere aos enfermeiros os poderes, que antes detinha, de regulamentação e controlo do exercício profissional, aspetos éticos, deontológicos e disciplinares. Segundo as competências que detém em matéria de política de saúde, formação e controlo do exercício e da qualidade dos cuidados de enfermagem, a OE é uma associação fundamental, imprescindível e incontornável para o desenvolvimento da enfermagem.

Para D’Espiney (2003, p.182), “A prática profissional dos enfermeiros é indissociável da forma como está organizado o seu trabalho”. É neste esquema funcional, que se podem verificar algumas das dificuldades que os enfermeiros têm em aplicar, no quotidiano, os conhecimentos adquiridos ao longo da sua formação, levando por vezes à frustração e baixa qualidade de cuidados prestados.

Parece-nos hoje consensual afirmar-se que o papel dos enfermeiros tem uma importância decisiva nos processos de transformação das organizações de saúde e de desenvolvimento do sistema de prestação de cuidados à população. Neste sentido, tem toda a pertinência problematizar e equacionar os seus processos de transformação da socialização profissional, nos diversos contextos em que estes decorrem; mesmo os processos de integração profissional, enquanto espaços de desenvolvimento profissional rumo ao desenvolvimento de competências.

1.5.2. Aquisição de competências de acordo com Benner tendo por base o modelo de aquisição de perícia de Dreyfus

Face à nossa condição de enfermeiros que cuidam de crianças e jovens, à problemática em estudo e ao projeto de intervenção no serviço que pretendemos construir, o modelo de Benner enquadra-se harmoniosamente neste estudo.

Benner (2001), através do seu trabalho “De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática de Enfermagem”, estudou a aprendizagem experiencial na prática de enfermagem, examinou a aquisição de competências baseada na aprendizagem clínica e o conhecimento articulado que está inerente à prática de enfermagem. Esta autora enfatiza a experiência profissional e considera que o conhecimento prático é adquirido com o tempo e com a aprendizagem experiencial.

Benner (2001) desenvolveu um modelo de aquisição de competências tendo por base o Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus, identificando cinco níveis de competências na prática clínica de enfermagem; iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

Tendo em conta o que é referido por Benner (2001), a aquisição de competências faz-se seguindo uma lógica, que a autora organizou por estádios.

Estádio 1, o iniciado não tem nenhuma experiência das situações com que é confrontado na prática. Os conhecimentos, os princípios e as normas de atuação resultam do seu percurso enquanto estudante. Tem dificuldade em se integrar, cumpre normas e centra-se nas regras, não conseguindo estabelecer prioridades. Age independentemente do contexto;

Estádio 2, o iniciado avançado possui um comportamento considerado aceitável uma vez que já foi confrontado com situações reais, das quais identifica fatores significativos das experiências pela repetição, embora faça uma leitura parcial do meio onde escapam pormenores. Tem dificuldade em dar prioridades.

Estádio 3, o enfermeiro competente trabalha no mesmo serviço há dois ou três anos. As suas intervenções são desenvolvidas de acordo com os objetivos que pretende atingir a médio e longo prazo. Planeia as intervenções fazendo uma análise consciente das situações com que se depara, determinando algumas prioridades. No entanto, ainda não desenvolveu a flexibilidade e a velocidade de decisão e ação que certas situações exigem.

Estádio 4, o proficiente percebe as situações na sua globalidade e não de forma fragmentada, as suas ações são guiadas por máximas. O enfermeiro proficiente pela sua experiência tem capacidade de reconhecer as situações no seu todo, ou seja, quais os acontecimentos típicos a acontecer numa determinada situação. Esta compreensão melhora o seu processo de decisão. No entanto, perante uma situação mais complexa ou nova este não está apto para descrever ou explicar aspetos mais complexos.

Estádio 5, o perito tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação no seu todo, de forma global. Não se rege por protocolos, regras, máximas ou diretrizes. Focaliza-se no aspeto predominante do problema em detrimento de aspetos menos relevantes. É um profissional flexível e com um nível elevado de adaptabilidade, agindo rapidamente e em conformidade com a situação/ação. Reconhecer o enfermeiro perito não é difícil pela sua postura ou forma de gerir situações complexas de maneira notável. O reconhecimento é visível pelos outros profissionais e pelos doentes.

De acordo com Benner (2001), o enfermeiro especialista deve possuir conhecimentos técnicos, ser capaz de tomar decisões, comunicar eficazmente, ser flexível, responsável e criativo, ter espírito crítico e de iniciativa e ter uma conduta ética e deontológica. Este percurso é construído ao longo da sua vida profissional.

Ainda segundo esta autora, no processo de aquisição de competências é necessário refletir nas aprendizagens que a prática (*know-how*) nos oferece, coligando os saberes da prática à teoria (conhecimento cognitivo) sem descuidar o comportamento ético.

Com base no exposto, conclui-se que o conhecimento, a prática e o saber fazer, a autonomia profissional e as demais competências do enfermeiro vão se construindo ao longo do tempo e da experiência profissional, sendo que a fase de integração parece ser de grande relevância.

2. METODOLOGIA

O projeto de intervenção no serviço decorreu segundo a metodologia de projeto. Esta metodologia de investigação procurou identificar no serviço de cuidados intensivos pediátricos, um problema ou oportunidade, no âmbito da enfermagem de saúde infantil e pediatria, sendo este o ponto de partida para o planeamento e execução do referido projeto.

Existe consonância entre os autores sobre o objetivo de utilização desta metodologia.

Para Ruivo et al. (2010) a metodologia de projeto tem como objetivo primordial a resolução de problemas e está orientada para a prática. É um conjunto de procedimentos e de técnicas utilizados para compreender aspetos da realidade social, com a capacidade de prever e orientar o percurso a percorrer para a concretização do projeto. Por sua vez o projeto é considerado um plano de trabalho para resolver um problema onde os seus intervenientes estejam implicados. A metodologia de projeto é mais do que a investigação sobre uma determinada problemática, é também uma tentativa de intervenção sobre esse mesmo problema aproximando-se da investigação-ação (Ruivo et al., 2010).

Tal como a investigação-ação, a metodologia de projeto age sobre um determinado problema com a finalidade de melhorar o desempenho. Há o estudo do contexto onde se desenvolve a prática, com a finalidade de identificar os problemas ou áreas que necessitam de intervenção. Segue-se uma fase de procura de possíveis soluções a desenvolver no contexto do problema e finalmente a sua implementação na prática. O objetivo é conseguir soluções relevantes e aplicáveis em contextos específicos da prática profissional (Streubert & Carpenter, 2002).

De acordo com Ruivo et al. (2010), a metodologia de projeto baseia-se na investigação centrada num problema real identificado e na resolução desse mesmo problema através da implementação de estratégias e intervenções eficazes.

A utilização desta metodologia de trabalho, pela sua aproximação à realidade, permite a quem investiga compreender de forma mais profunda o contexto onde se insere, traduzindo-se por uma planificação e implementação mais direcionada para a realidade, produzindo conhecimento para as pessoas e com as pessoas implicadas com a prática. Esta metodologia enquanto forma de resolução de problemas, deve implicar a

população alvo da intervenção, que pode ser conseguida através da auscultação das pessoas nas diferentes etapas. Esta aproximação à população determina a direção das ações a serem desenvolvidas. Há espaço para a mudança e para a adaptação aos diferentes contextos da realidade, tornando um processo dinâmico, que se adapta às necessidades ao longo do processo (Ruivo et al., 2010).

A metodologia de projeto e de acordo com os mesmos autores é:

- Intencional, porque desenvolve atividades para alcançar um produto final em função de objetivos pré-estabelecidos;
- Pressupõe iniciativa e autonomia, demonstrada pela capacidade de elaborar e pôr em marcha um projeto e pela necessidade de tomar decisões;
- Autêntico, porque tem origem num problema concreto;
- Complexo e incerto, pelo qual necessita de planeamento;
- Faseado e prolongado, pois decorre ao longo de um tempo determinado percorrendo diversas fases.

Terminamos esta breve abordagem à metodologia de projeto considerando os ensinamentos de Isabel Guerra, (citada por Ruivo et al., 2010, p.3), que diz “A Metodologia de Projeto é um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real”, capaz de prever a mudança e orientada para a resolução de problemas. Prosseguimos com a identificação do problema.

2.1. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

A definição do problema marca o início de uma investigação.

Almeida e Freire (2007, citados por Cordeiro, 2013) referem que o

problema se caracteriza por identificar e descrever, apreciar a pertinência e precisar o objetivo. O problema deve ser concreto e real, estar formulado de forma clara e perceptível, reunir condições para o estudo e ser tanto operacionalizável, como relevante para a teoria e/ou prática. (p. 39)

O projeto deverá ser sustentável e proporcionar benefícios a longo prazo, perdurando após o seu fim. Essa condição apenas será alcançável se as necessidades da população forem satisfeitas, com a resolução dos problemas ou a sua minimização, sendo que esta premissa apenas será cumprida quando o projeto assenta numa boa

colheita de informação, sendo para tal fundamental a utilização de instrumentos devidamente adaptados à situação (Ruivo et al., 2010).

No contexto estudado, identificou-se como problema, a inexistência de um programa de integração de novos enfermeiros num serviço de cuidados intensivos pediátricos.

O Procedimento Específico (PE) 73.00 atualmente em vigor (Anexo II) sobre a integração de profissionais, dirige o seu conteúdo tanto a enfermeiros, como a médicos, no entanto, ao analisarmos o corpo do documento verifica-se que as orientações do procedimento se dirigem sobretudo aos médicos. Este documento revela-se também pouco esclarecedor no que diz respeito às funções do enfermeiro em cada uma das diferentes vertentes da enfermagem de saúde infantil e pediatria.

Na sequência deste problema, pretendemos elaborar o referido programa de integração na expectativa de criar um documento que seja uma ferramenta facilitadora quer para os enfermeiros supervisores clínicos da integração quer para os enfermeiros a integrar.

O problema identificado pode ter implicações a diversos níveis, para a própria instituição, para o novo elemento do serviço e para a criança/jovem e pais. Para a própria instituição, pelo eventual comprometimento da qualidade assistencial. Para o novo elemento porque é importante ter satisfeitas todas as suas necessidades de aprendizagem, adquirindo competências para lidar com a especificidade e complexidade do serviço e a não satisfação destas necessidades pode conduzir à sua frustração e consequente não adaptação. Por fim, para a criança/jovem e pais porque é importante ser cuidado por enfermeiros qualificados e com os conhecimentos teórico-práticos indispensáveis às exigências de uma situação crítica necessitando de cuidados intensivos pediátricos.

Pretendemos também, com este documento, dar contributos para a cultura de segurança do doente. Este é um passo vital para o sucesso e adesão dos profissionais, nomeadamente os enfermeiros recém-chegados, sendo essencial que as unidades de saúde procedam à avaliação da cultura de segurança dos profissionais, celebrem os sucessos na melhoria da segurança do doente e promovam uma postura de abertura e honestidade quando algo não corre bem.

A identificação do problema resultou da observação direta enquanto enfermeira que integra novos colegas no serviço e através de conversa informal com a senhora enfermeira chefe e com alguns elementos de referência do serviço, destes destacam-se os enfermeiros que integram novos elementos no serviço. Todos sustentaram a problemática como real e o projeto como necessário.

2.2. JUSTIFICAÇÃO

A pertinência deste estudo reside no pressuposto de que, tal como é referido na literatura, a integração de novos profissionais de enfermagem pode representar um papel importante no desenvolvimento profissional de habilidades e competências, no crescimento e autonomia.

Neste contexto, a escolha do tema sobre o qual nos propusemos realizar este relatório de trabalho projeto prende-se com alguma motivação de índole pessoal, que está intimamente relacionada com todo um percurso profissional que nos presenteou com a possibilidade de sermos elementos que integram novos colegas no serviço, o que nos tem proporcionado vivências ímpares. Por outro lado, após conversa informal com a enfermeira chefe, constatamos que no contexto do processo de acreditação do serviço este é um aspeto de grande importância e que falta pôr em prática, assim, uma vez realizado daríamos cumprimento a um dos requisitos exigidos pelo processo de acreditação.

Deste modo, a criação de um programa de integração para novos enfermeiros em cuidados intensivos pediátricos, inovador no serviço, possibilitará uma clarificação da intervenção de todos os intervenientes no processo, de forma a facilitar a integração destes enfermeiros, a melhorar as suas práticas e a uniformizar procedimentos de atuação, funcionando como elemento estruturante e orientador do período em causa, tendo em vista a excelência do cuidar e a segurança do doente.

Assim, tendo em conta o que foi dito anteriormente, aspiramos contribuir para a qualidade pretendida na gestão dos cuidados e nos indicadores de qualidade relativos à prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e pais.

O envolvimento da enfermeira chefe foi decisivo em todo o processo de decisão e construção do projeto de intervenção no serviço pelo seu apoio, incentivo e contributos que amavelmente se dispôs a proporcionar.

2.3. OBJETIVOS

Após ter sido delimitada a área de estudo e efetuada a identificação do problema, foi chegada a altura de compreender onde queremos chegar com a enunciação dos objetivos para o estudo.

Os objetivos indicam quais os resultados que se pretendem atingir podem também ser apresentados como “representações antecipadoras centradas na ação a realizar” (Barbier, 1996 citado por Ruivo et al., 2010, p.18). Para planificar é necessário ter uma

imagem clara dos objetivos, pois de outra forma teríamos uma planificação cega, sem um sentido orientador (Ruivo et al., 2010).

Os objetivos são expressos a dois níveis, no geral, onde é indicado o trabalho que deve estar realizado no final e os específicos, que expressam as tarefas parcelares a serem alcançadas ao longo do projeto. (Mão de Ferro, 1999 citado por Ruivo et al., 2010).

Dentro deste contexto foi definido como objetivo geral: construir e planear a implementação e avaliação de um programa de integração de novos enfermeiros no serviço de cuidados intensivos pediátricos.

A fim de que esse programa tivesse em conta a experiência dos enfermeiros supervisores clínicos da integração, bem como a dos enfermeiros que foram recentemente integrados, foi realizado um percurso investigativo cujos objetivos específicos foram: Identificar as perspetivas dos enfermeiros que realizam a supervisão da integração no serviço de cuidados intensivos pediátricos, sobre o processo de integração, resultados esperados, dificuldades e sugestões de melhoria e Identificar as perspetivas dos enfermeiros recém-admitidos no serviço de cuidados intensivos pediátricos sobre o processo de integração, resultados esperados, dificuldades e sugestões de melhoria.

2.4. ETAPAS DO PROJETO

Neste trabalho de projeto, após a identificação do problema, e definição dos objetivos, procedeu-se à realização de pesquisa bibliográfica relacionada com a problemática da integração e com os diferentes conceitos a esta associados. Só com o devido aporte teórico é possível contribuir para a melhoria do processo de integração dos enfermeiros no serviço. Seguiu-se a elaboração de uma fundamentação teórica baseada na pesquisa realizada, com vista à aquisição de conhecimentos relacionados com a problemática do processo de integração de enfermeiros.

A metodologia de projeto pressupõe as seguintes fases: diagnóstico da situação, planeamento, execução, avaliação e a divulgação dos resultados (Ruivo et al., 2010), que passamos a descrever.

2.4.1. Diagnóstico da situação

O diagnóstico da situação serviu de base à elaboração do programa de integração e foi efetuado a partir de três fontes:

- A caracterização do serviço e instituição para melhor conhecermos o contexto onde decorre o estudo;

Integração de Novos Enfermeiros num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

- A análise reflexiva das práticas, à luz dos referenciais de competências dos enfermeiros definidas pela OE, o que permitiu perceber o que de facto se faz no serviço nas mais diferentes áreas, permitindo a adequação do programa de integração ao referido contexto;
- As entrevistas realizadas aos enfermeiros recentemente integrados e aos enfermeiros supervisores clínicos da integração no serviço, para obter as suas perspetivas, com vista quer à validação da pertinência do tema, quer à identificação das reais dificuldades/necessidades sentidas pelos mesmos. Por se tratar de um componente investigativo, com objetivos e métodos específicos, este processo será aqui detalhado.

2.4.1.1 Perspetivas dos enfermeiros

Para dar resposta aos objetivos atrás enunciados realizámos um estudo descritivo de abordagem qualitativa.

Participantes

Importa referir que, face aos objetivos do projeto, a seleção dos participantes conduziu-nos à tomada de algumas decisões. Tomamos como informantes na nossa pesquisa enfermeiros do serviço de cuidados intensivos pediátricos. A amostra do estudo é uma amostra não probabilística em que foram selecionados por conveniência aqueles que foram considerados privilegiados para a investigação. A mesma foi constituída por nove enfermeiros. Cinco enfermeiros supervisores clínicos da integração – apesar de, atualmente, serem sete os enfermeiros que desempenham esse papel, um elemento não se mostrou disponível e o outro é a autora deste trabalho - e quatro enfermeiros recentemente integrados, todos os enfermeiros que entraram nos últimos cinco anos.

Procedimento de recolha da informação

Os enfermeiros foram contactados de forma informal. Foi explicada a finalidade e os objetivos do projeto e o modo como iria decorrer a entrevista, foram ainda questionados sobre a sua disponibilidade em participar e foi obtido o consentimento.

Assim, optámos pela entrevista como instrumento de colheita de dados.

A entrevista surge definida como um método de recolha de informação através de conversas orais com o fim de obter informações sobre factos ou representações, cujo interesse é analisado na perspetiva do objetivo da recolha de dados (Ketele & Roegiers, 1999).

Por sua vez, Ketele e Roegiers (1999) apresentam-nos a ideia de entrevista semiestruturada, como aquela onde o entrevistador tem previstas algumas questões para lançar como ponto de referência. Apresenta duas grandes vantagens: reflete melhor as representações sobre um fenómeno, pois permitem liberdade de expressão ao entrevistado e permite poupar tempo, face a uma técnica não estruturada, pois permite colocar o foco nos assuntos pertinentes.

As entrevistas enquadraram-se numa perspetiva exploratória do problema, onde através da análise do conteúdo das respostas às entrevistas, procuramos ultrapassar a incerteza, confirmar a validade da informação contida e perceber se esta era generalizável. Por outro lado, procuramos enriquecer a leitura com a descoberta de conteúdos pertinentes na mensagem, que uma leitura mais imediata possa ter deixado passar em claro (Bardin, 1995).

Procurámos realizar entrevistas semiestruturadas no sentido de perceber as perspetivas dos enfermeiros e ser fiel ao que foi definido nos objetivos. Tendo em conta o contexto teórico e também a experiência profissional do investigador, construiu-se um conjunto de questões orientadoras para a entrevista (Apêndice I).

Foram elaborados dois guiões diferentes, um para cada grupo.

Assim, os guiões para as entrevistas foram elaborados no sentido de obter informação sobre:

- A forma de organização atual do processo de integração;
- Os objetivos que os intervenientes no processo consideram importante atingir no período de integração;
- O que se espera conseguir no final do período de integração;
- O tempo que consideram que deve durar o período de integração;
- Quais os materiais de apoio que existem e quais os que utilizam;
- A existência de aspetos que podem ser melhorados no processo de integração;
- As dificuldades mais comuns durante os períodos de integração.

As entrevistas tiveram lugar numa sala reservada. A escolha deste local teve por objetivo proporcionar condições físicas e relacionais adequadas à realização eficaz da entrevista. Esta sala proporciona um ambiente calmo e reservado por ser um local fora do serviço, livre de interrupções, de ruídos, de passagem de estranhos ou presenças inoportunas que perturbem a concentração dos interlocutores.

Na preparação das entrevistas procurou-se dispor o equipamento de forma a facilitar a comunicação, tendo o cuidado de nos apresentarmos adequadamente cumprindo as regras sociais de cortesia, vestir roupa adequada e discreta e apresentando uma postura cordial, de modo a facilitar a interação com o entrevistado. O investigador procurou demonstrar ao longo da entrevista respeito pelo entrevistado, comparecendo à hora marcada e agradecendo ao entrevistado a concessão da entrevista.

As entrevistas decorreram no período compreendido entre maio e junho de 2019 (após autorização verbal da enfermeira chefe e diretora do serviço e formalmente a 19 de março de 2019). A duração média de cada entrevista foi de trinta minutos e foram realizadas pelo investigador face a face.

As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas *verbatim* após os consentimentos pedidos e assumidos como necessários.

Análise dos dados

Para analisar os dados recolhidos numa entrevista é essencial o recurso a análise de conteúdo. Trata-se de medir a frequência, a ordem ou a intensidade de certas palavras, de certas frases ou expressões ou de certos factos e acontecimentos (Fortin, 2009).

A análise de conteúdo desenvolve-se em três momentos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados, através da inferência e da interpretação (Bardin, 2014).

A pré-análise consiste na fase de organização propriamente dita, correspondendo a um período de intuições, tendo como objetivo sistematizar as ideias iniciais, com o intuito de construir um plano de análise.

A fase de exploração consiste num conjunto de procedimentos que podem ser desenvolvidos manualmente ou através de recurso a aplicativos informáticos. É uma fase longa e fastidiosa e traduz-se fundamentalmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente constituídas. (Bardin, 2014).

Na fase de tratamento dos resultados, estes são tratados de maneira a serem significativos e válidos.

Sendo os dados provenientes de uma entrevista semiestruturada, estes foram sujeitos a análise de conteúdo com o objetivo de identificar as unidades de registo.

A análise de dados iniciou-se pela transcrição das entrevistas, o que nos permitiu reunir uma grande quantidade de dados. No seguimento das orientações de Queiroz (2001),

tratando-se de uma análise de dados qualitativa, não se apresentaram apenas citações de entrevistas, utilizou-se antes um método sistemático de análise de dados, sempre com o sentido de identificar exemplos de casos que parecessem contradizer ou desafiar as teorias que iam surgindo maioritariamente.

Todas as citações e exemplos foram indexados para que possam ser atribuíveis a um dado sujeito e contexto.

Começamos por fazer uma exaustiva leitura das entrevistas para chegar a uma espécie de impregnação. Seguiu-se uma divisão do texto em segmentos de informação, organizando-se os discursos num quadro das principais categorias.

Os dados obtidos são analisados numa perspetiva global, recorrendo às citações dos entrevistados, a fim de reforçar o processo de interpretação das respostas (Queiroz, 2001).

A técnica de análise de conteúdo permitiu organizar as ideias e comunicações em categorias de significação, visando obter um conteúdo objetivo, sistemático e que permite a inferência dessas mesmas comunicações (Carvalho, 1994).

A técnica de análise seguiu um raciocínio lógico, utilizando na primeira fase a análise dedutiva. O raciocínio dedutivo é o processo de desenvolvimento de previsões específicas a partir de princípios gerais (Polit, Beck e Hungler, 2004), que se traduziu na organização e categorização dos dados. A partir da categorização fizemos uma análise indutiva. O raciocínio indutivo é um processo de desenvolvimento de conclusões e extrapolações a partir de observações específicas (Polit, Beck e Hungler, 2004), o que se verificou na análise das experiências dos enfermeiros em relação a cada um dos temas predefinidos na primeira fase da análise. Os dois sistemas de raciocínio foram úteis como meio de compreensão dos fenómenos e ambos têm uma participação na análise de conteúdo.

Bardin (2014, p. 42) define análise de conteúdo como sendo “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 dessas mensagens)”.

A construção das categorias e a sua codificação, entrevista a entrevista, permite a transformação dos dados iniciais em subconjuntos manejáveis tendo a fundamentação teórica, os objetivos do estudo e a natureza da informação como linha orientadora. (Goetz & Lecompte citados por Carvalho, 1994),

Bardin (2014) refere que tratar o material é codificá-lo. A codificação corresponde a uma transformação dos dados brutos do texto permitindo atingir uma representação do conteúdo, para esclarecer o investigador acerca das características do texto.

À análise dos dados seguiu-se a discussão dos resultados obtidos onde se procurou estabelecer um paralelismo entre os achados e o que nos dizem os autores referenciados na fundamentação teórica.

2.4.2 Planeamento

Esta etapa engloba a construção do programa e a sua validação.

Para a conceção do programa de integração tivemos em conta:

- As características do contexto, nomeadamente as situações clínicas mais frequentes do serviço e os diagnósticos de enfermagem mais comuns;
- A análise reflexiva das práticas no serviço em questão, efetuada com base na nossa experiência como enfermeira especialista em saúde infantil e pediatria e enfermeira que integra novos elementos;
- As entrevistas aos enfermeiros recentemente integrados e aos enfermeiros supervisores clínicos da integração;
- O que dizem os estudos sobre esta temática.

No que diz respeito à validação do programa, esta foi efetuada mostrando o programa de integração aos enfermeiros que participaram no estudo para perceber se ia ou não ao encontro das suas expectativas e necessidades, tivemos também em conta a opinião da enfermeira chefe. Foi selecionado um enfermeiro de cada grupo que participou no estudo, neste caso, por uma questão de acessibilidade, foram enfermeiros que se encontravam no momento a trabalhar no mesmo turno da investigadora.

A opinião destes enfermeiros assentou essencialmente em quatro aspetos:

- O facto de se ter conhecido as perspetivas dos enfermeiros envolvidos no processo foi um grande contributo para a realização deste documento;
- A implementação deste programa de integração de novos enfermeiros poderá sistematizar e uniformizar a forma como se realiza a integração de novos enfermeiros neste serviço;
- É um documento facilitador para os enfermeiros que integram outros enfermeiros e para os enfermeiros que são integrados;
- Contém informações importantes e necessárias que facilitam a integração.

2.4.3 Execução

Esta fase consiste na implementação do programa construído na fase de planeamento. Esta vai depender da aprovação do mesmo por parte da senhora enfermeira chefe e da senhora diretora do serviço e, como não podia deixar de ser, da entrada de novos enfermeiros no serviço. Assim, neste relatório será apresentado apenas o plano de implementação.

2.4.4 Avaliação

A avaliação é o momento de questionar o trabalho desenvolvido (Ruivo et al., 2010).

Não é possível incluir neste trabalho a avaliação do programa de integração que resultou deste estudo, uma vez que não será possível implementá-lo no tempo previsto para a conclusão deste trabalho académico. No entanto, serão delineados os indicadores em que poderá assentar a referida avaliação.

2.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

As considerações éticas são outro aspeto a ter em conta aquando da elaboração de uma investigação. O projeto a ser desenvolvido não interfere diretamente com os utentes da instituição nem com a consulta de processos clínicos.

Relativamente aos procedimentos na colheita de dados tivemos em conta essencialmente três aspetos, em primeiro lugar a autorização formal da instituição, depois a autorização da Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e por fim o consentimento informado dos participantes.

Realizámos um pedido de autorização formal à instituição. Foi dirigida uma carta, à Sra. Enfermeira Chefe, Sra. Enfermeira Supervisora e Sra. Diretora do serviço onde explicitámos os objetivos do projeto e um breve resumo da metodologia escolhida. Estes pedidos de autorização foram assinados no dia 19 de março de 2019.

A 21 de março de 2019 foi formalizado pedido de autorização para realização do estudo à Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. A 23 de abril de 2019 foi emitido parecer favorável pela Comissão de Ética.

Estando em causa entrevistas a enfermeiros do serviço de cuidados intensivos os princípios éticos têm que ser garantidos. Diz-nos Grande (2000 citado por Martins, 2008), que independentemente de qual for a natureza do projeto de investigação, os

princípios éticos da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça, deverão ser tidos em conta. Assim, foi garantida a confidencialidade e o anonimato a todos os participantes nas entrevistas, assegurando o princípio da não maleficência, garantindo que os participantes não podem ser prejudicados pela sua participação (Martins, 2008).

Para cumprimento dos procedimentos formais e éticos foi entregue a todos os participantes o consentimento informado (Apêndice II), em documento escrito, em duplicado, um para o participante e outro para o investigador, devidamente assinado por ambos, onde explicámos oralmente a todos os elementos que participaram no estudo o projeto que se encontrava em estudo e o instrumento de observação a utilizar, procedemos à leitura do guião, tendo solicitado o seu consentimento e participação, sendo que todos os elementos consentiram e participaram livremente no mesmo. Houve também espaço para esclarecimento de dúvidas. Foi pedida autorização para a utilização de gravador.

Com o objetivo de garantir o anonimato e a confidencialidade dos entrevistados e dos dados obtidos, a identidade dos sujeitos foi sempre salvaguardada, utilizando códigos de identificação.

Segundo Fortin (2009), a investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdade das pessoas. Neste sentido, procurou-se manter a privacidade dos entrevistados, realizando as entrevistas numa sala, sem interrupções de outras pessoas, assim como, estabelecer aproximadamente o tempo de duração da entrevista.

Nas entrevistas procuramos validar a informação com os entrevistados. Sempre que surgiram alterações, embora mínimas, estas foram incluídas na análise de forma a ir ao encontro do rigor e respeito pelos dados obtidos.

3. INTERVENÇÃO

A intervenção, no âmbito deste projeto, teve início com o diagnóstico da situação, onde foi feita uma caracterização do serviço e instituição, uma análise reflexiva das práticas à luz das competências dos enfermeiros, a identificação das perspetivas dos enfermeiros recentemente integrados e dos enfermeiros supervisores clínicos da integração, seguindo-se a síntese e discussão das mesmas.

Ao diagnóstico da situação seguiu-se a elaboração do programa de integração, que apresentamos, seguido da execução e da avaliação do programa. Estas duas últimas etapas não são concretizáveis no horizonte temporal deste projeto, pelo que apenas fazemos referência ao seu planeamento, prevendo a forma como deverão decorrer.

Há uma passagem da idealização mental do trabalho para a sua construção real. Podemos, assim, inferir que um programa de integração organizado e bem orientado ajuda o enfermeiro em todo o processo, contribui para o seu melhor desempenho e para a aquisição de novos conhecimentos, assumindo, desta forma, as responsabilidades inerentes às suas competências.

Apesar das dificuldades, esta metodologia foi aplicada e foi desenvolvido um projeto de intervenção no serviço que resultou na revisão do procedimento específico relativo ao processo de integração de profissionais PE 73.00 (Anexo II) e na elaboração do programa de integração, que se julga adequado à realidade do serviço. Importa referir que se trata de um programa de integração tipo, ou seja, o documento criado é um documento orientador, que, como referido, tem em consideração as necessidades do serviço, mas que está sujeito a alterações consoante as necessidades individuais de cada novo elemento.

3.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Partindo do pressuposto de que a metodologia de projeto se baseia na investigação centrada num problema real identificado e na resolução desse mesmo problema é fundamental conhecer a situação atual. Assim, procurámos, neste capítulo, fazer uma caracterização do serviço e da instituição, fazer uma caracterização dos participantes no estudo, conhecer e analisar as perspetivas dos enfermeiros recentemente integrados e dos enfermeiros supervisores clínicos da integração e proceder à discussão dos

resultados encontrados. Neste sentido realizámos um estudo descritivo de abordagem qualitativa.

3.1.1 Caracterização do serviço e instituição

A área de influência do Hospital abrange toda a Região Centro do país, constituindo ainda uma referência nacional para patologias específicas. É o primeiro hospital para oitenta mil crianças e o hospital de referência para trezentas mil. Em 2016, realizou cento e vinte e duas mil consultas médicas, sessenta e cinco mil atendimentos urgentes, três mil e novecentos internamentos e mais de novecentas cirurgias urgentes.

O hospital tem como objetivos assegurar cuidados hospitalares às crianças, privilegiando o ambulatório, minimizando a duração do internamento, assegurando cuidados integrais, de saúde e outros, como a escola ou o serviço social, a permanência das mães ou dos pais, a cooperação com outros hospitais, os cuidados de saúde primários e a gestão eficiente e o ensino.

O lema do hospital é “Infinita dedicação a cuidar das crianças e adolescentes”, serviu e continuará a servir para enquadrar uma prática clínica, de investigação e de ensino, que o colocou e o irá manter no nível de excelência.

Missão, visão e valores do serviço de cuidados intensivos pediátricos

O Serviço tem como missão prestar cuidados de saúde de elevada qualidade e diferenciação a todas as crianças que nele são admitidas.

É nossa intenção conduzir as atividades clínicas com base numa cultura de qualidade, segurança e humanização de cuidados, focados nas necessidades e expectativas das crianças e respetivas famílias, sendo este um pilar estruturante do funcionamento do serviço.

É nosso propósito garantir uma medicina de excelência, baseada no conhecimento científico, no respeito pelos valores humanos e pelo superior interesse da criança. A equipa de saúde é constituída por profissionais experientes e diferenciados com competência para rapidamente responder e tratar situações críticas.

Procuramos minimizar os inconvenientes resultantes do internamento e lutamos pela preservação da integridade física, emocional e afetiva das crianças e seus familiares.

Estamos sempre disponíveis para ouvir, esclarecer e partilhar informações. Agradecemos as sugestões que nos façam chegar, bem como a resposta aos questionários que são entregues, porque servirão para melhorar o nosso trabalho.

Criação do serviço de cuidados intensivos pediátricos

Os Cuidados Intensivos Pediátricos destinam-se a oferecer intervenção multidisciplinar e definitiva para um conjunto de problemas complexos, médicos, cirúrgicos ou traumatológicos que afetam as crianças desde o nascimento até ao final da adolescência. O Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos foi criado em 1980 como uma unidade polivalente médico-cirúrgica para recém-nascidos e crianças procurando oferecer-lhes as mesmas oportunidades de tratamento. Abrange uma área de 23.672 Km² com 16.900 nados vivos/ ano e 390.000 crianças até aos dezoito anos.

Integra três vertentes assistenciais:

1. Rede de referência materno-infantil da região centro, em conjunto com duas maternidades. No Serviço são preferencialmente internados os recém-nascidos de termo ou quase termo com patologia médica, os recém-nascidos com patologia cirúrgica (exceto cirurgia cardíaca) e os recém-nascidos necessitando de técnicas diferenciadas (ventilação de alta frequência, administração de óxido nítrico inalado, hipotermia controlada, diálise peritoneal, hemofiltração e outras) ou apoio de subespecialidades pediátricas. São ainda admitidos todos os recém-nascidos após a alta da maternidade e que até aos vinte e oito dias de vida necessitem de internamento no Hospital.
2. Cuidados intensivos às crianças até aos dezoito anos de idade. De salientar que o hospital centraliza a patologia oncológica, neurocirúrgica e ortopédica e é o centro de referência nacional de transplantação hepática pediátrica. O Serviço CIPE é a unidade de referência nacional para a falência hepática aguda, no qual se assegura o pós-operatório das crianças transplantadas e realiza técnicas diferenciadas específicas (MARS, plasmaferese, monitorização de PIC, etc).
3. Coordena e executa o sistema de transporte de emergência pediátrico e de recém-nascidos (STEP-INEM) articulando-se com todos os serviços de pediatria da região (pólos de reanimação e estabilização locais, e unidades de neonatologia). Foi o primeiro serviço de cuidados intensivos do país a garantir o transporte medicalizado inter-hospitalar para além do período neonatal, sendo atualmente realizado até aos dezoito anos de idade.

Integrada no serviço existe uma unidade de cuidados intermédios, ainda sem formalização administrativa, destinada a receber todos os recém-nascidos que necessitem de internamento hospitalar e crianças com patologia de moderada gravidade, mas, eventualmente, podendo vir a necessitar de cuidados intensivos. Dispõe atualmente de vinte camas das quais doze estão ativas (oito de intensivos e

quatro de intermédios), distribuídas por cinco quartos individuais, onde são preferencialmente internados os doentes mais graves ou com necessidade de isolamento e por duas salas abertas.

Os CIPE têm uma direção e chefia de enfermagem próprias e estão dotados de autonomia técnica. Têm acompanhado a evolução médica e tecnológica, introduzindo e realizando os mais importantes procedimentos de diagnóstico ou de terapêutica (nalguns casos de forma pioneira no nosso país).

O equipamento médico está atualizado. É possível realizar além da monitorização cardiorespiratória e capnografia, mecânica respiratória, pressões intravasculares invasivas, pressão intracraniana, pressão intra-abdominal, grau de sedação pelo índice bispectral (BIS), Eletroencefalograma (EEG) e *ecodoppler* cerebral, ecografia cardíaca transtorácica e pulmonar, *Doppler* transcraneano. Realizamos *Doppler* esofágico e PiCCO para monitorização hemodinâmica e oximetria regional cerebral e esplâncnica (NIRS). O serviço dispõe de equipamento e experiência em procedimentos terapêuticos como ventilação convencional, ventilação de alta-frequência, administração de óxido nítrico inalado e ventilação não invasiva, diálise peritoneal, hemofiltração, plasmaferese, hipotermia controlada (CritiCool), exsanguíneo-transfusão, permuta sanguínea, *Molecular Adsorbent Recirculating System* (MARS) e analgesia controlada. Em estudo o início de Oxigenação por membrana extra-corporal (ECMO) e ecografia pulmonar. Por vezes, efetuam-se intervenções cirúrgicas no serviço (encerramento de canal arterial em prematuros muito instáveis, septostomias de *Rashkind* eco guiadas, colocação de cateteres para monitorização da pressão intracraniana).

Também na área da formação profissional os CIPE definiram como missão manter um papel relevante na formação de médicos e enfermeiros e manter um sistema de avaliação, auditoria e formação contínua com todos os hospitais da região, visando uma melhoria contínua da qualidade. O sucesso dos CIPE está intimamente ligado à concretização desta função, já que, ao permitir a colocação gradual de profissionais com formação em cuidados intensivos em todos os polos de reanimação pediátrica e neonatal, permite que a reanimação e estabilização das funções vitais seja corretamente realizada até à concretização do transporte.

O movimento do serviço é de cerca de quatrocentos doentes/ano, um quarto dos quais recém-nascidos. Dois terços dos doentes são ventilados e metade são pós-operatórios. Desenvolvem-se políticas de melhoria contínua da qualidade, versando nomeadamente: registo de infeção associada aos cuidados de saúde e medidas de prevenção, monitorização e prevenção de úlceras de pressão, monitorização da dor e tratamento

adequado, modalidades de prescrição e preparação de fármacos e nutrição parenteral, de modo a evitar o erro.

A equipa do Serviço é constituída e está organizada segundo o organigrama que se segue.

Trabalho em equipa - A qualidade da atividade clínica nos cuidados intensivos assenta no rigor, competência e trabalho de equipa. Trabalho de equipa dentro do serviço entre médicos, enfermeiros e assistentes operacionais, mas também em cooperação com todas as outras especialidades e subespecialidades médicas, técnicos e terapeutas do hospital. O intensivista, para além das competências próprias é, no serviço, o médico responsável pelo doente e o coordenador de toda a informação recebida. O permanente diálogo com as outras especialidades e subespecialidades permite otimizar o diagnóstico e orientação terapêutica dos doentes críticos recebidos nos CIPE. A comunicação inter-hospitalar através do STEP-INEM e das reuniões inter-hospitalares, numa filosofia de boa coordenação de cuidados e máxima cooperação entre instituições, maximiza uma orientação adequada e atempada destes doentes.

Regras de entrada e permanência na área clínica - O serviço é uma unidade de cuidados especiais de elevada intensidade terapêutica que obriga a regras estritas que devem ser sempre cumpridas:

1. Existe um acesso para doentes e familiares e outro para os profissionais do hospital;
2. Todos os profissionais que contactam com os doentes devem equipar-se no vestiário com farda própria e usar sapatos próprios ou botas descartáveis. Os consultores que se deslocam apenas à sala de trabalho médico, devem efetuar a lavagem das mãos antes da entrada, retirar a bata usada noutros serviços ou vestirem uma bata descartável.
3. Cumprir rigorosamente as orientações para lavagem das mãos: antes de entrar no serviço, antes de tocar no doente, depois de tocar no doente ou em equipamento junto do doente. Existem dispensadores de álcool e lavatórios de fácil acesso distribuídos pelas zonas clínicas, para serem utilizados de acordo com as recomendações da Direção-Geral da Saúde (DGS). Os procedimentos invasivos são executados segundo as mais exigentes medidas de assepsia (lavagem rigorosa das mãos, bata esterilizada, máscara, luvas e campos esterilizados) para limitar a zona de acesso ao doente.
4. O ruído é um problema neste tipo de unidades pelo que todos devem lutar para reduzir o ruído (tom de voz baixo e eliminar sempre que possível os ruídos de alarmes e outros ruídos de equipamentos).

Integração de Novos Enfermeiros num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

5. Manter a organização e arrumação das salas de trabalho e não dispersar dossiers, livros, requisições, etc.
6. Junto dos doentes e seus familiares não deve haver discussão das interpretações clínicas ou fisiopatológicas e intervenções terapêuticas. Deve ser mantida uma atitude amável, positiva, honesta e segura procurando transmitir disponibilidade e segurança. Não devem ser transmitidas informações contraditórias nem lançadas dúvidas geradoras de ansiedade ou receio.
7. A transmissão das informações mais relevantes é da responsabilidade dos especialistas. Os internos devem abster-se de fornecer informações alargadas, nomeadamente sobre diagnósticos, terapêuticas e prognóstico.
8. A transmissão de más notícias tem uma abordagem própria (protocolo).

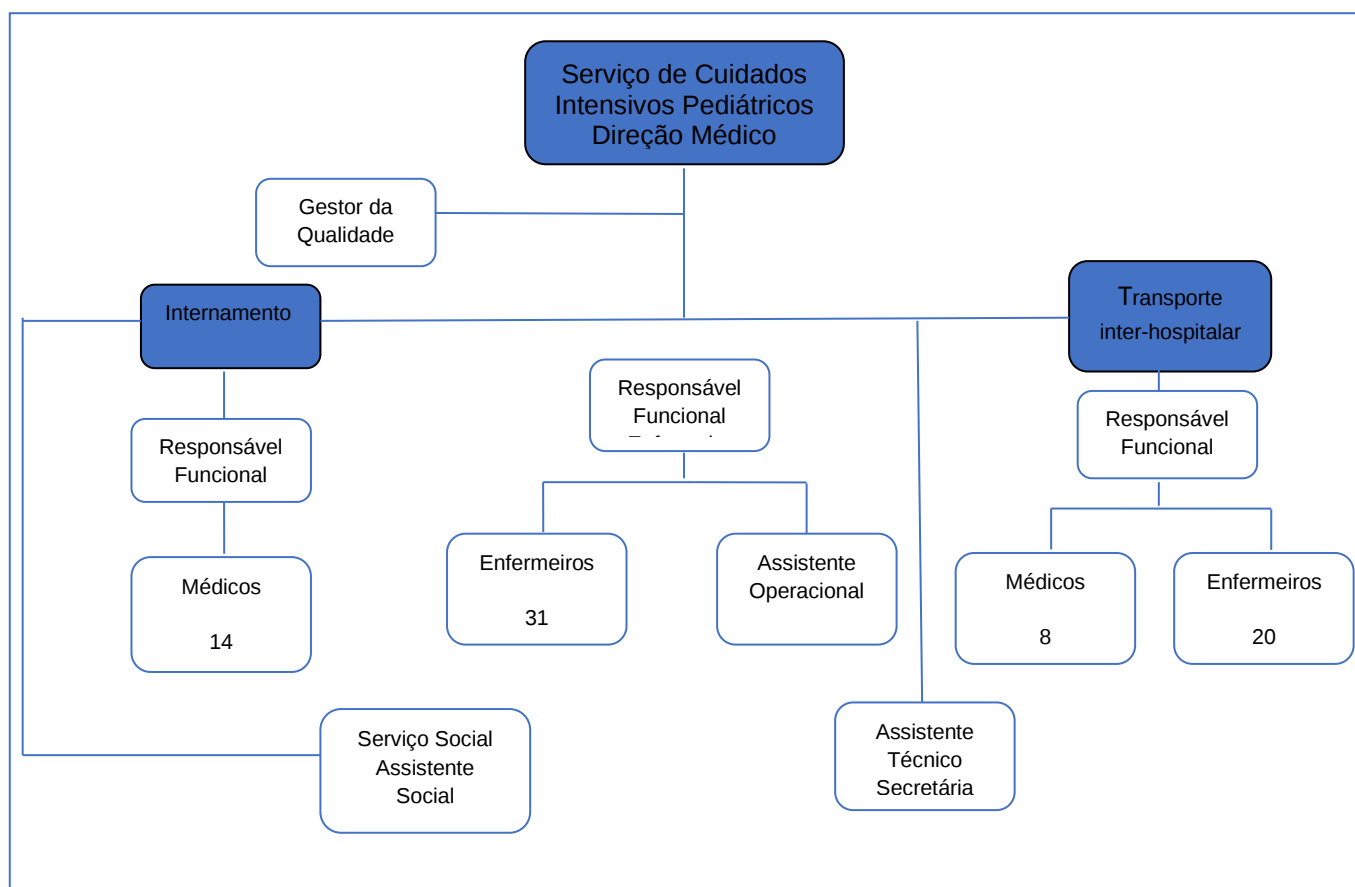


Figura 1 – Organograma do serviço de cuidados intensivos pediátricos

Fonte: Neves, J. (2007). UCI, 24 abril

Recuperado de: http://svrintranet.huc.min-saude.pt/portal/media/cip/Criacao_do_Servico_CIPE.pdf

3.1.2. Análise reflexiva da prática de cuidados

Um programa de integração de enfermeiros num serviço de elevada complexidade, requer que sejam tidos em conta os referenciais de competências dos enfermeiros de cuidados gerais, dos enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediatria e dos enfermeiros especialistas em enfermagem à pessoa em situação crítica. Assim, foi efetuada uma análise reflexiva das práticas de enfermagem neste serviço, à luz desses mesmos referenciais.

Competências do enfermeiro de cuidados gerais

Parece-nos relevante para o nosso estudo, uma vez que os enfermeiros recentemente integrados no serviço são, habitualmente, enfermeiros de cuidados gerais, fazer a abordagem do enquadramento legal das competências dos enfermeiros de cuidados gerais, pois um programa de integração deverá ter as mesmas em conta.

Em Portugal o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros clarifica a prestação de cuidados de enfermagem como sendo “a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-la e define a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos profissionais” (Decreto-Lei n.º 71/2019).

O Decreto-Lei nº 161/1996 define a enfermagem como sendo

a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. (p. 2960)

O enfermeiro é entendido neste diploma como

o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária (p. 2960).

Os cuidados de enfermagem são definidos como “intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais” (Decreto-lei n.º 161/96:2960), tendo sido criada uma listagem de funções e competências, divididas entre intervenções autónomas e interdependentes.

Para o ICN (2003b, p. 45; citando ICN 1986) é considerado enfermeiro de cuidados gerais o profissional de enfermagem que “apresenta a capacidade e a autoridade completa para a prática de enfermagem a nível dos cuidados de saúde primários, secundários e terciários”.

Em consonância com o ICN (2003^a, p. 15), as competências do enfermeiro de cuidados gerais, aprovadas pela Ordem dos Enfermeiros, foram agrupadas em três domínios: Prática profissional, ética e legal; Prestação e gestão de cuidados e Desenvolvimento profissional (OE, 2003, p. 12).

Competências do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria

A criança, pelas suas características, necessita de cuidados especiais de saúde que abranjam a sua família. Tendo em conta que a criança, quer pela sua condição humana, quer pelas suas características incontornáveis, é um ser vulnerável, não independente, cabe à família a responsabilidade primeira de promover o seu pleno desenvolvimento. Cuidar em pediatria deve estar vinculado à família, visando a satisfação das necessidades da díade criança/família. Em saúde infantil e pediatria os cuidados de enfermagem têm como objetivo primordial a melhoria da qualidade da saúde da criança e da família. De acordo com Hockenberry e Wilson (2014), os cuidados de enfermagem obtêm melhores resultados quando prestados com a convicção de que a criança e a família são o cliente. A filosofia subjacente à enfermagem pediátrica assenta em três princípios: os Cuidados Centrados na Família (CCF), a Parceria de Cuidados e os Cuidados Não Traumáticos (CNT).

Neste serviço, todos os enfermeiros têm subjacentes estes três princípios nas suas intervenções, cabendo aos enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediatria sensibilizar os restantes elementos da equipa para a importância da filosofia em que assenta a enfermagem pediátrica.

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem da OE (2011b), refere que o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica (EESIP) deve prestar cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporcionar educação para a saúde e identificar e mobilizar recursos de suporte à família/pessoa significativa.

As competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica segundo o Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros são as seguintes:

- Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;

Considerando a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade.

Em relação à Competência – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, o enfermeiro desempenha um papel primordial na transmissão de informação acerca da situação de saúde/doença da criança e na negociação da participação parental nos cuidados, envolvendo os pais na tomada de decisão sobre os procedimentos e os tratamentos ao filho. No nosso serviço procuramos promover o papel parental com a prestação de cuidados centrados na família, considerando a família como parceiros no cuidar, envolvendo-os na participação dos cuidados e apoiando-os no momento da transição. Temos a oportunidade de cuidar da criança/jovem com diferentes idades, dos zero aos dezoito anos, estabelecendo sempre uma comunicação adequada ao seu estágio de desenvolvimento e à sua cultura, tendo presente que a comunicação é uma competência essencial no cuidar em enfermagem.

Procuramos sempre diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem, com a implementação de respostas de enfermagem adequadas encaminhando, sempre que necessário, a criança/família para outros profissionais ou para outros recursos na comunidade.

- Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;

Mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias.

No que diz respeito à Competência – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, a nossa intervenção no serviço abrange todos estes aspetos, no entanto, gostaríamos de fazer referência sobretudo à questão da avaliação e gestão da dor. A avaliação da dor com base nas escalas apropriadas e a aplicação de medidas farmacológicas e não farmacológicas é uma constante preocupação, reavaliando os resultados da nossa intervenção com base nas respostas comportamentais e verbais da criança/jovem e nos protocolos existentes no serviço. São valorizados o

envolvimento e a participação dos pais na gestão da dor, como parceiros no cuidar, garantindo a gestão de medidas farmacológicas no combate à dor e medidas não farmacológicas para o alívio da dor, através do ensino informal e treino das suas capacidades. A Competência – Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados é uma constante no nosso contexto de trabalho. Embora estejamos familiarizados na nossa prática diária com situações de risco de morte, é sempre um grande desafio trabalhar estas questões.

- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

Considerando as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, responde eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude.

Relativamente à competência – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, diz respeito ao conhecimento e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil. Sendo o nosso serviço particularmente complexo procuramos promover o envolvimento e participação dos pais nos cuidados, com a transmissão de cuidados antecipatórios e utilizando sempre uma comunicação adequada ao estágio de desenvolvimento da criança/jovem e sua cultura. No que diz respeito à Competência – Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do Recém-Nascido (RN) doente ou com necessidades especiais, com a avaliação e promoção da parentalidade, a promoção do contacto físico e vinculação pais/RN, a promoção da amamentação e o envolvimento dos pais, de acordo com a sua vontade, na prestação de cuidados. Com efeito, conseguimos constatar o quanto a experiência de ser pai/mãe se revela como um dos principais, importantes e desafiadores papeis na vida de um indivíduo. Mas hoje, percebemos, principalmente em contexto de internamento em cuidados intensivos, o quanto os pais têm dificuldade no desempenho desta missão, que facilmente reconhecemos como árdua. Consideramos, então, que conhecer e compreender esta experiência dos pais é especialmente importante para os enfermeiros supervisores da saúde da criança, cujo papel é apoiar os pais na sua parentalidade. O nosso papel passa então por ajudar os pais a serem pais.

Em relação às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, a aquisição e desenvolvimento das mesmas são concretizadas ao longo da nossa prática diária, com o desenvolvimento de uma prática profissional tendo em conta os valores éticos que regem a nossa profissão e com a promoção de práticas de cuidados que respeitem os

direitos humanos, as preferências dos clientes e as responsabilidades profissionais. Procuramos prestar cuidados focados na melhoria da qualidade, com a promoção de um ambiente terapêutico e seguro e de gestão de riscos.

Competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem à pessoa em situação crítica

A utilização do conceito de competência aparece pela primeira vez na enfermagem, referenciado na escrita de Florence Nightingale, no livro *“Notes on Nursing”*, em que o termo competência é usado para referir as “qualidades” (características) que as estudantes deveriam possuir para serem enfermeiras no final do curso (Fernandes, 2007).

O especialista em enfermagem orienta a sua prática de acordo com os princípios da responsabilidade profissional, ética e legal, respeitando o Código Deontológico (OE, 2010).

Enquanto as competências comuns do enfermeiro especialista são transversais a todas as especialidades, as competências específicas são próprias de um conhecimento profundo num domínio específico da enfermagem (OE, 2010).

O projeto que pretendemos realizar e a nossa prática clínica num serviço de cuidados intensivos pediátricos leva-nos a abordar as competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica enquanto competências específicas da nossa prática especializada, onde a criança e adolescente em situação crítica são alvo do nosso cuidar.

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. (OE, 2011b, p. 8656)

O perfil de competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem à pessoa em situação crítica, foi definido pelo Colégio de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica e representa o conjunto de competências clínicas especializadas dos enfermeiros nesta área de especialidade e aquelas que os cidadãos podem esperar (OE, 2011b). A 18 de fevereiro de 2011 é publicado em Diário da Republica o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em

Enfermagem em pessoa em situação crítica (Regulamento n.º 124/2011). Apresentam-se, de seguida, cada uma delas com uma breve reflexão crítica:

- Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica

As unidades de competências que compõem esta competência são:

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

O internamento em unidades de cuidados intensivos pode provocar alterações, não só na pessoa em situação crítica, como na sua família, acarretando mudanças no ciclo de vida familiar, com alterações de papéis, e implicando um processo de adaptação. Perante esta realidade torna-se fundamental a intervenção do enfermeiro de uma unidade de cuidados intensivos pediátricos, em compreender a singularidade de cada família, identificar as suas verdadeiras necessidades e ajudar na mobilização de estratégias de *coping*, de modo a facilitar a adaptação a esta nova fase de vida. Num serviço de cuidados intensivos pediátricos, a presença de crianças e adolescentes habitualmente em estado grave, conduz a que os profissionais de enfermagem priorizem as intervenções do domínio técnico, relegando para segundo plano as de cariz relacional, nomeadamente a comunicação com a família. Assiste-se, assim, a um cuidar mais tecnológico e centrado, maioritariamente, na doença. Neste sentido, embora o serviço de cuidados intensivos possua um ambiente totalmente diferente de outras unidades, não dispensa a humanização dos cuidados prestados, demonstrada pela atitude relacional dos enfermeiros com a criança e adolescente e os seus familiares.

- Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação

Esta competência possui como unidades de competência:

Integração de Novos Enfermeiros num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

- Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência;
- Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítimas ou catástrofe;
- Gere os cuidados em situações de emergência e ou catástrofe.

No nosso serviço está aprovado e publicado um plano de atuação em situações de emergência e catástrofe desde fevereiro de 2017. Acidente com Múltiplas Vítimas Plano Setorial PE 93.00 (Anexo I), é um documento indicador dos procedimentos a seguir pelos profissionais do Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos em caso de acidente com múltiplas vítimas.

Neste propósito, Mishel refere que a incerteza ocorre em situações de doenças complexas, imprevisíveis e quando a informação não está disponível ou é inconsistente para aqueles que as vivenciam (Mishel & Clayton, 2008).

Identificando a incerteza, os enfermeiros devem mobilizar competências na área da comunicação e explicar às pessoas que estão a vivenciar este processo, o que se está e vai passar, quais os procedimentos inerentes à atuação neste tipo de situações e o circuito definido dentro da instituição.

- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção, perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas

Esta competência possui como unidades de competência:

- Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica;
- Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica

No serviço de cuidados intensivos pediátricos existe já muito trabalho desenvolvido nesta área para dar resposta a estas exigências, são exemplos disso vários procedimentos multissetoriais emitidos e revistos pela comissão de controlo de infeção (CCI), disponíveis na *intranet* da instituição e cujo âmbito de aplicação se estende a todos os serviços. A título de exemplo podemos fazer referência aos seguintes procedimentos multissetoriais “Higiene das Mãos”, “Precauções de Isolamento baseadas nas Vias de Transmissão”, “Higiene Hospitalar”, “Plano de Investigação num

Surto de Infecção”; “Precauções de Controlo em Doenças de Declaração Obrigatória e de Infecção em Doentes de Alto Risco”, “Gestão de resíduos” entre outros.

3.1.3. Perspetivas dos enfermeiros

Passamos à apresentação dos dados das entrevistas, começando por caracterizar os participantes.

Caracterização dos participantes

Recordamos que neste estudo participaram nove enfermeiros, sendo quatro enfermeiros recentemente integrados e cinco enfermeiros supervisores clínicos da integração.

Tabela nº 1 - Caracterização dos enfermeiros recentemente integrados

		N	Percentagem
Sexo	M	0	0
	F	4	100
Experiência profissional	Sim	4	100
	Não	0	0
Experiência profissional em pediatria	Sim	3	75
	Não	1	25
Experiência profissional no departamento pediátrico	Sim	2	50
	Não	2	50

Através desta tabela podemos ver que os enfermeiros recentemente integrados são todos do sexo feminino.

Todos os enfermeiros recentemente integrados já tinham experiência profissional.

Podemos também constatar que três dos enfermeiros já tinham experiência em pediatria e apenas um não tinha experiência em pediatria.

Dos quatro elementos, dois já tinham trabalhado no departamento pediátrico e os outros dois não tinham experiência neste departamento.

Relativamente à caracterização dos enfermeiros supervisores clínicos da integração, os cinco enfermeiros são todos do sexo feminino.

No que diz respeito ao tempo de exercício profissional, os cinco enfermeiros entrevistados têm entre trinta e um a trinta e nove anos de experiência em pediatria.

Perspetiva dos enfermeiros recentemente integrados

A partir da leitura das narrativas obtidas através das entrevistas, chegou-se a uma espécie de insight sobre a temática em estudo.

Após a codificação das unidades de registo, teve lugar a definição de domínios, com o diagnóstico de categorias e subcategorias. Esta codificação corresponde a uma transformação dos dados, transformação esta que sofreu muitos reajustes e aperfeiçoamentos, na tentativa de encontrar um melhor rumo para o conhecimento sobre a temática em estudo. Foi um trabalho sensível e criativo, que resultou na identificação de componentes relevantes das narrativas dos entrevistados e na construção de um novo discurso de teor científico.

Procuramos inicialmente ilustrar os domínios que resultaram da análise de conteúdo, posteriormente, nas figuras que se seguem reunimos as categorias e subcategorias que se identificaram a partir das questões orientadoras. As unidades de registo surgem ao longo do texto.

Os dados obtidos foram sujeitos a uma análise baseada numa perspetiva global por categorias, individualizadas pelas entrevistas, uma vez que cada uma tem um conteúdo que vale a pena valorizar. Assim, recorreu-se às citações dos entrevistados de forma a reforçar o processo de interpretação das respostas.

Das entrevistas aos enfermeiros recentemente integrados definiram-se três domínios: estruturação e organização do processo de integração, vivências dos enfermeiros sobre a sua própria integração e sentimentos e mecanismos de adaptação.



Figura 2 - Domínios resultantes da análise de conteúdo das entrevistas aos enfermeiros recentemente integrados

A primeira questão colocada aos enfermeiros recentemente integrados vai ao encontro do primeiro domínio, estruturação e organização do processo de integração e aborda os aspetos mais importantes durante esse período. Deste modo, após a análise das quatro entrevistas foi possível perceber que surge uma grande variedade de aspetos que os entrevistados consideram relevantes demonstrando a importância que tem a estruturação e organização do processo de integração para estes profissionais.

De acordo com as respostas dos entrevistados, surgem cinco categorias: aspetos de estrutura, aspetos de processo, relacionamento interpessoal, tempo de integração e materiais de apoio. Pareceu-nos que as cinco categorias identificadas traduzem de forma abrangente o que pensam os entrevistados sobre esta temática.

Da análise à figura que se segue podemos ver que, relativamente aos aspetos de estrutura, foram apontados entre outros, temas como, a estrutura física e organizacional e conhecer a dinâmica do serviço enquanto fatores facilitadores a uma boa integração, o que é bem claro nas narrativas dos entrevistados. Todos os aspetos que têm a ver com o conhecimento do espaço físico, com o funcionamento da organização e do serviço facilitam a integração tornando mais fácil as atividades diárias do novo enfermeiro.

Integração de Novos Enfermeiros num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

E5. “Deverá ser realizada uma visita global ao serviço e à própria instituição onde serão apresentados os locais de interesse.”

E8. “...a dinâmica e funcionamento do serviço são muito importantes (...) conhecer a estrutura física e organizacional do serviço...”

Também o conhecer regras e normas do próprio serviço e da instituição foi importante para dois enfermeiros. Entendemos por regras, instruções, normas ou procedimentos que devem ser seguidos para o melhor funcionamento da instituição.

E5. “Deverão ser explicadas regras e normas praticadas...”

E8. “...conhecer os procedimentos instituídos, protocolos, normas...vigentes no serviço”

Os referenciais teóricos da instituição e do serviço foram referidos por um dos entrevistados. Na pediatria temos em conta, como bases teóricas orientadoras da organização concetual do nosso pensamento, os modelos, atividades de vida de Nancy Roper, parceria de cuidados de Anne Casey, teoria do autocuidado de Dorothea E. Orem, teoria das transições de Afaf Ibrahim Meleis e modelo familiar de Calgary.

E1. “...identificar e interiorizar os referenciais teóricos utilizados a nível da instituição e do serviço em particular.”

No que diz respeito à categoria seguinte, aspetos de processo, surge uma grande variedade de subcategorias, o mesmo será dizer que existem múltiplos aspetos importantes que são apontados pelos entrevistados como essenciais na organização do processo de integração.

A dinâmica dos diferentes turnos foi apontada por dois dos entrevistados como um elemento importante para compreender o funcionamento do serviço.

E1. “Conhecer a dinâmica dos diferentes turnos (...) interiorizar rotinas nos diferentes turnos...”

E5. “...perceber como funcionam as rotinas dos diferentes turnos...”

Não podemos deixar de fazer referência à importância de estabelecer objetivos e de que forma estes devem ser adequados às oportunidades criadas e às experiências vivenciadas. Sendo apenas referido por dois dos entrevistados, revela uma grande importância nesta fase da vida profissional dos enfermeiros, constituindo-se como um ponto decisivo no sucesso de uma integração.

E1. “...ter objetivos bem definidos é muito importante”

Integração de Novos Enfermeiros num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

E8. "A integração deve ser realizada com o estabelecimento de objetivos (...) os objetivos devem ser adequados ao tempo de integração e às oportunidades e experiências vivenciadas..."

Gostaríamos também de salientar a formação sobre o funcionamento dos equipamentos uma vez que todos os entrevistados deram relevância a este aspeto. A grande variedade de equipamentos de monitorização, de suporte de vida, de diagnóstico, existentes no serviço, exige dos enfermeiros formação e atualização constante nesta área.

E1. "...conhecer e perceber o funcionamento dos diferentes materiais e equipamentos existentes..."

E7. "...quem trabalha em cuidados intensivos percebe que reconhecer os materiais e saber montar e testar equipamentos é fundamental."

Transparece assim a importância dada por estes profissionais a esta subcategoria, uma vez que se trata de um serviço de cuidados intensivos, rigorosamente equipado onde a tecnologia ocupa um lugar de destaque assumindo uma importância vital no apoio aos cuidados de enfermagem.

Da análise a estas respostas podemos inferir que as competências técnicas e científicas são valorizadas pelos enfermeiros recentemente integrados e encontram-se expressas nas suas narrativas. Podemos ainda observar que a sua preocupação reside em adquirirem as competências necessárias que lhe permitam prestar bons cuidados à criança e família.

E7. "... se iria conseguir adquirir as competências necessárias para exercer as minhas funções de forma adequada..."

E7. "...a integração é um conjunto entre o desenvolvimento de capacidades pessoais....e de capacidades técnicas.."

E8. "Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que permitam cuidar do doente e família (...) Aprofundar conhecimentos científicos sobre as várias patologias."

Todos os enfermeiros, sem exceção, valorizam aspetos ligados à prática de cuidados ao identificarem como fatores importantes, os procedimentos autónomos e interdependentes e o desenvolvimento e aquisição de saberes e capacidades.

E1. "...conhecer e interiorizar procedimentos autónomos e interdependentes de enfermagem mais realizados..."

Integração de Novos Enfermeiros num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

E5. "...desenvolvendo assim os saberes e competências, permitindo que este se sinta preparado..."

O investimento pessoal, importante e decisivo no desenvolvimento e aprendizagem de novos enfermeiros, surge referido apenas por um enfermeiro.

E5. "...fiz muito investimento na pesquisa e aquisição de novos conhecimentos..."

Inerente a um serviço de cuidados intensivos pediátricos está a criança gravemente doente. É por isso importante que os enfermeiros que optem por aqui trabalhar, desenvolvam a capacidade do cuidar da criança gravemente doente e sua família. Foi um aspeto referido por um dos entrevistados.

E7. "Aprender a reconhecer a criança gravemente doente, a ler as suas expressões, os seus comportamentos..."

Outra categoria é o relacionamento interpessoal. No contexto das organizações, o relacionamento interpessoal é de extrema importância. Sabemos que um relacionamento interpessoal positivo e bem-sucedido contribui para um bom ambiente dentro do serviço, podendo influenciar a produtividade e o bom desempenho profissional. A partir daqui identificaram-se duas subcategorias, integração na equipa e receção pela equipa.

A integração na equipa é de suma importância, já que, por meio desta, o novo enfermeiro pode sentir-se realmente como fazendo parte do serviço e assim estar muito mais satisfeito. Além disso, a própria equipa de trabalho pode atuar com maior sinergia, aumentando o sucesso e a satisfação em tudo que é feito. Este aspeto é mencionado por um dos entrevistados.

E5. "...colaboração do responsável pela integração, facilitando a integração na equipa e no contexto (...) O enfermeiro que se encontra em integração deve ser apresentado aos colegas e à equipa multidisciplinar, conhecendo assim a equipa com quem vai trabalhar."

Outro dos entrevistados faz referência à questão da boa receção por parte da equipa.

E8. "...boa receção por parte da equipa e as relações entre os vários elementos."

Outra categoria que se enquadra neste domínio é o tempo de integração. Aspeto relativamente controverso entre os entrevistados. Optámos por criar apenas duas subcategorias, insuficiente e suficiente. No entanto, pela pertinência do tema, são também referidos outros pontos de vista, pelo contributo que trazem ao tema em estudo.

Integração de Novos Enfermeiros num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

O período de integração atual é de três meses, dois dos entrevistados referem ser insuficiente.

E5. "Não chegou a três meses...penso que foi insuficiente."

E7. "Eu tive três meses de integração, considero que foi insuficiente."

Por outro lado, dois dos entrevistados dizem que o tempo de integração é suficiente.

E1. "Acho que foi suficiente...acho que os três meses foi adequado.."

E8. "...penso serem suficientes.."

Há várias citações que revelam que durante a integração estes elementos não devem contar como elemento efetivo na prestação de cuidados, seja por escassez de recursos ou por outro motivo inerente à organização do serviço.

E1. "...houve turnos durante o período de integração nos quais contei como elemento efetivo...por falta de pessoal..."

E8. "... por escassez de pessoal tive que contar como elemento durante a integração....sem estar preparada..."

Outro aspeto importante referido pela maioria dos enfermeiros é que o tempo de integração deve ser adequado à especificidade e complexidade do serviço.

E1. "... considero que tendo em conta a especificidade do serviço este período deveria ser maior.."

E5. "É um serviço de alta complexidade, com cuidados muito específicos...pelo que é pouco tempo."

Apenas um elemento salienta o facto do tempo de integração ser adaptado à pessoa em questão, uma vez que cada pessoa tem o seu tempo de aprendizagem e de adaptação.

E5. "O tempo de integração deve ser adaptado à pessoa em questão,... cada um tem o seu tempo, que deve ser respeitado"

Por fim, surge a categoria relativa aos materiais de apoio. Os materiais de apoio disponíveis constituem-se como uma mais-valia, não só no ensino e na aprendizagem como na atualização de novos conhecimentos. Sendo um aspeto importante do nosso ponto de vista, foi muito consensual nas respostas. Os entrevistados salientaram como materiais usados durante este período em primeiro lugar os protocolos de serviço.

E7. "...foram-me disponibilizados os protocolos existentes"

Também houve referência a livros e artigos científicos com informação pertinente relativamente às patologias existentes no serviço.

E7. "...existem no serviço alguns livros com informação muito direccionada às patologias das crianças.."

Os procedimentos específicos (PEs), recentes no serviço, criados no âmbito do processo de acreditação, são elaborados em conjunto por médicos e enfermeiros e procuram conter toda a informação necessária a qualquer técnica ou procedimento que se efetue no serviço. São revistos e atualizados de acordo com o protocolo instituído.

E5. "...os PEs estando informatizados são de fácil acesso e contém muita informação (...) os manuais dos equipamentos são muito uteis..."

Por fim, uma referência aos manuais de equipamentos e caderno de bolso. Como já vimos a questão dos equipamentos tem um grande peso no ensino e aprendizagem, os manuais específicos de cada equipamento são uma grande ajuda na montagem, testagem e funcionamento dos mesmos.

E7. "...consultei muitas vezes os manuais de funcionamento dos equipamentos.."

E8. "...utilizava um caderno de bolso para apontar o que me era ensinado.."

Todos estes elementos aliados ao interesse e investimento pessoal são decisivos na aquisição de novos conhecimentos.

Primeiro domínio – Estruturação e organização do processo de integração				
CATEGORIA Aspetos de estrutura	CATEGORIA Aspetos de processo	CATEGORIA Relacionamento interpessoal	CATEGORIA Tempo de integração	CATEGORIA Materiais de apoio
•SUBCATEGORIAS •Estrutura física e organizacional •Referências teóricas •Regras e normas •Dinâmica do serviço	•SUBCATEGORIAS •Dinâmica dos diferentes turnos •Estabelecer objetivos •Formação sobre o funcionamento de equipamentos •Conhecer as patologias mais frequentes •Procedimentos autónomos e interdependentes •Desenvolvimento e aquisição de saberes e capacidades •Competências técnicas e científicas •Investimento pessoal •Reconhecer a criança gravemente doente	•SUBCATEGORIAS •Integração na equipa •Receção pela equipa	•SUBCATEGORIAS •Insuficiente •Suficiente	•SUBCATEGORIAS •Protocolos •Livros e artigos científicos •Procedimentos específicos (PEs) •Manuais de equipamentos •Caderno de bolso

Figura 3 - Categorias e subcategorias do primeiro domínio das entrevistas aos enfermeiros recentemente integrados

No que concerne às vivências dos enfermeiros sobre a sua própria integração temos a considerar as dificuldades que os mesmos apontaram ter, relativamente ao próprio processo de integração, as dificuldades sentidas quanto à natureza e alvo dos cuidados e também as sugestões de melhoria apontadas pelos mesmos no sentido de minimizar essas dificuldades.

Relativamente às dificuldades sentidas no período de integração é possível concluir que os enfermeiros entrevistados apontam dificuldades distintas. Estas podem ser agrupadas em dificuldades sentidas relativas ao processo e dificuldades sentidas relativas à natureza e alvo dos cuidados.

No que diz respeito às dificuldades sentidas relativas ao processo, podemos considerar como subcategorias: ser mais do que um enfermeiro a integrar, a relação com a equipa, não haver objetivos definidos e fazer só o turno da manhã.

O facto de ser mais do que um enfermeiro a integrar, foi considerada uma dificuldade por um enfermeiro.

E8. "A maior dificuldade que tive foi ser mais que um enfermeiro a integrar.... devia ser apenas um enfermeiro."

A relação com a equipa, foi também referido como um elemento dificultador neste processo. É também salientado o facto de haver muita gente desconhecida a circular pelo serviço.

E5. " Outra dificuldade foi o não conhecer a equipa (...) há muita gente a circular que não pertence ao serviço e que eu não conhecia...e foi um pouco difícil..."

O facto de não haver objetivos definidos foi também uma dificuldade referida por um dos entrevistados. As metas e objetivos funcionam como um orientador das nossas ações, no entanto, devemos estabelecer objetivos e metas alcançáveis. Estamos certos que definir objetivos é sem dúvida a principal competência para que nos possamos tornar melhores profissionais.

E8. "O não estabelecimento de objetivos para a minha integração."

Por último, fazer só o turno da manhã foi outro fator salientado como não sendo benéfico. Se por um lado os novos enfermeiros são orientados por várias pessoas, por outro, não conhecem as rotinas dos restantes turnos o que é essencial para terem uma visão global dos cuidados que se prestam no serviço.

E1. "Durante o primeiro mês fiquei só de manhãs o que não foi benéfico, porque fui acompanhada por várias pessoas..."

No que concerne às dificuldades sentidas relativas à natureza e alvo dos cuidados, temos como subcategorias: a complexidade de cuidados; o facto de haver poucas oportunidades; a comunicação e relação com os pais; contactar com crianças em estado crítico e o juízo clínico. Todos estes aspetos encontram-se ilustrados nas citações que se seguem.

Como sabemos, a complexidade de cuidados de enfermagem, inerentes a uma unidade de cuidados intensivos é um fator que causa apreensão e ansiedade nos profissionais que aí trabalham, em particular nos elementos que se encontram em integração. As citações que se seguem demonstram bem essa dificuldade.

E5. "...senti-me muito perdida...em particular por ser cuidados intensivos...muito diferente da minha realidade anterior.(...) Outra dificuldade prende-se com o contexto, com a complexidade de cuidados...ainda por cima cuidados intensivos pediátricos.(...) quando fui integrada o serviço estava caótico, todos os cuidados eram urgentes ou emergentes e havia pouco tempo disponível para mim."

Também o facto de haver poucas oportunidades representa uma dificuldade para estes profissionais.

E1. "...existem ainda procedimentos e materiais com os quais não tive oportunidade de contactar...o que traz alguma dificuldade posteriormente"

Em pediatria o foco do cuidar é a criança e os pais. A comunicação e relação com os pais nem sempre é fácil, principalmente em cuidados intensivos, onde a situação clínica dos filhos é sempre um fator de grande preocupação e ansiedade. É, portanto imprescindível que se estabeleça uma relação terapêutica eficaz, o que representa muitas vezes um desafio no contexto dos cuidados de enfermagem sendo por isso referido como uma dificuldade.

E5. "...tem o agravante de serem crianças e ter que lidar também com os pais, quando estes se sentem impotentes (...) foi difícil desenvolver comunicação eficaz com os pais..."

Um dos entrevistados faz referência à dificuldade que encontrou em contactar com crianças em estado crítico.

E5. "...uma grande dificuldade foi contactar com crianças em estado crítico..."

O juízo clínico e a tomada de decisão integram a prática diária do enfermeiro e devem estar sempre fundamentados no conhecimento científico.

E7. " Uma das minhas principais dificuldades foi saber antecipar as necessidades... aprender a antecipar o que é necessário para determinada situação. (...) os recém-nascidos têm necessidades muito específicas...e foi difícil aprender a reconhecer essas necessidades."

Percebe-se pelas narrativas dos entrevistados que as dificuldades por eles sentidas durante este período são um fator condicionante e dificultador na sua integração.

Há um tema transversal às dificuldades enumeradas que se prende com a especificidade e complexidade da unidade de cuidados intensivos. Desde a complexidade e heterogeneidade de cuidados, procedimentos e materiais, à dificuldade de relacionamento com as crianças, pais e equipa de trabalho, existe um denominador comum, que é, as necessidades particulares deste serviço.

Da análise das respostas dos entrevistados sobre os aspetos a melhorar no período de integração, podemos concluir que todos eles apresentam sugestões de melhoria. Os aspetos destacados por um maior número de entrevistados foram: necessidade de reuniões intercalares de avaliação, existir um protocolo de integração e pouca disponibilidade por parte de quem integra. São também referidos aspetos como ser apenas um enfermeiro a integrar, a importância de ter mais oportunidades, manter-se no grupo do enfermeiro que integra, após a integração, existir um plano de formação e conhecer os outros serviços do hospital.

A necessidade de reuniões intercalares de avaliação parece ser importante para três dos entrevistados. Sem dúvida que momentos de avaliação formais ou informais onde seja possível obter um feedback do desempenho de cada enfermeiro são essenciais e permitem um percurso adequado e de acordo com a real aprendizagem de cada um.

E1. "...era importante haver vários pontos da situação ao longo da integração para perceber se está tudo a correr bem."

E7. "Deveria haver reuniões de avaliação."

Três dos enfermeiros recentemente integrados salientam o facto de que seria importante existir de um protocolo ou manual de integração que uniformizasse as práticas sendo assim um elemento facilitador na integração.

E7. "...penso que poderia haver um pequeno manual de integração onde fossem claros alguns aspetos.... enfim, um pequeno manual de apoio a quem acaba de chegar."

Dois dos entrevistados foram claros ao mencionarem que o enfermeiro que integra deveria ter mais disponibilidade para dedicar ao novo elemento.

E5. "...considero que o enfermeiro que fica responsável pela integração devia ficar mais disponível (...) devia ser permitido que ficasse com menos doentes para ter mais disponibilidade para o novo colega..."

Apenas um entrevistado refere que deveria ser apenas um enfermeiro a integrar.

Integração de Novos Enfermeiros num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

E1. "...o colega que irá integrar o novo elemento deveria ser estipulado desde o início... e devia ser sempre o mesmo durante toda a integração ."

Um serviço de cuidados intensivos é rico em experiências e situações de aprendizagem, no entanto nem sempre durante o período de integração há oportunidade de realizar todas as técnicas ou aprender todos os conteúdos que são expectáveis por quem está a ser integrado. Assim uma das sugestões de melhoria é haver mais oportunidades.

E8. "Acho que deveria ter tido mais experiências e mais oportunidades durante este período."

Pelo conteúdo das entrevistas sobressai a importância que os novos elementos atribuem ao facto de se manterem no grupo da pessoa que os integrou durante mais algum tempo. Há, de facto, razões para pensarem assim. Por um lado, é uma pessoa de referência, por outro lado existe um sentimento de segurança pelos novos enfermeiros por se sentirem apoiados nas suas dúvidas e inseguranças.

E1. "...existir um período de tempo apos a integração em que horário seja o mesmo da colega que integrou (...) permanecer no grupo da pessoa que integrou durante algum tempo após integração..."

E7. "...é muito importante permanecer no grupo da pessoa que nos integrou por mais algum tempo...sabemos que há alguém que nos conhece bem..."

A formação é essencial na construção de novos saberes e capacidades. Um plano de formação adaptado a esta realidade em particular, seria um elemento chave no sucesso de uma integração.

E7. "...deveria também existir formações mais ou menos formais sobre aspetos chave para facilitar a aprendizagem."

Por fim, o conhecer a instituição, o hospital no seu todo e o serviço em particular, é uma grande ajuda nas tarefas diárias facilitando as deslocações por questões particulares e profissionais.

E5. "Deviam apresentar sempre o hospital, locais de lazer e outros serviços...senti-me muito perdida."

Desta análise, podemos ainda inferir que os enfermeiros recentemente integrados procuram apresentar múltiplas oportunidades de melhoria numa perspetiva crítica, mas construtiva.

Segundo domínio – Vivências dos enfermeiros sobre a sua própria integração		
CATEGORIA Dificuldades sentidas relativas ao processo de integração	CATEGORIA Dificuldades sentidas relativas à natureza e alvo dos cuidados	CATEGORIA Sugestões de melhoria do processo de integração
•SUBCATEGORIAS •Ser mais que um enfermeiro a integrar •Relação com a equipa •Não haver objetivos definidos •Fazer só o turno da manhã	•SUBCATEGORIAS •Complexidade de cuidados •Poucas oportunidades •Comunicação/relação com os pais •Contactar com crianças em estado crítico •Juízo clínico	•SUBCATEGORIAS •Necessidade de reuniões intercalares de avaliação •Apenas um enfermeiro a integrar •Mais oportunidades •Existir um protocolo de integração •Manter-se no grupo do enfermeiro que integra após a integração •Existir um plano de formação •Mais disponibilidade por parte de quem integra •Conhecer os outros serviços do hospital

Figura 4 - Categorias e subcategorias do segundo domínio das entrevistas aos enfermeiros recentemente integrados

O terceiro e último domínio refere-se aos sentimentos e emoções experienciados pelos intervenientes neste processo e os mecanismos de adaptação encontrados por estes de forma a minimizar os efeitos negativos que esses sentimentos possam gerar. Neste âmbito surgem duas categorias, são elas, sentimentos e emoções durante o período de integração e estratégias adotadas.

Apesar de não ter sido uma questão colocada aos entrevistados e tendo em conta que é um período de alguma instabilidade e mudança, vão surgindo no decorrer das entrevistas sentimentos e emoções que influenciam o período de integração e que vale a pena salientar.

Assim, surgem sentimentos como, serenidade e tranquilidade.

E5. "...o mesmo deve ser vivido de forma serena (...)Temos que ser agentes de tranquilidade e facilitadores em todo o processo..."

Integração de Novos Enfermeiros num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

E7. "... a mim deu-me uma grande tranquilidade saber que me estava a integrar sem dificuldade..."

Foi também referido várias vezes a questão da empatia como demonstram as unidades de registo que se seguem.

E5. "...com colaboração e postura empática por parte dos colegas"

E7. "criar uma relação de empatia (...) É necessário haver empatia e colaboração..."

O facto de vir trabalhar para cuidados intensivos ser um desafio profissional foi mencionado por um dos entrevistados.

E7. " Escolhi vir trabalhar para os cuidados intensivos, e fi-lo pelo desafio...."

Paralelamente a estes aspetos mais positivos surgem, como não poderia deixar de ser, sentimentos que revelam mais instabilidade, como ansiedade e preocupação,

E5. "...muitas vezes senti-me preocupada e perdida (...) sentia-me perdida, ansiosa, descontextualizada (...) o período de integração é um momento de fragilidade e de ansiedade..."

Por último, dois dos entrevistados mencionam a importância da estabilidade emocional como fator de equilíbrio no decorrer da integração.

E5. "...a especificidade e complexidade de cuidados exige um grande aporte emocional..."

E7. "...para haver equilíbrio precisamos entre outras coisas ter uma grande estabilidade emocional..."

Consegue-se perceber, pelas respostas dos entrevistados, que o período de integração gera sentimentos e emoções fortes, por vezes perturbadores, mas ressaltam quase sempre aspetos positivos e formas de adaptação à nova realidade.

Paralelamente a estes sentimentos identificaram-se também das narrativas, estratégias encontradas pelos entrevistados de forma a ultrapassar ou minimizar os efeitos que esses sentimentos possam gerar. São elas: adaptação, controlar a ansiedade, ter oportunidades, as relações interpessoais, o acolhimento, a capacidade de partilha e a motivação. Podemos ver estas estratégias descritas em algumas unidades de registo.

A questão da adaptação é interpretada por dois enfermeiros de forma diferente. Por um lado, um refere a dificuldade que existe em se adaptar à nova realidade e outro

menção que o período de integração e a forma como esta decorre deve ser adaptada à pessoa em questão.

E5. "...o período de integração e a forma como decorre deve ser adaptado à pessoa em questão..."

E8. "É difícil adaptarmo-nos à nova realidade..."

Sendo um período de mudança na vida profissional, a integração num novo serviço exige de cada enfermeiro um controle de emoções de forma a vivenciar este período da melhor forma possível. O Controlo da ansiedade é referido por dois dos entrevistados.

E1. "a ansiedade neste período...evidentemente que é algo que não se consegue controlar."

Como sabemos, para uma aprendizagem e desenvolvimento efetivo, é necessário não só ter oportunidades de aprendizagem, mas também saber proporcionar essas aprendizagens ao novo elemento.

E1. "É muito importante darem-nos a oportunidade de mostrar o que sabemos..."

Um bom acolhimento é um aspeto transversal referido por todos os intervenientes no processo como sendo fundamental ao bom desempenho profissional e satisfação pessoal. Só sendo bem acolhidos é que os novos enfermeiros se sentem verdadeiramente como fazendo parte integrante da equipa, gerando necessariamente satisfação e gosto pelo trabalho a desempenhar.

E5. "O enfermeiro que se encontra em integração deve ser apresentado à equipa multidisciplinar, conhecendo assim a equipa com quem vai trabalhar (...) senti-me sempre bem acolhida e um grande apoio por parte dos colegas..."

As relações interpessoais surgem, neste contexto, como um fator importante para que a integração seja bem-sucedida.

E7. "Penso que as relações são muito importantes para uma boa integração."

A capacidade de partilha é uma característica fundamental na dinâmica dos cuidados de enfermagem assumindo um papel essencial quando se trata de uma unidade de cuidados intensivos onde a presença e o apoio do outro transmite segurança nas atitudes e no desempenho.

E7. "A capacidade de partilha é uma característica muito importante (...) as relações são muito importantes, a capacidade de partilha em momentos difíceis é muito importante."

Integração de Novos Enfermeiros num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

O facto do enfermeiro recém-chegado a um novo serviço se sentir motivado para aprender é um estímulo para o próprio e também para quem o integra.

E7. "...querer aprender coisas novas (...) juntar-se um querer aprender com um querer ensinar..."



Figura 5 - Categorias e subcategorias do terceiro domínio das entrevistas aos enfermeiros recentemente integrados

Perspetivas dos enfermeiros supervisores clínicos da integração

Após a análise das entrevistas aos enfermeiros supervisores clínicos da integração definiram-se quatro domínios. Estruturação e organização do processo de integração, finalidade do processo de integração, vivências dos enfermeiros sobre o processo de integração e competências relacionais mobilizadas.



Figura 6 - Domínios resultantes da análise de conteúdo das entrevistas aos enfermeiros supervisores clínicos da integração

Conhecendo os domínios segue-se a apresentação das categorias e subcategorias que foram identificadas da análise do discurso dos enfermeiros supervisores clínicos da integração. Ao longo da análise que se segue serão apresentados exemplos das unidades de registo, de forma a expor e clarificar determinados aspetos.

Este primeiro domínio contextualiza a forma como é estruturado e organizado o processo de integração de novos enfermeiros. Assim, decorrente das narrativas dos enfermeiros supervisores clínicos da integração, foram definidas as seguintes categorias: pressupostos, abordagem, estratégias adotadas, tempo de integração e materiais de apoio.

Considerando que pressupostos são premissas fundamentais para essa estruturação e organização, tivemos em conta; os referenciais teóricos, os padrões de qualidade, transmitir normas e valores, a especificidade da pediatria e a complexidade de cuidados.

A primeira categoria é então, ter em conta os referenciais teóricos. Sabemos que os referenciais teóricos em enfermagem têm sido reconhecidos pela influência positiva que exercem na prática. O recurso a estes referenciais teóricos para orientar a prática contribuirá para uma atuação mais efetiva e dirigida ao foco do cuidar, que na pediatria em particular é a criança e os pais. A este respeito, os enfermeiros supervisores clínicos da integração, referem aspetos interessantes que vale a pena salientar.

E3. "...principalmente a quem vem de fora do pediátrico devemos ensinar os referenciais teóricos que nos estão por base."

E6. "... nomeadamente as teorias que estão por trás do processo de cuidados... estes são os primeiros pressupostos. (...) a construção do processo de enfermagem é baseada nos referenciais teóricos..."

A qualidade em saúde tem sido uma preocupação formalmente assumida por várias instituições internacionais, que aponta como determinantes para a qualidade em saúde, o estabelecimento de padrões de qualidade. Se por um lado os padrões de qualidade fornecem uma estrutura para definir um novo rumo e proporcionam as bases para uma prática de enfermagem de qualidade, também exigem dos enfermeiros uma atuação congruente. Assim, ter em conta os padrões de qualidade foi um aspeto realçado por dois enfermeiros.

E2. "Devemos ter em conta os padrões de qualidade do serviço e da instituição..."

E9. "O processo de integração deve ser orientado por padrões de qualidade..."

O hospital pediátrico em geral e o serviço onde decorreu este estudo em particular têm a sua própria missão, visão e valores. Todos os profissionais que aqui trabalham procuram aderir à filosofia da instituição. Assim, transparece a importância deste aspeto, uma vez que todos os entrevistados foram unânimes ao fazerem referência à importância de transmitir normas e valores aos elementos mais novos.

E2. "Para quem vem de novo é essencial transmitir os nossos valores e os valores da nossa casa que é o hospital pediátrico"

E3. "...tentando inculcar-lhe valores como o respeito pelo ser humano, compreensão, tranquilidade, saber estar e saber esperar..."

Quem trabalha em pediatria sabe que esta não é apenas uma área da medicina, mas uma vocação, que tem como alicerce o amor à criança e o gosto de tratar a criança. Ter em conta a especificidade da pediatria foi referido por alguns dos entrevistados.

E2. "A pediatria tem especificidades próprias. (...) que tenham interiorizado a especificidade da pediatria..."

E6. "...temos que dar ênfase aos aspetos específicos da pediatria..."

Ter em conta a complexidade de cuidados foi referido pelas enfermeiras responsáveis pela integração e revela como este fator influencia a organização do processo de integração.

Integração de Novos Enfermeiros num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

E2. "...ficar com crianças com mais exigência de cuidados ou com cuidados mais diferenciados (...) Por vezes estes ficam muito ansiosos com a complexidade de cuidados e a integração torna-se mas difícil."

E6. "A organização do processo de integração também tem a ver com a complexidade de cuidados, temos que ter isso em conta..."

Relativamente à segunda categoria, abordagem inicial feita ao enfermeiro que está a ser integrado, podemos ver que estes enfermeiros têm em conta diversos aspetos. O relacionamento interpessoal, conhecer a origem dos enfermeiros, valorizar a experiência profissional, promover a prática reflexiva e promover a motivação profissional. Pelas citações dos entrevistados podemos inferir que é esta primeira abordagem que vai ditar o resto da integração.

A nível do relacionamento interpessoal fica claro que o conhecimento do outro e o relacionamento mútuo são considerados essenciais nesta fase do processo.

E4. "As estratégias que mentalmente elaboro.....prendem-se com o conhecimento de ambas as partes..."

E6. "...o primeiro passo é saber quem é essa pessoa... no fundo perceber o percurso dessa pessoa."

Tal como, conhecer a origem dos enfermeiros, é fundamental no planeamento da integração destes.

E2. "Tenho em conta a origem dos enfermeiros recém-formados."

E9. "Numa fase inicial é muito importante saber a origem dos novos enfermeiros para percebermos as suas experiências anteriores."

A questão da valorização da experiência profissional determina muitas vezes a facilidade ou dificuldade com que se adaptam à nova realidade. Por outro lado, pode influenciar na programação do tempo de integração.

E2. "No fundo valorizo a experiencia profissional que têm."

E9. "A experiência dos novos enfermeiros, a sua facilidade ou dificuldade em se adaptarem às práticas de cuidados intensivos."

Promover a prática reflexiva é fundamental em todos os contextos da prática de cuidados, assumindo um papel importantíssimo quando se trata de cuidados intensivos. Refletir sobre as práticas e sobre as vivências ajuda o profissional a crescer e a melhorar a sua atuação.

Integração de Novos Enfermeiros num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

E6. "Os períodos de reflexão ajudam-nos a crescer e a ultrapassar algumas dificuldades..."

E9. "É na análise reflexiva que muitas vezes se percebem dificuldades e se encontram caminhos para as contornar."

Promover a motivação profissional é também uma das preocupações dos enfermeiros supervisores clínicos da integração. O desempenho de um enfermeiro depende muitas vezes de algo que o inspire para manter um sentimento de motivação ao desempenhar as suas funções. É por isso fundamental procurar sempre novas maneiras de motivar os profissionais e a equipa de forma a garantir um bom desempenho profissional.

E3. "Durante a integração tenho muito em conta a motivação para aprender, dou muito valor ao crescimento e desenvolvimento profissional."

E6. "...a motivação, o que os fez querer vir para aqui, são fatores essenciais para um bom desenvolvimento..."

As estratégias adotadas pelos enfermeiros supervisores clínicos da integração para melhor conduzirem este processo constitui a terceira categoria. Assim, temos como principais estratégias, estabelecer objetivos, acompanhamento personalizado, transmitir experiência, cuidar da criança, autonomia progressiva, avaliações intercalares e otimizar oportunidades de aprendizagem.

Estabelecer objetivos é a primeira estratégia apontada pelos entrevistados. A definição de objetivos é o primeiro passo concreto para alcançar os nossos sonhos ou, neste caso, para alcançar uma meta definida. Os objetivos são essenciais para definir o percurso a percorrer.

E2. "...traçamos um plano... de acordo com o que eu considero que são as maiores dificuldades"

E9. "...ter metas e objetivos de desempenho pessoais."

Outra estratégia é o acompanhamento personalizado. Os enfermeiros supervisores clínicos da integração referem a importância do acompanhamento e supervisão de cuidados como essencial na fase inicial da integração.

E3. "...esta fase requer muito acompanhamento"

E4. "...seguindo-se a orientação e acompanhamento sobre a estrutura e aspetos práticos do serviço."

Dois enfermeiros salientam a importância de transmitir a experiência por eles já adquirida. De facto, o saber fazer em enfermagem é muito importante. Como vimos pela caracterização dos entrevistados, os enfermeiros supervisores clínicos da integração têm todos muitos anos de experiência o que é sem dúvida uma mais-valia no processo de ensino.

E3. "Procuo transmitir a minha experiência quer nos aspetos técnicos quer a nível relacional"

E9. "...acima de tudo transmitir a nossa experiência em todas as áreas..."

Um dos enfermeiros refere que uma das estratégias iniciais é que o novo elemento saiba cuidar da criança. No contexto do seu discurso percebe-se que é importante que o enfermeiro que está a ser integrado veja a criança como um todo e saiba interpretar os sinais que a própria criança lhe transmite.

E2. "...a minha preocupação inicial é que os novos enfermeiros comecem por saber cuidar da criança propriamente dita."

A questão da autonomia progressiva é verbalizada por dois enfermeiros e remete para a ideia de que a aprendizagem e o desenvolvimento se constroem lenta e progressivamente com rumo à autonomia na prestação de cuidados.

E2. "Ficamos os dois com as crianças que nos estão distribuídas e à medida que o tempo vai passando....este vai ficando primeiro com uma criança (...) posteriormente com duas crianças à sua responsabilidade...tudo depende da evolução."

E6. "À medida que o tempo vai passando vão-se tornando cada vez mais autónomos nos cuidados..."

Outro aspeto salientado pelos enfermeiros é o da necessidade de avaliações intercalares. Por um lado, uns referem esses momentos de avaliação como momentos informais entre quem integra e quem é integrado por forma a haver um feedback da evolução e da aprendizagem, por outro lado outro enfermeiro fala em momentos de avaliação com a enfermeira chefe, sendo esta um dos intervenientes do processo de integração.

E6. "...é muito importante ir tendo reuniões regulares com a enfermeira chefe para ir percebendo em que estado de aprendizagem está o novo elemento."

O serviço onde decorre o estudo, pelas suas características, oferece múltiplas oportunidades de aprendizagem, no entanto, é da responsabilidade do enfermeiro que

integra procurar rentabilizar e otimizar essas oportunidades em tempo útil, ao longo do período de integração.

E3. "...muitas vezes é preciso procurar as oportunidades de aprendizagem mesmo que isso exija ajustes na distribuição dos doentes."

E6. "...por vezes temos que ser nós a encontrar oportunidades para o novo enfermeiro ver e aprender coisas novas."

A quarta categoria refere-se ao que pensam os enfermeiros sobre o tempo de integração. Depois de analisadas as narrativas, optou-se por construir apenas uma subcategoria. Essa categoria remete-nos para a ideia de que o tempo de integração deve ser personalizado.

Assim a subcategoria é, personalizado. Todos os entrevistados são unânimes nas suas respostas ao dizerem que o tempo de integração deve ter em conta, as experiências anteriores, a aprendizagem da pessoa e as suas características.

E2. "...não há um tempo que se possa considerar igual para todos."

E4. "...não pode ser estanque, pois os processos de aprendizagem são assimilados de forma diferente por cada pessoa."

E9. "O tempo de integração deve ser flexível... ter em conta as características pessoais e experiência profissional."

O conteúdo das entrevistas permite-nos ainda fazer uma análise a outras vertentes do mesmo assunto. Assim, o tempo apontado para a duração da integração é de seis meses.

E4. "O tempo preconizado para a integração dos enfermeiros deveria ser seis meses."

E9. "Nunca inferior a seis meses."

Dois dos entrevistados salientam o facto do enfermeiro que está a ser integrado dever permanecer no grupo da pessoa que o integrou por mais algum tempo.

E2. "...devia permanecer no grupo da pessoa responsável pela integração pelo menos durante algum tempo após a integração."

E6. "Parece-me importante, no sentido de ser um mês de teste, manter-se no grupo da pessoa que a integrou."

No que se refere aos materiais de apoio e à semelhança do que foi referido pelos enfermeiros recentemente integrados, também estes enfermeiros referem como

materiais mais utilizados, normas, protocolos, internet, procedimentos específicos, tabelas de terapêutica, manuais de boas práticas e manuais de equipamentos.

Relativamente às normas, as referências encontradas são;

E2. "Utilizo material ao dispor no serviço como normas..."

Dois enfermeiros referem utilizar os protocolos.

E2. "...protocolos..."

Também a internet é utilizada no apoio ao ensino.

E9. "...apoio informático e internet..."

Os procedimentos específicos (PEs) assumem mais uma vez o papel de destaque tendo sido referido por todos os entrevistados.

E2. "...e agora com o processo de acreditação e com os PEs tudo fica mais facilitado"

E3. "...os PEs têm muita informação importante para os vários procedimentos..."

As tabelas de terapêutica são uma ferramenta muito importante no apoio ao ensino e aprendizagem de tudo o que diz respeito à preparação e administração de terapêutica. Como sabemos as terapêuticas em pediatria e neonatologia têm particularidades muito específicas. Estas tabelas contêm, reconstituições, diluições, compatibilidades, tabelas de drogas de emergência com os cálculos já feitos para situações emergentes, particularidades de cada medicamento, e outros aspetos muito importantes que facilitam os cuidados de enfermagem nesta área.

E3. "Muitas vezes utilizo materiais para facilitar a aprendizagem, por exemplo as tabelas terapêuticas..."

E9. "As tabelas terapêuticas e as capas com informação complementar das terapêuticas são muito uteis."

Os manuais de boas práticas têm por objetivo especificar e consolidar as normas de qualidade que devem presidir aos cuidados de saúde, assim, são também um aliado importante que facilita a aquisição de conhecimentos.

E9. "...os manuais de boas práticas são muito importantes..."

Por fim os manuais de equipamentos, mais uma vez referidos por vários enfermeiros, assumem um papel importante na área mais técnica.

Integração de Novos Enfermeiros num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

E2. "...os manuais de equipamentos em conjunto com o ensinar a montar e testar os mais variados equipamentos"

E6. "Os manuais de equipamentos, quando são coisas ligadas a técnicas"

Primeiro domínio – Estruturação e organização do processo de integração				
CATEGORIA Pressupostos	CATEGORIA Abordagem	CATEGORIA Estratégias adotadas	CATEGORIA Tempo de integração	CATEGORIA Materiais de apoio
• SUBCATEGORIAS • Ter em conta os referenciais teóricos • Ter em conta os padrões de qualidade • Transmitir normas e valores • Ter em conta a especificidade da pediatria • Ter em conta a complexidade de cuidados	• SUBCATEGORIAS • Relacionamento interpessoal • Conhecer a origem dos enfermeiros • Valorizar a experiência profissional • Promover a prática reflexiva • Promover a motivação profissional	• SUBCATEGORIAS • Estabelecer objetivos • Acompanhamento personalizado • Transmitir experiência • Cuidar da criança • Autonomia progressiva • Avaliações intercalares • Otimizar oportunidades de aprendizagem	• SUBCATEGORIAS • Personalizado	• SUBCATEGORIAS • Normas • Protocolos • Internet • Procedimentos específicos (PEs) • Tabelas terapêutica • Manuais de boas práticas • Manuais de equipamentos

Figura 7 - Categorias e subcategorias do primeiro domínio das entrevistas aos enfermeiros supervisores clínicos da integração

Os resultados esperados do processo de integração constituem o segundo domínio com o qual pretendemos aferir quais os resultados a atingir no final do período de integração. Assim, foi estabelecida apenas uma categoria. As respostas dos entrevistados apontam para resultados interessantes e expressam que os novos enfermeiros devem ser capazes de dar resposta às exigências que lhe são colocadas, prestar cuidados de forma autónoma, ter capacidade de decisão, sentir gosto pela pediatria, prestar cuidados de excelência e construir a sua identidade profissional.

Podemos então ver alguns excertos das suas narrativas que ilustram estes aspetos.

Os novos enfermeiros devem conseguir dar resposta às exigências que lhe são colocadas, sejam elas técnicas, científicas ou relacionais.

Integração de Novos Enfermeiros num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

E6. "...todos os dias nos deparamos com muitas exigências, técnicas e relacionais e quero preparar o novo enfermeiro para dar resposta a essas exigências."

Pretende-se de facto que no final da integração, estes sejam capazes prestar cuidados de forma autónoma a dois doentes de cuidados intensivos ou a três doentes de cuidados intermédios.

E2. "O que espero conseguir no final deste período é que possam ser autónomos na prestação de cuidados."

E9. "No final deste período o novo enfermeiro deve ser capaz de prestar cuidados de forma global a doentes de cuidados intensivos...."

Os enfermeiros constituem um grupo profissional privilegiado no que concerne à temática da tomada de decisão, pelo contacto direto que têm com as pessoas de quem cuidam ao longo das várias etapas do ciclo vital. Neste caso, as crianças, apresentam problemáticas diversas, complexas, mutáveis e muitas vezes mal definidas, implicando diretamente algum tipo de decisão relativamente à sua situação de saúde. Nesta perspetiva, pretende-se que o enfermeiro tenha capacidade de decisão.

E4. "Pretendo que o novo enfermeiro evolua na capacidade de tomada de decisão em situações complexas..."

E9. "Melhoria da prática profissional visando a autonomia gradual no processo de tomada de decisão..."

O gosto pela pediatria distingue os enfermeiros que aqui trabalham dos demais. É nossa intenção incutir esse gosto aos elementos mais novos. Este aspeto é referido por três enfermeiros como vemos nas citações abaixo descritas.

E2. "...como é gratificante cuidar de crianças. (...) Os enfermeiros que aqui trabalham têm que gostar de pediatria..."

E3. "...criaria nos mesmos um sentimento de pertença ao local de trabalho e à instituição..."

E9. "...entre outras coisas aquele sentimento de que estamos na nossa casa, é o que nos distingue dos outros."

Este serviço tem como missão prestar cuidados de saúde de elevada qualidade e diferenciação a todas as crianças que nele são admitidas. É ainda nosso propósito garantir uma medicina de excelência, baseada no conhecimento científico, no respeito

pelos valores humanos e pelo superior interesse da criança. Neste contexto, prestar cuidados de excelência foi salientado pela maioria dos enfermeiros entrevistados.

E2. "Como sabemos o pediátrico caracteriza-se por prestar cuidados de excelência e gosto de pensar que a UCI em particular se esforça para manter esse nível de cuidados."

E4. "...que esteja apto a conceber e implementar cuidados de excelência à criança/família, com humanismo e eficiência."

Por ultimo, outro resultado que se pretende atingir é o desenvolvimento da construção da identidade profissional.

E9. "O desenvolvimento da construção da sua identidade profissional."

Segundo domínio – Finalidade do processo de integração	
CATEGORIA Resultados a atingir	
• SUBCATEGORIAS	
• Dar resposta às exigências • Prestar cuidados de forma autónoma • Ter capacidade de decisão • Gosto pela pediatria • Prestar cuidados de excelência • Construção da identidade profissional	

Figura 8 - Categorias e subcategorias do segundo domínio das entrevistas aos enfermeiros supervisores clínicos da integração

O domínio que se segue reporta-se às vivências dos enfermeiros sobre o processo de integração, permitindo uma reflexão sobre as dificuldades sentidas durante esse período e as sugestões de melhoria apontadas pelos enfermeiros supervisores clínicos da integração.

Neste contexto, temos como primeira categoria as dificuldades sentidas relativas ao processo de integração. Estas dificuldades prendem-se com questões da própria organização do serviço e também com as características dos enfermeiros.

A primeira dificuldade referida foi ter pouca disponibilidade. Sabemos que é importante para um enfermeiro em integração ter um doente complexo e por isso com múltiplas

oportunidades de aprendizagem. Por outro lado, o enfermeiro supervisor clínico da integração, sendo ele o responsável pelo doente, se tiver sempre distribuídos doentes com muitos cuidados resta-lhe pouco tempo para dedicar ao ensino do novo enfermeiro.

E6. "Também temos que ter a noção que se tivermos sempre doentes distribuídos muito complexos, não temos tempo para dedicar à pessoa que está em integração."

Neste momento não temos manual de integração que oriente e sistematize as práticas de atuação neste período. O mesmo facto foi referido por três enfermeiros que deixaram subjacente essa necessidade e a importância do mesmo na questão de promover a homogeneidade do processo de integração no serviço.

E4. "Senti a falta da existência de um programa de acolhimento, estruturado, pois a dinâmica é complexa e diversificada (...) Falta de um manual de integração estruturado, de modo a promover a homogeneidade dos processos de integração no serviço."

A escassez de recursos humanos aliada ao rácio inapropriado enfermeiro doente também traz constrangimentos porque tendo muitos doentes distribuídos resta pouco tempo para outras atividades dirigidas ao novo enfermeiro. Por outro lado, surge a necessidade de encurtar o período de integração para que este esteja apto a prestar cuidados sozinho, mais rapidamente.

E4. "Escassez de recursos humanos, necessidade rápida do novo elemento desenvolver trabalho."

E9. " Outro aspeto importante é um rácio inapropriado de enfermeiros por doente..."

A última dificuldade mencionada pelos enfermeiros são as características das pessoas a integrar. Podemos ver pelos seus relatos que a vontade e o empenho do novo enfermeiro são fatores de grande influência no processo de aprendizagem. Por outro lado, por vezes são pessoas com tantas dificuldades que tornam necessariamente o processo mais longo e complicado.

E6. "Às vezes já não sabes o que podes fazer para dar resposta às dificuldades das pessoas que estão a ser integradas. (...) tem tudo a ver com as características das próprias pessoas..."

A segunda categoria refere-se às sugestões de melhoria apresentadas pelos enfermeiros supervisores clínicos da integração no sentido de otimizar o processo de integração mantendo a eficiência do seu desempenho.

A primeira sugestão vem na tentativa de dar resposta a uma das dificuldades apresentadas e prende-se com a existência de um programa de integração. Dois enfermeiros referem que seria vantajoso existir um manual de integração, documento claro e personalizado.

E6. "Considero vantajoso existir um manual de integração, um documento interno onde sejam bem claros os aspetos a abordar numa integração..."

E9. "Era importante investirmos num programa personalizado de integração para que o novo enfermeiro se sinta mais à vontade."

Outro aspeto é existir um plano de formação. No sentido de otimizar o período de integração, estes profissionais consideram importante a criação de um plano de formação em parceria com o enfermeiro responsável pela formação em serviço, versando as temáticas mais importantes relativas a cuidados intensivos pediátricos.

E2. "No meu entender...era existir um programa mais ou menos formal...que era um programa de formação, com sessões de formação sobre os mais variados temas."

O facto de a integração ser orientada por vários enfermeiros não é benéfico, na opinião destes profissionais, uma vez que, na sua opinião, confunde os novos enfermeiros com diferentes formas de trabalhar. Sugerem então que a integração seja feita apenas por um enfermeiro.

E6. "As integrações feitas por dois elementos confundem o novo enfermeiro...porque as pessoas têm formas diferentes de trabalhar e numa fase inicial é importante seguir a mesma linha de pensamento."

E9. "...a integração deve ser feita apenas por um enfermeiro para que o novo elemento tenha uma referência e não se disperse com diferentes formas de trabalhar..."

Promover o desenvolvimento de capacidades deve ser também um dos objetivos dos enfermeiros supervisores clínicos da integração, tendo um dos entrevistados dado sugestões de como incrementar esse mesmo desenvolvimento.

Integração de Novos Enfermeiros num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

E6. "Uma das coisas que me parece muito interessante é poder ter acesso à sala biomédica que existe no CHUC onde existem manequins para simulação, seria uma forma excelente para desenvolver capacidades."

E9. "Desenvolver capacidades e habilidades através da aprendizagem e das experiências."

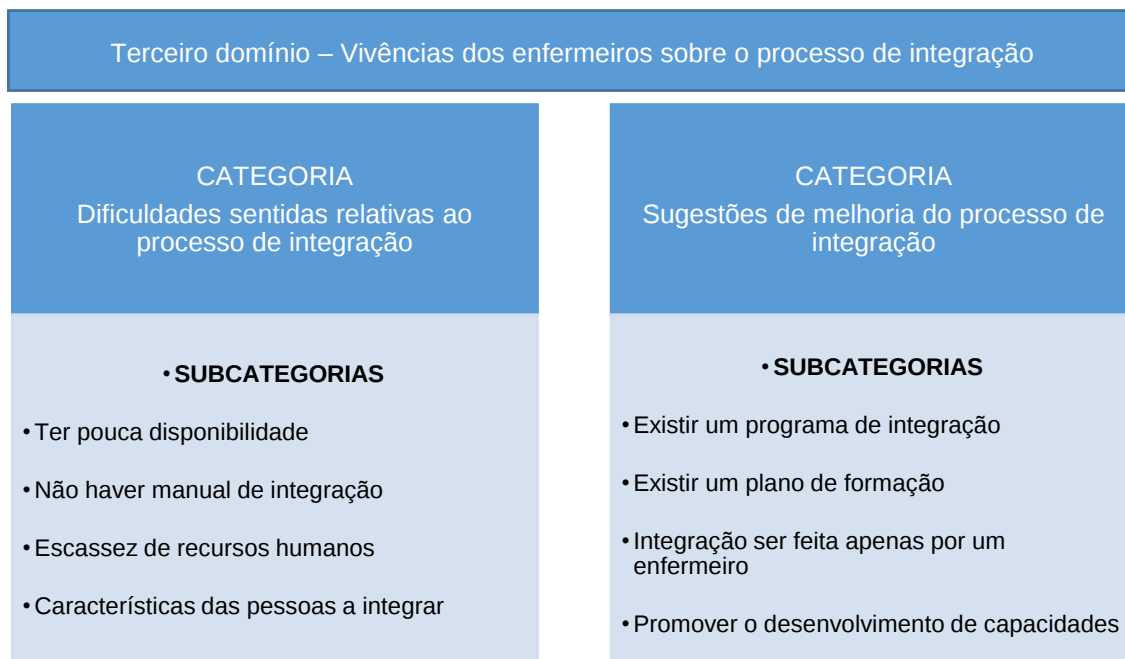


Figura 9 - Categorias e subcategorias do terceiro domínio das entrevistas aos enfermeiros supervisores clínicos da integração

O quarto e último domínio diz respeito às competências relacionais mobilizadas. As competências relacionais determinam a qualidade da interação entre as pessoas e promovem o crescimento pessoal, tornando os relacionamentos mais saudáveis e construtivos. Relacionar-se bem é uma questão de escolha para viver em harmonia consigo mesmo e com os outros, uma questão que consideramos essencial neste período sensível e decisivo na vida destes enfermeiros.

Assim construíram-se duas categorias, atitudes e valores na interação com o outro e estratégias motivacionais.

Da categoria atitudes e valores na interação com o outro emergem as seguintes subcategorias; respeito, disponibilidade, estima e espírito colaborativo.

O respeito é um dos valores mais importantes do ser humano e tem grande importância na interação social, neste caso em particular, estimula o crescimento do outro demonstrando por ele apreço e consideração.

E3. "...o respeito pelo novo colega, seja mais velho ou mais novo, é essencial"

E4. "...mantenho sempre o respeito pela pessoa que estou a integrar."

A disponibilidade é também referida por três enfermeiros como um fator importante. Consideramos que a disponibilidade é a possibilidade do enfermeiro supervisor clínico da integração estar presente quando necessário. A disponibilidade refere-se também à presença funcional que faz com que seja possível dar respostas, resolver problemas ou simplesmente proporcionar ajuda quando necessário.

E4. "...mesmo que às vezes seja difícil temos que procurar ter disponibilidade para ensinar..."

Os entrevistados também referem a estima pelo outro enfermeiro como uma prioridade na tentativa de os fazer sentir melhor. Consideramos a estima como um sentimento de amizade, de apreço, em relação ao outro.

E3. "...outra das minhas prioridades é a estima dos novos enfermeiros..."

E6. "...para os fazermos sentir melhor, faz toda a diferença a estima que se cria..."

O espírito colaborativo assume um papel crucial no contexto onde decorre o estudo. Sendo um serviço de cuidados intensivos pediátricos esse espírito torna-se ainda mais decisivo para o sucesso de muitas intervenções.

A colaboração envolve enfermeiros com uma variedade de competências que trabalham em conjunto para alcançar um objetivo comum que é cuidar da criança e pais.

E6. "Ter muita atenção ao espírito colaborativo que é muito importante em cuidados intensivos."

Neste caso, o processo de ensino aprendizagem ocorre no contexto de uma relação interpessoal entre dois enfermeiros. A qualidade desta relação tem necessariamente repercussões ao nível da qualidade da aprendizagem. Assim, os entrevistados mencionam algumas estratégias motivacionais que, estando intimamente ligadas às atitudes e valores na interação com o outro, fomentam a aprendizagem dos enfermeiros recentemente integrados.

A primeira estratégia referida é estabelecer uma comunicação verbal e não-verbal eficaz. A comunicação constitui-se como um fator de extrema importância para que possamos transmitir informações, factos, ideias, desejos, etc., tornando-se evidente que

Integração de Novos Enfermeiros num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

quem não comunica eficazmente, acaba por ficar fora do círculo que nos permite sentir parte integrante. É esta a ideia transmitida pelas citações que se seguem.

E2 "...devemos manter sempre uma boa comunicação, por vezes um olhar ou uma palavra de incentivo são importantes..."

E3. "Um aspeto muito importante é relativamente à comunicação verbal e não-verbal.

Um dos entrevistados menciona a importância do encorajar e motivar o novo enfermeiro, por um lado para enfrentar as dificuldades que possam surgir e por outro lado no sentido de estimular a aprendizagem.

E3. "Sendo uma integração que em princípio não vai ser fácil temos que saber encorajar o colega para enfrentar as dificuldades (...) Uma das minhas prioridades é a motivação, o seu interesse na aprendizagem e alguma humildade das duas partes. (...) o novo enfermeiro deve estar motivado..."

Estabelecer uma relação de confiança foi outro aspeto referenciado por três enfermeiros que pretendem demonstrar a sua importância nesta fase de integração.

A construção da confiança no local de trabalho e nas relações de trabalho é um desafio para os enfermeiros. Sabemos que a confiança gera sentimento de pertença e unifica os diferentes pontos de vista que possam existir. Assim, uma boa relação de confiança é também um poderoso recurso para motivar o outro.

E2. "Relação cordial e atenta com o enfermeiro a integrar..."

E3. "...mantendo em todo o processo uma relação de confiança de forma a dar mais motivação..."

O ambiente da prática determina em grande parte a qualidade da prestação de cuidados de enfermagem. Deste modo, criar um ambiente acolhedor, é na opinião destes profissionais um fator determinante ao bom desempenho profissional uma vez que todas as pessoas são influenciadas pelo ambiente.

E3. "...é importante que se crie um ambiente acolhedor, de confiança e que não se crie stress e medo..." (...) promovo a motivação fazendo-o sentir bem acolhido..."

E6. "O ambiente, bom ou mau, que se cria faz toda a diferença no bom desempenho, a pessoa é muito influenciada pelo ambiente."

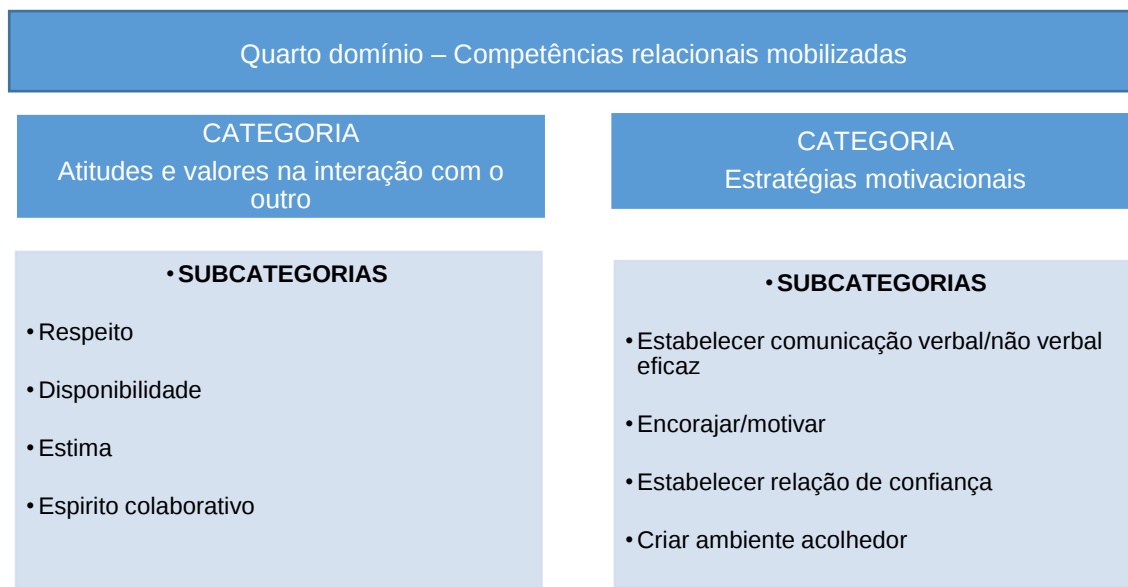


Figura 10 - Categorias e subcategorias do quarto domínio das entrevistas aos enfermeiros supervisores clínicos da integração

3.1.4. Síntese e discussão

No seguimento da análise das entrevistas, procurámos estabelecer um paralelismo entre os resultados encontrados e o que nos dizem os autores referenciados na fundamentação teórica e apresentar as implicações para a prática de cuidados. Para o enriquecimento desta discussão foi determinante não só a nossa experiência como enfermeiros de cuidados intensivos bem como a nossa vivência como enfermeiros que integram novos enfermeiros no serviço.

Pensamos que as entrevistas semiestruturadas foram a melhor opção para colher a informação de que necessitamos, porque apesar de orientarem para os temas a abordar, dão a oportunidade de todos dizerem o que pensam sobre o assunto podendo alargar o seu pensamento para além do que é perguntado.

Reforçamos a ideia da importância das entrevistas aos enfermeiros do serviço, porque é através dos seus relatos e opiniões sobre a temática em estudo, que melhor pudemos perceber as suas necessidades e expectativas sobre o assunto.

Reconhecemos que o número de entrevistados não foi muito alargado, no entanto, pensamos ser representativo da população em estudo. Os enfermeiros entrevistados responsáveis pela integração, são os que de facto integram novos elementos no serviço e os enfermeiros recentemente integrados são os mais recentes no serviço desde há

cinco anos a esta parte, de salientar que tem sido muito reduzida a entrada de novos enfermeiros, no serviço e na instituição, fenómeno que tem sido observado a nível nacional. Nenhum destes enfermeiros recentemente integrados é recém-formado.

Para nós faz todo o sentido as entrevistas terem sido realizadas a ambos os grupos, enfermeiros recentemente integrados e enfermeiros supervisores clínicos da integração, uma vez que os diferentes pontos de vista por eles apresentados sobre as várias temáticas são, não só fundamentais, como enriquecem a discussão traduzindo-se em ganhos na construção do programa de integração. Lembramos que este documento pretende ser uma ferramenta facilitadora para ser utilizada por todos os intervenientes no processo.

Este foi um estudo do qual emergiu uma grande riqueza de dados, com uma grande abrangência de contributos valiosos para a compreensão do problema, o que apesar de ser uma mais-valia, acabou por ser também uma limitação, visto que, não só tornou o processo de análise de conteúdo moroso, mas também, criou dificuldades no momento de sintetizar a informação por forma a redigir este relatório. Com empenho e investimento, estes acabaram por ser obstáculos que foram sendo ultrapassados com o decorrer do tempo.

Os achados deste estudo levam-nos a refletir sobre inúmeros aspetos inerentes ao tema em estudo, não podemos esquecer que estamos perante um relatório de trabalho projeto, em que o objetivo é a construção do projeto de intervenção no serviço. Assim, esta discussão é pertinente uma vez que os resultados encontrados são contributos valiosos para a elaboração do programa de integração.

PERSPETIVAS DOS ENFERMEIROS RECENTEMENTE INTEGRADOS

A primeira pergunta colocada aos enfermeiros recentemente integrados vai ao encontro da questão da estruturação e organização do processo de integração e aborda os aspetos mais importantes durante esse período. Deste modo, após a análise das quatro entrevistas foi possível perceber que surge uma grande variedade de aspetos que os entrevistados consideram relevantes, demonstrando a importância que tem a estruturação e organização do processo de integração para estes profissionais.

De acordo com as respostas dos entrevistados, surgem cinco categorias: aspetos de estrutura, aspetos de processo, relacionamento interpessoal, tempo de integração e materiais de apoio.

Relativamente aos aspetos de estrutura, os entrevistados apontam entre outros, temas como a estrutura física e organizacional e conhecer a dinâmica do serviço enquanto elementos facilitadores a uma boa integração.

Todos os aspetos que têm a ver com o conhecimento do espaço físico, com o funcionamento da organização e do serviço facilitam a integração tornando mais fácil as atividades diárias do novo enfermeiro.

A entrada numa organização constitui uma das fases mais complexas da vida organizacional. É durante este período de tempo que os novos funcionários conhecem a organização e decidem se se adaptam ou não (Ashford & Taylor, 1990; Hulin, 1991; Nicholson, 1984 citados por Kammeyer-Mueller & Wanberg, 2003 citado por Ferreira, 2008).

O acolhimento no local de trabalho ou na equipa é mais específico e engloba: a apresentação do posto de trabalho; a apresentação à equipa e aos colegas da área onde esta está inserida, bem como interlocutores com quem o contacto será permanente; uma visita a locais estratégicos; a disponibilização de informação importante para a realização da função; a disponibilização de contactos indispensáveis para a resolução de problemas informáticos, de logística, entre outros (Mosquera, 2002; Peretti, 2001 citados por Ferreira, 2008).

Também o conhecer regras e normas do próprio serviço e da instituição foi importante para dois enfermeiros.

Quando o enfermeiro é admitido num serviço passa por uma fase de influência de grupo e por um processo de adaptação às normas e protocolos institucionais, na medida em que vai desenvolvendo atividades que se constituem como processos proximais. É nesta nova fase de adaptação do indivíduo, no início da prática profissional ou numa nova área de prestação de cuidados, que ocorre a integração com a equipa multidisciplinar e com o meio organizacional (França, 2013; Macedo, 2012).

Os referenciais teóricos da instituição e do serviço foram referidos por um dos entrevistados.

Para Bilhim (1996), a cultura significa mais do que as normas ou os valores do grupo, traduzindo-se sim numa resposta genérica aos problemas que podem surgir e que assenta em sucessos conseguidos perante situações anteriores.

No que diz respeito aos aspetos de processo podemos concluir que os entrevistados realçam dois aspetos, a dinâmica dos diferentes turnos e a boa receção por parte da equipa.

Estas experiências corroboram as relatadas por outros enfermeiros em situação de integração profissional, como é o caso dos participantes no estudo de Silvestre (2012), em que foram recebidos na instituição pela enfermeira diretora ou adjunta, que, regra geral, lhes apresentaram a instituição e deram a conhecer os seus princípios orientadores. Após esta reunião inicial, no primeiro dia, afirmam terem sido distribuídos pelos respetivos serviços, assim como apresentados à equipa multidisciplinar.

Outros enfermeiros fazem referência à importância de estabelecer objetivos e de que forma estes devem ser adequados às oportunidades criadas e às experiências vivenciadas.

Assume-se que a integração de um enfermeiro num serviço, enquanto período promotor do desenvolvimento profissional para agir em situação, está relacionada com os quatro elementos essenciais ao desenvolvimento humano — Pessoa, Processo, Contexto e Tempo. Neste sentido, a questão que se coloca sobre o processo de integração dos enfermeiros e a respetiva supervisão, relaciona-se sobretudo, com a necessidade de se traçarem objetivos e um plano apropriado a cada serviço, que ajude os novos profissionais a não se sentirem estranhos na instituição e serviço, mas sim elementos inseridos na equipa desde o primeiro dia, ou seja, que se sintam seguros na execução das atividades inerentes à prestação de cuidados e que possuam um sentimento de pertença à organização e local de trabalho (Macedo, 2012).

A formação sobre o funcionamento dos equipamentos é também importante uma vez que todos os entrevistados deram relevância a este aspeto

Todos os enfermeiros, sem exceção, valorizam aspetos ligados à prática de cuidados ao identificarem como fatores importantes, os procedimentos autónomos e interdependentes e o desenvolvimento e aquisição de saberes e capacidades.

Os cuidados de enfermagem são definidos como “intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais” (Decreto-lei n.º 161/96, p. 2960), tendo sido criada uma listagem de funções e competências, divididas entre intervenções autónomas e interdependentes.

Segundo a OE (2009), a supervisão clínica é um processo formal de suporte profissional e de aprendizagem que tem como objetivo o desenvolvimento de conhecimentos, competências, o assumir progressivo de responsabilidades na prática diária e na tomada de decisão com destaque à proteção e segurança em situações clínicas mais complexas.

O investimento pessoal, importante e decisivo no desenvolvimento e aprendizagem de novos enfermeiros, surge referido apenas por um enfermeiro.

Como refere Amendoeira (2009), o profissional constrói-se a partir da qualificação para a aquisição e desenvolvimento de competências, mobilizando os saberes em situação concreta, o que merece uma reflexão séria pelas implicações que daí são decorrentes para o desenvolvimento da profissão.

Os enfermeiros que optam por aqui trabalhar consideram importante a capacidade do cuidar da criança gravemente doente e sua família.

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. (OE, 2011b, p. 8656)

Uma das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica segundo o Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros é a seguinte:

Mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias.

No contexto das organizações, o relacionamento interpessoal é de extrema importância. Sabemos que um relacionamento interpessoal positivo e bem-sucedido contribui para um bom ambiente dentro do serviço, podendo influenciar a produtividade e o bom desempenho profissional.

A integração na equipa é de suma importância, já que, por meio desta, o novo enfermeiro pode sentir-se realmente como fazendo parte do serviço e assim estar muito mais satisfeito. Além disso, a própria equipa de trabalho pode atuar com maior sinergia, aumentando o sucesso e a satisfação em tudo que é feito. Este aspeto é mencionado por um dos entrevistados.

A interação é um processo recíproco entre funcionário e organização. A organização, remunera o funcionário, dá-lhe segurança e *status*. Por outro lado, o funcionário responde trabalhando e desempenhando as suas funções da melhor maneira (Lamy, 2010).

Outro aspeto referido é a questão da boa receção por parte da equipa.

Estas opiniões fundamentam a perspetiva de Vaz Serra (2007), que considera que se existirem boas relações interpessoais dentro de uma empresa, estas determinam uma melhor saúde e bem-estar do indivíduo e aumentam a capacidade de envolvimento no trabalho. Assim, ser-se bem acolhido no hospital e na equipa de enfermagem, irá repercutir-se em todo o processo e no desempenho profissional, dado que o processo de integração é um período crítico, fortemente influenciado e influenciador do bem-estar pessoal e satisfação profissional (Pinheiro, 2012).

O período de integração constitui-se como uma fase crucial da adaptação e do desenvolvimento de um relacionamento saudável entre o novo enfermeiro e a restante equipa, sobretudo com o supervisor, onde cada uma das partes aprende a ajustar-se à outra, reduzindo o medo e a insegurança. Nesta fase, o estabelecimento de uma relação supervisiva entre o enfermeiro recém-admitido e o enfermeiro supervisor é de crucial importância para todo o processo (Macedo, 2012).

Outra categoria que se enquadra neste domínio é o tempo de integração. O período de integração atual é de três meses, podemos concluir pelas respostas que existe uma diversidade de opiniões no que diz respeito a esta questão, são elas:

Dois dos entrevistados referem ser insuficiente, outros dois dizem que o tempo de integração é suficiente;

Durante a integração estes elementos não devem contar como elemento efetivo na prestação de cuidados, seja por escassez de recursos ou por outro motivo inerente à organização do serviço;

O tempo de integração deve ser adequado à especificidade e complexidade do serviço;

Apenas um elemento salienta o facto de o tempo de integração ser adaptado à pessoa em questão, uma vez que cada pessoa tem o seu tempo de aprendizagem e de adaptação.

Os programas de integração devem auxiliar a aceitação do enfermeiro pelo serviço, mais especificamente pela equipa de enfermagem, o mais rapidamente possível. Tal remete para a duração do processo de integração (tempo), que é variável, dependendo das necessidades imediatas e a longo prazo, do serviço e do enfermeiro em integração, assim como da facilidade de integração com que o novo elemento demonstre durante o processo. No entanto, a duração deste período de integração deve ser razoável, de modo a que o enfermeiro a integrar possa desenvolver as competências essenciais para o desempenho da sua atividade profissional (Macedo 2012).

Sob este ponto de vista, a integração apenas poderá ser bem conseguida se existir colaboração de todos os elementos da equipa de enfermagem, constituída pelos enfermeiros do serviço e o respetivo chefe, sem que com isso seja diminuída a responsabilidade do elemento em processo de integração, uma vez que todos os profissionais têm de assumir os resultados e as responsabilidades inerentes às suas práticas, sendo cada elemento uma peça fundamental para a construção do trabalho de equipa e, conseqüentemente, para a qualidade e continuidade dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes (Macedo, 2012).

Por fim surge a categoria relativa aos materiais de apoio. Os materiais de apoio disponíveis constituem-se como uma mais-valia, não só no ensino e na aprendizagem como na atualização de novos conhecimentos. Sendo um aspeto importante do nosso ponto de vista, foi muito consensual nas respostas. Os entrevistados salientaram como materiais usados durante este período em primeiro lugar os protocolos de serviço, também houve referência a livros e artigos científicos, os procedimentos específicos (PEs), os manuais de equipamentos e caderno de bolso.

Num estudo de Silvestre (2012), é referido que foram facultados um conjunto de documentos, normas e protocolos, fundamentais para facilitar a integração na dinâmica do serviço.

No que concerne às **vivências dos enfermeiros sobre a sua própria integração** temos a considerar, as dificuldades que os mesmos apontaram ter, relativamente ao próprio processo de integração, as dificuldades sentidas relativas à natureza e alvo dos cuidados e também as sugestões de melhoria apontadas pelos mesmos no sentido de minimizar essas dificuldades.

No que diz respeito às dificuldades sentidas relativas ao processo, os enfermeiros referiram ser mais do que um enfermeiro a integrar, a relação com a equipa, não haver objetivos definidos e fazer só o turno da manhã.

Os benefícios e os riscos da existência de um orientador durante o período de integração são enumerados por Greenberg e Baron (1995, citado por Mosquera, 2007). Os benefícios e os riscos enumerados são repartidos entre o novo elemento na organização e o orientador. Como benefícios para o novo elemento na organização, os autores apontam: o suporte afetivo e social facilitador da integração; a obtenção de informações de uma forma mais rápida; a existência de um interlocutor mais experiente que permita o esclarecimento de dúvidas e o fornecimento de apoio técnico personalizado.

Os riscos para o elemento em processo de integração são: a possibilidade de dependência afetiva, que pode atrasar a sua autonomia; possibilidade de ser sobrecarregado por trabalhos que seriam da competência do orientador e o risco de os conselhos do orientador não serem os mais apropriados.

No que concerne às dificuldades sentidas relativas à natureza e alvo dos cuidados, os entrevistados referiram a complexidade de cuidados; o facto de haver poucas oportunidades; a comunicação e relação com os pais; contactar com crianças em estado crítico e o juízo clínico.

Para D'Espiney (2003, p.182), “A prática profissional dos enfermeiros é indissociável da forma como está organizado o seu trabalho”. É neste esquema funcional, que se podem verificar algumas das dificuldades que os enfermeiros têm em aplicar no quotidiano os conhecimentos adquiridos ao longo da sua formação, levando por vezes à frustração e baixa qualidade de cuidados prestados.

Mishel refere que a incerteza associada à ansiedade e medo vivenciados pela pessoa em situação crítica e a sua família podem conduzir a pensamentos negativos e graves problemas emocionais futuros. Defende ainda que a influência da incerteza sobre os resultados psicológicos é medida pela eficácia das estratégias de *coping* na redução das mesmas (Tomme & Alligood, 2004).

Segundo os mesmos autores, o internamento em unidades de cuidados intensivos pode provocar alterações, não só na pessoa em situação crítica, como na sua família, acarretando mudanças no ciclo de vida familiar, com alterações de papéis, e implicando um processo de adaptação. Perante esta realidade torna-se fundamental a intervenção do enfermeiro de cuidados intensivos pediátricos, em compreender a singularidade de cada família, identificar as suas verdadeiras necessidades e ajudar na mobilização de estratégias de coping, de modo a facilitar a adaptação a esta nova fase de vida. Num serviço de cuidados intensivos pediátricos, a presença de crianças e adolescentes habitualmente em estado grave, conduz a que os profissionais de enfermagem priorizem as intervenções do domínio técnico, relegando para segundo plano as de cariz relacional, nomeadamente a comunicação com a família. Assiste-se, assim, a um cuidar mais tecnológico e centrado, maioritariamente, na doença. Neste sentido, embora a unidade de cuidados intensivos possua um ambiente totalmente diferente de outras unidades, não dispensa a humanização dos cuidados prestados, demonstrada pela atitude relacional dos enfermeiros com a criança e adolescente e os seus familiares.

Da análise das respostas dos entrevistados sobre as sugestões de melhoria no período de integração, podemos concluir que todos eles apresentam sugestões de melhoria. A primeira sugestão é haver reuniões intercalares de avaliação.

A avaliação do processo do processo de integração deve ser efetuada pelo orientador e pelo superior hierárquico. Esta avaliação deve espelhar o desempenho nas diversas fases que o novo profissional percorreu e pode ter um carácter quantitativo ou qualitativo, podendo ser pedido a elaboração de um relatório que descreva aquele período (Mosquera, 2007).

Butterworth e Woods (1999) referem como requisito para uma correta implementação e manutenção do processo de supervisão a avaliação regular da orientação e do produto da supervisão clínica. É indispensável o supervisor receber *feedback* do seu desempenho de forma a poder colmatar falhas e ampliar as suas competências supervisivas.

Outra sugestão apontada pelos entrevistados é existir um protocolo de integração.

Segundo alguns autores, as instituições poderão recorrer, neste processo de integração, ao uso de manuais, documentos previamente estudados, instrumentos de comunicação, que contêm uma coletânea de informações e atividades a realizar, facilitadoras do processo de integração e / ou aprendizagem. (Kurcgant, 1991; Chiavenato, 2001)

Com este documento, habitualmente denominado manual de Integração, o enfermeiro recebe a instrução básica de trabalho necessário às funções que tem a desempenhar, as suas relações com os outros funcionários e com os seus superiores. Este manual permitirá ao enfermeiro recém-admitido encontrar os caminhos necessários para o seu desenvolvimento no serviço. Além disso, pode conter informações sobre a história da instituição, a sua estrutura física, funcional e organizacional, objetivos do serviço, o regime da função pública, algumas regalias sociais e, de um modo geral, todas as informações necessárias para uma visão global da instituição e da sua inserção na comunidade.

O manual de acolhimento é, assim, um documento que é colocado à disposição dos trabalhadores recém-chegados, com informações sobre a organização. O seu conteúdo é variável dependendo do setor de atividade e da organização em questão.

O manual de acolhimento é uma ferramenta bastante importante para a organização, este compila um conjunto de informações sobre a organização, com o objetivo de o novo funcionário passar a conhecer melhor a organização para onde vai trabalhar. O manual

de acolhimento normalmente é da responsabilidade da direção de recursos humanos e dispõe de um conjunto de informações nomeadamente a história da instituição, direitos e deveres do trabalhador, regulamentos de relações laborais, entre outros. É importante que as organizações tenham o manual do acolhimento sempre atualizado (Lamy, 2010).

É também referido pelos enfermeiros o facto de haver pouca disponibilidade por parte de quem integra.

Rogan (2009) evidencia a sobrecarga de trabalho e a operacionalização da supervisão clínica referindo-se à sobrecarga de trabalho como uma das grandes dificuldades para a pronta resposta à prestação de cuidados e, simultaneamente, à supervisão, sugerindo uma melhor gestão neste domínio. A acumulação de funções e a sobrecarga de serviço, segundo Simões (2004), conduzem a uma supervisão deficitária, levando a que seja mais fácil fazer do que ajudar e orientar a fazer.

São também referidos aspetos como ser apenas um enfermeiro a integrar, a importância de ter mais oportunidades, manter-se no grupo do enfermeiro que integra, após a integração e conhecer os outros serviços do hospital.

Em algumas organizações a integração é facilitada pela presença de um responsável, este por sua vez é um facilitador do processo de inserção do novo funcionário na organização. Este processo pretende dar um apoio personalizado, sistematizado através de contactos periódicos previamente acordados entre ambas as partes. É uma espécie de “anjo da guarda” temporário, dentro da organização. É o responsável que determina o momento em que o novo funcionário se sente preparado para vingar na organização (Lamy, 2010).

De acordo com a literatura internacional, a supervisão clínica pode ser posta em prática através de uma enorme variedade de formatos. Por exemplo, um supervisor clínico apresentar-se como responsável por um supervisionado é geralmente entendida como a supervisão clínica individual. A supervisão clínica individual é, provavelmente, o formato mais comum em enfermagem (Duarri & Kendrick, 1999; Girouard & Marchewka, 1983; Jones & Bennett, 1998).

Por último destaca-se a importância atribuída por estes enfermeiros ao facto de ser fundamental existir um plano de formação.

Um enfermeiro recém-chegado a um serviço, por mais competente que seja, necessita de uma formação inicial que o integre e o ajude a estabelecer uma relação adequada com os restantes profissionais; necessita ainda de uma clarificação das responsabilidades do posto de trabalho e a formação prática nas habilidades

necessárias. A existência de um programa de acolhimento numa organização permite que o novo elemento assimile, o mais rapidamente possível, a sua cultura e se comporte como um membro da mesma (Marriner, 2009).

O terceiro e último domínio aborda os **sentimentos e emoções** experienciados pelos intervenientes neste processo e os **mecanismos de adaptação** encontrados por estes de forma a minimizar os efeitos negativos que esses sentimentos possam gerar.

Os sentimentos e emoções durante o período de integração mais referidos foram, serenidade, tranquilidade, empatia e o facto de vir trabalhar para cuidados intensivos ser um desafio profissional.

Para que se estabeleça uma boa relação entre orientador e orientado, é essencial identificar-se no primeiro, algumas características consideradas fundamentais, como a empatia, o positivismo e a paciência. (Cotrell, 2000 citado por Faria 2007).

Paralelamente a estes aspetos mais positivos surgem, como não poderia deixar de ser, sentimentos que revelam mais instabilidade, como ansiedade e preocupação.

O processo inicial de integração e a adaptação a um novo serviço ou o início da atividade profissional estão frequentemente associados a experiências de stresse e insegurança, relacionados com as novas atividades que precisam de ser desenvolvidas, conhecimentos que ainda precisam de ser aprofundados, o trabalhar com pessoas desconhecidas que, por vezes, adotam posturas intimidantes de avaliação, procurando mesmo falhas no planeamento e execução das atividades do elemento recém-admitido (Silva, 2010).

Também Bastos (2001) sugere que durante o processo de integração surgem sentimentos de insegurança, ansiedade, angústia, incompetência e medo, relacionados com a falta de experiência profissional e lacunas durante a sua formação profissional.

Os medos surgem pelas condições de insegurança geradas pela novidade, pela incerteza e pelo tempo insuficiente para pensar a experiência. O medo de errar trabalha a consciência sócio moral do profissional recém-admitido, e se, por um lado, é uma situação geradora de stresse, por outro, é uma transação estimulante da consciência ética de não fazer mal (Fernandes, 2004).

O sentimento de insegurança é comum aos profissionais que se encontram em processo de integração, tal como relatado no estudo de Silvestre (2012).

A ansiedade caracteriza-se como um estado de tensão para agir. Há uma relação intrínseca entre ansiedade e os medos: o medo de agir, o medo de desconhecer a forma de realizar a atividade (Fernandes, 2004).

O mesmo autor refere que, a ansiedade aumenta quando alguém está a observar a execução das atividades; quando se desconhecem as rotinas e protocolos no decorrer da integração e se está incerto relativamente à correção da forma de fazer desta ou daquela atividade.

Por último, dois dos entrevistados mencionam a importância da estabilidade emocional como fator de equilíbrio no decorrer da integração.

De facto, o processo de integração é um período de adaptação a um novo serviço ou mesmo o início da atividade profissional ao qual está associado um conjunto de vivências, entre as quais, medo, desorientação, insegurança, ansiedade e stresse, relacionados sobretudo, com as exigências da profissão e as competências que o indivíduo possui para fazer face às mesmas (Fernandes, 2004). O mesmo autor refere que para que estas vivências resultem em crescimento pessoal e profissional necessitam de ser ultrapassadas, através da implementação de estratégias facilitadoras desse processo, assim é muito importante que o enfermeiro mantenha estabilidade emocional demonstrando equilíbrio no decorrer das suas ações.

Paralelamente a estes sentimentos identificaram-se também nas narrativas, estratégias encontradas pelos entrevistados de forma a ultrapassar ou minimizar os efeitos que esses sentimentos possam gerar. São elas: adaptação, controlar a ansiedade, ter oportunidades, as relações interpessoais, o acolhimento, a capacidade de partilha e a motivação.

A integração é um contributo bastante importante para o funcionário, pois contribui para um reforço de motivação e de permanência deste, evitando assim a rotatividade de funcionários (Taylor, 2002 citado por Ferreira, 2008).

Segundo o mesmo autor, a entrada numa organização constitui uma das fases mais complexas, tanto para o novo funcionário, como para a própria organização, e todos nós, mais tarde ou mais cedo somos deparados com essa realidade. Por este motivo é fundamental acolher e integrar o funcionário, para que se sinta confiante no seu novo local de trabalho.

A integração do enfermeiro recém-admitido gera um conjunto de incertezas, inseguranças e angústias, que necessitam de ser ultrapassadas, através da construção de estratégias facilitadoras desse processo (Mestrinho, 2000).

Para Alarcão (2001), para que o processo de supervisão clínica apoie e estimule cada um a progredir e a criar o seu estilo pessoal de intervenção é fundamental que as interações se desenvolvam num ambiente de confiança e de interajuda afetiva e cognitivamente estimulante. Assim, a supervisão clínica deverá ser baseada numa relação de ajuda de modo a ultrapassar constrangimentos pessoais e profissionais, problemas emocionais e para fomentar uma maior qualidade das práticas. De acordo com Alarcão e Tavares (2007), o que é comum aos atores intervenientes é estabelecer e manter um bom clima afetivo-relacional, uma atmosfera de entreajuda, recíproca, aberta, espontânea, autêntica, cordial, empática, colaborativa e solidária.

O supervisor não é aquele que apenas transmite saber, mas aquele que motiva, facilita e estimula, e que é conselheiro, orientador e companheiro, para além de ser reconhecidamente competente e honesto na sua postura profissional (OE, 2009).

Nunes e Rego (2002, p.115) confirmam que “só profissionais altamente motivados se envolvem na relação clínica, subjetiva por excelência, de acordo com a sua diferenciação técnico-profissional, mas com elevado sentido de responsabilidade”.

As estratégias adotadas por alguns dos enfermeiros entrevistados, corroboram a opinião de Dias (2006), quando refere que, quando os formandos se envolvem nas atividades, sentem-se mais responsáveis pela sua aprendizagem e qualidade do seu desempenho.

Sabemos que a qualidade de um bom serviço, nomeadamente nos serviços de saúde, não dispensa um bom sistema de acolhimento e integração dos funcionários, neste caso dos enfermeiros, como tal, torna-se fundamental saber como se processa o acolhimento e integração dos enfermeiros no serviço, numa tentativa de o melhorar, com o objetivo de maximizar o seu potencial de trabalho e produtividade e com isso tentar melhorar a qualidade de cuidados.

PERSPETIVAS DOS ENFERMEIROS SUPERVISORES CLÍNICOS DA INTEGRAÇÃO

O primeiro domínio contextualiza a forma como é **estruturado e organizado o processo de integração** de novos enfermeiros. Assim, decorrente das narrativas dos enfermeiros supervisores clínicos da integração, foram definidas as seguintes categorias: pressupostos, abordagem, estratégias adotadas, tempo de integração e materiais de apoio.

Considerando que pressupostos são premissas fundamentais para essa estruturação e organização, concluímos das entrevistas que os enfermeiros supervisores clínicos da

integração valorizaram; os referenciais teóricos, os padrões de qualidade, transmitir normas e valores, a especificidade da pediatria e a complexidade de cuidados.

A criança, pelas suas características, necessita de cuidados especiais de saúde que abranjam a sua família. Tendo em conta que a criança, quer pela sua condição humana, quer pelas suas características incontornáveis, é um ser vulnerável, não independente, cabe à família a responsabilidade primeira de promover o seu pleno desenvolvimento. Cuidar em pediatria, deve estar vinculado à família, visando a satisfação das necessidades da díade – criança/família. Em saúde infantil e pediatria os cuidados de enfermagem têm como objetivo primordial a melhoria da qualidade da saúde da criança e da família. De acordo com Hockenberry e Wilson (2014), os cuidados de enfermagem obtêm melhores resultados quando prestados com a convicção de que a criança e a família são o cliente. A filosofia subjacente à enfermagem pediátrica assenta em três princípios: os Cuidados Centrados na Família, a Parceria de Cuidados e os Cuidados Não Traumáticos.

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem da OE (2011b), refere que o EESIP deve prestar cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporcionar educação para a saúde e identificar e mobilizar recursos de suporte à família/pessoa significativa.

O processo de integração visa acolher o novo funcionário, de modo a que este assimile os valores éticos, profissionais e a missão da organização de forma simples e sem grandes dificuldades. Este processo é mais longo que o do acolhimento e serve para que o novo funcionário adquira conhecimento sobre a função, técnicas envolvidas e sobre as pessoas com quem se vai relacionar na organização (Lamy, 2010).

Integrado num modelo de desenvolvimento profissional proposto e regulamentado pela OE (2010, pp.18-19) espera-se do supervisor clínico em enfermagem que:

- “- Seja um modelo de exercício profissional no quadro dos referenciais da profissão que conhece e domina;
- Oriente o supervisionado na adequação do seu projeto aos referenciais da profissão e ao desenvolvimento do programa formativo.”

Aos novos profissionais já não é só exigido o tradicional conjunto de saberes e de competências a nível das habilidades, destreza, segurança, atitudes ou conhecimentos. Exige-se a capacidade de contribuir para o desenvolvimento da profissão e de trabalhar os fundamentos da mesma, tornando-os mais sólidos e consistentes. Além disso, requer

a abertura para a aprendizagem ao longo da vida, a motivação para a autoavaliação e a formulação de contributos para a ciência de enfermagem (Serrano, 2008).

O programa de integração procura fazer com que o novo profissional assimile de forma intensiva e rápida, a cultura da organização e atue como membro integrante da mesma. O mesmo tem como finalidades básicas: a familiarização rápida dos novos profissionais com as normas da instituição, a missão, a estrutura, bem como com a sua filosofia e padrões de qualidade (Ferreira, 2008).

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. (OE, 2011b, p. 8656).

Relativamente à segunda categoria, abordagem inicial feita ao enfermeiro que está a ser integrado, podemos ver que os enfermeiros supervisores clínicos da integração têm em conta diversos aspetos. O relacionamento interpessoal, conhecer a origem dos enfermeiros, valorizar a experiência profissional, promover a prática reflexiva e promover a motivação profissional. Pelas citações dos entrevistados podemos inferir que é esta primeira abordagem que vai conduzir o resto da integração.

É fundamental que o processo de supervisão se desenvolva no contexto de uma visibilidade crescente das instituições de saúde como “espaços de formação reflexivos” que se traduzem no reconhecimento de que os profissionais possuem a capacidade de pensarem as suas práticas e reconstruírem o conhecimento a partir do seu campo de ação (Alarcão & Tavares, 2007).

Integrado num modelo de desenvolvimento profissional proposto e regulamentado pela OE (2010, pp.18-19) espera-se do supervisor clínico em enfermagem que:

“- Tenha motivação e disponibilidade pessoal para ajudar outros no seu desenvolvimento e aprendizagem e constituir-se num recurso para apoio e suporte.”

Ao falarmos de prática reflexiva, são relevantes os trabalhos desenvolvidos por Donald Schön, que considera essencial o desenvolvimento de uma prática reflexiva durante o período de formação profissional, definindo três elementos básicos: conhecimento na ação, reflexão na ação e reflexão sobre a ação (Schön, 1983 citado por Rua, 2011).

As estratégias adotadas pelos enfermeiros supervisores clínicos da integração para melhor conduzirem este processo constitui a terceira categoria. Assim, os entrevistados

salientam como principais estratégias, estabelecer objetivos, acompanhamento personalizado, transmitir experiência, cuidar da criança, autonomia progressiva, avaliações intercalares e otimizar oportunidades de aprendizagem.

Referindo-se ao conceito de supervisão, diz Faria (2007), que esta tem um papel central no desenvolvimento do enfermeiro, quer durante a formação quer nos processos de integração na vida profissional. Este autor apoiando-se nos estudos de Cotrell (2000), apresenta algumas características importantes para aqueles que supervisionam outros, são elas:

Perícia – o orientador é reconhecido através da habilidade, da experiência, do status e da formação. O reconhecimento informal pode vir dos pares;

Experiência – o orientador deverá ser reconhecido como tendo a profundidade da experiência no seu campo de especialidade. A prática clínica é altamente desejável;

Aceitabilidade – é de extrema importância que o supervisor clínico seja aceite por aqueles que ele supervisiona;

Formação – é desejável que todos os supervisores clínicos recebam formação em supervisão clínica no início da sua atividade supervisiva, bem como formação contínua.

É importante salientar os diferentes modelos de supervisão; Modelos de função (Page e Woskett, Proctor): descrevem a organização das funções da supervisão clínica, dando orientação ao foco e conteúdo das sessões; Modelos de processo (Hawkins e Shohet, Holloway, Inskipp e Proctor): exploram as necessidades das relações profissionais e das relações supervisivas e ajudam a explicar as tarefas e as funções da supervisão; Modelos de relação supervisiva (Faugier e Frankham, Stoltenberg e Delworth.): centralizam-se na natureza da relação supervisiva e por último Modelos psicoterapêuticos (Freud, Rogers): enfatizam o modelo clínico da terapia utilizada pelo supervisor.

O orientador deverá acompanhar o novo elemento durante o período de socialização para lhe fornecer informação sobre a organização e sobre o papel específico que irá desempenhar. Tem ainda um papel determinante na transmissão das melhores estratégias para alcançar os objetivos da organização e evitar erros. A escolha do orientador deverá caber à hierarquia, não deverá ter um nível hierárquico inferior, poderá ser um elemento mais velho e experiente e portador de um *status* elevado na organização (Mosquera, 2007).

A quarta categoria refere-se ao que pensam os enfermeiros sobre o tempo de integração. Depois de analisadas as narrativas, optou-se por construir apenas uma

subcategoria. Essa categoria remete-nos para a ideia de que o tempo de integração deve ser personalizado.

A relação entre o novo trabalhador e o orientador poderá ter uma duração variável, no entanto de acordo com Greenberg e Baron (1995, citado por Mosquera, 2007), estas passam por quatro etapas:

- Iniciação, com os primeiros contactos entre o novo trabalhador e o tutor;
- Desenvolvimento, aprofundamento dos laços e início da construção do projeto profissional por parte do novo trabalhador com o auxílio do tutor;
- Separação, início do afastamento com o cada vez maior ganho de autonomia;
- Redefinição, os dois intervenientes passam a ter uma relação de igualdade.

Há vantagens para a organização no desenvolvimento de processo de socialização de novos elementos, no entanto estes consomem tempo e recursos traduzindo-se num acréscimo de custos para a organização (Mosquera, 2007).

Todos os entrevistados são unânimes nas suas respostas ao dizerem que o tempo de integração deve ter em conta, as experiências anteriores, a aprendizagem da pessoa e as suas características.

Chiavenato (2001), afirma que a duração do processo de integração é variável e depende muito da experiência profissional anterior. Acrescentaríamos que dependerá ainda da especificidade do trabalho requerido e do nível de concetualização dos cuidados e que o grupo de participantes, até ao momento, não referiu.

Na opinião destes autores, a estratégia supervisiva, constitui assim, uma componente estruturante do processo que, através do planeamento de ações se escolhe, organiza e gere as atividades supervisivas potenciadoras do desenvolvimento pessoal e profissional dos intervenientes. No entanto, não se pode falar em estratégia única e válida para todos os casos. Pode-se sim falar em diferentes estratégias que devem ser utilizadas em diferentes combinações tendo em conta as características dos intervenientes, os objetivos que se pretendem alcançar e os condicionalismos e recursos inerentes à situação. Quanto às estratégias a utilizar deve-se ter em conta diversos fatores: o estágio de desenvolvimento do supervisionado (desenvolvimento pessoal e pré-profissional), o estágio de desenvolvimento do supervisor, os estilos de supervisão, assim como as competências interpessoais dos supervisores (Simões & Garrido, 2007).

De acordo com Silva e Carvalho (2002), cada serviço deve definir/programar o tempo que considere suficiente, tendo em conta a sua especificidade e a análise das suas necessidades.

Assim, o tempo apontado para a duração da integração é de seis meses.

A integração corresponde a um acompanhamento personalizado durante um longo período de tempo, este período de tempo pode variar entre três a doze meses. No entanto independentemente da duração o importante é que a organização prepare o novo funcionário para as dificuldades que terá que enfrentar. (Lamy, 2010).

Dois dos entrevistados salientam o facto do enfermeiro que está a ser integrado dever permanecer no grupo da pessoa que o integrou por mais algum tempo.

No que se refere aos materiais de apoio e à semelhança do que foi referido pelos enfermeiros recentemente integrados, também estes enfermeiros referem como materiais mais utilizados, normas, protocolos, internet, procedimentos específicos, tabelas de terapêutica, manuais de boas práticas e manuais de equipamentos.

A evidência considera importante o estabelecimento de normas de procedimentos e protocolos segundo as diversas especialidades de modo a organizar e uniformizar a prática de cuidados, dando mais segurança e qualidade à prestação dos mesmos. Isto porque a prática profissional dos enfermeiros é indissociável da forma como está organizado o seu contexto de trabalho (D'Espiney, 1996).

A **finalidade do processo de integração** constitui o segundo domínio, neste contexto temos apenas uma categoria que é resultados a atingir no final do processo de integração.

As respostas dos entrevistados apontam para resultados interessantes e expressam que os novos enfermeiros devem ser capazes de dar resposta às exigências que lhe são colocadas, prestar cuidados de forma autónoma, ter capacidade de decisão, sentir gosto pela pediatria, prestar cuidados de excelência e construir a sua identidade profissional.

Segundo a OE (2009), a supervisão clínica é um processo formal de suporte profissional e de aprendizagem que tem como objetivo o desenvolvimento de conhecimentos, competências, o assumir progressivo de responsabilidades na prática diária e na tomada de decisão com destaque à proteção e segurança em situações clínicas mais complexas.

Para o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE) e no âmbito do Modelo de Desenvolvimento Profissional (Lei 111/2009 de 16 de setembro), a prática tutelada, proposta pela Ordem para a certificação de competências e atribuição dos títulos profissionais, a supervisão clínica consiste num processo formal de acompanhamento da prática profissional por um supervisor certificado, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica. Tem por base a certificação de competências profissionais já regulamentadas pela Ordem e decorre em contextos clínicos com idoneidade formativa, acreditados (OE, 2010).

A Supervisão Clínica é um processo dinâmico e interpessoal de suporte, de acompanhamento, de desenvolvimento de competências profissionais (Bishop, 1994; Fowler, 1996; Hancox, et al., 2004; Johns, 2000; Nicklin, 1997).

De acordo com a OE (2010), o supervisor acompanha a prática profissional do supervisionado, promove a tomada de decisão e a gradual autonomia no exercício, valorizando sempre a proteção da pessoa e a segurança e excelência dos cuidados de enfermagem. Esta prática deve ser acompanhada de questionamento e reflexão, deve envolver supervisor e supervisionado na análise da praxis (do supervisionado) para que o seu conteúdo e eventuais problemas que possam surgir sejam trabalhados e deem origem a hipóteses e soluções que “experimentadas”, possam contribuir para um aprofundamento e melhoria dos cuidados de enfermagem.

O domínio que se segue reporta-se às **vivências dos enfermeiros sobre o processo de integração**, permitindo uma reflexão sobre as dificuldades sentidas durante esse período e as sugestões de melhoria apontadas pelos enfermeiros supervisores clínicos da integração.

Neste contexto, temos como primeira categoria as dificuldades sentidas relativas ao processo de integração. Estas dificuldades prendem-se com questões da própria organização do serviço e também com as características dos enfermeiros.

A primeira dificuldade referida pelos entrevistados foi ter pouca disponibilidade.

Rogan (2009), evidencia a sobrecarga de trabalho e a operacionalização da supervisão clínica referindo-se à sobrecarga de trabalho como uma das grandes dificuldades para a pronta resposta à prestação de cuidados e, simultaneamente, à supervisão, sugerindo uma melhor gestão neste domínio. A acumulação de funções e a sobrecarga de serviço,

segundo Simões (2004), conduzem a uma supervisão deficitária, levando a que seja mais fácil fazer do que ajudar e orientar a fazer.

O facto de não existir um manual de integração que oriente e sistematize as práticas de atuação neste período foi referido por três enfermeiros que deixaram subjacente essa necessidade e a importância do mesmo na questão de promover a homogeneidade do processo de integração no serviço.

A existência de um programa de acolhimento numa organização permite que o novo elemento assimile, o mais rapidamente possível a sua cultura e se comporte como um membro dessa organização. Além disso, funciona também como instrumento de controlo e correção (Marriner, 2009).

O enfermeiro que entra num serviço novo, com ou sem experiência profissional anterior, é considerado enfermeiro no nível de iniciado/principiante tendo, à partida, dificuldade em integrar-se na realidade do novo contexto, ou seja, transpor os conhecimentos teóricos para a prática, pelo que se torna fundamental a existência de um programa de integração profissional que possibilite e facilite a evolução do seu estágio de competências (Luz, 2001; Macedo, 2012)

A escassez de recursos humanos aliada ao rácio inapropriado enfermeiro/doente também traz constrangimentos porque tendo muitos doentes distribuídos resta pouco tempo para outras atividades dirigidas ao novo enfermeiro. Por outro lado, surge a necessidade de encurtar o período de integração para que este esteja apto a prestar cuidados sozinho, mais rapidamente.

A indisponibilidade dos recursos humanos coloca em risco não só a saúde dos próprios profissionais, mas também a prestação de cuidados aos clientes, aumentando o risco clínico e a ocorrência de erros (ICN, 2007).

A última dificuldade mencionada pelos enfermeiros são as características das pessoas a integrar.

A segunda categoria refere-se às sugestões de melhoria apresentadas pelos enfermeiros supervisores clínicos da integração no sentido de otimizar o processo de integração mantendo a eficiência do seu desempenho.

A primeira sugestão vem na tentativa de dar resposta a uma das dificuldades apresentadas e prende-se com a existência de um programa de integração. Dois enfermeiros referem que seria vantajoso existir um manual de integração.

O acolhimento e integração são estratégias fundamentais para a organização e para o indivíduo, por funcionarem como mecanismos esclarecedores do encontro ou não de características, expectativas e necessidades, promovendo satisfação e orientação para resultados. Se o departamento de recursos humanos da organização planeia cuidadosamente e implementa um programa efetivo direcionado ao acolhimento e integração, estão a fazer um investimento inteligente no crescimento, desenvolvimento e desempenho desses indivíduos, bem como na eficiência organizacional, produtividade e sucesso futuro (Taylor, 2002 citado por Ferreira, 2008).

Outro aspeto é existir um plano de formação. No sentido de otimizar o período de integração, estes profissionais consideram importante a criação de um plano de formação em parceria com o enfermeiro responsável pela formação em serviço, versando as temáticas mais importantes relativas a cuidados intensivos pediátricos.

Decreto-Lei n.º 247/2009 de 22 de setembro, Capítulo III, Artigo 10º, referindo-se ao conteúdo funcional da categoria de Enfermeiro Principal (Enfermeiro-chefe) afirma que este deve:

“l) Assumir a responsabilidade pelas atividades de formação e de desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros da organização em que exerce atividade; “

A formação contínua é considerada por Pires (2004), como uma estratégia formativa fundamental, no que respeita à atualização de conhecimentos e práticas, uma vez que favorece o acompanhamento do profissional.

No que concerne à formação interna, é fundamental que o processo de supervisão se desenvolva no contexto de uma visibilidade crescente das instituições de saúde como “espaços de formação reflexivos” que se traduzem no reconhecimento de que os profissionais possuem a capacidade de pensarem as suas práticas e reconstruírem o conhecimento a partir do seu campo de ação (Alarcão & Tavares, 2007).

O facto de a integração ser orientada por vários enfermeiros não é benéfico, na opinião destes profissionais, uma vez que, segundo eles, confunde os novos enfermeiros com diferentes formas de trabalhar. Sugerem então que a integração seja feita apenas por um enfermeiro.

Os benefícios e os riscos da existência de um orientador durante o período de integração são enumerados por (Greenberg & Baron, 1995 citado por Mosquera, 2007).

Para o orientador são apontados como aspetos positivos: a gratificação por ser solicitado pela organização para algumas tarefas; sentir-se gratificado pelos êxitos do elemento em integração e este tornar-se um elemento produtivo para a organização.

A definição de um elemento (supervisor) responsável pela integração do enfermeiro recém-admitido é muito relevante, uma vez que tal, proporcionará um clima de maior confiança e estabilidade para o integrado, favorecendo a continuidade e uniformidade no acompanhamento (Winstanley & White, 2003).

Promover o desenvolvimento de capacidades deve ser também um dos objetivos dos enfermeiros supervisores clínicos da integração, tendo um dos entrevistados dado sugestões de como incrementar esse mesmo desenvolvimento.

Segundo Cottrell (2000) o enfermeiro supervisor clínico tem como função primordial apoiar o desenvolvimento do profissional, ajudando-o a ultrapassar as dificuldades, a refletir sobre as suas práticas e a desenvolver competências que lhe permitam cuidar com qualidade. Defende ainda que a sua função se baseia na sustentação da formação e da atividade profissional dos supervisados, tendo como objetivo de base a prestação de cuidados de qualidade ao utente e, ainda, promover a mudança positiva, educar, monitorizar, recomendar, desafiar, pesquisar e desenvolver o espírito crítico dos enfermeiros.

O quarto e último domínio diz respeito às **competências relacionais mobilizadas**.

Assim construíram-se duas categorias, atitudes e valores na interação com o outro e estratégias motivacionais.

O enfermeiro da prática clínica, que assume ser supervisor, deve ser uma pessoa bem formada, manifestando atitudes adequadas para aqueles com quem contacta no processo ensino/aprendizagem (Carvalho, 2003).

Da categoria atitudes e valores na interação com o outro emergem as seguintes subcategorias; respeito, disponibilidade, estima e espírito colaborativo.

Proctor (2000) indica que a supervisão de equipa pode facilitar o espírito de equipa, mas também pode refletir, dentro da equipa, as tensões do dia-a-dia e as diferentes dinâmicas interpessoais não resolvidas. Desta forma, a supervisão clínica de equipa pode ser vista como a forma mais estimulante de supervisão clínica para os supervisores.

Os efeitos positivos da supervisão de equipa identificados pelos supervisores são os seguintes: influência sobre a interação e relações humanas na comunidade de trabalho, reforço da identidade profissional dos supervisados e o desenvolvimento de práticas multiprofissionais. (Hyrkäs et al., 2002).

De acordo com Clay e Wade (2001, citados por OE, 2010) ser um mentor implica agir como um modelo, facilitando a aprendizagem e a supervisão que é apropriada para a área do desempenho prático. Neary (2000) classifica as funções do papel de mentor como amigo, professor, advogado, bem como facilitador.

O desenvolvimento das competências do supervisor como profissional humano resulta da interação e da relação entre saberes científicos específicos, da comunicação de saberes onde se torna imprescindível englobar a relação empática e de entreajuda de modo a que o formando seja parte ativa do processo, da dinamização da aprendizagem estimulando a criatividade, da inovação e do espírito crítico, dos valores éticos e sociais, do respeito por si e pelo outro, da tolerância e honestidade, da recusa de preconceitos ideológicos, culturais ou sociais, do clima de partilha e cooperação e da avaliação e autoavaliação (Fonseca, 2006).

Integrado num modelo de desenvolvimento profissional proposto e regulamentado pela OE (2010, pp.18-19) espera-se do supervisor clínico em enfermagem que:

“- Tenha capacidade, sensibilidade e empatia, para reconhecer o outro na sua individualidade e compreender a sua problemática; “

Os entrevistados mencionam algumas estratégias motivacionais que, estando intimamente ligadas às atitudes e valores na interação com o outro, fomentam a aprendizagem dos enfermeiros recentemente integrados. Assumem, pois, que o supervisor não é aquele que apenas transmite saber, mas aquele que motiva, facilita e estimula e que é conselheiro, orientador e companheiro, para além de ser reconhecidamente competente e honesto na sua postura profissional (OE, 2009).

Integrado num modelo de desenvolvimento profissional proposto e regulamentado pela OE (2010, pp.18-19), espera-se do supervisor clínico em enfermagem que:

“- Estabeleça uma comunicação eficaz a fim de perceber as opiniões e os sentimentos do supervisionado e exprimir as suas próprias opiniões e sentimentos”.

Também aqui, a primeira estratégia referida foi estabelecer uma comunicação verbal e não-verbal eficaz.

De acordo com Benner (2001), o enfermeiro especialista deve possuir conhecimentos técnicos, ser capaz de tomar decisões, comunicar eficazmente, ser flexível, responsável e criativo, ter espírito crítico e de iniciativa e ter uma conduta ética e deontológica. Este percurso é construído ao longo da sua vida profissional.

Um dos entrevistados menciona a importância do encorajar e motivar o novo enfermeiro, por um lado para enfrentar as dificuldades que possam surgir e por outro lado no sentido de estimular a aprendizagem.

Estas estratégias referidas pelos entrevistados vão de encontro ao que diz Simões e Garrido quando referem que as competências interpessoais dos supervisores podem ser consideradas estratégias do processo superviso. Entre elas podemos destacar, encorajar, servir de espelho, ajudar a encontrar soluções e orientar.

Quando um profissional está motivado e satisfeito, desfruta de uma sensação de bem-estar, refletindo-se na satisfação profissional e, consequentemente, na qualidade dos cuidados de enfermagem (Neves, 2013).

Estabelecer uma relação de confiança foi outro aspeto referenciado por três enfermeiros que pretendem demonstrar a sua importância nesta fase de integração.

Alarcão (2001) admite que a supervisão é entendida como um processo mediador nos processos de aprendizagem e de desenvolvimento do formando e do supervisor podendo, de acordo com a natureza da interação criada, ser facilitado ou inibido. Para que este processo apoie e estimule cada um a progredir e a criar o seu estilo pessoal de intervenção é fundamental que as interações se desenvolvam num ambiente de confiança e de interajuda afetiva e cognitivamente estimulante. Assim, a supervisão clínica também deverá ser vista como uma relação de ajuda para ultrapassar constrangimentos pessoais e profissionais, problemas emocionais e para fomentar uma maior qualidade das práticas.

O objetivo máximo do processo de integração baseia-se na eficiência dos novos profissionais, tendo em vista a eficácia do serviço/instituição, oferecendo deste modo, aos enfermeiros em integração, oportunidades que lhes permitiam dar resposta às exigências da comunidade, mediante uma boa adaptação e melhoria dos cuidados prestados. Consequentemente, os mesmos adquirem autoconfiança no desempenho das suas funções e competências profissionais. É, pois, relevante que as instituições, criem condições de trabalho, assim como qualidade e tempo de integração necessários para o exercício profissional de enfermagem (Macedo, 2012).

Com estas conclusões podemos inferir na necessidade da criação de um programa de integração de novos profissionais funcionando como elemento estruturante e orientador, baseando-se na evidência destes profissionais considerarem importante o referido programa, com bastantes aspetos positivos e ganhos para a equipa e para os elementos que iniciam funções no serviço.

Assim, é preciso continuar a investir na operacionalização de um programa de integração de novos enfermeiros. A integração dos novos profissionais merece mais atenção e rigor. A qualidade dos cuidados é, sem dúvida, a grande conquista.

3.2 PLANEAMENTO

O planeamento é a construção de um plano detalhado do programa onde é explicitado: com quem é necessário articular intervenções; quais as atividades a desenvolver de acordo com os objetivos delineados; a calendarização das atividades; a previsão de custos para a execução do projeto e ainda são projetados os principais constrangimentos e enunciadas formas de os ultrapassar (Ruivo et al., 2010).

Neste ponto apresentamos o programa de integração de novos enfermeiros.

3.2.1 Programa de integração

O programa a seguir apresentado tem a estrutura do documento que será submetido à aprovação e que servirá de suporte ao processo de integração.

a) Introdução

O processo de integração é fundamental a qualquer elemento recém-chegado à instituição, independentemente do cargo que vai ocupar ou das suas experiências anteriores, estamos perante um processo de transição na vida profissional.

Tendo por base a teoria das transições de Afaf Meleis sabemos que todas as transições desencadeiam mudança, seja na vida, na saúde, em relacionamentos ou em ambientes. Para Meleis, a transição consiste em passar de um estado estável para outro estado estável e requer por parte da pessoa, a incorporação de conhecimentos e alteração do seu comportamento. As alterações significativas na vida, com mudanças de processos, papéis ou estados geram modificações de comportamento e uma nova definição de si no contexto social (Guimarães & Silva, 2016).

O mesmo se passa numa situação de integração a um novo contexto profissional que implica adaptação e mudança.

Assim, o processo de integração visa acolher o novo funcionário, de modo a que este assimile os valores éticos, profissionais e a missão da organização de forma simples e sem grandes dificuldades. Este processo é mais longo que o do acolhimento e serve para que o novo funcionário adquira conhecimento sobre a função, técnicas envolvidas e sobre as pessoas com quem se vai relacionar na organização (Lamy, 2010).

Para que o processo de integração seja bem-sucedido é importante que todos os elementos da equipa participem e desenvolvam um conjunto de ações e atitudes que visem contribuir para o ajustamento do enfermeiro recém-chegado, por forma a que este possa fazer parte integrante do serviço e da organização.

A integração pretende dotar os novos profissionais de competências necessárias ao exercício das suas funções. No final do período de integração o profissional deve ser capaz de exercer as suas funções, tendo em conta as três grandes áreas: relacional, assistencial e científica.

Os objetivos deste programa de integração são:

- Facilitar a integração de novos elementos de enfermagem na equipa e promover o seu desenvolvimento profissional e pessoal;
- Contribuir para a mais eficaz e organizada adaptação de novos enfermeiros no serviço;
- Uniformizar práticas relativas à integração de novos enfermeiros;
- Sistematizar procedimentos a adotar na fase de integração;
- Ser um documento facilitador para os enfermeiros que integram outros enfermeiros e para os enfermeiros que são integrados;
- Proporcionar informação fundamentada facilitadora da aprendizagem.

Em termos de estrutura encontra-se organizado em seis aspetos principais. Informações gerais, onde se faz referência, ao trabalho de enfermagem, horário de trabalho, identificação individual, metodologia de trabalho, registos e avaliação de desempenho. Intervenientes, onde se destaca o papel de cada um dos intervenientes no processo de integração. Plano de atividades, com a descrição detalhada dos objetivos e atividades propostas para este período. Plano formativo, onde se referem as ações de formação previstas no decorrer da integração. Nota final e por fim as referências bibliográficas que serviram de base à construção do documento.

b) Informações gerais

Gostaríamos de fazer referência a alguns aspetos, que, não fazendo parte integrante do programa de integração, constituem um complemento de informação que facilita o processo de integração. São informações genéricas relativas à dinâmica de trabalho deste serviço. Esperamos que a sua abordagem venha contribuir para uma clarificação do trabalho de enfermagem e facilite a integração dos novos enfermeiros.

Trabalho de enfermagem

Uma unidade de cuidados intensivos pediátricos é o local ideal para tratar de crianças gravemente doentes, mas constitui-se como um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital. Apesar do esforço dos enfermeiros no sentido de humanizar os cuidados, esta é uma missão difícil uma vez que nos confrontamos com um sistema tecnológico dominante.

Num ambiente tenso e tecnológico, onde o reconhecimento profissional é expresso por uma boa prestação técnica, os enfermeiros não podem esquecer a humanização e a necessidade de melhorar as relações humanas.

Assim, temos como foco de atenção a criança/família e as suas transições, preocupamo-nos com a saúde de quem cuidamos, apoiamos na doença, ajudamos na recuperação, mas também estamos juntos na doença grave e na morte.

Preocupamo-nos com o acolhimento, com o coping, com a gestão do regime terapêutico, com a alta segura, com a preparação do regresso a casa, com o desenvolvimento infantil, com o crescimento em segurança, com as etapas do ciclo vital e com os desafios com que se deparam as famílias.

Pensamos que todos juntos podemos melhorar a qualidade assistencial em enfermagem.

Horário de trabalho

No serviço de cuidados intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra, os cuidados de enfermagem são assegurados em contínuo, estando as vinte e quatro horas do dia distribuídas pelos turnos seguintes e com a seguinte carga horária:

Manhã – das 8:00 às 15 horas – sete horas e meia

Tarde – das 15:00 às 22:30 horas – oito horas

Noite – das 22:30 às 8:00 horas – dez horas

A carga horária é de trinta e cinco horas semanais podendo haver a necessidade de efetuar horas extraordinárias.

Identificação individual

De modo a promover e facilitar a identificação e relação interpessoal torna-se necessária e obrigatória a utilização de um cartão de identificação onde constam: fotografia, nome; categoria e número mecanográfico. Este cartão é fornecido pelo Serviço de Recursos Humanos.

Metodologia de trabalho

O método de trabalho é o método individual. Os cuidados de enfermagem são prestados essencialmente de uma forma individualizada, mas colaborativa, pela complexidade de cuidados inerentes a uma unidade de cuidados intensivos pediátrica. Cuidados de enfermagem individuais - baseiam-se no conceito de cuidado global e implicam afetação de um enfermeiro a um único cliente ou mais do que um, se a “carga de trabalho” o permitir (Pinheiro, 1994). A organização global dos cuidados em face das necessidades de um doente depende da propensão do enfermeiro em privilegiar o doente ou a tarefa e a avaliação dos resultados assenta principalmente nos objetivos visados e no tempo disponível (Pinheiro, 1994). Ainda segundo o mesmo autor, o enfermeiro chefe é responsável, principalmente, pela supervisão e avaliação dos cuidados, e mantém um certo poder decisório em todas as etapas do processo.

Distribuição dos recursos humanos

A distribuição dos doentes é efetuada por plano de trabalho, elaborado semanalmente pela enfermeira chefe. Tem em conta a experiência dos enfermeiros por grupo de trabalho, procurando sempre ter um enfermeiro mais experiente em cada turno (responsável de turno). São seis enfermeiros no turno da manhã e cinco enfermeiros nos turnos da tarde e noite.

A distribuição é semanal, rotativa relativamente às unidades dos doentes, podendo ser ajustada de acordo com a complexidade dos cuidados a prestar. Cada enfermeiro tem ao seu cuidado dois doentes de cuidados intensivos ou três doentes de cuidados intermédios, procurando-se que permaneça com os mesmos doentes durante um período de “roulement”.

Registos de enfermagem

Os sistemas de informação em enfermagem constituem uma mais-valia para a profissão, ao possibilitar a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e o avanço do conhecimento científico na área da enfermagem.

Existem atualmente alguns sistemas de informação em saúde específicos para unidades de cuidados intensivos que conseguem gerir a quantidade substancial de informação que é produzida pelos vários equipamentos, meios complementares de diagnóstico e cuidados prestados ao doente durante o internamento na unidade. Estes sistemas estão em permanente evolução e devem ser adaptados a cada instituição, por forma a ir de encontro às necessidades crescentes de informação, proporcionando a

base para cuidados mais seguros, inteligentes e eficazes (Cotter, 2007; Mador & Shaw, 2009; Quin et al., 2017; Varon & Marik, 2002).

Alguns destes sistemas possuem algumas particularidades que os tornam capazes de gerir a quantidade substancial de informação que é gerada durante o internamento, apresentando-a de uma forma que auxilia a tomada de decisão em doentes com mudanças constantes da sua condição clínica. Um exemplo deste tipo de sistema é o B-ICU.CARE

O B-ICU.CARE é um sistema de informação tem por finalidade o registo clínico eletrónico em cuidados intensivos e está construído para ser utilizado por médicos e enfermeiros. O B-ICU.CARE assegura a interoperabilidade de dados com outros sistemas já implementados no hospital, funcionando como um integrador de sistemas, reunindo numa só aplicação a informação obtida dos dispositivos médicos, como os monitores cardiorrespiratórios, ventiladores, laboratório e sistema de admissão principal.

O sistema funciona como um repositório de dados do doente, servindo para apoiar os profissionais de saúde na análise retrospectiva dos dados, nomeadamente o registo de dados clínicos e administrativos (admissões, dados relativos ao internamento – terapêutica, índices de gravidade, infeções, complicações, diagnósticos e problemas) e as respetivas notas de alta. Conecta-se aos diferentes dispositivos médicos existentes na unidade – monitores cardiorrespiratórios; ventiladores; aparelho de gasometria, de forma a armazenar esses dados para análises futuras. A existência do conceito de perfis diferenciados de utilizadores permite implementar mecanismos de segurança de fácil configuração. Os perfis existentes são: Perfil de Médico; Perfil de Enfermeiro; Perfil de Médico Supervisor; Perfil de Enfermeiro Supervisor e Perfil de Administrador.

Cada um dos perfis tem áreas específicas com funcionalidades e permissões próprias e outras que podem ser efetuadas por vários perfis. Por exemplo, é possível admitir uma criança no sistema com o perfil de médico ou de enfermeiro, no entanto, não é permitido no perfil de enfermeiro fazer prescrições de medicamentos nem o perfil de médico construir diagnósticos de enfermagem.

Avaliação de desempenho

O regime de avaliação instituído pela Lei 66-B/2007 de 28 de dezembro (SIADAP 3) aplica-se a todos os trabalhadores das carreiras gerais, abrangendo os que se encontram em regime de contrato individual de trabalho, desde que verificados os

requisitos funcionais para a avaliação, nomeadamente seis meses de relação jurídica de emprego e seis meses de serviço efetivo.

A competência para avaliar é do superior hierárquico e o trabalhador tem o dever de colaborar no processo, nomeadamente através da autoavaliação.

A avaliação de desempenho tem caráter bienal.

O objetivo da avaliação é compilar os resultados obtidos na prossecução de objetivos individuais em articulação com os objetivos da respetiva unidade orgânica. Esta avaliação visa avaliar os conhecimentos, as capacidades técnicas e as capacidades comportamentais adequadas ao exercício da função.

A avaliação Final pode ter as seguintes classificações:

- Desempenho Relevante – Corresponde a uma avaliação final de 4 a 5 pontos
- Desempenho Adequado – corresponde a uma avaliação final de 2 a 3,999
- Desempenho Inadequado – corresponde a uma avaliação entre 1 a 1,999

Reconhecimento da “Excelência” – Por iniciativa do avaliado ou avaliador, devidamente fundamentada, é objeto de apreciação do Conselho Coordenador de Avaliação, e é objeto de publicação no serviço.

c) Intervenientes

Os intervenientes no processo de integração são: enfermeira chefe, enfermeiro supervisor clínico da integração e enfermeiro a integrar.

A enfermeira chefe deve:

- Informar o novo elemento das características do serviço, da sua missão e dos valores pelos quais se norteia o trabalho;
- Apresentar as instalações do serviço;
- Apresentar a equipa multidisciplinar;
- Delegar a integração do novo elemento num enfermeiro;
- Ser responsável máximo pela avaliação do processo de avaliação do novo elemento;
- Proporcionar ao elemento em integração, a oportunidade de participar em atividades que contribuam para o enriquecimento da sua aprendizagem;
- Elaborar o horário tendo em consideração que o enfermeiro em período de integração, deverá ser acompanhado pelo enfermeiro supervisor clínico da integração;
- Estabelecer com o novo elemento uma relação empática procurando dar respostas adequadas e satisfatórias para as questões do novo elemento;

Integração de Novos Enfermeiros num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

- Definir os momentos de avaliação ao longo do tempo de integração.

O enfermeiro supervisor clínico da integração deve ter algumas características facilitadoras do processo de integração:

- Deverá ser enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria;
- Estar desperto para os processos de formação;
- Ter conhecimentos e experiência em supervisão clínica;
- Ser conhecedor do serviço e da instituição;
- Ter capacidade, sensibilidade e empatia, para reconhecer o outro na sua individualidade e compreender a sua problemática;
- Ter conhecimentos sobre o processo, as estratégias e os instrumentos a utilizar na supervisão clínica;
- Ter a capacidade de selecionar as melhores estratégias e adequá-las a cada situação em particular - adequar o estilo de supervisão;
- Ter capacidade de supervisão e orientação e de uma forma assertiva, ser capaz de orientar a aprendizagem do novo enfermeiro, sabendo fundamentar as práticas tendo por base a evidência científica atualizada.

O enfermeiro supervisor clínico da integração deve ter as seguintes responsabilidades:

- Discutir em conjunto com a enfermeira chefe e o novo elemento, o programa de integração e adaptação do mesmo às necessidades do novo elemento;
- Abordar a estrutura do serviço (organigrama, procedimentos impressos, metodologia e dinâmica das atividades a desenvolver, programas informáticos utilizados, escalas de serviço, interação com outros serviços, entre outros);
- Proporcionar em parceria com o enfermeiro responsável pela formação o plano de formação previsto;
- Descrever as diferentes vertentes da enfermagem pediátrica e de cuidados intensivos e das competências a desenvolver em cada uma delas;
- Incentivar uma prática autónoma, competente e responsável;
- Favorecer o trabalho em equipa;
- Rentabilizar os recursos materiais e humanos do serviço;
- Estimular o crescimento de uma prática reflexiva, baseada em conhecimento científico atual;
- Esclarecer dúvidas;
- Promover a socialização do novo elemento com os restantes elementos da equipa multidisciplinar;

Integração de Novos Enfermeiros num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

- Resolver e mediar eventuais constrangimentos manifestados pelo novo elemento ou pelos restantes elementos da equipa multidisciplinar em relação a este;
- Apoiar, orientar e acompanhar o novo elemento ao longo do processo de integração;
- Proporcionar oportunidades de aprendizagem;
- Avaliar de forma sistemática o processo de integração.

O enfermeiro a integrar deve:

- Conhecer o programa de integração;
- Procurar oportunidades de aprendizagem;
- Atuar de acordo com a missão visão e valores da instituição e do serviço;
- Adotar uma postura de responsabilidade, transparência e capacidade de trabalho para com a instituição, equipa e utentes;
- Colaborar com o enfermeiro supervisor clínico da integração na adaptação do programa de integração às suas necessidades pessoais e profissionais;
- Demonstrar empenho no processo de integração e na adaptação ao contexto de trabalho;
- Compreender as diferentes vertentes da enfermagem pediátrica e da enfermagem em cuidados intensivos e das funções a desempenhar em cada uma delas;
- Demonstrar responsabilidade na prestação de cuidados de enfermagem, de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro e o REPE;
- Empenhar-se na sua autoformação;
- Construir um documento onde efetue um registo crítico reflexivo das aprendizagens;
- Comunicar eventuais problemas e dúvidas, bem como de eventuais dificuldades ou constrangimentos ao longo do seu processo de integração.

d) Plano de atividades

O programa de integração é do conhecimento de toda a equipa de enfermagem e destina-se a todos os enfermeiros que passam pelo processo de integração independentemente da sua experiência anterior.

O período de integração deverá ser de seis meses, sendo os primeiros quatro como elemento supranumerário e os outros dois como elemento efetivo mantendo-se no grupo do enfermeiro supervisor clínico da integração. O tempo previsto apresentado será ajustado às necessidades de cada novo elemento.

O novo enfermeiro ficará como elemento supranumerário durante o período de integração, não podendo ser utilizado para suprir postos de trabalho.

Ao enfermeiro a integrar, será atribuído, pela enfermeira chefe, um enfermeiro supervisor clínico da integração que aquele acompanhará durante todo o período de integração. Durante o tempo de integração não são permitidas trocas de turno por parte do enfermeiro em integração, salvo por motivo de força maior.

Durante o tempo de integração, o programa prevê o cumprimento de uma série de objetivos, que se traduzem em atividades que decorrerão faseadamente ao longo de todo o tempo de integração de acordo com o seu grau de complexidade. Estas diversas fases estão descritas no plano de integração que deverá ser entregue ao novo elemento no primeiro dia de desempenho de funções.

Durante o período de integração está planeado um programa de ações de formação. Assim, no final de cada duas semanas de integração decorrerá uma formação teórica, plano elaborado em parceria com o enfermeiro responsável pela formação em serviço e com a enfermeira chefe e que terá por base temas de interesse para a formação do novo elemento. Serão um total de doze ações de formação.

Prevê-se no final de cada mês um momento de avaliação que terá por base os domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Deverão estar presentes os três elementos envolvidos no processo de integração, enfermeira chefe, enfermeiro supervisor clínico da integração e enfermeiro em processo de integração.

Nesta reunião será feita pelo enfermeiro em integração uma análise critico-reflexiva do percurso decorrido, tendo por base os objetivos propostos para cada período.

É dado um feedback efetuando um registo dos aspetos positivos e dos aspetos a melhorar referidos pelo enfermeiro que integra e pelo enfermeiro em integração, caso seja pertinente são propostas soluções corretivas para o mês seguinte.

O feedback é considerado como um dos aspetos mais relevantes para uma efetiva formação em contexto clínico (Clynes & Raftery, 2008). Pode ser denominada de feedback negativo, quando se pretende corrigir de uma forma construtiva um determinado comportamento ou atitude, e feedback positivo, quando o objetivo é reforçar um determinado comportamento (Eraut, 2006). Trata-se, portanto de uma informação que se dá ao enfermeiro em integração sobre o seu desempenho, no sentido de conduzir a um processo de consciencialização sobre a aprendizagem, com vista à mudança ou reajuste da prática (Collins, 2004).

Primeiro mês

Durante o primeiro dia decorrem atividades de predomínio burocrático e de conhecimento da instituição:

- Entrevista com a enfermeira diretora ou seu substituto;
- Apresentação à enfermeira-chefe do serviço;
- Entrevista com a enfermeira-chefe do serviço, onde serão abordados os seguintes aspetos:
 - ✓ Missão do serviço;
 - ✓ Cultura organizacional da instituição/serviço;
 - ✓ Organização dos cuidados de enfermagem;
 - ✓ Apresentação da metodologia de trabalho do serviço;
 - ✓ Regime laboral;
 - ✓ Recursos humanos e materiais do serviço;
 - ✓ Formação contínua e em serviço;
 - ✓ Avaliação do desempenho;
 - ✓ Apresentação do enfermeiro supervisor clínico da integração ao novo elemento;
 - ✓ Apresentação à direção do serviço de cuidados intensivos, apresentação à equipa do serviço;
 - ✓ Apresentação e entrega do programa de integração de novos elementos, para análise e discussão do mesmo;

A partir do segundo dia, o enfermeiro em integração passa a acompanhar o enfermeiro supervisor clínico da integração de acordo com o seu horário. Os objetivos e as atividades que deverão ser desenvolvidas, são:

- Conhecer a estrutura do serviço, locais dos materiais e dos equipamentos;
- Ter conhecimento dos protocolos, PEs e outros documentos imprescindíveis do serviço;
- Conhecer todos os referenciais teóricos que estão na base de cuidados intensivos pediátricos, Modelo de Nancy Roper, Parceria de cuidados de Anne Casey, Cuidados atraumáticos, Modelo de avaliação familiar de Calgary, Teoria das transições de Afaf Ibrahim Meleis;
- Observar uma unidade do doente vazia com todos os materiais e equipamentos que a constituem para se familiarizar com o espaço;
- Conhecer os carros de emergência e método de reposição. Conhece e coloca em prática o conteúdo do PE 40.01 – Gestão dos carros de emergência;

Integração de Novos Enfermeiros num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

- Conhecer como se faz a identificação inequívoca do doente. Conhece e coloca em prática o conteúdo do PE 41.01 – Mecanismos de identificação inequívoca da criança;
- Conhecer o circuito do doente até chegar ao serviço de cuidados intensivos;
- Conhecer e manusear o sistema de registos B-ICU.care. Reconhece os utentes no programa informático e verifica as prescrições médicas, faz a avaliação inicial, elabora o processo de enfermagem, efetua a validação dos procedimentos, efetua os registos de enfermagem dos procedimentos e as notas de evolução do utente segundo as normas da instituição;
- Conhecer a forma de distribuição e armazenamento de terapêutica nomeadamente o PIXIS;
- Fazer a triagem dos resíduos produzidos, colocando-os nos contentores apropriados. Conhece e coloca em prática o conteúdo do PE 90.00 – Gestão de resíduos;
- Conhecer as escalas de avaliação da dor existentes no serviço, fazer a monitorização da dor e respectiva avaliação, EDIN, FLAC, FLAC RP, Escala de faces, escala linear numérica e escala visual analógica. Conhece e coloca em prática o conteúdo do PE 29.01 – Avaliação da dor, utilização de instrumentos de monitorização e registo;
- Saber identificar as estratégias não farmacológicas para o controlo da dor. Conhece e coloca em prática o conteúdo do PE 97.00 – Estratégias não farmacológicas para o controlo da dor;
- Acompanhar e observar o enfermeiro supervisor clínico da integração em todas as atividades e procedimentos a prestar ao doente.

No final desta primeira semana o novo enfermeiro deverá estar na posse de uma visão global de vários aspetos e múltiplas informações que servirão de base para o período seguinte, no qual começará a prestar cuidados diretos ao doente.

A partir da segunda semana, o enfermeiro em integração acompanha o enfermeiro supervisor clínico da integração, de acordo com o seu horário, ficando a prestar cuidados às crianças que lhe estão distribuídas. Nesta fase procede-se à transmissão de toda a informação considerada elementar para atingir um nível de conhecimentos que o leve a adquirir competências para a prestação de cuidados de enfermagem a doentes internados em cuidados intermédios e cuidados intensivos.

O novo enfermeiro deverá assim:

- Conhecer a dinâmica de admissão e transferência de um doente. Faz a admissão de um doente e família de acordo com as normas do serviço, conhece e coloca em prática o conteúdo do PE 82.02 – Critérios de alta e transferência.

- Conhecer os cuidados ao doente crítico;
- Conhecer os cuidados ao doente com ventilação invasiva. Conhece e coloca em prática o conteúdo do PE 62.01 – Ventilação invasiva.
- Conhecer os cuidados ao doente com ventilação não invasiva. Conhece e coloca em prática o conteúdo do PE 28.00 – Ventilação não invasiva;
- Ter um conhecimento geral sobre os vários ventiladores existentes (montar, testar e funcionamento). Conhece de uma forma geral os ventiladores existentes – Servo I, Leoni, V60, V50, Infant Flow, Babylog, Transpac, Vision, AIRVO;
- Aprender os cuidados inerentes à preparação e administração de terapêutica em todas as suas particularidades;
- Validar, preparar e administrar terapêutica. Administra a terapêutica tendo em consideração os seis certos (doente, hora, via, medicamento, dose, registo), conhece e coloca em prática o conteúdo do PE 87.00 – Administração de terapêutica;
- Saber os cuidados ao doente em isolamento e conhecer os diferentes tipos de isolamento. Presta cuidados a utentes com isolamento cumprindo as suas normas (precauções de gotículas, precauções de contacto, precauções de via aérea);
- Conhecer as múltiplas monitorizações não invasivas (monitorização cardiorespiratória, capnografia, SatO2 oximetria de pulso, temperatura, tensão arterial, NIRS e BIS);
- Saber fazer uma observação criteriosa do doente;
- Demonstrar conhecimentos relativamente aos procedimentos de controlo da Infecção associada aos cuidados de saúde (IACS). Cumpre a norma de higienização das mãos, cumpre a norma relativa ao fardamento assistencial;
- Aprender os aspetos inerentes à colheita de espécimen para análise e efetuar a colheita de produtos biológicos para análise. Identifica o doente, colhe o produto biológico pretendido, utiliza as técnicas assépticas adequadas à recolha de cada produto, identifica as amostras colhidas, encaminha as amostras para o respetivo laboratório;
- Demonstrar conhecimentos relativamente aos cuidados ao doente com fototerapia. Conhece e coloca em prática o conteúdo do PE 71.00 – Fototerapia;
- Fazer a passagem de turno dos doentes pelos quais esteve responsável. Elabora uma síntese escrita ou mental do conteúdo significativo para garantir a continuidade de cuidados, passa oralmente a informação ao colega que fica responsável pelo doente.

Durante este período de tempo e em todo este processo, o enfermeiro supervisor clínico da integração deverá ensinar, esclarecer e tirar dúvidas, informar e demonstrar todos

os procedimentos. O novo enfermeiro deverá observar e prestar cuidados sobre supervisão e só quando se sentir capaz de o fazer.

Segundo mês

Durante este mês é provável que se verifique uma sobreposição entre a transmissão de alguns conhecimentos e a fase de treino de algumas atividades. O novo enfermeiro terá à sua responsabilidade o cuidado global de um doente de cuidados intensivos ou dois doentes de cuidados intermédios, sempre com o acompanhamento e supervisão do enfermeiro supervisor clínico da integração.

O novo enfermeiro deverá ser capaz de:

- Identificar problemas/necessidades dos doentes;
- Executar cuidados de acordo com o que observou e aprendeu;
- Executar as diferentes técnicas com rigor;
- Avaliar as intervenções realizadas;
- Demonstrar conhecimentos básicos sobre ventilação e monitorização;
- Demonstrar conhecimentos básicos sobre as situações clínicas mais frequentes e técnicas que teve a oportunidade de vivenciar;
- Ser capaz de fazer a admissão e transferência de doentes;
- Fazer registos de enfermagem na sua totalidade;
- Preparar uma unidade de um doente de acordo com o protocolo específico. Conhece e coloca em prática o conteúdo do PE 27.00 – Preparação da unidade de internamento;
- Prestar cuidados globais ao doente a realizar pós-operatório (das diferentes áreas). Conhece e coloca em prática o conteúdo do PE 43.00 - Abordagem da criança em pós-operatório.
- Prestar os cuidados inerentes à prevenção e tratamento de úlceras por pressão. Conhece e coloca em prática o conteúdo do PE 35.00 – Aplicação da escala Braden Q, e do PE 36.00 – Aplicação do instrumento de avaliação da pele.
- Fazer entubação gástrica. Conhece e coloca em prática o conteúdo do PE 57 – Entubação gástrica;
- Fazer cateterismo vesical. Conhece e coloca em prática o conteúdo do PE 46.01 – Recomendações para a prevenção de infeção do trato urinário.
- Realizar a colocação de cateteres venosos periféricos e epicutâneo-cavas. Conhece e coloca em prática o conteúdo do PE 50.00 – Colocação e manutenção de cateter venoso periférico.

- Realizar aspiração de secreções em doentes ventilados. Conhece e coloca em prática o conteúdo do PE 67.01 – Aspiração de secreções traqueobrônquicas;
- Fazer ventilação com insuflador manual de acordo com as diferentes idades e particularidades ventilatórias;
- Conhecer os principais procedimentos realizados na unidade;
- Realizar a passagem de turno.

Terceiro mês

Durante este período vai ser dada a oportunidade ao enfermeiro de evoluir no aperfeiçoamento das competências adquiridas até aqui.

Este, assume na totalidade o cuidado de dois doentes de cuidados intensivos ou dois doentes de cuidados intermédios, com a supervisão do enfermeiro supervisor clínico da integração, mantendo-se como elemento supra numerário.

Além dos cuidados anteriormente descritos o enfermeiro deverá ser capaz de:

- Demonstrar iniciativa nas atividades a realizar;
- Estabelecer relação terapêutica com a criança e família;
- Dar ênfase à parceria de cuidados;
- Demonstrar espírito crítico e reflexivo relativamente às situações vividas.

Sempre que surja a oportunidade o enfermeiro deverá aprender e fazer alguns procedimentos e técnicas mais complexas, como:

- Colaborar na entubação endotraqueal, conhece e coloca em prática o conteúdo do PE 52.01 – Entubação endotraqueal;
- Colaborar no processo de reanimação cardio-respiratória;
- Colaborar no procedimento de drenagem torácica e fazer a manutenção dos cuidados. Conhece e coloca em prática o conteúdo do PE 30.00 – Drenagem torácica;
- Saber colocar pressões intravasculares invasivas (PA, PVC). Conhece e coloca em prática o conteúdo do PE 34.01 – Monitorização invasiva da PVC, e do PE 33.01 – Monitorização invasiva da PA;
- Colaborar na colocação da pressão intracraniana. Conhece e coloca em prática o conteúdo do PE 32.01 – Monitorização invasiva da PIC;
- Saber colocar a pressão intra-abdominal. Conhece e coloca em prática o conteúdo do PE 53.00 – Monitorização da pressão intra-abdominal;
- Participar na colocação do grau de sedação pelo índice bispectral (BIS), aEEG, e ecodoppler cerebral;

- Participar na ecografia cardíaca transtorácica e pulmonar;
- Apoiar no Doppler transcraniano;
- Efetuar a monitorização de NIRS – Espectroscopia de infravermelho próximo (Near infrared spectroscopy);
- Dominar conhecimentos sobre ventilação convencional, ventilação de alta-frequência, administração de óxido nítrico inalado e ventilação não invasiva. Conhece e coloca em prática o conteúdo do PE 62.01 – Ventilação invasiva, do PE 58.00 – Ventilação com óxido nítrico e do PE 28.00 – Ventilação não invasiva;
- Saber os procedimentos inerentes à diálise peritoneal;
- Saber os procedimentos inerentes à hemofiltração, montagem, e manutenção do tratamento;
- Colaborar na plasmaferese. Conhece e coloca em prática o conteúdo do PE 95.00 – Troca plasmática terapêutica;
- Saber os procedimentos inerentes à hipotermia induzida (CritiCool). Conhece e coloca em prática o conteúdo do PE 92.00 – Hipotermia na encefalopatia hipóxico-isquémica (EHI) no recém-nascido;
- Colaborar na exsanguíneo transfusão;
- Colaborar na técnica MARS (Molecular Adsorbent Recirculating System).

Quarto mês

O enfermeiro assume na totalidade o cuidado de dois doentes de cuidados intensivos ou dois doentes de cuidados intermédios, com a supervisão do enfermeiro supervisor clínico da integração, mantendo-se como elemento supra numerário.

Este é o mês em que deve alicerçar todos os conhecimentos e competências adquiridas até ao momento.

Deve ainda ter conhecimentos que lhe permitam preparar o material e prestar todos os cuidados de enfermagem em procedimentos como;

- Encerramento de canal arterial, septostomias de Rashkind ecoguiadas, e outras.

Nesta fase da integração o enfermeiro deverá dominar de forma básica algumas competências da área específica da pediatria, como:

- Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;
- Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;
- Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

Por outro lado, e como se trata de um serviço de cuidados intensivos, deverá ter competências que lhe permitam cuidar de um doente em situação crítica. Assim deverá ter conhecimentos gerais sobre:

- Cuidar da criança/adolescente e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica;
- Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à ação;
- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção, perante a criança/adolescente em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas.

No final destes quatro meses o enfermeiro em integração deverá de uma forma global, segundo o PE 73 referente à integração de profissionais:

- Ter adquirido conhecimentos científicos e experiência teórico prática de cuidados de enfermagem, tornando-se competente para diagnosticar, orientar e seguir os doentes que estão à sua responsabilidade;
- Prestar cuidados de enfermagem baseados na atual evidência científica;
- Ter conhecimentos para facilmente utilizar todos os equipamentos e infraestruturas;
- Assegurar a confidencialidade da informação e preservação da intimidade da criança e família;
- Evitar eventos adversos e promover a segurança da criança;
- Comunicar de forma eficaz.

Quinto e sexto mês

O novo enfermeiro integrará um grupo de trabalho em que fica a prestar cuidados de forma autónoma mantendo-se no grupo do enfermeiro que o integrou de modo a ter uma referência e um apoio em todas as situações susceptíveis de gerarem dúvidas.

Deve dar ênfase e reforçar a importância do trabalho em equipa e da ajuda mútua, imprescindível em cuidados intensivos.

Deverá ter a capacidade e humildade de colocar sempre as suas dúvidas e nunca prestar nenhum cuidado sem ter a certeza que está a agir no principal interesse da criança e família.

Devemos salientar que é provável que durante o período de integração não tenha sido possível ter contacto com todas as situações passíveis de existirem em cuidados

intensivos pediátricos e que portanto a aprendizagem e aquisição de competências é um processo contínuo e dinâmico, fundamental para que este enfermeiro que agora é iniciado se torne iniciado avançado, competente, proficiente e por fim perito.

Avaliação final

O processo de avaliação é contínuo e muitas vezes informal. Resulta do contacto entre o enfermeiro supervisor clínico da integração e o elemento a ser integrado, no entanto existem momentos de avaliação formais que ocorrem no final de cada mês de integração como já se encontra descrito.

Na avaliação final é efetuada uma reflexão sobre o período de integração, através de:

- Autoavaliação do elemento integrado;
- Hetero-avaliação do enfermeiro supervisor clínico da integração;
- Parecer do enfermeiro-chefe.

Tal como sugerido pela bibliografia (Mosquera, 2007; Cotrell, 2000, citado por Faria 2007), o novo enfermeiro só ficará a prestar cuidados de forma autónoma quando existir consenso entre os três intervenientes do processo de que este esteja apto a desempenhar as suas funções com segurança e rigor.

Podemos ver de uma forma gráfica como se processa em termos gerais o processo de integração. Os momentos formativos decorrerão de acordo com o plano de formação.

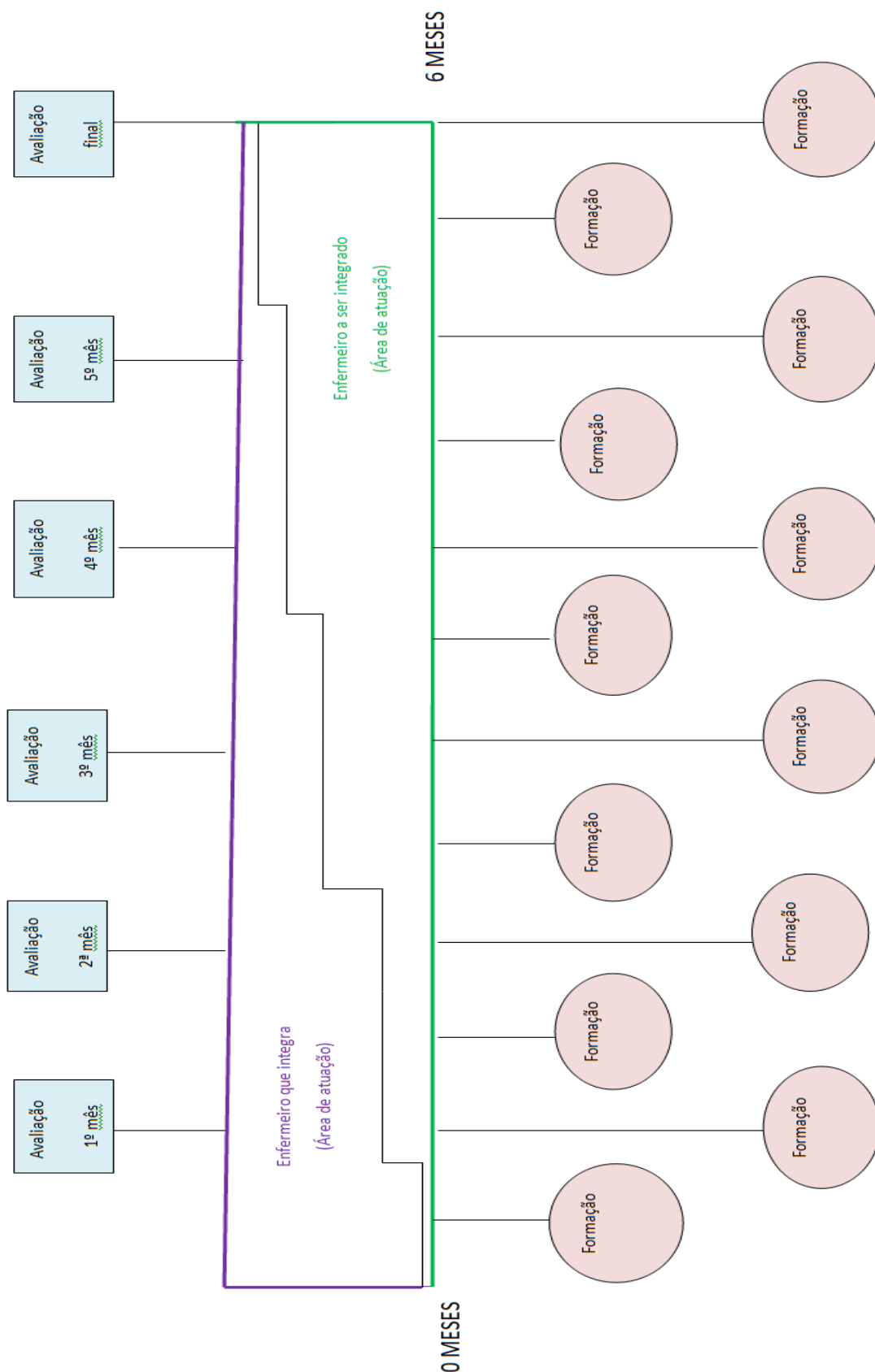


Figura 11 – Cronograma da integração

e) Plano formativo

O plano de formação proposto tem por base temas de interesse para a formação do novo elemento. Serão um total de doze ações de formação, estas decorrerão no final de cada duas semanas de integração.

Tabela nº 2 – Plano formativo

Nº da ação de formação	Tema	Destinatários	Formador
1	Cultura organizacional da instituição/serviço	Enfermeiros em integração, outros enfermeiros/médicos	Enfermeiro
2	Monitorização não invasiva e invasiva	Enfermeiros em integração, outros enfermeiros/médicos	Enfermeiro
3	Noções básicas de prevenção de infeção	Enfermeiros em integração, outros enfermeiros/médicos	Enfermeiro
4	Registos de enfermagem B-ICU.Care	Enfermeiros em integração, outros enfermeiros/médicos	Enfermeiro
5	Neonatologia	Enfermeiros em integração, outros enfermeiros/médicos	Enfermeiro Médico
6	Ventilação Não invasiva/Invasiva	Enfermeiros em integração, outros enfermeiros/médicos	Enfermeiro Médico
7	Atuação na Reanimação	Enfermeiros em integração, outros enfermeiros/médicos	Enfermeiro Médico
8	Discussão de caso clínico	Enfermeiros em integração, outros enfermeiros/médicos	Enfermeiro Médico
9	Discussão de caso clínico	Enfermeiros em integração, outros enfermeiros/médicos	Enfermeiro Médico
10	Ventilação com NO	Enfermeiros em integração, outros enfermeiros/médicos	Enfermeiro
11	Hipotermia Induzida	Enfermeiros em integração, outros enfermeiros/médicos	Enfermeiro
12	Hemofiltração	Enfermeiros em integração, outros enfermeiros/médicos	Enfermeiro

f) Nota final

A elaboração deste programa de integração resultou de uma necessidade sentida pelos enfermeiros de receber/integrar de uma forma eficaz e harmoniosa os novos enfermeiros que chegam ao serviço. Pretendemos com ele fornecer informações práticas orientadas para a realidade do serviço em concreto, de forma a sistematizar e uniformizar a integração de novos enfermeiros.

Procurámos desenvolver um projeto de intervenção no serviço que resultou na revisão do procedimento específico relativo ao processo de integração de profissionais PE 73.00 (anexo II) e na elaboração do programa de integração, que se julga adequado à realidade do serviço.

As principais diferenças no que diz respeito ao programa de integração dos profissionais atualmente em vigor e à revisão do mesmo, relacionam-se com os períodos de integração, com as atividades a desenvolver e com o próprio conteúdo do programa de integração. Procurou-se adequar os tempos de integração à realidade do serviço, de modo a evitar falsas expectativas para os novos elementos que procedem à consulta e leitura do documento. Por outro lado, no que diz respeito às atividades a desenvolver, acredita-se que, após esta revisão, a consulta do programa de integração, permite a quem o consultar compreender quais as funções do enfermeiro em cada uma das diferentes vertentes da enfermagem de saúde infantil e pediatria, servindo este documento de orientação aos novos elementos.

g) Referências bibliográficas

- CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra E.P.E. (2017). *Tomada de Decisão em Enfermagem no CHUC - O percurso da mudança 2012-2016*. Coimbra.
- Clynes, M.; Raftery. (2008). Feedback: Na essencial elemento of student learning in clinical practice. *Nurse Education in Practice*. Vol. 8 p. 405–411.
- Collins, J. (2004). Education techniques for lifelong learning: principles of adult learning. *Radiographics*. Vol. 24 p. 1483-1489.
- Cotter, C. (2007). Making the case for a clinical information system: The chief information officer view. *Journal of Critical Care*, 22(1), 56–65.
<https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2007.01.005>
- Eraut, M. (2006). Feedback. *Learning in Health and Social Care*. Vol. 5, nº 3 p. 111-118.
- Ferreira, S. (2008). Acolhimento, integração e empenhamento organizacional: estudo de caso no sector das telecomunicações (Tese de Mestrado não publicada).

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
Lisboa.

Guimarães, MSF. Silva, LR. (2016) Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. Rio de Janeiro; Disponível em: <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>

Lamy, J. (2010). A importância do acolhimento de novos colaboradores nas organizações. Disponível em: <https://jorge-lamy.blogspot.com/2010/06/importancia-do-acolhimento-de-novos.html>

Mador, R., & Shaw, N. (2009). The impact of Critical Care Information System (CCIS) on time spent charting and in direct patient care by staff in the ICU: A review of literature. *International Journal of Medical Informatics*, 78(7), 435–445. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2009.01.002>

Pinheiro, M. F. R. (1994). Organizar a prestação de cuidados: Uma função/desafio para o enfermeiro chefe. *Revista Servir*, 42(6), 319–331.

Quin, Y. (2017). The effect of nursing participation in the design of a critical care information system: a case study in a Chinese hospital. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 17(1), 165. <https://doi.org/10.1186/s12911-017-0569-3>

SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde E.P.E. (2015). *eHealth em Portugal Visão 2020*. Lisboa. Disponível em: <https://spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/11/Relatório-Think-Tank-eHealth-2020-v05112015.pdf>

Varon, J., & Marik, P. (2002). Clinical information systems and the electronic medical record in the intensive care unit. *Current Opinion in Critical Care*, 8(6), 616–624. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12454551>

3.3. EXECUÇÃO

Ruivo et al. (2010) referem que a execução, enquanto etapa da metodologia de projeto, materializa a realização do projeto, colocando em prática tudo o que foi planeado.

No que diz respeito à execução propriamente dita, Ruivo et al. (2010), referem-na como uma fase que assume uma importância significativa para o investigador e/ou participantes do projeto, na medida em que possibilita a realização das suas vontades e necessidades através das ações planeadas.

Acreditamos que o documento orientador resultante deste trabalho será benéfico para a instituição, para o serviço, para os enfermeiros e, sobretudo para a melhoria dos cuidados prestados às nossas crianças, jovens e suas famílias.

Em termos práticos, este programa de integração poderá ser implementado, após aprovação por parte da senhora enfermeira chefe e da senhora diretora do serviço e assim que entrar um novo enfermeiro no serviço.

Em termos de recursos humanos será necessária a disponibilidade de um enfermeiro supervisor clínico da integração durante um período de seis meses. É necessário tempo disponível para cumprir o plano formativo proposto, bem como, contactar os formadores das referidas sessões de formação e providenciar os recursos materiais necessários à sua concretização. Outro aspeto é o agendamento dos momentos de avaliação, um no final de cada mês.

avaliação, um no final de cada mês.

3.4. AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

A avaliação deve ser permanente ao longo do projeto, contínua, permitindo a retroalimentação do próprio projeto *“com vista a facilitar a redefinição da análise da situação, a reelaboração dos objetivos, ação e seleção dos meios, bem como a análise dos resultados”* (Carvalho et al., 2001 citado por Ruivo et al., 2010).

No final do projeto, a avaliação tem um papel preponderante. Esta avaliação deve ser globalizante, ou seja, deve avaliar o produto final (Leite et al., 1989 citados por Ruivo et al., 2010).

Não vai ser possível incluir neste trabalho a avaliação do programa de integração, uma vez que não será possível fazê-lo no tempo previsto para a conclusão deste trabalho académico.

Pensamos, no entanto, que podemos nesta altura projetar a forma como deve decorrer esta avaliação.

Em primeiro lugar, para podermos avaliar os resultados da sua implementação teríamos que ter um número mínimo de novos enfermeiros, pelo menos dois, para ser possível a comparação de dois pontos de vista, esses enfermeiros seriam integrados com o novo programa de integração.

Avaliar um projeto implica a verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente, assim seria importante ter presente os objetivos e verificar se cada um deles foi atingido, estes são:

Integração de Novos Enfermeiros num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

- Facilitar a integração de novos elementos de enfermagem na equipa e promover o seu desenvolvimento profissional e pessoal;
- Contribuir para a mais eficaz e organizada adaptação de novos enfermeiros no serviço;
- Uniformizar práticas relativas à integração de novos enfermeiros;
- Sistematizar procedimentos a adotar na fase de integração;
- Ser um documento facilitador para os enfermeiros que integram outros enfermeiros e para os enfermeiros que são integrados;
- Proporcionar informação fundamentada facilitadora da aprendizagem.

Para saber se os objetivos foram atingidos e para uma correta avaliação dos seus benefícios, será pertinente, após a implementação do programa, a realização da mesma entrevista aos dois grupos. Aos novos enfermeiros e aos enfermeiros supervisores da integração, estes seriam necessariamente alguns dos enfermeiros que participaram no estudo, de modo a verificar se existiram de facto melhorias relativamente à forma como se processava a integração antes da implementação deste programa e averiguar os reais contributos deste projeto de intervenção no serviço.

A entrevista é um meio bastante utilizado para recolher dados relativos a opiniões e necessidades, podendo esta ser feita de forma individual, à luz do que foi feito anteriormente. Além das questões presentes nos guiões das entrevistas, pensamos que para esta avaliação, uma vez que o programa construído já foi colocado em prática, será relevante focar outros aspetos.

Aos dois grupos:

- Satisfação com o programa;
- Se é exequível;
- Se é claro;
- Se no decorrer da integração houve desvios ao previamente estabelecido;
- Sugestões de melhoria.

Apenas aos enfermeiros supervisores clínicos da integração:

- Que aspetos melhoraram após a implementação do programa de integração.

Estamos conscientes de que haverá múltiplas formas de fazer esta avaliação. Neste contexto, acreditamos que esta será a melhor forma de o fazer.

Apesar de se desconhecem os resultados da implementação do programa de integração, espera-se que o projeto desenvolvido se constitua como uma ferramenta facilitadora do processo de integração dos novos elementos no serviço em questão.

CONCLUSÃO

Chegadas ao fim desta etapa, sem dúvida vivida intensamente e em que aprendemos muito, reafirmamos que o concretizar objetivos e metas é sempre gratificante.

Ao terminarmos este trabalho é o momento de fazermos uma reflexão global sobre a fundamentação teórica, sobre as opções metodológicas, sobre o conteúdo dos episódios significativos verbalizados pelos enfermeiros, e, sobretudo, de elaborar conclusões de acordo com a problemática em estudo e com os objetivos formulados inicialmente.

A metodologia de projeto tem uma componente eminentemente prática, buscando a resolução de problemas reais de uma organização ou serviço e possibilita em simultâneo a aquisição e o desenvolvimento de competências do Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Optámos por este objeto de estudo pelo facto de querermos aprofundar o conhecimento sobre a integração de novos enfermeiros, tendo em vista a criação de um programa de integração para novos enfermeiros em cuidados intensivos pediátricos, o que possibilitará uma clarificação da intervenção de todos os intervenientes no processo, de forma a facilitar a integração destes, a melhorar as suas práticas e a uniformizar procedimentos de atuação, funcionando como elemento estruturante e orientador do período em causa, tendo em vista a excelência do cuidar e a segurança do doente.

Com este trabalho, foi possível construir e planear a implementação e avaliação de um programa de integração de novos enfermeiros no serviço de cuidados intensivos pediátricos. E fazê-lo a partir das perspetivas dos enfermeiros que realizam a supervisão da integração no serviço de cuidados intensivos pediátricos, bem como das perspetivas dos enfermeiros recém-admitidos sobre o processo de integração, resultados esperados, dificuldades e sugestões de melhoria.

Para dar resposta aos objetivos atrás enunciados realizámos um estudo descritivo de abordagem qualitativa.

Relativamente à revisão da bibliografia consideramos que esta nos forneceu uma perspetiva do conhecimento existente e nos permitiu uma sistematização das ideias principais ou conceitos relevantes sobre os quais construímos a fundamentação teórica.

Após muitas leituras, fizemos uma seleção dos conteúdos que nos pareceram mais pertinentes, adequados e relevantes. Tivemos a preocupação de dispor os assuntos de forma gradual, a fim de ressaltar aspetos importantes, facilitar a abordagem e possibilitar uma fácil assimilação do conteúdo.

Assim, considerámos pertinente abordar temas relacionados com a integração e acolhimento, socialização, supervisão clínica e o processo de integração profissional, vivências no processo de integração e por fim o desenvolvimento de competências em enfermagem, abordando o modelo de aquisição de perícia de Dreyfus.

No que concerne as opções metodológicas, foi utilizada a metodologia de trabalho de projeto, uma metodologia que se baseia no princípio da prática reflexiva, que, de forma sistemática, visa a identificação de um problema da prática e a sua resolução, percorrendo etapas bem definidas. Para um melhor conhecimento da situação atual e no sentido de conhecer as perspetivas dos enfermeiros envolvidos no estudo optamos pela entrevista semiestruturada como instrumento de colheita dos dados. A amostra do estudo é uma amostra não probabilística em que foram selecionados por conveniência aqueles que foram considerados privilegiados para a investigação. Os dados colhidos, depois de analisados segundo o método da análise de conteúdo de Bardin, possibilitaram obter um conjunto de informações que se revelaram fundamentais para a construção do programa de integração. Também o conhecimento detalhado das características do serviço e a análise reflexiva das práticas à luz dos referenciais de competências selecionados permitiram a sua adequação ao contexto.

Consideramos que as nossas opções metodológicas foram pertinentes e bem-sucedidas. O interesse e as expectativas iniciais mantiveram-se ao longo de todo o estudo, sobretudo, porque é uma temática que se enquadra no nosso contexto profissional.

O projeto de intervenção no serviço foi estruturado de acordo com as fases metodologicamente estabelecidas; a identificação do problema, a justificação, os objetivos, as etapas do projeto, onde foi feito o diagnóstico da situação, o planeamento, a execução e a avaliação, respeitando os procedimentos formais e éticos necessários.

Ao longo da concretização deste trabalho, surgiram alguns constrangimentos como o facto de ser um relatório de trabalho projeto, pioneiro para nós, que assenta numa

metodologia particular e que exigiu um esforço suplementar pelo desconhecimento do caminho a percorrer.

Consideramos que, como enfermeiros, poderemos ter um papel mais ativo e determinante na criação de um programa de integração de novos enfermeiros onde a eficiente supervisão desenvolva e estimule o interesse e entusiasmo iniciais, promovendo novas atitudes profissionais e melhorando a qualidade da prestação de cuidados.

A elaboração deste programa de integração resultou de uma necessidade sentida pelos enfermeiros de receber/integrar de uma forma eficaz e harmoniosa os novos enfermeiros que chegam ao serviço. Pretendemos com ele fornecer informações práticas orientadas para a realidade do serviço em concreto de forma a sistematizar e uniformizar a integração de novos enfermeiros respondendo às expectativas quer dos recém- integrados quer dos enfermeiros que realizam a supervisão dessa integração.

É imprescindível que a integração dos enfermeiros no contexto de trabalho seja orientada por padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, proporcionando oportunidades de análise, reflexão, apoio e acompanhamento, de forma dinâmica, contínua e pedagógica, resultando no desenvolvimento de competências pessoais e profissionais para a prática de cuidados.

Ao nível da investigação, considera-se que o estudo e nomeadamente a construção do programa de integração, tem valiosos contributos para a prática, pelos novos conhecimentos e compreensão da questão da integração de novos profissionais, prevendo-se a partilha pública dos resultados e conclusões.

Esperamos ter ido ao encontro das necessidades sentidas por todos os enfermeiros do serviço e contribuir de forma efetiva para uma melhor integração de novos enfermeiros e, em consequência, para a melhoria das condições de segurança dos doentes e para a qualidade dos cuidados de enfermagem pediátrica.

Por fim, importa refletir sobre as limitações e recomendações decorrentes deste trabalho.

LIMITAÇÕES:

Relativamente às limitações do estudo, gostaríamos de salientar três aspetos. Em primeiro lugar, os resultados sobre as perspetivas dos enfermeiros foram obtidos a partir de um número pequeno de enfermeiros. Também, não foi questionado aos enfermeiros recentemente integrados se são especialistas em saúde infantil e pediatria, admitindo-se que esse facto poderia condicionar algumas respostas. Por fim, o facto de não haver

enfermeiros recém-formados, não nos permite saber se o programa se adequará totalmente a estes. Apesar de estarmos conscientes das limitações do estudo, consideramos que os objetivos a que nos propusemos foram atingidos.

RECOMENDAÇÕES:

Pensamos que há uma necessidade imperiosa de implementar projetos de intervenção nos serviços que contemplem as perspetivas dos enfermeiros, construídas a partir das suas experiências, e que permitam essencialmente a aquisição e o aprofundamento das competências dos enfermeiros e promovam o desenvolvimento profissional e a melhoria das práticas. Gostamos de pensar que com este estudo e com a criação deste programa de integração para novos enfermeiros possamos contribuir para essa melhoria.

Importa continuar a explorar o tema, pois sendo um programa dinâmico deverá ser sujeito periodicamente a revisões por forma a se adaptar ao conhecimento que vai sendo produzido e à realidade, fruto de modificações estruturais, dos recursos humanos e das próprias metodologias de trabalho.

Consideramos que a função do supervisor clínico é tão importante que se torna necessário recomendar a formação destes supervisores, nomeadamente através da formação em supervisão clínica, para que estes desenvolvam as suas competências nesta área.

PERSPETIVAS PARA O FUTURO:

Para o futuro, pretendemos implementar este programa de integração no serviço e avaliar os resultados, de modo a completar todo este processo de investigação.

Sendo um projeto de intervenção no serviço faz para nós todo o sentido divulgar o trabalho efetuado junto da equipa, estando prevista a realização de uma ação de formação, em articulação com o enfermeiro responsável pela formação em serviço.

O trabalho desenvolvido poderá, ainda, servir de base à construção de um referencial de competências do enfermeiro de cuidados intensivos pediátricos, inexistente entre nós, mas necessário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2002). Supervisão Clínica em Enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. *Sinais Vitais*, 11 (45), 53-57.
- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>
- Alarcão, I. (2001). Formação reflexiva. *Referência*, (6), 53–59. <https://doi.org/ISSN 0874-0283>
- Alarcão, I., & Tavares, J. (2007). *Supervisão da prática pedagógica: uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2ª ed. Coimbra: Almedina. ISBN: 978-972-40-1852-2.
- Amendoeira, J. (2009). Ensino de enfermagem: perspetivas de desenvolvimento. *Pensar Enfermagem*, 13 (1).
- Arvidsson, B., Löfgren, H. & Fridlund, B. (2001). Psychiatric nurses' conceptions of how a group supervision programme in nursing care influences their professional competence: A 4-year follow-up study. *Journal of Nursing Management*, 9(3), 161-171.
- Ascensão, C. (2009). *Práticas de gestão de carreira, acolhimento e integração e empenhamento organizacional: estudo de caso no sector do pós-venda de automóvel*. (Tese de Mestrado). Universidade de Lisboa Faculdade de Psicologia e de ciências da Educação, Portugal.
- Azevedo, C. (1996). Integração de Enfermeiros às unidades/serviços. *Divulgação* (38), 9–30.
- Bain, L. (1996). Preceptorship: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 104-107.
- Bardin, L. (1995). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bardin, L. (2014). *Análise de Conteúdo* (7ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições 70.

- Bastos, M. (2001). O processo de socialização dos enfermeiros em um Centro de Tratamento Intensivo. *Revista Escola Enfermagem*, vol. 35 (3), 291-299. Universidade São Paulo.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica em enfermagem*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Bilhim, João Abreu de Faria (2001). Teoria Organizacional. Estruturas e Pessoas. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Lisboa.
- Bond, M. & Holland, S. (1998). *Skills of Clinical Supervision for Nurses: A Practical Guide for Supervisees, Clinical Supervisors and Managers*. Buckingham: Open University Press.
- Botti, S. & Rego, S. (2008). Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: quais são seus papéis? *Revista brasileira de educação médica*. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a11.pdf>
- Butterworth, T., & Woods, D. (1999). *Clinical governance and clinical supervision; Working together to ensure safe and accountable practice*. Disponível em: <http://www.nursing.manchester.ac.uk/research/officialreports/Clinicalgovernance.pdf>
- Butterworth, T., Bishop, V. & Carson, J. (1996). First steps towards evaluating clinical supervision in nursing and health visiting: Theory, policy and practice development: a review. *Journal of Clinical Nursing*, 5(2), 127-132.
- Caetano, A. & Vala J. (2000). *Gestão de recursos humanos: contextos, processos e técnicas*. Lisboa, Portugal: Editora RH.
- Carvalho, R. (2003). *Parcerias na formação: papel dos orientadores clínicos: perspectivas dos atores*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-40-1.
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra E.P.E. (2017). *Tomada de Decisão em Enfermagem no CHUC – O percurso da mudança 2012-2016*. Coimbra, Lisboa.
- Chiavenato, I. (2001). *Teoria geral da Administração- Vol. 1* (6ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Cordeiro, I. (2013). Trabalho de Projeto – Cuidados de Enfermagem especializados para a segurança do cliente. (Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica não publicado). Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal. Setúbal.

- Cotter, C. (2007). Making the case for a clinical information system: The chief information officer view. *Journal of Critical Care*, 22(1), 56–65.
<https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2007.01.005>
- Cottrell, S. & Smith, G. (2005). *The Development of Models of Nursing Supervision in the UK*. Disponível em: <http://www.clinical-supervision.com>
- Cottrell, S. (2000). *Introduction to clinical supervision*. Disponível em: <http://www.clinical-supervision.com/supervision%20policy.htm>
- Cottrell, S. (2002). Suspicion, resistance, tokenism and mutiny: problematic dynamics relevant to the implementation of clinical supervision in nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 667-671.
- Cunha, M.P., Rego, R., Cunha, R.C. & Cardoso, C. C. (2007). *Manual de comportamento organizacional e gestão* (6ª ed.) Lisboa. Portugal: Editora RH.
- D’Espiney, L. (1996). Formação inicial/formação contínua de enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto hospitalar In Canário, R. - Formação e situações de trabalho. Porto, Porto Editora. ISBN 9720314254, p. 169-188.
- D’Espiney, L. (2003). *Formação Inicial/Formação Contínua de Enfermeiros: Uma Experiência de Articulação em Contexto de Trabalho. Formação e Situações de Trabalho*. 2ª ed. Porto: Porto Editora. ISBN 972-0-01115-7.
- Decreto de Lei nº 161/1996 de 4 de setembro. *Diário da República nº 205/1996, I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa: Portugal.
- Decreto-Lei n.º 247/2009 de 22 de setembro. *Diário da República n.º 184/2009 - I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei n.º 71/2019 de 27 de maio. *Diário da República n.º 101/2019, Série I*. Ministério da Saúde. Lisboa: Portugal.
- Decreto-Lei nº 111/09 de 16 de setembro. (2009).
- Despacho nº 132/2015 de 15 de setembro do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. http://spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/10/Despacho-132_2015_SES-9832.pdf
- Despacho nº 2784/2013 de 20 de fevereiro. *Diário da República – II Série nº 36*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Despacho nº 9725/2013 de 24 de julho. *Diário da República – II Série nº 141*. Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Lisboa, Portugal.

- Dias, M. (2006). *Construção e validação de um inventário de competências: contributo para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado*. Loures: Lusociência.
- Duarri, W. & Kendrick, K. (1999). Implementing clinical supervision. *Professional Nurse*, 14(12), 849-852.
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2010). *Regras de Apresentação da Dissertação*. Coimbra, Portugal.
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2016). *Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos*. Coimbra, Portugal.
- Faria, S. (2007). *Supervisão clínica na enfermagem no caminho da excelência dos cuidados*
http://www.forumenfermagem.org/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=2959.
- Farrell, M. & Chakrabarti, A. (2001). Evaluating preceptorship arrangements in a pediatric setting. *Journal Child Health Care*, 5,93-100.
- Feather, R. & Bissell, B. (1979). Clinical supervision vs psychotherapy: the psychiatric/mental health supervisory process. *Perspectives in Psychiatric Care*, 17(6), 266-272.
- Fernandes, O. (2004). *Entre a teoria e a experiência: desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico, no hospital, no curso de licenciatura* (Tese de doutoramento). Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Portugal.
- Fernandes, O. (2007). *Entre a Teoria e a Experiência. Desenvolvimento de Competências de Enfermagem no Ensino Clínico no Hospital no Curso de Licenciatura*. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-36-3.
- Ferreira, S. (2008). *Acolhimento, integração e empenhamento organizacional: estudo de caso no sector das telecomunicações* (Tese de Mestrado). Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de ciências da Educação, Portugal.
- Fonseca, M. (2006). *Supervisão em ensinos clínicos de enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidata.

- França, M. (2013). *Enfermeiros na experiência de supervisão clínica de novos profissionais: adversidades e estratégias* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Garrido, A. (2004). A supervisão clínica e a qualidade de vida dos enfermeiros. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Aveiro: Aveiro.
- Garrido, A. (2005). Supervisão clínica em enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 12, 27-34.
- Gibson, Ivancevich, J.M; Donnely, J.H. & Konopaske, R. (2006). *Organizações comportamento, estruturas e processos* (12^a ed.). São Paulo, Brasil: The McGraw-Hill Companies, Inc.
- Harris, B. (2002). Paradigmas e parâmetros da supervisão em educação. In Oliveira-Formosinho, J. *A Supervisão na Formação de Professores* (pp. 133-223). Porto: Porto Editora. ISBN 9720344571.
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9^a ed. Loures: Lusodidata.
- http://svrintranet.huc.min-saude.pt/portal/media/cip/Criacao_do_Servico_CIPE.pdf
- Hyrkas, K. (2005). Clinical supervision, burnout and job satisfaction among mental health and psychiatric nurses in Finland. *Mental Health Nursing*. 26, 531-556.
- Hyrkäs, K., Appelgyist-Schmidlechner, K. & Haataja, R. (2006). Efficacy of clinical supervision: influence on job satisfaction, burnout and quality of care. *Journal of Advanced Nursing*, 55, 521–535.
- Hyrkäs, K., Appelgyist-Schmidlechner, K. & Paunonen-Ilmonen, M. (2002). Expert supervisors' view of clinical supervision: a study of factors promoting and inhibiting the achievements of multi-professional team supervision. *Journal of Advanced Nursing*, 38(4), 387-397.
- Hyrkäs, K., Koivula, M. & Paunonen, M. (1999). Clinical supervision in nursing in the 1990s- current state of concepts, theory and research. *Journal Nursing Management*, 7, 177-187.
- Jones, M. & Bennett, I. (1998). Clinical supervision: mental health nurses. *Mental Health Practice*, 2(4), 18-22.

- Ketele, J. M. & Roegiers, X. (1999). *Metodologia da recolha de dados. Fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas e de estudos de documentos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Kurcgant, P. (1991). *Administração em Enfermagem*. São Paulo, Brasil: EPU.
- Lamy, J. (2010). A importância do acolhimento de novos colaboradores nas organizações. Disponível em:
<https://jorge-lamy.blogspot.com/2010/06/importancia-do-acolhimento-de-novos.html>
- Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro. Diário da República nº 180/09, I- A Série. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Lei n.º 7/2009 de 12 de fevereiro. *Diário da República nº 30/2009 - I Série A*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.
- Lei nº 48/90 de 24 de agosto. Base XIV estatuto dos doentes.
- Lima, L. & Fernandes, C. (s.d.). *Socialização organizacional*. Recuperado de:
<https://scholar.google.pt/scholar?q=SOCIALIZA%C3%87%C3%83O+ORGANIZACIONAL+ORGANIZATIONAL+SOCIALIZATION&btnG=&hl=pt->
- Loureiro, C. (2002). Integração e orientação dos enfermeiros. *Revista Informar*, 27, 16-22.
- Lunney, M. (2010). Use of critical thinking in the diagnostic process. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*, 21 (2), 82-88.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010629514&site=ehost-live>
- Luz, M. (2001). Programa de integração para enfermeiros. *Revista Servir*, 49(6), 288–294.
- Lyth, G. M. (2000). Clinical supervision: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 722–729.
- Macedo, M. (2012). Supervisão na integração de enfermeiros à luz do modelo bioecológico (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Aveiro. Aveiro.
- Mador, R. & Shaw, N. (2009). The impact of Critical Care Information System (CCIS) on time spent charting and in direct patient care by staff in the ICU: A review of literature. *International Journal of Medical Informatics*, 78(7), 435-445. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2009.01.002

- Marquis, B. & Huston, C. (1999). *Administração e Liderança em Enfermagem – teoria e aplicação* (2ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Marr, S., Steele, K. & Hickman, M. (2001). *Professional Issues in Nursing*. Disponível em: <http://eutopia.unn.ac.uk:nurse.htm>
- Marriner, A. (2009). *Guide to nursing management and leadership* (8ª ed.) Mosby Elsevier. ISBN: 9780323052382.
- Martins, J.C. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 62-66.
- Mejía, L.R.G.; Balkin, D.B.; Cardy, R.L. (2000). *Gestión de recursos humanos* (6ª ed.). Madrid, Espanha: Prentice hall.
- Mestrinho, M. (2000). Formação em enfermagem: Docentes investigam. Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Mishel, M. H. & Clayton, M. F. (2008). Theories of Uncertainty in Illness. In Smith, M. J. & Liehr, P. R. *In Middle Range Theory for Nursing*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-1916-2.
- Mosquera, P. (2007). Integração e acolhimento. In: A. Caetano & J. Vala. *Gestão de recursos humanos. Contextos, processos e técnicas* (3ª ed.) (pp. 301-324). Lisboa, Portugal: Editora RH.
- Munson, C. E. (2002). *Handbook of Clinical Social Work Supervision*. 3ª ed. Binghamton: The Haworth Press. ISBN 0-7890-1078-X.
- Neves, J. (2007). UCI, 24 abril
- Northcott, N. (2000). Clinical Supervision – Professional Development or Management. In Spouse, J. & Redfern, L. *Successful Supervision in Health Care Practice*. Oxford: Blackwell Sciences.
- Nunes, L. (2003). *Um Olhar sobre o Ombro – Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência.
- Nunes, R., & Rego, G. (2002). *Prioridades na saúde*. Lisboa: McGraw-Hill. ISBN: 9727731406
- Ooijen, E. Van (2003). *Clinical Supervision: a practical approach*. Londres, Inglaterra: Churchill Livingstone.

Ordem dos Enfermeiros – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento nº 122/2011 – DR 2ª série, nº 35 – 18 de fevereiro de 2011a. 8648-8653.

Ordem dos Enfermeiros – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Regulamento nº 124/2011 – DR 2ª série, nº 35 – 18 de fevereiro de 2011b. 8656-8657.

Ordem dos Enfermeiros (2003) *Regulamento do perfil de Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa, Portugal: Autor.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Modelo de Desenvolvimento Profissional Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Lisboa, Portugal: Conselho de Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Criança e do Jovem*. Lisboa, Portugal: Autor.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa, Portugal: Autor.

Ordem dos Enfermeiros (2018) Regulamento n.º 422 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional*. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Newsletter_estudante_versao_final_rectificadall.pdf

Pfeil, M. (1999). Preceptorship: the progression from student to staff nurse. *Journal Child Health Care*, 3, 13-18.

Pinheiro, G. (2012). Supervisão colaborativa e desenvolvimento profissional em enfermagem (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Aveiro. Aveiro.

- Pinto, P. (2008). *A Gestão Integrada dos Recursos Humanos. Integração e acolhimento*.
http://prof.santana.esilva.pt/EGI_grh/trabalhos_08_809/Word/Integra%C3%A7%C3%A3o%20e%20Acolhimento.doc.pdf
- Pires, R. (2004). Acompanhamento da atividade clínica dos enfermeiros: contributos para a definição de uma política organizacional (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Aveiro. Aveiro.
- Polit, D., Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Potra, T. (1997). *Proactividade na Socialização Organizacional – O comportamento de procura de informação do enfermeiro recém-formado* (Dissertação de Mestrado em Comportamento Organizacional). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal.
- Procedimento específico Nº 73: Integração de profissionais (2016). Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Departamento pediátrico. Coimbra, Portugal.
- Procedimento específico Nº 93: Acidente com Múltiplas Vítimas Plano Setorial – I (2017). Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Departamento pediátrico. Coimbra, Portugal.
- Proctor, B. (1986). Supervision: a cooperative exercise in accountability. In Marken, A. & Payne, M. *Enabling and Ensuring, National Youth Bureau and Council for Education and Training in Youth and Community Work*. Leicester.
- Proctor, B. (2000). *Group Supervision. A Guide to Creative Practice*. Sage Publications.
- Queiros, Ana. (2001). *Ética em Enfermagem*. 3ª ed. Lisboa: Editora Quarteto.
- Quin, Y. et al. (2017) – The effect of nursing participation in the design of a critical care information system: a case study in a Chinese hospital. BMC Medical Informatics and Decision Making, 17(1), 165. <https://doi.org/10.1186/s12911-017-0569-3>.
- Ribeiro, J. (2009). Autonomia profissional dos enfermeiros (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto.
- Rogan, E. (2009). Preparation of nurses who percept baccalaureate nursing students: a descriptive study. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(12), 565–570.
- Rua, M. (2011). *De aluno a enfermeiro - Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. Loures: Lusociência.

- Ruivo, A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos* 15 janeiro - março. (pp.1-37)
- Sá-Chaves, Idália (2000). Formação, Conhecimento e Supervisão – Contributos nas áreas da Formação de Professores e de outros Profissionais. Estudos Temáticos Aveiro: Universidade de Aveiro. ISBN 9727890113.
- Serrano, Maria T. (2008). *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*. (Tese de doutoramento). Universidade de Aveiro, Portugal. <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/1479/1/2010000045.pdf>
- Severinsson, E. & Kamaker, D. (1999). Clinical nursing supervision in the workplace – effects on moral stress and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 7, 81-90.
- Silva, A., & Carvalho, C. (2002). Integração do enfermeiro numa organização hospitalar. *Revista Nursing*, (164), 16–20.
- Silva, J. (2013). *Relatório de Trabalho de Projeto – Plano de integração de novos enfermeiros do serviço de urgência geral de um hospital* (Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Portugal.
- Silva, L. (2010). *Desenvolvimento Profissional Docente nos Espaços e Tempos do Trabalho Colaborativo* (Dissertação de mestrado em Supervisão). Universidade de Aveiro, Portugal.
- Silvestre, M. (2012). *Integração de Enfermeiros em instituições hospitalares: estudo de caso* (Dissertação de mestrado). Universidade de Aveiro, Portugal.
- Simões, J. & Garrido, A. (2007). Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 16(4), 599-608. . <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000400003>
- Simões, J. (2004). Supervisão e formação profissional: um estudo em contexto de trabalho (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Aveiro. Aveiro.
- Sloan, G., White, C. A. & Coit, F. (2000). Cognitive therapy supervision as a framework for clinical supervision in nursing: using structure to guide discovery. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 515-524.
- Sousa, M. J. & Baptista, C. S. (2011). *Como fazer uma investigação, dissertações, teses e relatórios segundo Bolonha*. Lisboa, Portugal: Pactor.

- Streubert, H. & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. 2ª ed. Loures: Lusociência.
- United kingdom central council for nursing, midwifery and health visiting (1996) Position Statement on Clinical Supervision for Nursing and Health Visiting. Disponível em <https://www.clinical-supervision.com/clinsup.htm>
- Varon, J. & Marik, P. (2002). Clinical information systems and the electronic medical record in the intensive care unit. *Current Opinion in Critical Care*, 8(6), 616-624. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12454551>
- Vaz Serra, A. (2007). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Vaz, C.; Catita, P. (2000). Cuidar no serviço de urgência. *Nursing*, 148, 14-17.
- Vieira, F. (1993). *Supervisão: uma prática reflexiva de formação de professores*. Rio Tinto: Edições Asa.
- White, E. & Winstanley, J. (2010). Does Clinical Supervision lead to better patient outcome in mental health nursing?. *Nursing Times*. 2010
- Winstanley, J., & White, E. (2003). Clinical supervision: models, measures and bestpractice. *Nurse Researcher*, 10(4), 7–38.

ANEXOS

Integração de Novos Enfermeiros num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

ANEXO I

PE 93.00 ACIDENTE COM MÚLTIPLAS VÍTIMAS

PLANO SETORIAL

Integração de Novos Enfermeiros num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

	Acidente com Múltiplas Vítimas Plano Setorial - I	PE-93.00 Próxima Revisão: Março / 2020
		Página 1 de 5

OBJETIVO

Documento indicador dos procedimentos a seguir pelos profissionais do Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos em caso de acidente com múltiplas vítimas.

APLICABILIDADE

Profissionais do Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos.

INTRODUÇÃO

Num acidente de grandes dimensões ou catástrofe, em que as lesões sejam predominantemente traumáticas ou por agressão química, registam-se vítimas com diferentes graus de gravidade, muitas acabam por morrer no local e só uma pequena percentagem irá carecer de cuidados intensivos. Por exemplo, nos recentes atentados de Madrid e Londres apenas 27 e 20 vítimas respetivamente necessitaram de cuidados intensivos.

No caso de uma epidemia ou ataque biológico o número de doentes é imprevisível e poderá ser muito grande, apresentando-se com o mesmo grau de gravidade podendo ser difícil ou mesmo impossível oferecer a todos a totalidade dos cuidados.

A resposta do hospital e, em particular, dos cuidados intensivos é um desafio à sua capacidade e à sua organização, não esquecendo que, simultaneamente se mantém a necessidade de tratamento de outros doentes críticos.

Em acidentes com múltiplas vítimas, a triagem deve ser realizada por profissionais experientes, evitando a sobretriagem que poderá ser tão gravosa para os doentes como a subtriagem. A triagem rigorosa e a eventual ampliação dos postos de tratamento intensivo e dos respetivos recursos técnicos e humanos, permitirá a otimização da resposta. A formação dos profissionais e a preparação com a realização de cenários e simulações são elementos chave para uma resposta organizada e eficaz.

As situações de epidemia, com um potencial elevado número de doentes atingidos e, exigindo rigorosos procedimentos de prevenção de infeção e proteção dos profissionais de saúde será considerado em documento específico.

	Acidente com Múltiplas Vítimas Plano Setorial	PE-93.00 Próxima Revisão: Março / 2020
		Página 2 de 5

Síntese da Situação normal de funcionamento do Serviço

1. Postos de trabalho

- a) Com monitorização - 12
- b) Com ventilação - 12
- Recém-nascidos: 4
- Pediátricos: 8

2. Ventiladores disponíveis

Ventilador	Tipo ventilação	Grupos etários	n
Leoni	VM convencional	≤ 20 Kg	4
	VAFO	≤10 Kg	
Servo I	VM convencional	Universal	5
		Pediátrico	2
SensorMedics	VAFO	Neonatal / Pediátrico	1
		Adolescente	1
Evita 4	VM convencional	Pediátrico	1
Servo 300	VM convencional	Universal	2
Total			16
Airborne TV1	Ventilador de Transporte neonatal	Neonatal	1
Oxylog 3000	Ventilador de	Pediátrico	2
Transpac	Transporte	Pediátrico	1
Babylog 8000	VM convencional	Neonatal	1
	VAF int. de fluxo		

3. Recursos Humanos por turno

- a) Enfermeiros: Turno manhã - 6; turnos da tarde e noite - 5
- b) Médico especialista CIPE: 1 (15-9H; feriados e FS 9-9H)
- c) Equipa de transporte: 1 médico e 1 enfermeiro (9-9H)
- d) Assistentes operacionais: Turno manhã e tarde – 2; turno noite - 1
- e) Assistente técnica: 1 (Dias úteis até 16H)

4. Total de Recursos Humanos

- f) Pediatras CIPE: 7
- g) Pediatras outros Serviços: 8
- h) Enfermeiros: 32
- i) Assistentes Operacionais: 8
- j) Assistente Técnica: 1

	Acidente com Múltiplas Vítimas Plano Setorial	PE-93.00 Próxima Revisão: Março / 2020
	Página 3 de 5	

Fase 1 – Alerta de potencial acidente com múltiplas vítimas

1. Sinalizar e preparar transferência de doentes, independentemente da idade, que possam receber cuidados médicos em segurança noutros Serviços (médicos ou cirúrgicos).
2. Contactar de imediato:
 - a. Diretor de Serviço:
 - b. Enfermeira Chefe
3. Constituição do Gabinete Coordenador dos Cuidados Intensivos (GC-CIPE):
 - a. Diretor de Serviço (DS): 969 046 148
 - b. Enfermeira Chefe (EC): 917 595 296
 - c. Responsável funcional (RF): 964 069 041
 - d. Assistente técnica (AT): 910 369 534

Fase 2 – Acidente confirmado

1. Gabinete Coordenador (GC-CIPE):

- a. Avaliar gravidade do incidente com a Comissão de Catástrofe / CODU / Outros.
- b. Definir de acordo com o Nível de Alerta os recursos a envolver:
 - i. Nível 1: profissionais normalmente escalados nesse turno/dia
 - ii. Nível 2 e 3: atuar de acordo com o seguinte plano:
 - ☐ Contactar/convocar em primeiro lugar os médicos escalados para o dia seguinte.
 - ☐ O mesmo para os Enfermeiros do turno seguinte e/ou prolongamento de trabalho para os que estão em serviço.
 - ☐ Idem para os Assistentes operacionais (AO).
- c. Definir a distribuição de tarefas aos profissionais:
 - i. Sala de emergência
 - ii. Transporte Intra/Inter e Pré-hospitalar
 - iii. Salas A e B de intensivos

Nota: lista telefónica de profissionais em anexo.

2. Critérios de Admissão em Intensivos durante incidente com MÚLTIPLAS VÍTIMAS

A admissão em Intensivos fica limitada a doentes com classificação VERMELHA O doente deve ter um dos seguintes critérios A ou B:

A – Necessidade de suporte de ventilação invasiva por:

- Hipoxémia refratária SpO₂ <90% com FiO₂ >0,60
- Acidose respiratória com pH < 7,2
- Evidência clínica de insuficiência respiratória iminente
- Incapacidade para proteger ou manter a via aérea
- Alteração do estado de consciência com Glasgow ≤ 8

B – Hipotensão arterial com evidência clínica de choque refratário após 40ml/Kg de fluidos.

	Acidente com Múltiplas Vítimas Plano Setorial	PE-93.00 Próxima Revisão: Março / 2020
		Página 4 de 5

3. Expansão da capacidade de Cuidados Intensivos:

- ✓ Primeiro e dentro da lotação normal disponibilizar camas transferindo com segurança para outro internamento.
- ✓ Segundo: expansão da capacidade até:
 - Monitorização - 18
 - Ventilação invasiva - 16
 - i. Pediátrica e limitada até 20 Kg - 5
 - ii. Universal - 11

4. Sala(s) de Emergência

Os cuidados intensivos participam na emergência pediátrica disponibilizando apoio de um a três médicos intensivistas tendo como funções:

- a. Colaborar nas decisões de triagem.
- b. Liderar a reanimação, estabilização, execução de exames complementares e transporte intra-hospitalar.
- c. Decidir nível e local de internamento.
- d. Doentes admitidos na Emergência já estabilizados no pré-hospitalar e com indicação de intensivos (ver acima) transitam o mais rapidamente possível para CIPE, após avaliação pela equipa de trauma e realização dos exames complementares que forem aconselhados.

5. Recursos Humanos

- a) Durante a fase inicial de admissão de vítimas
 - i. Distribuir nos Cuidados Intensivos um número de profissionais que responda à instalação, ressuscitação e estabilização de doentes em tempos muito próximos (simultaneidade).
 - ii. Para além da equipa habitual recomendamos o rácio:
 - ✓ 2 Médicos por cada 3 novos doentes;
 - ✓ 1 Enfermeiro por novo doente; 1 Enf. Responsável Turno / 3 Enfermeiros
 - ✓ 1 Assistente operacional por cada 3 novos doentes.

- b) Após estabilização das admissões

Gradualmente e de acordo com a estabilização dos doentes reduzir a equipa para:

- iii. Médico: 1 por cada 4 doentes
- iv. Enfermeiro: 2 por cada 3 doentes
- v. Assistente operacional: 1 por cada 6 doentes

	Acidente com Múltiplas Vítimas Plano Setorial	PE-93.00 Próxima Revisão: Março / 2020
	Página 5 de 5	

6. Serviços de Apoio

Garantir a resposta eficaz do previsível aumento de consumo de medicamentos, consumíveis e demais necessidades do Serviço.

- a) Farmácia
- b) Imunohemoterapia
- c) Aprovisionamento
- d) Esterilização
- e) Rouparia
- f) Serviço de Instalação e Equipamentos.

7. Anexos – Cartas de Ação

- a. Médico de Serviço
- b. Enfermeira Responsável de Turno
- c. Gabinete Coordenador dos Cuidados Intensivos

Integração de Novos Enfermeiros num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

ANEXO II

PE 73.00 INTEGRAÇÃO DE PROFISSIONAIS

Integração de Novos Enfermeiros num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

	INTEGRAÇÃO DE PROFISSIONAIS	PE-73.00 Próxima Revisão: Fevereiro / 2019
Página 1/ 7		

OBJETIVO

Descrever a metodologia de integração de profissionais.

APLICABILIDADE

Profissionais do Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos.

SIGLAS, DEFINIÇÕES E CONCEITOS

Criança: sempre que utilizado significa de acordo com o contexto: recém-nascido/criança/jovem; **Pais:** sempre que utilizado significa de acordo com o contexto: Pais/Tutor legal/Acompanhante; **TIP:** Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico; **Orientador:** Elemento designado pelo responsável funcional com responsabilidade no processo de integração do novo profissional.

DESCRIÇÃO

A integração pretende dotar os novos profissionais de competências necessárias ao exercício das suas funções. No final do período de integração o profissional deve ser capaz de exercer as suas funções, tendo em conta as três grandes áreas: relacional, assistencial e científica.

A integração refere-se não só aos novos profissionais mas também aos profissionais que integram as escalas (Internamento e TIP) do Serviço. Neste particular, a integração reporta-se apenas às respetivas particularidades da área em causa.

A integração dos médicos internos, alunos de medicina e enfermagem é feita com a supervisão de um médico especialista ou enfermeiro, respetivamente. Nestes casos integração não visa o exercício de cuidados intensivos pediátricos com autonomia.

INTEGRAÇÃO

O Responsável Funcional do novo profissional, deve:

1. Apresentar o Serviço e a equipa
2. Descrever sumariamente o funcionamento do Serviço

	INTEGRAÇÃO DE PROFISSIONAIS	PE-73.00 Próxima Revisão: Fevereiro / 2019
Página 2/ 7		

1. Facultar toda a informação necessária à sua integração
2. Esclarecer sobre eventuais dúvidas relacionadas com o Serviço ou mesmo com o hospital
3. Aos profissionais que não conheçam a cidade, fornecer indicações úteis que facilitem a sua integração, nomeadamente transportes.

O Gestor da Qualidade, deve:

1. Abordar os processos do Serviço e documentação associada
2. Informar e esclarecer sobre as tarefas a desenvolver e a respetiva periodicidade
3. Solicitar a leitura do documento sobre a confidencialidade e respetiva formalização do compromisso
4. Informar sobre a necessidade de descrever as funções após o período de integração, quando aplicável
5. Atualizar o organigrama, quando aplicável.

O Orientador deve:

1. Abordar com pormenor a estrutura do Serviço (organigrama, procedimentos, impressos, metodologia e dinâmica das atividades a desenvolver, programas informáticos utilizados, gestão de consumíveis, escalas de serviço, interação com outros serviços, entre outros)
2. Apresentar os objetivos e indicadores da qualidade e segurança
3. Proporcionar em parceria com o enfermeiro responsável pela formação o plano de formação relativamente aos equipamentos que vai utilizar
4. Apresentar as respetivas atividades e competências a desenvolver, na fase de integração:

Nota: Durante o período de integração o trabalho desenvolvido pelo novo profissional é sempre supervisionado pelo médico assistente hospitalar graduado ou enfermeiro responsável

		PE-73.00 Próxima Revisão: Fevereiro / 2019
		Página 3/ 7
Área/Grupos Profissionais	Competências Comuns	
Serviço /Todos	Concretizar com eficiência os objetivos e tarefas do serviço de forma a reduzir custos, mantendo a excelência dos serviços prestados /Exercer a atividade de modo pró-ativo e autónomo, com iniciativa no sentido da resolução de problemas e conflitos de relacionamento / Respeitar os princípios éticos e valores do serviço público e do Serviço, prestar um serviço com segurança e qualidade / Comunicar de forma cordial e afável com colegas, superiores e crianças e pais / Capacidade para aplicar os conhecimentos adquiridos, tomar iniciativa e definir prioridades e realizar as tarefas de forma metódica num processo constante de melhoria contínua.	
Área/Grupos Profissionais	Integração (meses)	Atividades e Competências Específicas
Internamento /médicos	Período variável.	<u>Médicos Internos de Especialidade</u> Adquirir progressivamente conhecimentos teóricos na área de cuidados intensivos pediátricos, de forma a saber orientar corretamente crianças gravemente doentes; Conquistar autonomia e responsabilidade médica progressivas; Tornar-se competente no raciocínio clínico estruturado que permita o reconhecimento precoce de situações graves ou com potencial evolutivo de forma a atuar precocemente - prevenindo ou tratando; Conhecimento de mecanismo de prescrição eletrónica do Serviço e regras seguras sobre o uso de medicamentos – circuito de medicamentos; Familiarizar-se e participar na atividade assistencial diária, observando os doentes internados, procedendo à sua avaliação clínica de forma sistematizada, hierarquizando problemas e delineando o seu plano diagnóstico e terapêutico; Colaborar e treinar várias técnicas de diagnóstico e terapêutica para estabilização do doente crítico; - Realizar trabalhos científicos (casos clínicos, casuísticas) na área de cuidados intensivos pediátricos e participar nas reuniões do serviço com apresentação de artigos em Clube de Leitura. <u>Médicos Pediatras Intensivistas</u> - Adquirir conhecimentos científicos e experiência teórico-prática de medicina intensiva pediátrica, tornando-se competente para diagnosticar, orientar e seguir os doentes em causa;
	3 meses	

	INTEGRAÇÃO DE PROFISSIONAIS	PE-73.00 Próxima Revisão: Fevereiro / 2019
Página 4/ 7		

	3 meses	Familiarizar-se com o método de abordagem e raciocínio clínico necessários ao diagnóstico, tratamento e orientação das crianças gravemente doentes, bem como adquirir as competências técnicas e de pesquisa científica, necessárias ao seu crescimento profissional; Lidar com as necessidades específicas de cada criança e sua família (do âmbito psico-social e/ou afetivo), aprendendo a “saber ouvir”, comunicar, a explicar e a transmitir informações à criança e sua família de forma adequada à idade e à compreensão, a fim de todos poderem ser integrados no plano terapêutico; Prestar cuidados de saúde mediante a prática de atos médicos do âmbito da medicina pediátrica intensiva, sob responsabilidade da equipa na qual esteja integrado e/ou sob a sua responsabilidade direta; • Participar nas atividades de planeamento e programação do trabalho a executar pelo Serviço; • Articular, sempre que necessário, com outras estruturas do hospital (serviços de internamento, bloco operatório e serviço de urgência) e externas (serviços de pediatria da região centro e de outros serviços do país, quando solicitado), de forma a maximizar e rentabilizar o apoio médico prestado aos doentes, com vista a oferecer a todas as crianças acesso a medicina intensiva quando dela têm necessidade; • Participar em acções de formação e/ou congressos com vista a uma constante atualização de conhecimentos; • Participar em programas e projetos de investigação ou de intervenção, quer institucionais quer multicêntricos, nacionais ou internacionais; Participar no registo em protocolos cooperativos de grupos nacionais ou internacionais, na procura das melhores práticas clínicas. <u>Médicos Pediatras - escalas de serviço</u> Consultar as competências descritas para os médicos pediatras intensivistas com exceção dos 2 últimos pontos.
--	---------	---

		INTEGRAÇÃO DE PROFISSIONAIS	PE-73.00 Próxima Revisão: Fevereiro / 2019
Página 5/ 7			
Internamento / enfermeiros	6 meses	<u>Enfermeiro</u> • Adquirir conhecimentos científicos e experiência teórico-prática de cuidados de enfermagem, tornando-se competente para diagnosticar, orientar e seguir os utentes em causa. Prestar cuidados clínicos subjacentes ao problema de saúde da criança baseados na melhor e atual evidência científica. Conhecimento de regras seguras sobre o uso de medicamentos – circuito de medicamentos. Conhecimentos e facilidade de utilização de todos os equipamentos e infraestruturas. Proporcionar a informação necessária para promover a participação na decisão pela criança e/ou pais. Assegurar a confidencialidade da informação e preservação da intimidade da criança para que possam exercer os seus direitos. Levar a cabo as atividades de forma a evitar eventos adversos e aumentar a segurança da criança. Comunicar de forma eficaz. <u>Enfermeiro responsável de turno</u> Consultar as atividades e competências descritas para o enfermeiro e os requisitos mínimos estabelecidos no PE-74.	
TIP / médicos	3 meses	Troca de informação clínica com o médico do hospital de origem para avaliação inicial do estado de saúde da criança. Sugestões de estabilização, orientação diagnóstica ou terapêutica. Autonomia e competência nas tomadas de decisões. Avaliação clínica inicial e reavaliação contínua ao longo do processo de transporte. Estabilização e orientação terapêutica. Conhecimento de mecanismo de prescrição eletrónica do Serviço e regras seguras sobre o uso de medicamentos – circuito de medicamentos. Conhecimento e facilidade de utilização de todos os equipamentos e infraestruturas disponíveis na ambulância do TIP. Proporcionar a informação necessária para promover a participação e decisão da criança e pais, assegurando a confidencialidade da informação e preservação da intimidade da	

		PE-73.00 Próxima Revisão: Fevereiro / 2019
Página 6/ 7		
		criança para que possam exercer os seus direitos. Levar a cabo as atividades de forma a evitar eventos adversos e aumentar a segurança da criança. Comunicar de forma eficaz. Prestar cuidados clínicos subjacentes ao problema de saúde da criança baseados na melhor e atual evidência científica.
TIP / enfermeiros	3 meses	Exercício de atividade regular no Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos durante pelo menos 3 anos. Conhecimento e facilidade de utilização de todos os equipamentos e infraestruturas disponíveis na ambulância do TIP. Proporcionar a informação necessária para promover a participação e decisão da criança e pais, assegurando a confidencialidade da informação e preservação da intimidade da criança para que possam exercer os seus direitos. Levar a cabo as atividades de forma a evitar eventos adversos e aumentar a segurança da criança. Comunicar de forma eficaz. Conhecimento de regras seguras sobre o uso de medicamentos – circuito de medicamentos Prestar cuidados clínicos subjacentes ao problema de saúde da criança baseados na melhor e atual evidência científica.
Assistente Técnico AT	1 mês	Utilizar os meios informáticos disponíveis para o desempenho das atividades administrativas descritas no respetivos PE-06. • Apoiar administrativamente as atividades solicitadas.
Assistentes Operacionais AO	1 mês	Desempenhar as atividades de acordo com os procedimentos, normas de segurança, higiene, saúde no trabalho e defesa do ambiente. Prevenir riscos e acidentes profissionais e/ou ambientais. Cumprir rigorosamente os planos de higienização do Serviço e equipamentos • Tomar iniciativa no que respeita à realização de tarefas de higienização de forma a manter o espaço sempre limpo.

	INTEGRAÇÃO DE PROFISSIONAIS	PE-73.00 Próxima Revisão: Fevereiro / 2019
Página 7/ 7		

5. Avaliar a aptidão do novo profissional para iniciar em pleno as suas funções nos casos aplicáveis
6. Descrever as funções
7. Entregar ao Diretor do Serviço para aprovação
8. Arquivar no dossier específico
9. Reunir e elaborar a ata da reunião para evidenciar a respetiva integração.

DOCUMENTOS ASSOCIADOS

PE-74 Descrição de Competências e Requisitos

Mínimos PE-76 Integração de Médicos Internos

Integração de Novos Enfermeiros num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

APÊNDICES

Integração de Novos Enfermeiros num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

APÊNDICE I

GUIÕES DE ENTREVISTA

Integração de Novos Enfermeiros num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

GUIÃO DE ENTREVISTA

ENTREVISTA AOS ENFERMEIROS RESPONSÁVEIS PELA INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS NO SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS

No âmbito do VIII Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria propus-me realizar um Programa de integração de novos enfermeiros no Serviço de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra. Para fundamentar a necessidade deste projeto, é importante conhecer a opinião dos enfermeiros que de forma ativa participaram no processo de integração de novos elementos no serviço.

Esta entrevista tem como finalidade obter contributos para a construção de um programa orientador no acolhimento e integração de novos elementos na equipa de enfermagem e conhecer os aspetos positivos e a melhorar no modelo de integração.

Será respeitada a livre opinião de cada um dos entrevistados. Será assegurada a total confidencialidade das respostas obtidas.

As respostas obtidas nesta entrevista são gravadas e armazenadas em suporte informático, são utilizadas em exclusivo para a elaboração do presente trabalho após o qual me comprometo à sua destruição.

Grata pela colaboração.

Género

☐
☐

Feminino

Masculino

Tempo de exercício profissional _____

Integração de Novos Enfermeiros num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

Face ao atual processo de integração e à sua experiência em integrar novos elementos,

- 1.** Como organiza o processo de integração? Quais as suas prioridades?
- 2.** O que espera conseguir no final do período de integração?
- 3.** O que tem em conta na sua abordagem durante o período de integração?
- 4.** Quanto tempo considera que deve durar o período de integração do novo enfermeiro de forma a este se sentir capaz de prestar cuidados de forma autónoma?
- 5.** Que material de apoio utiliza para facilitar o processo de ensino?
- 6.** No seu entender quais os aspetos que melhoraria no período de integração tendo em vista a sua otimização?

Quais as maiores dificuldades que sentiu durante o período de integração dos novos elementos? Quais as razões que aponta para tal?

GUIÃO DE ENTREVISTA

ENTREVISTA AOS ENFERMEIROS QUE FORAM INTEGRADOS NO SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS

No âmbito do VIII Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria propus-me realizar um Programa de integração de novos enfermeiros no Serviço de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra. Para fundamentar a necessidade deste projeto, é importante conhecer a opinião dos enfermeiros que passaram pelo processo de integração.

Esta entrevista tem como finalidade obter contributos para a construção de um programa orientador no acolhimento e integração de novos elementos na equipa de enfermagem e conhecer os aspetos positivos e aqueles a melhorar no modelo de integração.

Será respeitada a livre opinião de cada um dos entrevistados. Será assegurada a total confidencialidade das respostas obtidas.

As respostas obtidas nesta entrevista são gravadas e armazenadas em suporte informático, são utilizadas em exclusivo para a elaboração do presente trabalho, após o qual me comprometo à sua destruição.

Grata pela colaboração.

Género

☐	Feminino
☐	Masculino

Experiência profissional

☐	Sim
☐	Não

Experiência em pediatria

☐	Sim
☐	Não

Já trabalhou no departamento pediátrico?

☐	Sim
☐	Não

Face à sua experiência profissional e à sua recente vivência num processo de integração,

1. Que aspetos considera mais importantes durante o período de integração? (que objetivos considera mais importantes atingir no período de integração?)
2. Quanto tempo teve de integração? Considera que foi suficiente?
3. Que materiais de apoio foram utilizados na sua integração e quais os que considera mais importantes?
4. No seu entender quais os aspetos que melhoraria no período de integração tendo em vista a sua otimização?
5. Quais as maiores dificuldades que sentiu durante o seu período de integração no serviço de cuidados intensivos?

APÊNDICE II

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Integração de Novos Enfermeiros num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

Consentimento informado - Entrevista Semi-estruturada

Eu, _____ aceito participar de livre vontade no projeto “Programa de integração de novos enfermeiros num serviço de cuidados intensivos pediátricos” da autoria de Graça Paula Gil Trindade (Aluna da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra), orientada pela Professora Doutora Ananda Maria Fernandes (Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra), no âmbito do VIII Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Foram-me explicados e compreendo os objetivos principais deste projeto, que são:

- Conhecer os objetivos, prioridades e processos estabelecidos pelos enfermeiros que realizam o processo de integração no serviço CIPE.
- Identificar as perspetivas dos enfermeiros recém-admitidos acerca das competências mais importantes a desenvolver na fase de integração.
- Identificar os fatores facilitadores e limitadores do processo de integração dos enfermeiros recém-admitidos.
- Construir e implementar um programa de integração de novos enfermeiros no serviço CIPE, sustentado nos resultados obtidos.

Entendi e aceito responder a uma entrevista que explora questões sobre a integração de enfermeiros num serviço de cuidados intensivos pediátricos. Compreendo que a minha participação neste projeto é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflita em qualquer prejuízo para mim. Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento do programa de integração de novos enfermeiros, não sendo, contudo, acordado qualquer dano direto ou indireto pela minha colaboração. Entendo, ainda, que toda a informação obtida neste projeto será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o autorize por escrito.

Tenho conhecimento que as entrevistas são gravadas em áudio e posteriormente transcritas *verbatim* e que no final do estudo todo o seu conteúdo será destruído.

Nome

Data ____/____/____

Nome do investigador _____

APÊNDICE III

CRONOGRAMA DO PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO

CRONOGRAMA

Item Data	Fevereiro Março	Abril Maio	Junho	Julho Agosto	Setembro Novembro	Dezembro	Janeiro Março
Fazer fundamentação teórica							
Entregar pedidos no hospital							
Entregar documentação na comissão de ética							
Fazer e transcrever entrevistas							
Análise de conteúdo							
Fazer metodologia de projeto							
Fazer o programa de integração							
Compilar tudo e formatar							
Revisão							
Preparar apresentação							
Apresentação							

Integração de Novos Enfermeiros num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos