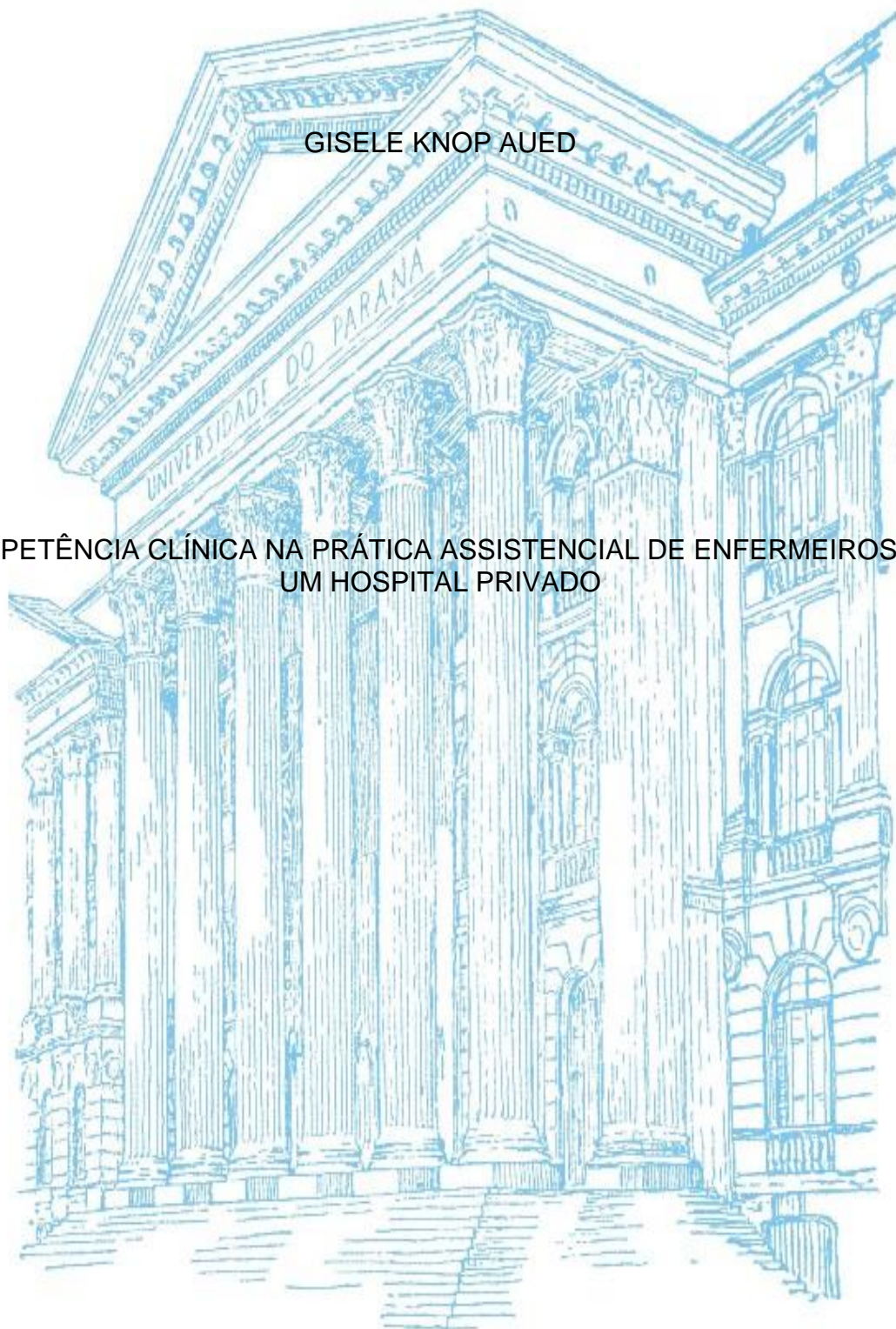


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

GISELE KNOP AUED

COMPETÊNCIA CLÍNICA NA PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMEIROS DE
UM HOSPITAL PRIVADO



CURITIBA
2013

GISELE KNOP AUED

COMPETÊNCIA CLÍNICA NA PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMEIROS DE
UM HOSPITAL PRIVADO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elizabeth Bernardino

CURITIBA
2013

Aued, Gisele Knop

Competência clínica na prática assistencial de enfermeiros de um hospital privado / Gisele Knop Aued – Curitiba, 2013.
103 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Elizabeth Bernardino
Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2013.

Inclui bibliografia

1. Enfermagem. 2. Competência clínica. 3. Prática profissional
I. Bernardino, Elizabeth. II. Universidade Federal do Paraná.
III. Título

CDD 610.73

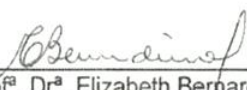
TERMO DE APROVAÇÃO

GISELE KNOP AUED

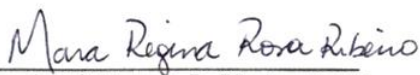
COMPETÊNCIA CLÍNICA NA PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL PRIVADO

Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção de título de mestre em enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca:

ORIENTADORA


Profª. Drª. Elizabeth Bernardino
Departamento de Enfermagem, UFPR


Profª. Drª. Aida Maris Peres
Departamento de Enfermagem, UFPR


Profª. Drª. Mara R. R. Ribeiro, UFMT
Departamento de Enfermagem,

Curitiba, 04 de dezembro de 2013.

Dedico esta pesquisa a Prof.^a Dr.^a Elizabeth Bernardino, por me acolher na academia e me guiar durante estes dois anos, com muita sabedoria, paciência e dedicação.

AGRADECIMENTOS

Aos Professores Doutores, *Aida Maris Peres*, *Maria Ribeiro Lacerda* e *Jorge Vinícius C. Felix*, pela valiosa contribuição na banca de qualificação.

À minha amiga *Priscila Conde Bogo*, pelo companheirismo nesta jornada.

Ao meu companheiro *Wladimir*, pela compreensão, incentivo e apoio na concretização deste trabalho e, sobretudo, pelo seu amor.

À minha mãe *Aurea* e as minhas irmãs *Bruna* e *Isabela*, que mesmo distante, me apoiaram imensamente.

Ao meu sogro *Idaleto* e minha sogra *Bernardete*, grandes incentivadores deste trabalho.

A *CAPES*, pelo incentivo financeiro.

Aos *enfermeiros assistenciais*, participantes desta pesquisa, que se dispuseram a contar as suas histórias clínicas para a realização deste trabalho.

RESUMO

AUED, G.K. Competência clínica na prática assistencial de enfermeiros de um hospital privado. 2013. 103 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elizabeth Bernardino.

Pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, fundamentada no referencial teórico de Patricia Benner. Os objetivos foram identificar as competências clínicas utilizadas na prática dos enfermeiros assistenciais de uma instituição hospitalar e compreender como ocorre a aquisição das competências clínicas pelos enfermeiros assistenciais. Teve como participantes da pesquisa 20 enfermeiros assistenciais que atuam em um hospital privado, localizado no sul do Brasil. A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada. A análise consistiu de duas etapas, a abordagem interpretativa de Benner e análise de conteúdo de Bardin. Como resultados, foram identificadas oito competências clínicas, sendo elas: ajudar o paciente a integrar as implicações da doença e da recuperação no seu estilo de vida; fornecer uma interpretação da condição do paciente e dar razões ao seu tratamento; fornecer um sistema de apoio para garantir cuidados médicos e de enfermagem seguros; detecção e documentação das mudanças significativas na condição de um paciente; desempenho qualificado em emergências com risco de vida: rápida compreensão de um problema; identificar e gerenciar a crise de um paciente até que assistência médica esteja disponível; obter respostas apropriadas e em tempo oportuno dos médicos; avaliar o que pode ser seguramente omitido ou adicionado às prescrições médicas. O tempo, na enfermagem, é um fator que pode influenciar na aquisição das competências clínicas, porém depende de quanto tempo o enfermeiro atuou com uma população específica de pacientes e o envolvimento do profissional com a sua prática clínica. A aquisição das competências clínicas na prática dos enfermeiros assistenciais ocorre na interação com outros profissionais, no cotidiano da prática de enfermagem, pelas experiências anteriores e no aprendizado formal. Verifica-se que há uma tendência para que a aquisição das competências clínicas ocorra em ambientes da prática de enfermagem, com a colaboração de enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem, por meio da oportunidade de observar profissionais mais experientes e poder executar as tarefas. As experiências passadas de cuidados com pacientes e a participação em cursos e especialização também são elementos que conduzem à aquisição dessas competências. O estudo contribuirá para que estudantes de enfermagem, enfermeiros e gerentes de serviços de enfermagem compreendam que a aquisição da competência clínica ocorre ao longo da carreira profissional e é um importante recurso estratégico para uma política de recursos humanos em enfermagem voltada para o cuidado integral e segurança do paciente, desenvolvimento e visibilidade profissional e reconhecimento de lideranças na prática clínica.

Palavras-chave: Enfermagem. Competência clínica. Prática profissional

ABSTRACT

AUED, G.K. Competência clínica na prática assistencial de enfermeiros de um hospital privado. 2013. 103 f. Dissertation [Master in Nursing] – Federal University of Paraná, Curitiba.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elizabeth Bernardino.

This piece of work consists of an exploratory research based on a qualitative approach and supported by Patricia Benner's theoretical background. The goals of this research were mainly to identify the clinical competences used by assistencial nurses on their practice in a hospital and to understand how the assistencial nurses acquire such competences. The participants of this study were composed of 20 assistencial nurses who work for a private hospital in southern Brazil. The data collection was carried out through a semi-structured interview. The analysis was divided into two stages, one based on Benner's interpretative approach and the other based on Bardin's content analysis. As a result of this research eight clinical competences were identified. They are: to help the patients to integrate the disease and recovery implications on their lifestyle; to provide an interpretation of the patient's condition and give him reasons for the treatment; to provide a system of support in order to ensure safe medical and nursing care; to detect and record the important changes on a patient's condition; to present a qualified performance when it comes to emergencies with life-threatening: fast understanding of a problem; to identify and manage a patient's crisis until the medical assistance is available; to get appropriate answers from doctors and at the right time; to evaluate what can be securely omitted or added to the medical prescriptions. On nursing, time is a factor that can influence on the acquisition of the clinical competences; however, it depends on how long the nurse has worked with a specific population of patients and on the involvement of the nurse with his clinical practice. The acquisition of the clinical competencies in the assistencial nurses' practice occurs in the interaction with other professionals, in the routine of the nursing practice, previous experiences and in the formal learning. Thus, it is possible to observe that there is a tendency for the acquisition of clinical competence to take place in the nursing practice environment, due to the cooperation of nurses, doctors and nursing technicians, the opportunity to observe professionals with more experience and the chance of performing tasks as well. The prior experiences on taking care of patients and the participation on courses of specialization are also important elements for the acquisition of clinical competence. This research will contribute to nursing students, nurses and managers of the nursing area to understand that the acquisition of the clinical competence happens throughout the professional career and it is an important and strategic resource for a nursing human resource policy focused on patients' integral care and safety, as well as professional development and visibility and leadership recognition on the clinical practice.

Key-words: Nursing. Clinical competence. Professional practice.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – NÍVEIS DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIA DE BENNER	21
FIGURA 2 – IDENTIFICAÇÃO DA COMPETÊNCIA CLÍNICA INSPIRADA NA ABORDAGEM INTERPRETATIVA DE BENNER.....	35
FIGURA 3 – ALOCAÇÃO, ROTATIVIDADE, E NÍVEL DE COMPETÊNCIA CLÍNICA DOS ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS	74
FIGURA 4 – NÚMERO DE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS EM CADA NÍVEL DE COMPETÊNCIA E AS RESPECTIVAS COMPETÊNCIA CLÍNICAS....	75

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – OS SETE DOMÍNIOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM.....	28
QUADRO 2 – OS SETE DOMÍNIOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM E AS 31 COMPETÊNCIAS CLÍNICAS.....	29
QUADRO 3 – RESUMO DOS OBJETIVOS DA PESQUISA, DA COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	36
QUADRO 4 – RELAÇÃO ENTRE A ATUAÇÃO PROFISSIONAL ANTERIOR E ATUAL, MOTIVO DA REALOCAÇÃO NO HOSPITAL DE ESTUDO, DOMÍNIOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM E COMPETÊNCIAS CLÍNICAS DE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS QUE ATUAM ENTRE 06 MESES E 01 ANO NA ENFERMAGEM.....	43
QUADRO 5 – RELAÇÃO ENTRE A ATUAÇÃO PROFISSIONAL ANTERIOR E ATUAL, MOTIVO DA REALOCAÇÃO NO HOSPITAL DE ESTUDO, DOMÍNIOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM E COMPETÊNCIAS CLÍNICAS DE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS QUE ATUAM ENTRE 01 E 02 ANOS NA ENFERMAGEM.....	49
QUADRO 6 – RELAÇÃO ENTRE A ATUAÇÃO PROFISSIONAL ANTERIOR E ATUAL, MOTIVO DA REALOCAÇÃO NO HOSPITAL DE ESTUDO, DOMÍNIOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM E COMPETÊNCIAS CLÍNICAS DE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS QUE ATUAM ENTRE 02 E 03 ANOS NA ENFERMAGEM.....	55
QUADRO 7 – RELAÇÃO ENTRE A ATUAÇÃO PROFISSIONAL ANTERIOR E ATUAL, MOTIVO DA REALOCAÇÃO NO HOSPITAL DE ESTUDO, DOMÍNIOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM E COMPETÊNCIAS CLÍNICAS DE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS QUE ATUAM ENTRE 03 E 04 ANOS NA ENFERMAGEM.....	59
QUADRO 8 – RELAÇÃO ENTRE A ATUAÇÃO PROFISSIONAL ANTERIOR E ATUAL, MOTIVO DA REALOCAÇÃO NO HOSPITAL DE ESTUDO, DOMÍNIOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM E COMPETÊNCIAS CLÍNICAS DE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS QUE ATUAM ENTRE 04 E 05 ANOS NA ENFERMAGEM.....	64
QUADRO 9 – RELAÇÃO ENTRE A ATUAÇÃO PROFISSIONAL ANTERIOR E ATUAL, MOTIVO DA REALOCAÇÃO NO HOSPITAL DE ESTUDO, DOMÍNIOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM E COMPETÊNCIAS CLÍNICAS DE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS QUE ATUAM ENTRE 06 E 07 ANOS NA ENFERMAGEM.....	66
QUADRO 10 – RELAÇÃO ENTRE A ATUAÇÃO PROFISSIONAL ANTERIOR E ATUAL, MOTIVO DA REALOCAÇÃO NO HOSPITAL DE ESTUDO,	

DOMÍNIOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM E COMPETÊNCIAS CLÍNICAS DE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS QUE ATUAM ENTRE 07 E 08 ANOS NA ENFERMAGEM.....70

QUADRO 11 – RELAÇÃO ENTRE A ATUAÇÃO PROFISSIONAL ANTERIOR E ATUAL, MOTIVO DA REALOCAÇÃO NO HOSPITAL DE ESTUDO, DOMÍNIOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM E COMPETÊNCIAS CLÍNICAS DE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS QUE ATUAM HÁ MAIS DE 10 ANOS NA ENFERMAGEM.....72

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 OBJETIVOS.....	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1 BREVE BIOGRAFIA DE PATRICIA BENNER.....	15
2.2 REFERENCIAL TEÓRICO DE PATRICIA BENNER.....	16
2.3 MODELO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE PATRICIA BENNER.....	19
2.3.1 Novato	21
2.3.2 Iniciante avançado.....	22
2.3.3 Competente	23
2.3.4 Proficiente.....	25
2.3.5 <i>Expert</i>	25
2.4 DOMÍNIOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM E COMPETÊNCIAS CLÍNICAS...27	
3 MÉTODO.....	31
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	31
3.2 CENÁRIO.....	32
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	32
3.4 COLETA DE DADOS.....	33
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	34
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	37
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES DOS DADOS DA PESQUISA.....	38
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	38
4.2 IDENTIFICAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS CLÍNICAS DE ACORDO COM O REFERENCIAL TEÓRICO DE PATRICIA BENNER.....	41
4.3 AQUISIÇÃO DA COMPETÊNCIA CLÍNICA PELO ENFERMEIRO ASSISTENCIAL.....	76
4.3.1 Interação com outros profissionais.	76
4.3.2 No cotidiano da prática de enfermagem.....	79
4.3.3 Experiências anteriores	82
4.3.4 Aprendizado formal	84
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
REFERÊNCIAS.....	91
APÊNDICES.....	99
ANEXO.....	102

1 INTRODUÇÃO

Em consonância com a Lei n.º 7.498 do Exercício Profissional da Enfermagem, é privativo do enfermeiro a assistência direta a pacientes em estado grave, com risco de vida, para aqueles que necessitam de cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, que demandam embasamento científico e capacidade de tomar decisões imediatas (BRASIL, 1986).

Deste modo, a aquisição da competência clínica é essencial para a atuação dos enfermeiros, sobretudo, daqueles que ocupam a função assistencial, pois esses são os responsáveis pela assistência direta ao paciente e pela supervisão das atividades realizadas pela sua equipe técnica. A competência clínica direciona as ações dos enfermeiros assistenciais, fundamenta a tomada de decisão clínica e reflete significativamente na qualidade e segurança da assistência prestada.

Competência pode ser definida como um saber agir complexo que se apoia na mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada família de situações (TARDIF, 2006, tradução nossa). Neste sentido, a competência não é exclusivamente constituída de recursos incorporados à pessoa, mas também de recursos externos, situados em seu entorno, ou seja, exteriores a ele mesmo, como por exemplo, as informações, os equipamentos e as redes relacionais (LE BOTERF, 2003).

Tardif (2006, tradução nossa) em seu conceito de competência, expõe a ideia de família de situações, afirmando que é impossível circunscrever uma competência sem se referir a uma categoria de família de situações. Logo, os responsáveis pela formação dos profissionais devem rigorosa delimitar as situações que serão utilizadas. Além disso, toda competência é evolutiva e essa evolução é determinada pelos recursos mobilizados e combinados, assim como pela variedade de situações de mobilização.

O enfermeiro caracteriza-se por ser um profissional clínico, um trabalhador que detém muitos conhecimentos, cuja complexidade e responsabilidade do seu papel requer um desenvolvimento contínuo e ao longo do tempo (BENNER, 2001a, tradução nossa). Por essa razão, a pesquisa fundamenta-se no referencial teórico da Dra. Patricia Benner, a qual, ao aplicar o Modelo de Aquisição de Competências dos irmãos Dreyfus para a enfermagem, classificou o enfermeiro em cinco níveis de

aquisição de competência, sendo eles: novato, iniciante avançado, competente, proficiente e *expert*. O modelo de Benner foi publicado pela primeira vez em 1984, na sua obra *From Novice to Expert*.

Para a teórica, o enfermeiro novato corresponde ao primeiro nível de conhecimento em enfermagem; é aquele que não possui experiência acumulada, apresenta dificuldade em discernir entre os aspectos relevantes e irrelevantes de uma situação. O iniciante avançado já lidou com situações reais suficientes para detectar os componentes significativos de uma situação e apresenta um nível de desempenho aceitável. No nível competente, o enfermeiro planeja seu trabalho, de modo a realizar suas metas, consegue determinar quais os elementos que merecem maior atenção e os que podem ser ignorados. O enfermeiro proficiente percebe as situações como um todo, possui mais destreza para reconhecer e responder, quando ocorrem alterações. O enfermeiro *expert* é aquele que possui a capacidade de compreender intuitivamente cada situação, identifica o problema sem perder tempo com soluções alternativas ou diversos diagnósticos (BENNER, 2001a, tradução nossa).

Além disso, por meio da investigação da prática clínica de enfermeiros, a teórica identificou 31 competências clínicas, que foram agrupadas em 7 grandes domínios da prática de enfermagem, sendo eles: a função de ajuda; a função de ensino e treinamento; a função de diagnóstico e monitoramento; gerenciamento eficaz das situações de rápida mudança; administrar e monitorar os regimes e as intervenções terapêuticas; monitorar e assegurar a qualidade das práticas na área da saúde; competências organizacionais (BENNER, 2001a, tradução nossa).

O interesse e a motivação para realizar esta pesquisa emergiram da minha trajetória profissional, mais especificamente quando fui contratada para atuar como enfermeiro assistencial em um hospital privado, localizado no sul no Brasil. Até o ano de 2008, a instituição hospitalar contava com dez enfermeiros coordenadores, dois supervisores noturnos e um enfermeiro gerente. Os enfermeiros coordenadores se concentravam mais em atividades burocráticas como elaboração de normas e rotinas institucionais, programação de férias e folgas, confecção de escalas de trabalho e de atividades diárias, controle de recursos materiais e equipamentos, entre outros.

A partir de 2008, os dirigentes do hospital, preocupados com a qualidade da assistência oferecida ao paciente, realizaram uma medida administrativa com amplo

investimento, redirecionando a assistência de enfermagem por meio da implantação do cargo de enfermeiro assistencial¹. Inicialmente, contrataram-se 12 enfermeiros para atuar diretamente na assistência ao paciente. Atualmente, o hospital conta com 36 enfermeiros assistenciais alocados em diversas unidades de atuação. Além da implantação do cargo de enfermeiro assistencial em 2008, no ano seguinte, criou-se o Programa de Educação Continuada (PEC).

Como um dos 12 enfermeiros assistenciais contratados, iniciei minhas atividades na unidade de terapia intensiva neonatal. A escassa vivência clínica neste ambiente aliada à complexidade da unidade, à especificidade da assistência de enfermagem ao prematuro e ao recém nascido, grave ou com risco de morte, foram algumas das dificuldades enfrentadas no início da minha trajetória como enfermeiro assistencial.

O conhecimento que obtive na disciplina de fundamentos teóricos na prática neonatal, cursado na especialização em obstetrícia e a minha experiência em atender recém-nascidos na sala de parto, me auxiliaram a superar essas dificuldades iniciais, e o aprendizado se deu na confrontação das situações do cotidiano. A experiência pessoal na dificuldade em adquirir competência clínica e a consciência da importância desta para a concretização de cuidados de enfermagem mais qualificados e seguros são os embriões deste estudo.

Partindo do pressuposto que a assistência ao paciente é a essência da enfermagem, que a aquisição das competências clínicas é o alicerce para uma assistência qualificada e eficaz e são adquiridas ao longo da prática profissional do enfermeiro, a questão norteadora deste estudo é: **Quais competências clínicas são empregadas na prática assistencial e como ocorre a sua aquisição?**

¹ Nesta pesquisa, optou-se por utilizar a expressão enfermeiro assistencial, pois o hospital de estudo assim os denomina.

1.1 OBJETIVOS

- Identificar as competências clínicas utilizadas na prática dos enfermeiros assistenciais de uma instituição hospitalar.
- Compreender como ocorre a aquisição das competências clínicas pelos enfermeiros assistenciais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, aborda-se a teoria de enfermagem da Doutora Patricia Benner. Inicialmente, apresenta-se uma breve biografia da autora e na sequência, seu referencial teórico, o modelo de aquisição de competências aplicado à enfermagem, os 7 domínios da prática de enfermagem e as 31 competências clínicas.

2.1 BREVE BIOGRAFIA DE PATRICIA BENNER

Patricia Benner nasceu em *Hampton*, no estado americano da Virgínia. Graduou-se em enfermagem no ano de 1964 pelo *Pasadena College*, na Califórnia, Estados Unidos da América. Posteriormente, em 1970, concluiu o curso de mestre em enfermagem médico-cirúrgica pela Universidade da Califórnia, São Francisco. Em 1982 obteve o título de doutora, pela Universidade da Califórnia, Berkeley. De 1982, até o ano de 2008, Benner trabalhou como professora, em tempo integral, na Universidade da Califórnia, São Francisco. Atualmente, trabalha com projetos de pesquisa, participação em eventos e consultorias (BRYKCZYNSKI, 2011, tradução nossa).

Patricia Benner tem uma vasta experiência clínica em cuidados médico-cirúrgicos, cuidados intensivos e cuidados domiciliares. Trabalhou como enfermeira na assistência e também como diretora de enfermagem. Ela e seu esposo e colaborador, Richard Benner, aconselham enfermeiros em hospitais do mundo inteiro, a respeito de modelos para o desenvolvimento da prática clínica em enfermagem (BRYKCZYNSKI, 2011, tradução nossa).

Patricia Benner é autora de nove livros, dentre eles: *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Em setembro de 2003 o *Institute for Nursing Health Care Leadership*, comemorou o impacto desta obra na prática clínica de enfermagem e realizou uma celebração pelos 20 anos de publicação da obra, na cidade de Boston (BRYKCZYNSKI, 2011, tradução nossa).

Ao longo da sua carreira, Benner recebeu inúmeros prêmios, dentre eles, o *Helen Nahm Research Lecture* da Universidade da Califórnia, pela sua contribuição à ciência e à pesquisa em enfermagem, o *American Association of Colleges of Nursing Pioneering Spirit*, por seu trabalho acerca da aquisição de competências e a articulação entre o conhecimento dos enfermeiros e os cuidados intensivos (BRYKCZYNSKI, 2011, tradução nossa).

2.2 REFERENCIAL TEÓRICO DE PATRICIA BENNER

O trabalho de Patricia Benner objetiva estudar a aprendizagem experiencial na prática clínica de enfermagem e examinar a aquisição de competências baseadas tanto nesta aprendizagem quanto no conhecimento inerente à prática da enfermagem (BENNER, 2001b).

Para isto, Benner utilizou-se de narrativas dos enfermeiros, alegando que as narrativas das experiências da prática de enfermagem revelam importantes aspectos do papel da enfermagem, que não podem ser percebidos por meio de descrições formais de técnicas, com procedimentos ou abordagens centradas na descrição de atividades. Na maioria das vezes, os enfermeiros apresentam uma percepção muito clara dos sinais e sintomas de um paciente, fundamentados em suas experiências anteriores (BENNER, 2001b).

Sabe-se muito pouco sobre os verdadeiros conhecimentos implícitos na prática de enfermagem, ou seja, aquele conhecimento que é acumulado ao longo do tempo. Para Benner, os enfermeiros não documentaram, cuidadosamente, os resultados da sua aprendizagem ao longo da prática, o que privou a teoria de enfermagem da singularidade e riqueza do conhecimento embutido na prática clínica do enfermeiro. Práticas bem relatadas e observações claramente expostas são primordiais para o desenvolvimento da teoria (BENNER, 2001b).

A teoria é um excelente instrumento que pode ser utilizado para explicar e prever as situações clínicas. Tem o potencial de dar forma aos questionamentos e permite o exame sistemático de uma sequência de acontecimentos. Os teóricos tentam identificar as condições necessárias e suficientes que aparecem nas situações reais, instituindo ligações de causa e efeito entre os acontecimentos, para

chegar ao “saber”. Entretanto, filósofos como Kuhn e Polanyi observaram que “saber” e “saber fazer” consistem em dois tipos distintos de conhecimento, uma vez que se têm inúmeras habilidades, que por vezes, é impossível explicar de modo teórico, como por exemplo, andar de bicicleta, nadar (BENNER, 2001b).

Neste sentido, Benner afirma que o desenvolvimento do conhecimento em uma disciplina aplicada incide em ampliar o conhecimento prático (saber fazer) mediante as investigações científicas fundamentadas sobre a teoria e pelo registro do “saber fazer” existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida na prática da enfermagem (BENNER, 2001b).

O conhecimento prático adquire-se ao longo do tempo, e nem sempre os enfermeiros conhecem os seus progressos. É fundamental construir estratégias para que haja conhecimento deste saber, de modo que possa ser desenvolvido e refinado (BENNER, 2001a, tradução nossa). Neste sentido, Benner identificou seis domínios do conhecimento prático:

- **Hierarquização das diferenças qualitativas:** refere-se à evolução do conhecimento, que é refinado quando o enfermeiro estabelece comparações ao assistir o paciente. Como por exemplo: o enfermeiro, ao avaliar a evolução de uma ferida, compara a evolução de seus diferentes pacientes, a fim de caracterizar as distintas fases da cicatrização (BENNER, 2001a, tradução nossa).
- **Significados comuns:** são práticas que se desenvolvem a partir da vivência do enfermeiro nas situações de saúde/doença; nascimento/morte, e ainda pela incorporação de uma variedade de respostas, significados e opções de enfrentamento em situações extremas, as quais provêm do convívio com os pacientes e familiares (BENNER, 2001a, tradução nossa).
- **As suposições, as expectativas e os comportamentos tipo:** depois de observar o curso clínico de diferentes pacientes, o enfermeiro aprende a esperar uma sequência de eventos, mesmo sem nunca ter afirmado formalmente aquelas expectativas. Essas podem surgir somente na prática clínica e não em abstrações conhecidas ou generalizadas. Os comportamentos tipo se referem à predisposição para agir de determinadas maneiras em situações específicas; são ampliados com o passar do tempo e podem ser mais elusivos do que as expectativas ou suposições específicas,

que são frequentemente aparentes para o observador externo; os comportamentos tipo constituem a orientação em direção à situação e assim, alteram como a situação é percebida e descrita, esses podem ser desvelados às vezes, embora eles nunca possam ser completamente explícitos porque o fato de torná-los explícitos mudará a sua função (BENNER, 2001a, tradução nossa).

- **Os paradigmas e os conhecimentos pessoais:** os paradigmas se referem a uma experiência particular passada que pode ter força o suficiente para servir como um modelo. A experiência passada concreta guia as percepções e ações do experiente e permite uma rápida compreensão da situação. Esse tipo de conhecimento clínico avançado é mais compreensivo do que qualquer esboço teórico, já que o clínico proficiente compara situações passadas a situações do presente. Para Benner, cada pessoa traz a sua própria história particular e a predisposição para aprender em uma situação clínica específica. As transações criadas por meio desse conhecimento pessoal e a situação clínica determinam as ações e as decisões que são feitas. É por isso que uma disciplina clínica precisa de clínicos experientes para modelar essa transação dinâmica entre o conhecimento pessoal e a situação clínica (BENNER, 2001a, tradução nossa).
- **As máximas:** referem-se às orientações transmitidas por enfermeiros *experts*, as quais não fazem muito sentido para aqueles que não possuem conhecimento profundo da situação. Por exemplo, enfermeiros *experts* em terapia intensiva, identificam sutis variações no status respiratório de crianças prematuras que somente farão sentido para aqueles que detenham ampla experiência no atendimento de prematuros (BENNER, 2001a, tradução nossa).
- **As práticas não planejadas:** compreendem as atividades estendidas aos enfermeiros, as quais se devem às intervenções delegadas por médicos e outros profissionais da área da saúde. Por exemplo, um novo tratamento é introduzido e, devido ao risco envolvido, deve ser administrado e monitorado pelo médico. Mas não raro, a responsabilidade é atribuída ao enfermeiro, sob o argumento de que é esse profissional que permanece 24 horas ao lado do paciente (BENNER, 2001a, tradução nossa).

Muitas vezes, o conhecimento prático é negligenciado, na busca pela aprendizagem da tecnologia de ponta; muito tempo é dispensado neste processo, mas nada é feito para que o enfermeiro aprenda em profundidade, o mecanismo da aquisição das competências clínicas (BENNER, 2001b).

2.3 MODELO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE PATRICIA BENNER

Patricia Benner aplicou o Modelo de Aquisição de Competências do matemático e analista de sistema Stuart Dreyfus e do filósofo Hubert Dreyfus à enfermagem. O modelo dos irmãos Dreyfus postula que um estudante passa por níveis de competência (novato, iniciante avançado, competente, proficiente e *expert*) (BENNER, 2001b).

Em seu modelo, Benner utiliza-se destes conceitos, para compreender as diferenças de comportamento no que tange à competência clínica do enfermeiro e o publica, pela primeira vez, em 1984, na obra *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice* (BENNER, 2001b).

A mudança no nível de competência é o reflexo de quatro aspectos; o primeiro refere-se à utilização de experiências concretas do passado como paradigmas; o segundo, quando o pensamento analítico, baseado nas normas, é substituído pela intuição; o terceiro, quando o aprendiz consegue perceber a situação como um todo e se atem apenas às partes relevantes; o quarto e último aspecto demonstra o engajamento do indivíduo na situação; ele faz parte da situação e não é apenas um observador (BENNER; TANNER; CHESLA², 1992, *apud* BRYKCZYNSKI, 2011, tradução nossa).

O modelo de aquisição de competências é progressivo, entretanto, esta progressão não é necessariamente linear. O desenvolvimento de um profissional pode passar por planaltos, retrocessos, estagnação, bem como saltos. Alguns indivíduos não progredem para o nível de *expert*, porque não se engajaram

² BENNER, P.; TANNER, C.; CHESLA, C. From beginner to expert: gaining a differentiated clinical world in critical care nursing. **Advance in Nursing Science**, v. 14, n. 3, p. 13-28, 1992.

suficientemente com a sua prática clínica (HAMRIC; SPROSS; HANSON, 2008, tradução nossa).

O modelo aborda a aprendizagem experiencial e, ao longo do tempo, caracteriza-se por ser situacional, ou seja, o foco está sobre a performance em situações particulares, ao invés de identificar características ou talentos peculiares de uma pessoa. Neste sentido, o núcleo de uma boa avaliação clínica reside na aprendizagem experiencial por meio de casos específicos (BENNER, 2004, tradução nossa).

Para a teórica, o discernimento clínico deve ser aprendido na prática, uma vez que a memorização das características e elementos de um diagnóstico, contidos em um livro, não é o mesmo que reconhecer quando e como essas características se manifestam em pacientes específicos (BENNER, 2001b).

Dessa forma, não se espera que um profissional, que somente observou um paciente no período pós-operatório cardíaco, seja suficientemente capaz de realizar comparações com outros pacientes, pois esta habilidade não pode ser percebida por meio de livros ou pela descrição de momentos críticos. Essa última afirmação parece óbvia, todavia, muitas vezes é ignorada no campo prático, porque se imagina que os momentos críticos descritos podem ser tornar explícitos durante a trajetória de cuidados aos pacientes (BENNER, 2001b).

Apesar disso, os profissionais não podem ser culpados por aquilo que nunca vivenciaram ao longo de sua prática clínica, e estes podem trabalhar em parceria com os colegas para que possam fazer uso da sabedoria clínica obtida experiencialmente (BENNER, 2001b).

O modelo de Benner tem sido empregado como justificativa para o desenvolvimento da carreira e na educação continuada. As áreas especificamente citadas para a utilização englobam: administração de enfermagem, desenvolvimento de carreira, especialização clínica, programas de desenvolvimento de equipe, residências clínicas e alunos preceptores e enfermeiros iniciantes (BENNER, 2001 *apud* MCEWEN; WILLS, 2009).

No Brasil, o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), com o objetivo de consolidar o pensamento crítico do enfermeiro, implantou o Plano de Desenvolvimento das Competências Clínicas do Enfermeiro (PDCCE) inspirado no modelo de Patrícia Benner, que objetiva preencher lacunas do conhecimento prático dos profissionais. A implantação do PDCCE permitiu constatar que um modelo

educacional deve essencialmente envolver, de forma ininterrupta e dinâmica, todos os membros da equipe, destituindo-se de objetivos unicamente classificatórios, mas que impere a busca da excelência na pessoa de cada enfermeiro (BORK; HOKAMA; VÁTTIMO, 2011).

Patrícia Benner, em seu modelo aplicado à enfermagem, esboça os cinco níveis de aquisição de competência, conforme a FIGURA 1.

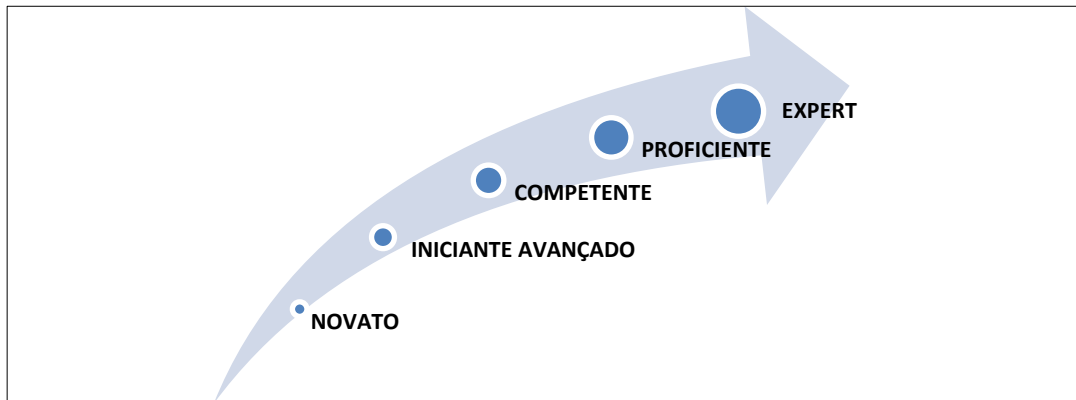


FIGURA 1 - NÍVEIS DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIA DE BENNER
 FONTE: O autor (2013)

Para cada nível de competência, Benner descreve as características, o comportamento dos enfermeiros e as implicações para o ensino e à aprendizagem, conforme se apresenta a seguir:

2.3.1 Novato

Neste nível de competência, o enfermeiro não possui nenhuma experiência prévia das situações que terá que enfrentar, apresenta dificuldade em discernir entre os aspectos relevantes e irrelevantes de uma situação, é inflexível e muitas vezes limitado nas suas ações. Em geral, o nível novato é reconhecido em estudantes de enfermagem, entretanto, não são os únicos, todos os enfermeiros que integram um novo serviço desconhecido podem encontrar-se nesse nível, como exemplo, um enfermeiro que possui muita experiência no tratamento de doentes em estado crítico encontrar-se-ia num nível de novato, caso fosse transferido para uma unidade de terapia intensiva neonatal (BENNER, 2001b; BENNER; TANNER; CHESLA, 2009, tradução nossa).

Para ensinar e permitir que os novatos consigam a experiência tão necessária à aquisição das suas competências, é preciso descrever-lhes situações em termos objetivos, tais como: o peso, os líquidos ingeridos e eliminados, a pressão arterial, a frequência cardíaca, e outros parâmetros mensuráveis, que permitam conhecer a condição de um doente. Tudo isso, porque a aquisição da competência ocorre em áreas onde o indivíduo não possui compreensão da situação clínica. Além disso, os parâmetros, as diretrizes fornecem um ponto de partida seguro para o aprendizado nas situações clínicas e não exigem uma experiência prévia (BENNER, 2001b; BENNER; TANNER; CHESLA, 2009, tradução nossa).

2.3.2 Iniciante avançado

O iniciante avançado pode demonstrar um comportamento aceitável, uma vez que já enfrentou situações reais o suficiente para perceber, ele próprio ou sobre a indicação de um preceptor, os componentes significativos que se reproduzem em situações idênticas, e que o modelo de Dreyfus denomina de “aspectos da situação” (BENNER, 2001b).

Neste sentido, é necessário ter experiência anterior para reconhecer esses aspectos da situação, como por exemplo, para avaliar se um paciente está apto para aprender sobre uma determinada condição, é essencial que o enfermeiro tenha passado pela mesma situação como outros pacientes. Diferente do que acontece com os novatos, que se baseiam em elementos mensuráveis, independentes do contexto para orientar as suas ações (BENNER, 2001b).

Os iniciantes avançados sentem-se muito responsáveis pelos cuidados aos pacientes, no entanto, ainda dependem dos conselhos dos enfermeiros mais experientes (BENNER; TANNER; CHESLA, 1992 *apud* BRYKCZYNSKI, 2011, tradução nossa), seguem as regras e se orientam pelas tarefas que devem realizar e apresentam dificuldades em dominar a situação numa perspectiva mais ampliada; para Benner, os enfermeiros que se encontram nesse nível são os recém-graduados (BRYKCZYNSKI, 2011, tradução nossa).

O iniciante avançado ou a pessoa que orienta os iniciantes podem estabelecer princípios que ditam as ações em termos de aspectos e atributos de uma situação³. Entretanto, o enfermeiro nesse nível de competência ainda tende a dar a mesma importância para estes termos, como pode ser apurado no comentário de uma enfermeira *expert*, em relação a uma enfermeira iniciante de um serviço de cuidados intensivos em neonatologia:

Dou instruções muito detalhadas e muito explícitas à recém-diplomada: “Quando entrar e vir o bebê pela primeira vez, tome-lhe os sinais vitais e faça um exame físico. Verifique, de seguida, os pontos de injeção [...] assim como o respirador e assegura-se que funciona. Verifique os monitores e os alarmes”. E é o que elas fazem exatamente ponto por ponto, independente do que aconteça... Elas seriam incapazes de fazer uma triagem entre o que pode ficar de lado e o que é mais importante. Seriam incapazes de ir de um bebê para o outro fazendo o que é mais importante e desempenhar mais tarde o resto das tarefas. (BENNER, 2001b, p.51-52).

Tanto os novatos como os iniciantes avançados conseguem apreender apenas um pequeno aspecto da situação, porque para eles é tudo muito novo e estranho. A maior implicação na educação desses enfermeiros consiste no fato de que eles necessitam ser emergidos no contexto da prática clínica e ajudados a estabelecer prioridades (BENNER, 2001b).

2.3.3 Competente

O nível competente desenvolve-se quando o enfermeiro começa a ver suas ações em termos de metas ou planos a longo prazo. Este plano dita os atributos e aspectos de uma situação (presentes ou previstos) que merece atenção e aqueles que podem ser ignorados. Tipicamente é classificada como competente o enfermeiro que trabalhou de dois a três anos com as mesmas situações clínicas (BENNER, 2001b).

Neste nível, o enfermeiro não possui a maleabilidade nem a rapidez de uma proficiente, porém, sente que tem conhecimento e que é capaz de fazer frente a muitos imprevistos que não são habituais na sua prática de enfermagem. O

³ Atributos de uma situação: São os elementos mensuráveis de uma situação, que podem ser compreendidos sem experiência prévia (BENNER, 2001b).

planejamento consciente e deliberado, que caracteriza esse nível de competência, auxilia o profissional a ganhar eficiência e organização (BENNER, 2001b).

Abaixo, expõe-se o discurso de uma enfermeira que demonstra a sua mudança para o nível de competente:

Tinha quatro doentes. Um tinha que aprender a tomar conta da sua colostomia, os outros necessitavam de muito mais coisas. Estava ocupada com variadíssimas coisas. A perfusão de um tinha acabado e tive que resolver a situação, em seguida tinha me esquecido de dar alguns medicamentos e tive que me despachar para distribuí-los. Depois, alguém começou a ter náuseas e tentei reconfortá-lo. E por fim, a bolsa de colostomia tinha-se descolado e tive que ensinar o doente a resolver a situação [...]. Quando entrava nos quartos, era imediatamente bombardeada pelas queixas dos pacientes [...]. Hoje, chego depois de ter sido informada sobre a situação e sei mais ou menos em que ponto estão as perfusões. E ainda, sei o que tenho para fazer. Antes de entrar num quarto, escrevo os medicamentos que devo dar para todo o dia, depois no quarto asseguro-me que todas as perfusões correm bem. Vou de cama em cama só para dizer bom dia. Mas faço-os sentir que estou trabalhando. Verifico as perfusões [...] sei que as diureses estão normais; sei que as perfusões correm bem... Depois, toda a minha manhã está programada e posso continuar o meu trabalho. Estou muito mais organizada [...]. (BENNER, 2001b, p.53).

Verifica-se que a enfermeira adquiriu o nível de competente ao longo da sua prática clínica de enfermagem, agora é muito mais organizada e eficiente. Entretanto, destaca-se que a atenção é mais centralizada na gestão do tempo e na organização das tarefas da enfermeira, do que na gestão do tempo em relação às necessidades dos pacientes (BENNER; TANNER; CHESLA, 1992 *apud* BRYKCZYNSKI, 2011, tradução nossa).

Em um estudo acerca da tomada de decisão de enfermeiros competentes, que atuam em uma unidade médico-cirúrgica, demonstrou-se que os enfermeiros foram capazes de antecipar e resolver problemas clínicos de rotina, como por exemplo, a queda do nível de glicose no sangue de um paciente com diabetes *mellitus* e ainda, eles foram capazes de solucionar os problemas com relativa facilidade, à medida que se tornavam mais confiantes em sua prática clínica (OLIVER; BUTLER, 2004, tradução nossa).

Neste nível de competência, “o mundo clínico dos enfermeiros” parece mais organizado, assim eles podem se beneficiar das suas decisões e simulações que a prática lhes proporciona, a fim de planejar e coordenar os diferentes cuidados frente a necessidades individuais dos pacientes (BENNER, 2001b).

2.3.4 Proficiente

O enfermeiro proficiente apreende as situações como um todo, utiliza-se da percepção⁴ e as suas ações são guiadas pelas máximas⁵. Entretanto, necessitam de um bom entendimento da situação, antes de poder utilizá-las (BENNER, 2001b). Neste nível há um salto qualitativo em relação ao anterior (competente), porque além de apreender os aspectos mais relevantes de uma situação e ir ao foco do problema, o enfermeiro utiliza-se da percepção (BENNER, 2001b).

O nível proficiente, geralmente, pode ser encontrado em enfermeiros que trabalham com uma mesma população de pacientes, por um período de três a cinco anos. Todavia, esse período de tempo é apenas uma estimativa e precisa ser aprofundado (BENNER, 2001b).

Os enfermeiros proficientes aprendem melhor por meio de um método indutivo, ou seja, por estudos de caso, onde eles possam utilizar-se dos seus meios de compreensão da situação. Isso pode ser concretizado a partir de casos clínicos emergidos da própria prática dos enfermeiros, pois para serem eficazes devem ter níveis de complexidade e similaridade às situações reais. Ao abordar situações que excedem a compreensão pelo enfermeiro proficiente, descobre-se um domínio virgem, onde a aprendizagem é necessária (BENNER, 2001b).

2.3.5 Expert

O enfermeiro *expert*, não se apoia em princípios analíticos (regras). Percebe a situação como um todo em virtude das situações reais vivenciadas e assim vai direto ao problema, sem perder tempo com soluções alternativas ou diversos diagnósticos, e consegue prever problemas antecipar ações com extensa

⁴ Percepção: refere-se ao conhecimento anterior, ou o pré-conhecimento, que é obtido a partir da teoria e pelas experiências anteriores (BENNER, 2001b).

⁵ Máximas: referem-se às orientações transmitidas por enfermeiros *experts*, as quais não fazem muito sentido para aqueles que não possuem conhecimento profundo da situação (BENNER, 2001a).

assertividade. Além disso, possui uma vasta experiência e compreende cada situação de modo intuitivo (BENNER, 2001a, tradução nossa).

A intuição, aqui mencionada não se refere à adivinhação ou a alguma inspiração sobrenatural. A intuição é algo que parece ser explicado em termos de processos cerebrais e não em um raciocínio lógico, baseado em regras (BENNER; TANNER; CHESLA, 2009, tradução nossa). A intuição permite ao *expert* determinar o que é relevante em uma situação. Frequentemente, a intuição e cálculos racionais trabalham em conjunto, o que permite o entendimento completo da situação, quando a tomada de decisão é complexa (BLUM, 2010, tradução nossa).

Os enfermeiros *experts* não são difíceis de reconhecer, porque, na grande maioria das vezes, oferecem opiniões clínicas ou administram situações complexas de uma maneira admirável, como se pode verificar na narrativa de uma enfermeira *expert* que atua em uma unidade de tratamento intensivo (BENNER, 2001b):

Tinha trabalhado até tarde e estava quase para ir para casa quando uma enfermeira tutora me diz: “Jolene, vem ver”. Havia urgência na sua voz, mas não como quando há uma parada cardíaca. Entro e examino o doente. A sua frequência cardíaca está nos 120, está sob respiração artificial e a ventilação parecia normal. Pergunto, “O que é que não está bem?c. Uma recém diplomada que tratava do doente aponta um mar de sangue. Uma grande quantidade de sangue saía da sua boca[...]. Mais ou menos uma semana atrás tinha sofrido uma hemorragia ao nível de carótida externa, que tinha sido ligada, devido a uma ruptura causada pela radioterapia. Essa ferida infectou-se e o doente fez uma insuficiência respiratória, pela qual tinha sido internado nos tratamentos intensivos. [...]. Penso que talvez a artéria carótida ou o tronco bráquio-cefálico tinha cedido. Desligamos o doente do respirador para ver se qualquer coisa saía da traquéia. Havia um pouco de sangue, mas parecia que quase tudo tinha passado da faringe para os pulmões. Começamos então por ventilá-lo manualmente tentando adivinhar o que poderia estar na sua boca para sair uma tão grande quantidade de sangue...Naquele momento o problema era o sangue. Necessitávamos dele e disse então: “Alguém tem que ligar ao banco de sangue e ir buscá-lo”. A enfermeira respondeu: “acabamos de ligar e não há [...] o interno [...] chegou e olhou para o que se passava com ar de idiota, como se perguntasse “o que tem que ser feito?” Perguntou se tínhamos colocado um cateter. Respondi que “sim, temos um cateter para a pressão venosa central, mas penso que isto não seja o suficiente. “Vou fazer um desbridamento”, disse ele. Penso que não seja necessário, respondi eu, penso que posso colocar mais um. Peguei então um cateter nº 14 e introduzi numa veia do antebraço. Dois plasmas estavam a correr. “O que devo fazer?” Respondeu o internato. Respondi: “É necessário que desça ao banco de sangue e que nos traga unidades compatíveis com o grupo deste doente, porque não serão dados a uma enfermeira [...]” E assim partiu. (BENNER, 2001b, p.46-47)

Para a *expert*, a tomada da consciência do problema iniciou-se no corredor, quando ela já tinha percebido a urgência pelo tom de voz da enfermeira, mas

também estava ciente de que não se tratava de uma parada cardíaca. Salienta-se que esse tipo de percepção do problema só é possível identificar em virtude da experiência prévia. Observa-se também que o modo como a enfermeira *expert* descreve a situação proporciona ao leitor imaginá-la no centro da ação, e até mesmo esquecendo-se de quem narra à história (BENNER, 2001b).

Além de serem reconhecidos por colegas e pacientes, os enfermeiros *experts* podem ser consultores de outros enfermeiros e particularmente eficazes quando se trata de solicitar uma avaliação médica específica, já que possuem a potencialidade de detectar precocemente as alterações clínicas de um paciente (BENNER, 2001b).

Um enfermeiro *expert* consegue identificar mudanças fisiológicas sutis, reconhece sinais de choque antes mesmo do aparecimento de alterações nos sinais vitais e pode deduzir a eventual necessidade de iniciar uma reanimação, antes que o colapso vascular ou alterações dramáticas nos sinais vitais se reproduzam, essas capacidades muito minuciosas são o resultado de muitas horas de cuidados e de observação direta aos pacientes (BENNER, 2001b).

Para Benner, os conhecimentos incluídos na expertise clínica são a chave do progresso da prática da enfermagem e do desenvolvimento da ciência em enfermagem (BENNER, 2001b).

2.4 DOMÍNIOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM E COMPETÊNCIAS CLÍNICAS

Além da aplicação do Modelo de Aquisição de Competências à Enfermagem, Benner também identificou 31 competências clínicas, as quais foram agrupadas em 7 domínios da prática de enfermagem, com base na similaridade de função e intenção (BENNER, 2001a, tradução nossa).

O Quadro 1 apresenta os 7 domínios da prática da enfermagem; o Quadro 2, os domínios e as 31 competências clínicas.

Domínios da prática de enfermagem	Descrição
A função de ajuda	A ajuda de um enfermeiro vai além de estreitas definições terapêuticas, nas quais a mudança é considerada em termos de melhoria mensurável ou no estabelecimento de metas. A ajuda descrita aqui engloba mudanças em termos de significado e, por vezes, representa simplesmente a coragem de estar com o paciente, oferecendo todo e qualquer tipo de conforto que a situação permita.
A função de ensino e treinamento	Ensinar uma pessoa em boas condições de saúde é uma função delicada, entretanto torna-se muito mais, quando se trata de uma pessoa doente e que possui medo. Deste modo, neste domínio o enfermeiro torna familiar àquilo que é estranho e amedronta o paciente, instrui o paciente sobre o que esperar da doença, corrige as más interpretações e fornece explicações na ocorrência de mudanças físicas.
A função de diagnóstico e monitoramento	Este domínio consiste no monitoramento cuidadoso e da detecção precoce dos primeiros sinais de complicação de um paciente, o que demanda do enfermeiro a habilidade de percepção.
Gerenciamento eficaz das situações de rápida mudança	Em geral, o enfermeiro é o primeiro profissional a detectar mudanças no quadro clínico de um paciente, assim é sua função administrar a situação até que o médico chegue e coordenar a função dos diversos membros da equipe. Quanto maior for a experiência do enfermeiro menor será a probabilidade de erros, haja vista que são situações complexas que demandam respostas rápidas.
Administrar e monitorar os regimes e as intervenções terapêuticas	Este domínio refere-se à terapia medicamentosa, não apenas à administração dos medicamentos, mas sim o conhecimento do enfermeiro sobre a incompatibilidade medicamentosa, reações adversas, respostas ao tratamento e toxicidade. Além disso, o domínio também compreende os cuidados para pacientes que apresentam riscos relacionados à imobilidade física e àqueles acometidos por feridas.
Monitorar e assegurar a qualidade das práticas na área da saúde	O enfermeiro possui a função de coordenar os cuidados prestados ao paciente, o que implica em múltiplas interações entre o paciente e a equipe de saúde. A boa comunicação entre médicos e enfermeiros aumenta a colaboração e a flexibilidade entre os profissionais e o paciente é beneficiado.
Competências organizacionais	Este domínio refere-se à organização, ao planejamento e à coordenação das diferentes necessidades dos pacientes, levando em consideração a sobrecarga de trabalho e o déficit de pessoal.

QUADRO 1 – OS SETE DOMÍNIOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

FONTE: BENNER (2001a, tradução nossa)

Domínios da prática de enfermagem	Competências clínicas
A função de ajuda	<ol style="list-style-type: none"> 1. O relacionamento de cura: criar um ambiente propício e estabelecer um comprometimento com a cura. 2. Fornecer medidas de conforto e preservar a individualidade diante da dor e do estado de extrema fraqueza. 3. Presença: estar com o paciente. 4. Maximizar a participação do paciente na sua própria recuperação. 5. Interpretar os tipos de dor e selecionar estratégias apropriadas para o seu tratamento e controle. 6. Proporcionar conforto e comunicação através do toque. 7. Oferecer suporte emocional e informação às famílias dos pacientes. 8. Guiar o paciente na ocorrência de mudanças (emocional e física): oferecer novas opções, excluir antigas: direcionar, ensinar, mediar. <ul style="list-style-type: none"> - Agir como mediador psicológico e cultural. - Usar metas terapêuticas. - Trabalhar para construir e manter uma comunidade terapêutica.
A função de ensino e treinamento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Captar a prontidão de um paciente para aprender. 2. Ajudar o paciente a integrar as implicações da doença e da recuperação no seu estilo de vida. 3. Entender como o paciente interpreta a sua doença. 4. Fornecer uma interpretação da condição do paciente e dar razões ao seu tratamento. 5. Tornar os aspectos culturalmente evitados de uma doença acessíveis e compreensíveis
A função de diagnóstico e monitoramento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Detecção e documentação das mudanças significativas na condição de um paciente. 2- Fornecer um sinal de alerta precoce: antecipar um colapso e a piora do estado do paciente antes que sinais explícitos confirmem o diagnóstico. 3. Antecipar problemas: pensar no futuro. 5. Entender as exigências específicas e os comportamentos de uma doença: antecipar as necessidades de atendimento ao paciente. 6. Avaliar o potencial do paciente para o bem-estar e para responder as várias estratégias de tratamento.
Gerenciamento eficaz das situações de rápida mudança	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desempenho qualificado em emergências com risco de vida: rápida compreensão de um problema. 2. Gestão de contingência: rápida combinação de exigências e recursos em situações de emergência. 3. Identificar e gerenciar a crise de um paciente até que assistência médica esteja disponível.

QUADRO 2 - OS SETE DOMÍNIOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM E AS 31 COMPETÊNCIAS CLÍNICAS (continua)

FONTE: BENNER (2001a, tradução nossa)

Domínios da prática de enfermagem	Competências clínicas
Administrar e monitorar os regimes e as intervenções terapêuticas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Iniciar e manter terapia intravenosa com o mínimo de riscos e complicações. 2. Administrar medicamentos com precisão e segurança: monitorar efeitos adversos, reações, respostas terapêuticas, toxicidade e incompatibilidades. 3. Combater os perigos da imobilidade. 4. Criar uma estratégia de supervisão de feridas que estimule a cicatrização, conforto e drenagem apropriada.
Monitorar e assegurar a qualidade das práticas na área da saúde	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fornecer um sistema de apoio para garantir cuidados médicos e de enfermagem seguros. 2. Avaliar o que pode ser seguramente omitido ou adicionado às prescrições médicas. 3. Obter respostas apropriadas e em tempo oportuno dos médicos.
Competências organizacionais	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coordenar, ordenar e responder às múltiplas necessidades e solicitações do paciente: estabelecer prioridades. 2. Construir e manter uma equipe terapêutica para fornecer assistência de melhor qualidade, lidando com falta de pessoal e a alta rotatividade: <ul style="list-style-type: none"> - planejamento de contingência. - antecipar e prevenir períodos de extrema sobrecarga de trabalho em um turno

QUADRO 2 - OS SETE DOMÍNIOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM E AS 31 COMPETÊNCIAS CLÍNICAS (conclusão)

FONTE: BENNER (2001a, tradução nossa)

3 MÉTODO

Neste capítulo, apresenta-se a trajetória metodológica percorrida para que os objetivos propostos fossem alcançados. Para tanto, descreve-se o tipo de pesquisa, o cenário, os participantes da pesquisa, a coleta e análise dos dados e os aspectos éticos.

3.1 TIPO DE PESQUISA

Esta é uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa. Entende-se por pesquisa exploratória aquela que objetiva buscar mais informações sobre determinado assunto ou obter uma nova percepção sobre ele e descobrir novas ideias (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2006).

A maioria das pesquisas que se utilizam da abordagem qualitativa possui como objetivo descrever e explicar o fenômeno de forma minuciosa. Para esclarecer a natureza completa do fenômeno, os pesquisadores, com a ajuda dos participantes do estudo, empregam o olhar retrospectivo, ou seja, a exploração de eventos antecedentes que levam à ocorrência de algum fenômeno (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Flick (2009) discute a importância dos estudos qualitativos na atualidade. Esses ocorrem em virtude dos novos contextos e perspectivas sociais com os quais os pesquisadores têm se deparado, fazendo com que as metodologias dedutivas tradicionais, utilizadas na pesquisa quantitativa, não sejam mais suficientes para essa abordagem. Assim, cada vez mais os estudos necessitam utilizar-se de técnicas indutivas, em que sujeitos e situações são considerados relativos. Para o autor, esta abordagem pode ser obtida por meio da pesquisa qualitativa.

Essa pesquisa se caracteriza como exploratória porque permite ampliar o conhecimento sobre um determinado fenômeno complexo. A abordagem qualitativa justifica-se pela intenção de discutir os dados, objetivos e subjetivos, sem utilizar recursos estatísticos.

3.2 CENÁRIO

A pesquisa foi realizada em um hospital geral, privado, de grande porte, localizado no sul do Brasil, o qual atua como prestador de serviço a pacientes particulares e aqueles que possuem seguro saúde vinculados à instituição.

Atualmente conta com 154 leitos, divididos nas unidades: cirúrgica, clínica, terapia intensiva adulto e neonatal, pediatria, centro cirúrgico, centro obstétrico, maternidade e emergência adulta e pediátrica.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

O departamento de Recursos Humanos do hospital de estudo disponibilizou uma listagem, contendo os profissionais que atuam como enfermeiros assistenciais, em número de 36.

Como critérios de inclusão adotados foram: fazer parte do quadro de enfermeiros assistenciais do local de estudo, desempenhar atividade assistencial há pelo menos seis meses, independente do turno de trabalho, aceitar a participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2). Optou-se por incluir somente os enfermeiros assistenciais que atuam há pelo menos seis meses na instituição, por julgar-se um período de adaptação à dinâmica do cargo de enfermeiro assistencial, e ainda, porque, antes de assumirem a assistência para com os pacientes, os enfermeiros participam do programa de integração, que ocorre em duas etapas; na primeira, os recém-admitidos são orientados quanto às normas, rotinas e políticas da instituição e, na segunda, sobre a dinâmica da sua unidade de trabalho, a qual acontece *in loco*.

Os critérios de exclusão foram: enfermeiros assistenciais que estavam em férias, ou licença (médica, maternidade, gratificação de férias) no período da coleta dos dados e aqueles que se recusaram a participar da pesquisa.

Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão restaram 22 enfermeiros assistenciais, entretanto, 2 enfermeiros não compareceram para realizar a entrevista

previamente agendada, assim a amostra deste estudo foi composta por 20 enfermeiros assistenciais.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada, (APÊNDICE 1), gravada e posteriormente transcrita na íntegra, nos meses de maio a junho de 2013.

Gil (2011), conceitua entrevista como uma técnica de coleta de dados em que o pesquisador se apresenta frente ao investigado e lhe faz perguntas, com o propósito de obter informações que interessam à pesquisa. É, portanto, uma forma de interação social, mais precisamente um diálogo assimétrico, visto que uma das partes procura coletar dados, enquanto a outra concede informações.

O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi submetido a teste piloto com enfermeiros de outro hospital e, posteriormente, ajustado conforme as necessidades identificadas. O instrumento é composto por questões para a caracterização dos participantes da pesquisa (identificação, formação acadêmica, qualificação profissional, atuação profissional atual e anterior) e duas perguntas abertas. A primeira solicita ao enfermeiro assistencial que relate uma ou duas histórias de atendimento clínico a um paciente, e a sua conduta. A segunda pede para que ele conte como adquiriu competência clínica para trabalhar na atual unidade de trabalho, a qual vem acompanhada de uma vinheta⁶ que conceitua competência.

As entrevistas permitem que dados mais ricos e complexos sejam coletados; isto se deve, principalmente, quando o pesquisador utiliza-se das questões abertas, pois elas possibilitam aos sujeitos de pesquisa responder livremente e com as suas próprias palavras (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Para que as entrevistas fossem viabilizadas, houve um contato inicial com a gerente de enfermagem da instituição, a fim de explicar os objetivos da pesquisa.

⁶ Vinheta é definida como “descrições breves de eventos, ou situações às quais os respondentes são solicitados a reagir. As descrições podem ser fictícias ou reais, mas são sempre estruturadas de modo a eliciar informações sobre as percepções, opiniões ou conhecimentos dos respondentes sobre algum fenômeno estudado.” (POLIT; HUNGLER, 1995).

Em seguida, houve o contato com cada enfermeiro assistencial, os quais foram convidados a participar da pesquisa e esclarecidos acerca dos objetivos do estudo. Posteriormente, as entrevistas foram agendadas em local, data e horário acordado entre pesquisadora e participantes da pesquisa.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados desta pesquisa consiste em duas etapas. Para atender o primeiro objetivo desta pesquisa, inspirou-se na abordagem interpretativa de Benner a qual se assemelha à interpretação de um texto, onde a sentença não pode ser analisada por meio de palavras sozinhas, mas sim, como uma sentença que faz parte de um contexto, e o seu significado é interpretado a partir deste contexto. Nesta estratégia, utiliza-se mais a síntese do que a análise, o que permite, com facilidade, descrever a prática da enfermagem, preservando a sua riqueza (BENNER, 2001a, tradução nossa).

A partir dessa abordagem interpretativa, foram extraídos os sentidos dos relatos dos enfermeiros assistenciais e encontrados os domínios da prática de enfermagem e, a partir destes, foram extraídas as competências clínicas baseadas no referencial teórico de Patrícia Benner, conforme indica a Figura 2.

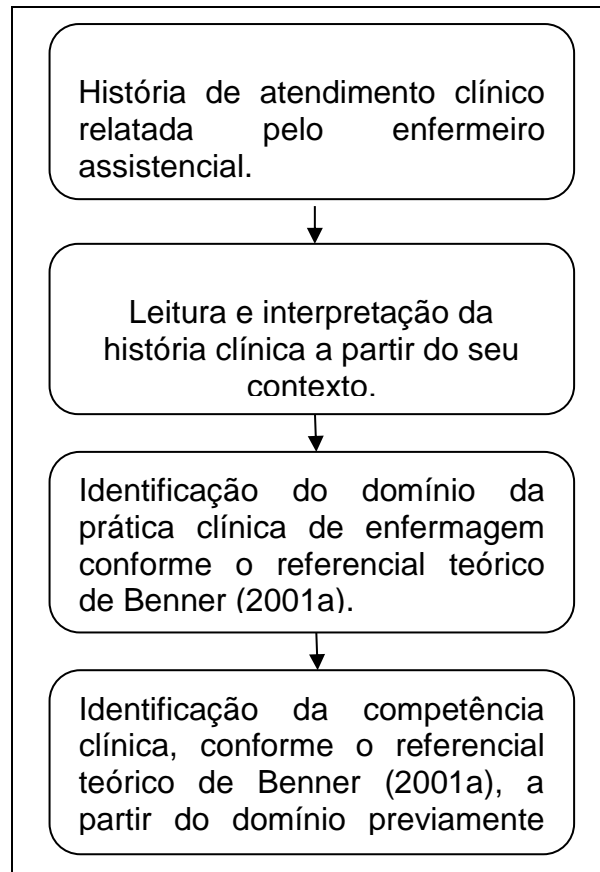


FIGURA 2 - IDENTIFICAÇÃO DA COMPETÊNCIA CLÍNICA INSPIRADA NA ABORDAGEM INTERPRETATIVA DE BENNER
 FONTE: O autor (2013)

Ainda para a mesma autora, para compreender o significado específico de qualquer cuidado de enfermagem, é absolutamente necessário conhecer o contexto. Deste modo, a abordagem interpretativa, sempre se apoia no contexto particular de uma situação (BENNER, 2001a, tradução nossa).

Para atender o segundo objetivo do estudo, foi realizada a análise de conteúdo. Para Bardin (2011, p. 37), a análise de conteúdo é um “conjunto de técnicas da análise das comunicações”; é um único instrumento aplicado de forma adaptável no vasto campo das comunicações. Este método envolve três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos dados e interpretação.

A pré-análise caracteriza-se pela organização propriamente dita. Tem o propósito de tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de modo a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento dos procedimentos consecutivos, num plano de análise. Comumente, esta etapa inclui a escolha dos documentos, a formulação das hipóteses e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final (BARDIN, 2011).

A segunda etapa consiste na exploração do material por meio da categorização. A categorização é um procedimento de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, posteriormente, por reagrupamento, conforme o gênero, com critérios anteriormente definidos. As categorias são classes que agregam um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento este realizado em virtude das características comuns destes elementos (BARDIN, 2011).

A categorização pode ser realizada de duas formas inversas: uma delas é o procedimento por “caixas”, em que o sistema de categorias é fornecido e dividem-se os elementos conforme vão sendo encontrados; a outra forma é o procedimento por “acervo”, em que o sistema de categoria não é fornecido e resulta da classificação analógica e progressiva dos elementos. No procedimento por acervo, o título de conceituação de cada categoria é definido apenas do final do procedimento (BARDIN, 2011).

Finalmente, a última etapa da análise de conteúdo consiste no tratamento dos dados obtidos e na sua interpretação. Nesta fase, os resultados são tratados de modo a serem significativos e válidos; posteriormente, podem-se propor as inferências e antecipar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou mesmo os que dizem respeito a outros achados inesperados (BARDIN, 2011).

Para esta segunda etapa da análise de dados, optou-se pela categorização do tipo acervo. O Quadro 3 apresenta o resumo dos objetivos da pesquisa, da coleta e análise dos dados.

Objetivos	Coleta de dados	Análise dos dados
- Identificar as competências clínicas utilizadas na prática dos enfermeiros assistenciais de uma instituição hospitalar.	-Entrevista semiestruturada Questão aberta: Você poderia me contar, detalhadamente, uma ou duas histórias de atendimento clínico a um paciente e a sua conduta?	-Inspirada na abordagem interpretativa de Benner
- Compreender como ocorre a aquisição das competências clínicas pelos enfermeiros assistenciais.	- Entrevista semiestruturada - Questão aberta: Você poderia me contar como adquiriu competência clínica para trabalhar nesta unidade do hospital?	-Análise de conteúdo de Bardin

QUADRO 3 - RESUMO DOS OBJETIVOS DA PESQUISA, DA COLETA E ANÁLISE DOS DADOS
FONTE: O autor (2012)

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização desta pesquisa, foram atendidos os aspectos éticos da Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Tal resolução incorpora os cinco referenciais da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade, assim como visa garantir os direitos e deveres dos participantes da pesquisa, da comunidade científica, e do Estado (BRASIL, 2012).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal do Paraná-UFPR e teve como Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), o n.º 10696712.5.0000.0102 (ANEXO 1). Também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital de estudo. Em virtude do compromisso assumido em manter o anonimato do hospital, nem mesmo o número do protocolo será publicado. Para publicações futuras o parecer positivo será apresentado, mas não publicado.

A coleta dos dados aconteceu após a leitura e assinatura, em duas vias, do TCLE, por parte do participante da pesquisa (APÊNDICE 2).

Para garantir o anonimato dos enfermeiros assistenciais, participantes dessa pesquisa, estes foram identificados pela palavra Enfermeiro seguida de uma letra do alfabeto, escolhida de acordo com a sequência em que as entrevistas foram realizadas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES DOS DADOS DA PESQUISA

Neste capítulo, abordam-se as informações resultantes da coleta dos dados. Inicialmente, apresenta-se a caracterização dos participantes da pesquisa. Na sequência, as competências clínicas extraídas das histórias relatadas pelos enfermeiros assistenciais e as categorias que demonstram como ocorreu a aquisição das competências clínicas pelos enfermeiros assistências.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Para a caracterização dos participantes desta pesquisa considerou-se as variáveis idade, sexo, tempo de formação acadêmica, qualificação profissional, atuação profissional atual e atuação profissional anterior.

Em relação à idade dos entrevistados, observa-se que dois enfermeiros possuem a idade entre 20 e 25 anos, sete entre 25 e 30 anos, nove entre 30 e 35 anos, um entre 35 e 40 anos e um com mais de 45 anos de idade. A maioria dos entrevistados é do sexo feminino (17), enquanto o restante é do sexo masculino (3). Desse modo, verifica-se uma estrutura etária jovem e predominantemente feminina.

O sexo feminino é uma das características marcantes na força de trabalho em saúde e, nos dias de hoje, representa mais de 70% de todo o contingente com tendência a aumento nos próximos anos. Em determinadas profissões, esse processo de feminilização excede a 90%, caso este, da equipe de enfermagem, que é constituída quase que inteiramente por profissionais do sexo feminino. Entretanto, um novo cenário se aproxima; dados demonstram que existe uma presença crescente de profissionais do sexo masculino na enfermagem, assinalando como uma tendência que veio para ficar (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012).

Quanto ao tempo de formação acadêmica dos participantes desta pesquisa, 11 enfermeiros assistenciais têm menos de 05 anos de formados, oito entre 05 e 10 anos e um é graduado há pouco mais de 10 anos. Esses dados apontam que 55% dos enfermeiros assistenciais são formados há menos de 05 anos.

Em relação à qualificação profissional, sete enfermeiros assistenciais possuem especialização em Enfermagem concluída, a maioria com ênfase em urgências e emergências, sendo que um deles cursou duas especializações, quatro cursam especialização em diferentes áreas da Enfermagem e nove não possuem qualquer curso de especialização. Desse grupo, nenhum possui ou cursa mestrado ou doutorado.

Acredita-se que o número reduzido de enfermeiros assistenciais com especialização concluída associa-se à jovialidade dos participantes da pesquisa e à recente conclusão no curso de graduação em enfermagem. Entretanto, evidencia-se que a maioria dos enfermeiros assistenciais cursou ou cursa pós-graduação na modalidade *lato-sensu*, o que demonstra a preocupação com a qualificação e a estabilidade no mercado de trabalho.

A qualificação profissional deve estar em consonância e sintonia com os padrões de competitividade do mercado de trabalho, salientando que é essencial que os enfermeiros, que atuam nos serviços de saúde, estejam, continuamente, buscando um saber científico que subvencione a prática assistencial (LANGE, *et al.*, 1999⁷ *apud* OLIVEIRA *et al.*, 2009). Os cursos de pós-graduação na modalidade *lato sensu* propõem ao enfermeiro um preparo direcionado a uma área específica do conhecimento, cujo objetivo é aperfeiçoar a prática do cuidado ao paciente, família e comunidade (OLIVEIRA, *et al.*, 2009).

Quanto ao tempo de atuação dos enfermeiros assistenciais no hospital de estudo, verificou-se que seis enfermeiros atuam de 06 meses a 01 ano, sete de 01 a 02 anos, quatro de 02 a 03 anos, dois de 03 a 04 anos e um de 04 a 05 anos. A partir desses dados, observa-se que o tempo de permanência dos enfermeiros assistenciais no hospital de estudo é breve, o que pode elevar a taxa de rotatividade desses profissionais, o que, segundo Puschel, Inacio e Pucci (2009), consiste em uma tendência quando se trata dos três primeiros empregos do enfermeiro, visto que, em seu estudo com 175 egressos de enfermagem de uma universidade de São Paulo, o tempo de permanência no primeiro, segundo e terceiro emprego variou em torno de 01 mês a 06 anos, em cada um.

Quando se compara as taxas de rotatividade entre hospitais privados, públicos e filantrópicos verifica-se que há tendência de ser mais elevada nas

⁷ LANGE, C. *et al.* Negociação: um dos pilares no programa de ensino à distância. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v.8, n(esp), p. 35-43, jan./abr. 1999.

instituições privadas. Em um estudo no conjunto de hospitais privados de Uberaba, Minas Gerais, a taxa líquida de substituição de enfermeiros é a mais expressiva, quando comparada as taxas de hospitais filantrópicos e públicos. Caso os hospitais privados mantenham as mesmas condições de admissão, desligamento e quantitativo de pessoal, em um curto espaço de tempo, o quadro de enfermagem seria totalmente renovado, o que é altamente comprometedor para a assistência de enfermagem (IWAMOTO; ANSELM, 2006).

Ao se discutir estes dados, deve-se levar em consideração a hipótese de que, no setor público, o trabalhador é amparado pela legislação, possui uma estabilidade garantida, e os processos de seleção e contratação demandam tempo, tornando a substituição dos profissionais demitentes mais lenta (IWAMOTO; ANSELM, 2006). Em contrapartida, os hospitais privados atuam na lógica de mercado, onde a produtividade deve traduzir, numericamente, o uso mais efetivo entre capital e trabalho, para obter o máximo de lucro e o mínimo de custo. Neste contexto, o trabalhador, como outros recursos produtivos, pode ser manipulado, no sentido de conter ou incentivar os desligamentos, conforme estes influenciem a produtividade organizacional. A rotatividade da força de trabalho em enfermagem, nestas instituições, para algumas em níveis comprometedores, leva a pensar em relação aos critérios que sustentam a produtividade (ANSELM; ANGERAMI; GOMES, 1997).

Para Nomura e Gaidzinski (2005), a rotatividade reside em um grande problema enfrentado pelos gerentes de enfermagem e implica, expressivamente, na qualidade do cuidado para com o paciente, e também nos custos da instituição de saúde. A perda de trabalhadores experientes prejudica o nível de cuidado prestado e eleva os custos da organização advindos da admissão de um novo profissional. Além disso, essa situação provoca insatisfação na equipe de enfermagem, em virtude da sobrecarga de trabalho para aqueles que continuam no hospital.

Descobrir estratégias que detenham os enfermeiros nas instituições de saúde torna-se essencial para reduzir os custos e sustentar a qualidade dos cuidados oferecidos (POEIRA; MAMEDE, 2011).

Quanto à unidade de atuação dos enfermeiros assistenciais, durante o período da coleta dos dados, cinco exercem atividade assistencial na Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI), três na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), três na Emergência adulto e pediátrica (EME), um na Maternidade, dois na

Unidade Cirúrgica e dois na Unidade Clínica α ⁸. Determinados enfermeiros assistenciais são alocados em mais de uma unidade, por essa razão, um entrevistado atua na Pediatria/Unidade Clínica β , um na Unidade Clínica α /Unidade Cirúrgica, dois na Maternidade/Pediatria/Unidade Clínica β .

Destaca-se que um grupo de enfermeiros assistenciais do período diurno, por determinação da coordenadora de enfermagem, trabalha em esquema de rodízio, ou seja, a cada três meses alterna a unidade de trabalho, entre a Maternidade e Pediatria/Unidade Clínica β . Tem-se ainda, no quadro de enfermeiros assistenciais, um enfermeiro folguista responsável em cobrir férias, folgas e atestados.

Para a metade dos participantes da pesquisa (dez entrevistados), o cargo de enfermeiro assistencial no hospital de estudo representa o seu primeiro emprego, o que implica na inexistência de vivências profissionais anteriores, e segundo Püschel, Inácio e Pucci (2009), o hospital ainda, na cidade de São Paulo, é a instituição de saúde que mais absorve o profissional de enfermagem, configurando-se como o local do primeiro emprego para a maioria dos enfermeiros, seguido do ensino profissionalizante e do Programa da Saúde da Família. A outra metade dos participantes da pesquisa, possui alguma atuação profissional anterior, sendo que, quatro enfermeiros na área hospitalar, um na saúde pública, um em transportes de urgências e emergências, três na área hospitalar e saúde pública e um na área hospitalar, saúde pública e ensino profissionalizante.

4.2 IDENTIFICAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS CLÍNICAS DE ACORDO COM O REFERENCIAL TEÓRICO DE PATRICIA BENNER

As competências clínicas extraídas das histórias dos entrevistados foram distribuídas em quadros, de acordo com o tempo de atuação dos profissionais na enfermagem. Optou-se por considerar o tempo de atuação total dos enfermeiros na profissão e não apenas o tempo de trabalho no hospital de estudo, pois se acredita

⁸ O hospital de estudo possui duas unidades clínicas, ficticiamente uma foi denominada de α e a outra de β .

que as vivências profissionais anteriores refletem significativamente nas atuais competências clínicas desses enfermeiros.

Os quadros também apresentam a área ou unidade de atuação profissional anterior, tanto em outras instituições de saúde quanto no próprio hospital de estudo, a unidade de atuação atual, o motivo que determinou a realocação do enfermeiro assistencial no hospital de estudo, o número de histórias clínicas relatadas por cada enfermeiro assistencial e os domínios da prática de enfermagem. Optou-se por discutir estes itens, além de identificar as competências clínicas, pois se crê que são elementos que influenciam na aquisição de tais competências.

Ao longo da discussão, realiza-se um exercício a fim de classificar os enfermeiros assistenciais de acordo com os níveis de competência proposto por Benner: novato, iniciante avançado, competente, proficiente e *expert*. Trata-se de um exercício, pois de acordo com a teórica, o nível alcançado em uma situação clínica somente pode ser determinado mediante a avaliação consensuada de enfermeiros *experts* (BENNER, 2001a, tradução nossa).

Enf.	Tempo de atuação na enfermagem	Atuação profissional anterior	Unidade de atuação atual	Motivo da realocação	Relato	Domínios da prática de enfermagem	Competências clínicas
A	Instituição X Total =8 meses	-	Maternidade/ Pediatria/Unidade Clínica β	-	nº 1	-	-
G	Instituição X Total= 11meses	Instituição X= EME	Maternidade/ Pediatria/Unidade Clínica β	Conflitos coordenador enfermagem	nº 1	-	-
					nº 2	-	-
I	Instituição X Total =9 meses	-	Unidade Cirúrgica	-	nº 1	-	-
					nº 2	A função de ensino e treinamento	Ajudar o paciente a integrar as implicações da doença e da recuperação no seu estilo de vida
S	Instituição X Total =8 meses	-	UTI	-	nº 1	-	-

QUADRO 4 - RELAÇÃO ENTRE ATUAÇÃO PROFISSIONAL ANTERIOR E ATUAL, MOTIVO DA REALOCAÇÃO NO HOSPITAL DE ESTUDO, DOMÍNIOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM E COMPETÊNCIAS CLÍNICAS DE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS QUE ATUAM ENTRE 06 MESES E 01 ANO NA ENFERMAGEM

FONTE: O autor (2013)

Legenda: Instituição X= Hospital de estudo

Os dados do Quadro 4 apontam que quatro enfermeiros assistenciais atuam entre 06 meses e 01 ano na enfermagem, período que corresponde ao tempo de atuação desses profissionais no hospital de estudo. Dos quatro enfermeiros, dois atuam na Maternidade/Pediatria/Unidade Clínica β , um na Unidade Cirúrgica e um na UTI. Das entrevistas com esses quatro enfermeiros assistenciais, emergiram seis histórias clínicas, entretanto, em apenas uma delas foi identificada a seguinte competência clínica: **ajudar o paciente a integrar as implicações da doença e da recuperação no seu estilo de vida** e relaciona-se ao domínio: a função de ensino e treinamento.

Essa competência refere-se a ajudar o paciente a levar uma vida ativa e aceitável, mesmo que tenha sido acometido por um problema temporário ou permanente (BENNER, 2001b). Deste modo, evidencia-se que o enfermeiro assistencial, por meio das suas atividades de ensino, orientação, tem o potencial de intervir na realidade, ajustando a vida do paciente face aos imprevistos que o acometem, demonstrando que a atuação do enfermeiro ultrapassa os afazeres técnicos. Neste sentido, Ruthes e Cunha (2007) colocam que a Enfermagem, como área de conhecimento e de saber, apresenta um extenso universo que perpassa as técnicas do fazer.

O restante dos enfermeiros entrevistados conta uma ou duas histórias clínicas, contudo não demonstram a sua atuação; chamam ajuda de um colega; ou ainda, há aqueles que, quando indagados acerca de uma história de atendimento clínico a um paciente, descrevem a rotina da sua unidade de trabalho. Situações previstas quando se trata de enfermeiros assistenciais que estão iniciando sua carreira profissional e vivenciaram poucas situações da prática clínica de enfermagem.

Acredita-se que de acordo com o nível de aquisição de competências de Benner, estes enfermeiros ocupam o nível de novato, já que para a teórica os novatos não possuem experiência das situações que terão que enfrentar e apresentam dificuldades em relacionar o conhecimento teórico com as situações vivenciadas na prática real (BENNER, 2001b).

Além do mais, exibem um modo singular de agir, marcado pelas limitações da atuação, pela vivência de extremos de sentimentos, os quais podem ser positivos ou

negativos, e ainda, pela maior possibilidade de cometer riscos a saúde dos pacientes (SILVA; FERREIRA, 2011).

Um estudo que discute a tomada de decisão clínica de enfermeiros novatos (recém-graduados ou com menos de 01 ano de experiência) evidencia que os principais erros cometidos por estes profissionais referem-se a erros de medicação, queda do leito e atrasos na assistência ao paciente; em relação a esta última falha, considera-se que a principal razão é a falta de experiência do enfermeiro novato (SAINTSING; GIBSON; PENNINGTON, 2011, tradução nossa).

Neste nível de competência, os enfermeiros vivenciam uma fase crítica na profissão, uma vez que, sem experiência anterior, eles se orientam pelas regras, entretanto, nem sempre as regras podem indicar as ações mais apropriadas para uma determinada situação, o que dificulta o enfrentamento dos inúmeros casos que se apresentam na prática clínica de enfermagem (BENNER, 2001b).

Deste modo, o primeiro emprego ou a mudança de posição no trabalho podem ser considerados como um desafio ou até mesmo uma ameaça, uma vez que novas atitudes e capacidades são requeridas. Iniciantes na prática clínica de enfermagem apontam que os principais desafios enfrentados, no começo da carreira, são: a liderança da equipe; a competência e a habilidade técnica. No caso desses dois últimos desafios, os enfermeiros os relacionam tanto com áreas especializadas, quanto com a competência genérica da prática de enfermagem como o exame físico e a consulta de enfermagem. Destaca-se que esses desafios são tanto de ordem técnica quanto teórica, e que, do ponto de vista dos enfermeiros, já deveriam ter sido superados durante o processo de formação acadêmica (SILVA, *et al.*, 2010).

Entretanto, sabe-se que o vínculo das atividades de ensino à vida real se faz por meio de práticas que respondem de modo tímido à problematização da realidade, gerando escassas iniciativas de integração consciente. As intervenções parecem ser prerrogativas seguindo a uma ordem externa, por vezes afastadas da realidade do estudante. Ao lado disso, emergem sinais de uma aprendizagem com vínculos frágeis, entre os conhecimentos prévios e a potencialização do julgamento crítico e do raciocínio clínico; também pouco mobilizado para o avanço dos esquemas de pensamento e dos projetos de ação, enquanto manifestações de construção,

transformação, ampliação e pluralização das expressões de competência clínica (DELL`AQUA; MIYADAHIRA; IDE, 2009).

Em relação à atual unidade de trabalho desses enfermeiros, verifica-se que dois são responsáveis por assistir a mais de uma unidade (Pediatría/Maternidade/Unidade Clínica β) e um foi inicialmente alocado na UTI. A partir disto, observa-se que, independente do seu tempo de atuação na enfermagem e das reais situações vivenciadas na prática clínica desta disciplina, o mercado de trabalho demanda que o enfermeiro assistencial assuma simultaneamente mais de uma unidade de trabalho, o que exige conhecimentos, habilidades e atitudes acerca de diferentes populações de pacientes.

Ou ainda, que o enfermeiro iniciante responsabilize-se por unidades como a UTI que, em virtude das suas características tecnológicas e científicas, prioriza procedimentos técnicos de alta complexidade; essencial para manter a vida de paciente sob cuidados críticos (MARTINS, *et al.*, 2009).

Dentro deste contexto, o enfermeiro novato ainda não está familiarizado com a linguagem do material tecnológico da UTI e enfrenta um obstáculo ao prestar a assistência, pois se sabe que é essencial conhecê-la para assistir o paciente. Com o intuito de minimizar este impacto e facilitar a inserção dos novatos em unidades tecnológicas, defende-se a existência de um processo de aprendizagem prévio, sobretudo com a presença de um enfermeiro mais experiente, que possa servir de referência no direcionamento desta aprendizagem, abordando os conhecimentos teóricos e práticos acerca dos recursos tecnológicos e as especificidades clínicas dos clientes sob os cuidados de enfermagem (SILVA; FERREIRA, 2011).

Corroborando com a ideia de aprendizagem no âmbito profissional, Bucchi *et al.* (2011), afirmam que a intitulação de profissionais para atuarem como tutores ou instrutores de um grupo de profissionais promove a otimização dos treinamentos. Nesta mesma perspectiva, Benner (2001b) descreve que hospitais, no exterior, com o propósito de orientar os enfermeiros iniciantes, empregam preceptores. Assim eles têm a oportunidade de aprender a estabelecer prioridades, em virtude dos apontamentos realizados por seus preceptores, tudo isto para que nem pacientes e nem enfermeiros enfrentem problemas.

O preceptor é o profissional que atua dentro do ambiente de trabalho e de formação, estritamente na área e no momento da prática clínica. Sua ação se dá por meio de encontros formais que objetivam o progresso clínico do aluno ou do recém - graduado. [...]. Tem, então, a função primordial de desenvolver habilidades clínicas e avaliar o profissional em formação (BOTI, 2009, p. 31).

O gerente de enfermagem como responsável pela política de recursos humanos pode utilizar-se de tutores/preceptores, com vistas a promover a aquisição das competências clínicas dos enfermeiros novatos. Para tanto, segundo a *Joint Commission Resources* (JCI) (2008), esses devem compreender que o aprendizado é um processo que ocorre ao longo da vida profissional do enfermeiro, e que necessitam assumir o papel de facilitadores, à medida que os enfermeiros forem capazes.

Além disso, à medida que novos enfermeiros fazem a transição para o papel de profissional, ingressam em nova instituição hospitalar ou unidade de trabalho, o gerente de enfermagem, os educadores e os demais enfermeiros devem lembrar-se das suas próprias experiências iniciais e procurar promover a transição, a retenção, a satisfação e a socialização dos novos enfermeiros (JCI, 2008).

Em relação à rotatividade interna neste grupo de enfermeiros assistenciais, verifica-se que apenas o enfermeiro assistencial G foi realocado da EME para as seguintes unidades: Maternidade/Pediatria/Unidade Clínica β . Segundo o entrevistado, a realocação ocorreu em virtude de conflitos com a coordenadora de enfermagem da EME, especificamente porque o enfermeiro assistencial não aceitou realizar a função de triagem na EME. Dentro deste contexto, acredita-se que a realocação não se deu em função dos requisitos exigidos pela unidade de trabalho, pelo perfil profissional do enfermeiro, ou ainda, por algum plano de desenvolvimento profissional, o que aponta a necessidade de intervenções na realidade.

Sabe-se que a enfermagem exerce um papel central nos sistema de saúde e no atendimento ao paciente, sendo esta uma condição fundamental para mudanças na realidade. Neste sentido, salienta-se a importância das lideranças de enfermagem na busca de soluções e modelos inovadores de gestão que correspondam às dificuldades de alocação de recursos humanos, garantindo um processo de atendimento

fundamentado nas melhores práticas e que garanta a segurança dos usuários (MAGALHÃES; RIBOLDI; DALL'AGNOLL, 2009).

Enf.	Tempo de atuação na enfermagem	Atuação profissional anterior	Unidade de atuação atual	Motivo da realocação	Relato	Domínios da prática de enfermagem	Competências clínicas
C	Instituição Y= 1 ano	Instituição Y = UTI	UTI	-	nº 1	Monitorar e assegurar a qualidade das práticas na área da saúde	Fornecer um sistema de apoio para garantir cuidados médicos e de enfermagem seguros
	Instituição X = 6 meses				nº 2	Monitorar e assegurar a qualidade das práticas na área da saúde	Fornecer um sistema de apoio para garantir cuidados médicos e de enfermagem seguros
	Total Y+ X= 1 ano e 6 meses						
O	Instituição X	-	Maternidade/ Pediatria/ Unidade Clínica β	-	nº1	Monitorar e assegurar a qualidade das práticas na área da saúde	Fornecer um sistema de apoio para garantir cuidados médicos e de enfermagem seguros
	Total =1 ano e 10 meses				nº 2	Monitorar e assegurar a qualidade das práticas na área da saúde	Fornecer um sistema de apoio para garantir cuidados médicos e de enfermagem seguros
P	Instituição X	-	UTIN	-	nº 1	A função de diagnóstico e monitoramento	Detecção e documentação das mudanças significativas na condição de um paciente
	Total =1 ano e 4 meses						

QUADRO 5 - RELAÇÃO ENTRE ATUAÇÃO PROFISSIONAL ANTERIOR E ATUAL, MOTIVO DA REALOCAÇÃO NO HOSPITAL DE ESTUDO, DOMÍNIOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM E COMPETÊNCIAS CLÍNICAS DE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS QUE ATUAM ENTRE 01 E 02 ANOS NA ENFERMAGEM (continua)

FONTE: O Autor (2013)

Legenda: Instituição Y= Outras instituições de Saúde
Instituição X= Hospital de estudo

Enf.	Tempo de atuação na enfermagem	Atuação profissional anterior	Unidade de atuação atual	Motivo da realocação	Relato	Domínios da prática de enfermagem	Competências clínicas
T	Instituição X	-	EME	-	nº 1	A função de diagnóstico e monitoramento	Detecção e documentação das mudanças significativas na condição de um paciente
	Total =1 ano e 6 meses				nº 2	Função de guia e de instrução	Fornecer uma interpretação da condição do paciente e dar razões ao seu tratamento

QUADRO 5 - RELAÇÃO ENTRE ATUAÇÃO PROFISSIONAL ANTERIOR E ATUAL, MOTIVO DA REALOCAÇÃO NO HOSPITAL DE ESTUDO, DOMÍNIOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM E COMPETÊNCIAS CLÍNICAS DE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS QUE ATUAM ENTRE 01 E 02 ANOS NA ENFERMAGEM (conclusão)

FONTE: O Autor (2013)

Legenda: Instituição X= Hospital de estudo

A partir dos dados apresentados no Quadro 5, verifica-se que quatro enfermeiros assistenciais atuam entre 01 e 02 anos na enfermagem. Desses, dois atuam em unidades de alta densidade tecnológica e complexidade assistencial, como a UTI e UTIN, um na EME e um é responsável pela assistência de três unidades, Maternidade/Pediatria/Unidade Clínica β.

Das quatro entrevistas realizadas com os enfermeiros, emergiram sete histórias clínicas, das quais foram identificadas as seguintes competências clínicas:

- 01- Fornecer um sistema de apoio para garantir cuidados médicos e de enfermagem seguros;**
- 02- Detecção e documentação das mudanças significativas na condição de um paciente;**
- 03- Fornecer uma interpretação do estado do paciente e dar razões ao seu tratamento.**

A competência 01 vincula-se ao domínio: monitorar e assegurar a qualidade das práticas na área da saúde e coloca que, em muitas situações, é o enfermeiro que dever servir de “válvula de segurança”, ou seja, garantir a segurança do paciente mediante os cuidados de saúde, o que, na maioria das vezes, implica na modificação do plano de intervenções de diferentes profissionais da equipe de saúde. Dentro deste contexto, Merhy⁹ (2002) *apud* Rossi e Silva (2005, p.466), aponta que todo profissional de saúde, independente do papel que exerce

[...] estará sempre sendo um operador do cuidado, ao mesmo tempo que um administrador das relações com os vários núcleos de saberes profissionais que atuam nesta intervenção, ocupando um papel de mediador na gestão dos processos multiprofissionais e disciplinares que permitem agir em saúde, diante do 'caso' concreto apresentado [...].

Sobretudo, o profissional enfermeiro, pois diariamente desempenha o papel de mediador entre os múltiplos profissionais que cuidam, para que a assistência oferecida atenda as reais necessidades de cada paciente. Para Backes *et al.* (2008), o enfermeiro tem importante papel na construção coletiva do cuidado, por ter a capacidade de articular e interagir com outros profissionais e, na grande maioria das vezes, coordenar

⁹ MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2002.

o processo de trabalho em saúde e ser o ponto de convergência e disseminação de informações para o usuário e para a grande maioria dos profissionais.

A competência 02 relaciona-se ao domínio: a função de diagnóstico e monitoramento, que se refere à capacidade do enfermeiro antecipar problemas no estado de estado de saúde mediante a alteração dos sinais vitais e de determinados dados de observação relativamente claros (BENNER, 2001b).

O enfermeiro, por atender diuturnamente os pacientes hospitalizados, estabelece um relacionamento muito próximo a eles, detectam suas necessidades, e assim sentem-se emocionalmente e profissionalmente incumbidos a resolver essas demandas (SOUZA, *et al.*, 2009). Acredita-se que a detecção das necessidades está sujeita ao nível de competência clínica do enfermeiro assistencial.

A competência 03 associa-se ao domínio: função de guia e de instrução; para Benner (2001b), cada vez mais a explicação dos tratamentos tornam-se pontos cruciais nos cuidados de enfermagem, e o enfermeiro deve estar apto para avaliar até que ponto o paciente necessita de informações e ainda, utilizar-se de um vocabulário que seja compreensível pelo paciente.

Entende-se que o tempo de atuação entre 01 e 02 anos na enfermagem e na mesma(s) unidade(s) de atuação favorece a aquisição das competências clínicas, tendo em vista que em todas as histórias narradas, foi identificada alguma competência da prática clínica de enfermagem. Entretanto, observa-se que não há uma heterogeneidade entre as competências clínicas, tanto que a competência: fornecer um sistema de apoio para garantir cuidados médicos e de enfermagem seguros, aparece repetidas vezes, o que se pode vincular ao fato de que estes profissionais ainda não enfrentaram situações clínicas o suficiente para diversificar o seu leque de competências clínicas.

E ainda, na atualidade, o hospital e seus respectivos contextos clínicos têm passado por expressivas transformações. Nas unidades de maior complexidade assistencial, existem pacientes que há poucos anos eram considerados como incuráveis. Pacientes antes internados em unidades diferenciadas, estão em enfermarias de média complexidade, as altas hospitalares são cada vez mais precoces e as cirurgias tendem a ser menos invasivas e realizadas em ambientes ambulatoriais.

Nesse cenário, o enfermeiro clínico desenvolve diversas práticas clínicas ao longo da sua vida profissional, mas não tem a oportunidade de vivenciar várias situações durante um longo período de tempo (MARTINS, *et al.*, 2012) o que dificulta a aquisição das competências clínicas.

Haja vista que as competências de um indivíduo constroem-se mediante as situações práticas que enfrentam com maior frequência. No decorrer da vida, o profissional depara-se com situações que vão agrupando-se, gerando uma “construção pragmática e intuitiva de tipologias de situações”, e cada tipo apela para competências específicas (PERRENOUND, 1999, p.29).

Ao se comparar os enfermeiros assistenciais que atuam entre 01 e 02 anos na enfermagem com aqueles que atuam entre 06 meses e 01 ano, evidencia-se um salto qualitativo dos primeiros sobre os últimos. Acredita-se que isto se deve ao maior tempo de atuação em uma mesma unidade de trabalho e a participação em um maior número de situações semelhantes, revelando a importância de reter os enfermeiros assistenciais em um mesmo meio, a fim de proporcionar a aquisição de um maior número de competências.

No entanto, para Peres, Leite e Gonçalves (2011, p. 140):

Na realidade hospitalar, do ponto de vista da gestão de recursos, observa-se que são poucos os hospitais que mantêm uma política de pessoal desalienadora, voltada para o desenvolvimento das potencialidades dos indivíduos, e que contemple de forma integrada a captação e a retenção de pessoal. Os hospitais, em sua maioria, não estão preocupados em estabelecer uma política efetiva de valorização dos recursos humanos internos, acreditando, ainda, que o pessoal pode ser substituído facilmente e supervalorizando a tecnologia para a melhoria da qualidade da assistência.

Dentre os quatro enfermeiros entrevistados, observa-se que apenas o enfermeiro C trabalhou em instituição diferente do hospital de estudo. Entretanto, na mesma unidade que atua hoje (UTI). Isso demonstra a valorização da gerência de enfermagem frente à vivência profissional do enfermeiro e também uma tímida tentativa de alocação conforme a atuação profissional anterior do enfermeiro.

No entanto, o enfermeiro P, mesmo recém- graduado, foi diretamente alocado em uma unidade de alta densidade tecnológica. Um estudo que discute esta questão

demonstra que, das nove enfermeiras entrevistadas, quatro responderam que contratariam os enfermeiros recém- graduados para atuar em algumas unidades de terapia intensiva, com exceção da unidade de cirurgia cardíaca. Além do mais, os enfermeiros que fossem alocados nas unidades de terapia intensiva pediátrica e geral deveriam realizar um treinamento por um período mínimo de 03 a 06 meses, e ainda, deveriam assumir os pacientes gradativamente, após a orientação de 02 meses em clínica médico - cirúrgica (MIYADAHIRA, *et al.*, 1999).

O referido estudo aponta uma estratégia que visa à inserção gradativa do enfermeiro, na prática clínica de enfermagem, o que se considera oportuno, tanto para minimizar o impacto do enfermeiro iniciante na profissão, quanto para facilitar a aquisição das competências clínicas, tendo em vista que, para Benner (2001b), aquisição de competências baseadas na experiência é mais segura e rápida, desde que alicerçada em uma educação sólida.

Lelli *et al.* (2012), expõem outras estratégias para facilitar o desenvolvimento de competências, como a reestruturação da escala de trabalho, o planejamento da assistência de enfermagem e a comunicação com os seus pares, o que reflete positivamente na assistência de enfermagem ao paciente, pois a equipe de enfermagem contará com os enfermeiros mais qualificados em sua prática.

De acordo com os níveis de competências de Benner, considera-se que este grupo de enfermeiros assistenciais ocupa o nível de iniciantes avançados. Neste nível, os enfermeiros ainda necessitam da ajuda dos enfermeiros mais experientes, já que, possuem uma prática clínica limitada, porque ainda não acompanharam pacientes sob diferentes fases de uma doença, e o surgimento de um novo sintoma ou resposta de um paciente ainda é visto de forma isolada, o que suscita maior preocupação ao enfermeiro (BENNER; TANNER; CHESLA, 2009, tradução nossa).

Enf.	Tempo de atuação na enfermagem	Atuação profissional anterior	Unidade de atuação atual	Motivo da realocação	Relato	Domínios da prática de enfermagem	Competências clínicas
D	Instituição Y= 8 meses	Instituição Y= Saúde Pública	UTIN	Convite da gerente de enfermagem	nº 1	Gerenciamento eficaz das situações de rápida mudança	Desempenho qualificado em emergências com risco de vida: rápida compreensão de um problema
	Instituição X= 1 ano e 5 meses						
K	Instituição Y= 6 meses	Instituição Y= Transportes-Urgências e Emergências	UTIN	-	nº 1	Gerenciamento eficaz das situações de rápida mudança	Identificar e gerenciar a crise de um paciente até que assistência médica esteja disponível
	Instituição X= 2 anos e 1 mês						
R	Instituição Y= 1 ano e 9 meses	Instituição Y= Ortopedia/ Neurocirurgia/ Queimados/ Unidade Médica Feminina	Unidade Clínica α/ Unidade Cirúrgica	Necessidade institucional		A função de ensino e treinamento	Ajudar o paciente a integrar as implicações da doença e da recuperação no seu estilo de vida
	Instituição X= 1 ano e 2 meses						
	Total Y+ X=2 anos e 11 meses						

QUADRO 6 - RELAÇÃO ENTRE ATUAÇÃO PROFISSIONAL ANTERIOR E ATUAL, MOTIVO DA REALOCAÇÃO NO HOSPITAL DE ESTUDO, DOMÍNIOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM E COMPETÊNCIAS CLÍNICAS DE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS QUE ATUAM ENTRE 02 E 03 ANOS NA ENFERMAGEM
 FONTE: O autor (2013)

Legenda: Instituição Y= Outras instituições de Saúde
 Instituição X= Hospital de estudo

Os dados do Quadro 6 apontam que três enfermeiros assistenciais atuam entre 02 e 03 anos na enfermagem. Sem exceção, todos já atuaram em instituições diferentes do hospital de estudo.

Em relação à unidade atual de trabalho, verifica-se que dois enfermeiros assistenciais atuam na UTIN e um, na Unidade Clínica α /Unidade Cirúrgica. Das três entrevistas realizadas, emergiram seis histórias clínicas; em cinco delas, foram identificadas as seguintes competências clínicas:

01- Desempenho qualificado em emergências com risco de vida: rápida compreensão de um problema;

02- Identificar e gerenciar a crise de um paciente até que assistência médica esteja disponível;

03- Ajudar o paciente a integrar as implicações da doença e da recuperação no seu estilo de vida;

04- Obter respostas apropriadas e em tempo oportuno dos médicos.

Além da competência 03: ajudar o paciente a integrar as implicações da doença e da recuperação no seu estilo de vida, nenhuma das outras havia sido identificada, o que é compreensível, afinal são enfermeiros que vivenciaram diferentes situações da prática clínica de enfermagem e atuam há mais tempo na profissão. Entretanto, percebe-se que as novas competências traduzem maior agilidade, tanto na detecção dos problemas quanto nas atitudes dos enfermeiros assistenciais.

A competência 01 e 02 relacionam-se ao domínio: gerenciamento eficaz das situações de rápida mudança. A primeira competência clínica consiste em apreender um problema rapidamente; intervir de forma apropriada e mobilizar toda a ajuda possível, para assegurar a vida do paciente. A segunda incide em gerir eficazmente uma situação de urgência até a chegada do médico, uma competência repleta de ambiguidades, mas extremamente importante para a sobrevivência e o bem estar do paciente (BENNER, 2001b).

A competência 04 associa-se ao domínio: monitorar e assegurar a qualidade das práticas na área da saúde, e consiste em obter auxílio do profissional médico em tempo útil, para isto o enfermeiro deve se mostrar convincente em relação à situação, ser claro nas suas solicitações, conhecer o médico e suas idiossincrasias e ainda,

estabelecer a sua própria credibilidade por meio da sua competência. (BENNER, 2001 b).

Ao se analisar a trajetória de atuação desses enfermeiros assistenciais, acredita-se que foi preciso muito empenho e dedicação, para que adquirissem tais competências, haja vista que o enfermeiro D, inicialmente, foi contratado como folguista do hospital de estudo, atuou por um curto período no Centro Cirúrgico (CC), (01 mês), e posteriormente foi convidado pela gerente de enfermagem para compor o quadro de enfermeiros da UTIN; segundo o entrevistado, por cursar especialização em UTI, urgências e emergência. O enfermeiro K, especialista em UTI adulto, foi diretamente alocado na UTIN do hospital de estudo. Dentro deste cenário, nenhum enfermeiro, antes de ser alocados na UTIN, possuía vivência clínica nesta especialidade.

As UTIN são serviços hospitalares voltados para o atendimento de recém-nascidos, grave ou com risco de morte, dotadas de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo, entre outros, os recursos humanos em enfermagem. Dependendo do tipo de UTIN, I ou II, é necessário respectivamente um enfermeiro assistencial para cada dez leitos ou fração, em cada turno; um enfermeiro plantonista assistencial por turno, exclusivo da unidade, para cinco leitos ou fração. O título de especialista não é imposição para assumir o cargo de enfermeiro assistencial em UTIN (BRASIL, 2012).

Embora o curso de especialização dos enfermeiros D e K não seja direcionado para os cuidados intensivos em UTIN e o título de especialista não seja recomendado pelas diretrizes da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave para atuar em UTIN, percebe-se que houve uma tentativa de realocação em virtude da área de especialização dos enfermeiros assistenciais.

A titulação, a partir da perspectiva teórica, contribui para um melhor entendimento acerca da tecnologia, todavia o período de atuação em ambientes cuja tecnologia se faz presente é fundamental para o processo de familiarização dos enfermeiros com estas, o que refletirá nos seus modos particulares de agir. Além disso, para a alocação dos enfermeiros em unidades tecnológicas, devem-se levar em consideração as características do ambiente, em relação ao processo de trabalho e à disponibilidade do enfermeiro para se adaptar a este (SILVA; FERREIRA, 2011).

O enfermeiro R, inicialmente, foi alocado na Maternidade/Pediatria/Unidade Clínica β , posteriormente por déficit de enfermeiro assistencial na Unidade Clínica α e Unidade Cirúrgica foi realocado para atuar nestas unidades. Observa-se que, antes de ser contratado pelo hospital de estudo, o enfermeiro tinha vivência em uma unidade médica feminina, ortopedia e neurocirurgia, o que poderia ser sido mais valorizado e discutido antes de alocar o enfermeiro em unidades distantes da sua prática clínica diária. Tendo em vista que, de acordo com Benner (2001b), quando um enfermeiro migra de unidade de trabalho, seu nível de competência pode retroceder.

É premente que os gestores do capital humano se aproveitem das ferramentas de gestão de competências, com o objetivo de gerir adequadamente os recursos humanos. O gestor do capital humano necessita saber, ainda, direcionar as pessoas a realizarem o seu potencial. Para isto, é essencial inteligência, sensibilidade e flexibilidade por parte do gestor, o que demanda a atribuição de ampla liberdade e responsabilidade na gestão das pessoas (RUTHES; CUNHA, 2009).

Os enfermeiros que atuam entre 02 a 03 anos com a mesma população de pacientes podem atingir o nível competente (BENNER, 2001b). Neste sentido, acredita-se que dentre os três enfermeiros assistenciais, o enfermeiro K e R podem se classificados neste nível. Em relação enfermeiro assistencial D, acredita-se que ocupa um nível de competência inferior, pois não atuou com a mesma população de pacientes por mais de 02 anos, e ainda, observa-se que ao narrar uma de suas histórias clínicas, descreve as rotinas da sua unidade de trabalho.

Enf.	Tempo de atuação na enfermagem	Atuação profissional anterior	Unidade de atuação atual	Motivo da realocação	Relato	Domínios da prática de enfermagem	Competências clínicas
E	Instituição Y= 1 ano e 6 meses	Instituição Y= CEO/CC/ CME Instituição X= EME	CEO	Convite da gerente de enfermagem	nº 1	Gerenciamento eficaz das situações de rápida mudança	Desempenho qualificado em emergências com risco de vida: rápida compreensão de um problema
	nº 2				-	-	
L	Instituição X	Instituição X= EME	UTI	Vontade de desenvolver-se profissionalmente	nº 1	Gerenciamento eficaz das situações de rápida mudança	Identificar e gerenciar a crise de um paciente até que assistência médica esteja disponível
	nº 2				-	-	
J	Instituição X	Instituição X= UTIN	Maternidade/ Pediatria/ Unidade Clínica β	Necessidade institucional	nº 1	A função de diagnóstico e monitoramento	Deteção e documentação das mudanças significativas na condição de um paciente
	Total = 3 anos e 9 meses				nº 2	Monitorar e assegurar a qualidade das práticas na área da saúde	Avaliar o que pode ser seguramente omitido ou adicionado às prescrições médicas

QUADRO 7 - RELAÇÃO ENTRE ATUAÇÃO PROFISSIONAL ANTERIOR E ATUAL, MOTIVO DA REALOCAÇÃO NO HOSPITAL DE ESTUDO, DOMÍNIOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM E COMPETÊNCIAS CLÍNICAS DE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS QUE ATUAM ENTRE 03 E 04 ANOS NA ENFERMAGEM

FONTE: O autor (2013)

Legenda: Instituição Y= Outras instituições de Saúde
Instituição X= Hospital de estudo

Por meio dos dados apresentados no Quadro 7, verifica-se que três enfermeiros assistenciais atuam entre 03 e 04 anos na enfermagem. Desses, apenas um atuou em instituição diferente do hospital de estudo.

Em relação à atual unidade de trabalho desses enfermeiros, observa-se que um enfermeiro atua no Centro Obstétrico (CEO), uma na UTI, e um na Maternidade/Pediatria/ Unidade Clínica β.

Das três entrevistas realizadas, emergiram seis histórias clínicas, sendo que, em quatro delas, foram identificadas as seguintes competências clínicas:

- 01- Desempenho qualificado em emergências com risco de vida: rápida compreensão de um problema;**
- 02- Identificar e gerenciar a crise de um paciente até que assistência médica esteja disponível;**
- 03- Detecção e documentação das mudanças significativas na condição de um paciente;**
- 04- Avaliar o que pode ser seguramente omitido ou adicionado às prescrições médicas.**

Verifica-se que competência 04 avaliar o que pode ser seguramente omitido ou adicionado às prescrições médicas, relaciona-se ao domínio: monitorar e assegurar a qualidade das práticas na área da saúde, aparece pela primeira vez neste estudo e emerge de uma história clínica relatada pelo enfermeiro J.

Em relação à esta competência, compreende-se que as prescrições médicas fornecem as maiores linhas orientadoras da assistência de enfermagem, todavia são os enfermeiros que, na maioria dos casos, têm a função de decidir o momento de aplicá-las. Essa questão é comum nas unidades de tratamento intensivo onde, por exemplo, os problemas relacionados à falta de sono, podem ser mais relevantes do que os provocados pelo atraso na verificação dos sinais vitais. Ressalta-se que em todos os casos, a decisão tomada pelo enfermeiro ocorre partir da avaliação do estado do paciente (BENNER, 2001b).

Dentro deste contexto, Santiago e Cunha (2011) colocam que, caso o enfermeiro desempenhe a sua prática baseada em ordens médicas e em manuais de normas de rotinas, não conseguirá assumir a função que lhe é incumbida, a de decidir e

julgar as ações de enfermagem para fomentar uma assistência de qualidade aos pacientes.

Percebe-se que nem todos os enfermeiros assistenciais apresentam um repertório de histórias que evidenciam as competências da prática clínica de enfermagem, até mesmo o enfermeiro L, que iniciou a sua carreira profissional no hospital de estudo.

Outro aspecto marcante neste grupo de enfermeiros assistencial é a presença da rotatividade interna, haja vista que o enfermeiro E foi realocado da EME para o CEO, o enfermeiro L, da EME para a UTI e o enfermeiro J, da UTIN para a Maternidade/Pediatria/Unidade Clínica β . Deste modo, verificam-se três situações de realocação de enfermeiros assistenciais, que são analisadas a partir da perspectiva dos entrevistados.

Na primeira situação, verifica-se que o enfermeiro assistencial foi realocado da EME para o CEO, apesar de serem unidades com características distintas e que atendem diferentes populações de pacientes e observa-se que este enfermeiro já atuou na obstetria em outra instituição de saúde, além disso, o entrevistado afirmou que sempre teve o desejo de trabalhar nesta área, pois assim que foi contratado pelo hospital de estudo, deixou isto claro para a gerência de enfermagem.

Observa-se que a gerência de enfermagem considerou o desejo do enfermeiro assistencial e o transferiu para a unidade obstétrica, o que se considera um fator positivo. Neste sentido, em estudo realizado com 52 enfermeiros demonstrou que o gostar do que faz é o primeiro dentre os cinco fatores motivacionais do trabalho (BATISTA *et al.*, 2005), e ainda, quanto maiores foram os elementos de satisfação de um profissional, maior poderá ser o seu empenho em oferecer uma assistência qualificada, refletindo em um serviço de melhor qualidade (NUNES, *et al.*, 2010).

A segunda situação consiste na transferência do enfermeiro assistencial da EME para a UTI. Neste caso, o enfermeiro relata que a sua vontade de se desenvolver profissionalmente foi o que o motivou a pedir transferência. Acredita-se que o enfermeiro poderia se desenvolver na sua própria unidade de atuação, onde ocupava o cargo de enfermeiro assistencial por quase 02 anos e ainda, possui qualificação na área (título de especialista em urgências e emergências). Porém, no imaginário do

enfermeiro assistencial, a mudança de unidade refletirá no seu desenvolvimento profissional, entretanto, poderá ir de encontro ao seu atual nível de competência clínica, já que a mudança de atividade requer o enfrentamento de novas situações clínicas ainda não vivenciadas pelo profissional e também a adaptação ao cenário tecnológico da nova unidade de trabalho.

Destaca-se que a oportunidade de desenvolvimento profissional, entre outros elementos como, a perspectivas na carreira, a rotina de trabalho, e os desafios propostos, são determinantes na satisfação dos profissionais e merecem atenção por parte da gerência da enfermagem (MARQUEZE; MORENO, 2005). Assim, considerar estes aspectos é fundamental para as chefias de enfermagem, que desejam reter os enfermeiros em suas unidades e, naturalmente, dispor de profissionais com nível de competência mais avançados.

O envolvimento da liderança com o intuito favorecer o desenvolvimento dos profissionais, proporciona ao enfermeiro o aprendizado e o crescimento, o sentimento de realização, o aprimoramento dos processos de atendimento ao paciente, maior satisfação no trabalho, e ainda, o reconhecimento positivo por sua atividade laboral (JCI, 2008).

A terceira situação constitui-se na transferência do enfermeiro assistencial da UTIN para a Maternidade/Pediatria/Unidade Clínica β . Segundo o enfermeiro assistencial, havia déficit de enfermeiro assistencial nessas três últimas unidades e, por conseguinte, a gerência de enfermagem solicitou a sua transferência. Dentro desse contexto, acredita-se que não houve valorização do tempo de atuação do enfermeiro assistencial na UTIN, e sua saída configurou-se como perda para o profissional, e principalmente para a assistência aos pacientes e familiares, haja vista que por atuar há mais de 01 ano nesta unidade, o enfermeiro já estava familiarizado com a densidade tecnológica da UTIN, com a complexidade e singularidade do cuidado ao recém-nascido grave e potencialmente grave.

A valorização da experiência profissional de atuação em unidades tecnológicas, como as unidades de terapia intensiva, significa compreender que enfermeiros sem experiência e aqueles que a detém exibem modos particulares de agir, o que implica diretamente na maneira como o cuidado é realizado, tendo em vista, sobretudo, as

limitações dos novatos em relação àqueles que possuem experiência (SILVA; FERREIRA, 2011).

A partir da mobilidade interna deste grupo de enfermeiros assistenciais, acredita-se que há escassos critérios norteadores que subsidiem alocação dos recursos humanos, com vistas a oportunizar a aquisição das competências clínicas. Para Benner (2001b), os enfermeiros que mudam constantemente de unidade de trabalho, não chegam a atingir a expertise, porque não permaneceram tempo suficiente em um mesmo ambiente para apreenderem todos os elementos e particularidades de uma determinada competência.

As chefias dos serviços de enfermagem precisam utilizar-se de instrumentos que permitam a melhor gerência dos recursos humanos sob a sua responsabilidade, buscando mais saberes, habilidades e competências que lhes possibilitem realizar um melhor planejamento, alocação, distribuição e controle do pessoal de enfermagem, assumindo um papel significativo no direcionamento das políticas em recursos humanos (FUGULIN¹⁰, 2002, *apud* FUGULIN; GAIDZINSKI; CASTILHO, 2011).

Ao classificar os enfermeiros assistenciais de acordo com o nível de competência de Benner, destaca-se que, tanto o enfermeiro E quanto o enfermeiro L, narram histórias clínicas ocorridas na unidade de atuação anterior (EME). Ao considerar o tempo de atuação dos enfermeiros E e L nesta unidade, aliado às suas histórias clínicas, infere-se que ocupam o nível de competente, assim como o enfermeiro J.

¹⁰ FUGULIN, F. M. T. **Dimensionamento de pessoal em enfermagem: avaliação do quadro de pessoal de enfermagem das unidades de internação de um hospital de ensino.** Tese, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

Enf.	Tempo de atuação na enfermagem	Atuação profissional anterior	Unidade de atuação atual	Motivo da realocação	Relato	Domínios da prática de enfermagem	Competências clínicas
Q	Instituição X= 4 anos e 8 meses	-	EME	-	nº 1	Função de diagnóstico e monitoramento	Deteção e documentação das mudanças significativas na condição de um paciente
					nº 2	Monitoramento e garantia da qualidade das práticas em saúde	Fornecer um sistema de apoio para garantir cuidados médicos e de enfermagem seguros

QUADRO 8 – RELAÇÃO ENTRE ATUAÇÃO PROFISSIONAL ANTERIOR E ATUAL, MOTIVO DA REALOCAÇÃO NO HOSPITAL DE ESTUDO, DOMÍNIOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM E COMPETÊNCIAS CLÍNICAS DE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS QUE ATUAM ENTRE 04 E 05 ANOS NA ENFERMAGEM

FONTE: O autor (2013)

Legenda: Instituição X= Hospital de estudo

Os dados do Quadro 8 demonstram que, apenas um enfermeiro assistencial atua entre 04 e 05 anos na enfermagem, tempo que corresponde à atuação do profissional na EME do hospital de estudo.

Da entrevista com este enfermeiro assistencial, emergiram duas histórias clínicas e as seguintes competências:

01- Deteção e documentação das mudanças significativas na condição de um paciente;

02- Fornecer um sistema de apoio para garantir cuidados médicos e de enfermagem seguros.

Verifica-se que as competências supramencionadas já apareceram neste estudo, entretanto, destaca-se que o enfermeiro apresenta um repertório de histórias clínicas, o que pode ser associado à sua estabilidade na EME e à participação em um maior número de situações reais da prática clínica de enfermagem.

Acredita-se que, de acordo com os níveis de competência de Benner, este enfermeiro assistencial ocupa o nível de proficiente. O proficiente é aquele que está

aprendendo a adequar as suas ações à situação, visualiza a situação de forma mais global e se conduz pelas máximas (BENNER, 2004, tradução nossa; BENNER, 2001b).

Neste nível de competência, a qualidade da assistência é ampliada, uma vez que o enfermeiro já vivenciou um significativo número de situações da prática clínica e, por meio da sua experiência, reconhece quais os aspectos e atributos de uma situação que são importantes e realmente merecem atenção (BENNER, 2001b). Deste modo, a retenção deste profissional é essencial.

Com a retenção de enfermeiros qualificados a instituição reduz os custos advindos da rotatividade de pessoal, melhora-se o processo de trabalho, aumenta-se a produtividade e os rendimentos. Dentre as estratégias para retenção de enfermeiros qualificados, engloba-se o apoio à educação e a alocação de recursos humanos apropriados, com o propósito de atender as responsabilidades de cada unidade (JCI, 2008).

Enf.	Tempo de atuação na enfermagem	Atuação profissional anterior	Unidade de atuação atual	Motivo da realocação	Relato	Domínios da prática de enfermagem	Competências clínicas
F	Instituição Y= 5 anos	Instituição Y= Saúde Pública/EME/UTI	Unidade Clínica α	Enfermeiro folguista do hospital de estudo	nº 1	-	-
	Instituição X= 1 ano e 9 meses				Total Y+ X= 6 anos e 9 meses	Instituição X= UTI/EME/ Unidade Cirúrgica/ Unidade Médica α	nº 2
H	Instituição Y= 5 anos	Instituição Y= UTI/Radioterapia/ Saúde Pública	Unidade Cirúrgica		nº 1	A função de diagnóstico e monitoramento	Detecção e documentação das mudanças significativas na condição de um paciente
	Instituição X= 1 ano e 2 meses				Total Y+ X= 6 anos e 2 meses	nº 2	A função de diagnóstico e monitoramento
M	Instituição Y= 5 anos e 3 meses	Instituição Y= Urgência Emergência/ CC/ UTI/UTN/ Maternidade/ Unidade Médica/ Unidade Cirúrgica/ Pediatria	Unidade Clínica α	-	nº 1	-	-
	Instituição X= 9 meses				Total Y+ X= 6 anos	nº 2	-

QUADRO 9 - RELAÇÃO ENTRE ATUAÇÃO PROFISSIONAL ANTERIOR E ATUAL, MOTIVO DA REALOCAÇÃO NO HOSPITAL DE ESTUDO, DOMÍNIOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM E COMPETÊNCIAS CLÍNICAS DE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS QUE ATUAM ENTRE 06 E 07 ANOS NA ENFERMAGEM

FONTE: O autor (2013)

Legenda: Instituição Y= Outras instituições de Saúde
Instituição X= Hospital de estudo

Os dados do Quadro 9 demonstram que três enfermeiros assistenciais atuam entre 06 e 07 anos na enfermagem. Destes, todos já atuaram em instituições diferentes do hospital de estudo e nas mais diversas unidades.

Observa-se que dois enfermeiros assistenciais atuam na Unidade Clínica- α e um, na Unidade Cirúrgica. Apesar dos enfermeiros assistenciais terem um tempo de atuação significativo na profissão, verifica-se que nem todos apresentam um repertório de histórias que evidenciem as competências da prática clínica de enfermagem. Tendo em vista que, das três entrevistas realizadas, emergiram seis histórias, sendo que, em apenas três delas, foram identificadas as competências clínicas, abaixo, as quais já foram identificadas neste estudo.

01- Identificar e gerenciar a crise de um paciente até que assistência médica esteja disponível;

02- Detecção e documentação das mudanças significativas na condição de um paciente.

Ao analisar a trajetória profissional desses enfermeiros assistenciais, constatam-se algumas particularidades, haja vista que o enfermeiro assistencial F, antes de atuar no hospital de estudo, trabalhou na saúde pública, em uma unidade de alta densidade tecnologia (UTI) e em um serviço de emergência. No hospital de estudo, exerce a função de enfermeiro “folguista”, cobrindo férias, folgas, atestadas e demissões de enfermeiros assistenciais que, em geral, atuam nas seguintes unidades: UTI, Unidade Clínica α , Unidade Cirúrgica e EME.

Percebe-se que o enfermeiro assistencial “folguista” atua em algumas unidades onde já atuou em outras instituições de saúde, como a UTI e a EME, o que evidencia uma tentativa de alocação, conforme a trajetória profissional desse enfermeiro. Sobretudo, acredita-se que o cargo de enfermeiro “folguista” provoca um descompasso na prática clínica do enfermeiro, pois em curto espaço de tempo, é transferido de unidade de trabalho, o que provavelmente dificulta a aquisição das competências clínicas.

A excessiva mobilidade dos enfermeiros e sua rotatividade, aliada à juventude de muitas equipes, são fatores que determinam a imaturidade e inexperiência profissional. [...]. Em muitas equipes, não existem enfermeiros peritos que assumam o papel de líder na gestão dos cuidados e nos processos de formação e melhoria contínua. (MARTINS, *et al.*, 2012, p. 623).

Em relação ao enfermeiro assistencial H, observa-se que antes de ser contratado no hospital de estudo, atuou em unidades de alta densidade tecnológica e de alta complexidade assistencial, como a UTI e serviço de oncologia (radioterapia). Há 01 ano e 02 meses desempenha a função assistencial na Unidade Cirúrgica do hospital de estudo, com menor densidade tecnológica e complexidade assistencial se comparada às suas atuações anteriores. Dentro deste contexto, infere-se que a atuação profissional anterior do enfermeiro assistencial contribui para a aquisição das competências clínicas, haja vista que é o único desse grupo que apresenta um repertório de histórias clínicas.

O enfermeiro assistencial M atua há 09 meses na Unidade Clínica α do hospital de estudo, porém trabalhou por de 05 anos e 03 meses na área hospitalar, assumindo concomitantemente a função gerencial e assistencial. Todavia, não apresenta um repertório de histórias que demonstre as competências da prática clínica de enfermagem.

Acredita-se que a sobreposição das funções gerencial e assistencial inibe a aquisição das competências clínicas, pressupondo que o enfermeiro, nesta situação, poderá empenhar-se mais à função gerencial, devido às elevadas demandas institucionais ou ainda, por crer que a função gerencial proporciona maior poder ao enfermeiro.

No contexto das instituições de saúde, as funções gerenciais exercidas pelos enfermeiros são destinadas à produção, com a finalidade de atender aos princípios capitalistas e não essencialmente à assistência de enfermagem ao paciente (MONTEZELLI; PERES; BERNARDINO, 2011), o que advém da lógica das instituições hospitalares, fundamentadas majoritariamente no modelo de racionalização do trabalho (FERRAZ, 2000).

Além do compromisso com assistência do paciente, o enfermeiro tem o compromisso com a instituição onde desempenha suas atividades profissionais, necessita estar inteirado tanto dos assuntos financeiros da unidade quanto da instituição de saúde. Frente a isto, revela-se que as atividades gerenciais afastam os enfermeiros da assistência direta ao paciente. Na maioria das vezes, esta assistência é

delegada aos demais profissionais da equipe de enfermagem (técnicos, auxiliares) por sobrecarga das funções (GIORDANI; BISOGNO; SILVA, 2012).

O ideal é a presença de um enfermeiro gerencial e de um assistencial, que atuem de forma articulada com a finalidade de suprir a demanda de atividades. Desse modo, as atividades e a complementaridade das ações dar-se-iam na interação entre os dois enfermeiros, e proporcionaria ao enfermeiro assistencial maior disponibilidade para os cuidados diretos com o paciente (GIORDANI; BISOGNO; SILVA, 2012), ao mesmo tempo em que oportunizaria a aquisição das competências clínicas ao enfermeiro assistencial.

O enfermeiro, ao assumir a função de coordenador/gerente, deixa-se dominar pelo poder, pelos interesses das instituições de saúde, essencialmente burocráticos, porém, é premente resgatar o que há de melhor nas pessoas, na sua essência, as suas potencialidades para trabalhar junto à equipe de enfermagem e para o paciente, pois estes são o núcleo da enfermagem. O poder está embutido em cada profissional; é algo que vai se construindo ao longo do tempo e, na maioria das vezes, se cristaliza estabelecendo espaços bem demarcados e instituídos (NÓBREGA, 2006).

Infere-se que, de acordo com os níveis de competência de Benner, o enfermeiro assistencial M ocupa o nível de novato. Porém, esta posição pode modificar-se, pois no presente momento exerce apenas a função assistencial e se ocupa de uma população específica de pacientes. Todavia, o avanço no seu nível de competência também dependerá do seu engajamento com a prática clínica de enfermagem, conforme já apresentado no referencial teórico deste estudo. Já o enfermeiro F, por se tratar de um enfermeiro folguista e atuar por tempo determinado com uma população de paciente, não foi classificado em nenhum nível de competência. Levando-se em consideração as histórias clínicas do enfermeiro H, infere-se que ele ocupa o nível de competente.

Enf.	Tempo de atuação na enfermagem	Atuação profissional anterior	Unidade de atuação atual	Motivo da realocação	Relato	Domínios da prática de enfermagem	Competências clínicas
N	Instituição Y = 5 anos	Instituição Y = EME/UTI/ Pediatria	UTI	Necessidade institucional	nº 1	A função de diagnóstico e monitoramento	Detecção e documentação das mudanças significativas na condição de um paciente
	Instituição X = 2 anos e 1 mês	Instituição X = Maternidade/ Pediatria/ Unidade Clínica β			nº 1	Gerenciamento eficaz das situações de rápida mudança	Identificar e gerenciar a crise de um paciente até que assistência médica esteja disponível
	Total Y + X = 7 anos e 1 mês				nº 2	Gerenciamento eficaz das situações de rápida mudança	Identificar e gerenciar a crise de um paciente até que assistência médica esteja disponível

QUADRO 10 - RELAÇÃO ENTRE ATUAÇÃO PROFISSIONAL ANTERIOR E ATUAL, MOTIVO DA REALOCAÇÃO NO HOSPITAL DE ESTUDO, DOMÍNIOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM E COMPETÊNCIAS CLÍNICAS DE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS QUE ATUAM ENTRE 07 E 08 ANOS NA ENFERMAGEM

FONTE: O autor (2013)

Legenda: Instituição Y = Outras instituições de Saúde
Instituição X = Hospital de estudo

Os dados do Quadro 10 apontam que somente um enfermeiro assistencial atua entre 07 e 08 anos na enfermagem, e observa-se que ele atuou em instituições diferentes do hospital de estudo e em diversas unidades tais como: UTI, EME e pediatria. Atualmente exerce atividade assistencial na UTI do hospital de estudo.

Da entrevista com este enfermeiro assistencial, emergem duas histórias, e a seguintes competências da prática clínica de enfermagem:

01- Detecção e documentação das mudanças significativas na condição de um paciente;

02- Identificar e gerenciar a crise de um paciente até que assistência médica esteja disponível.

Verifica-se que as competências identificadas nas histórias clínicas deste enfermeiro já surgiram neste estudo, porém destaca-se que mais de uma competência foi identificada no relato número 01 deste enfermeiro, o que demonstra a aquisição de

um maior leque de competências, provavelmente associado à sua vivência em um maior número de situações de prática clínica de enfermagem.

Tendo em vista a naturalidade com este enfermeiro assistencial narra as suas histórias, o tempo de atuação com a mesma população de pacientes e a assertividade das suas decisões clínicas, considera-se que ocupa o nível de proficiente. Para Benner (2001b), o proficiente não se deixa levar pelas diversas possibilidades para solucionar um problema, orienta-se diretamente para uma solução e ainda, a sua solução será diferente de uma enfermeira iniciante ou competente, o que pode ser atribuído ao saber fazer adquirido por meio da experiência.

Em relação à rotatividade do enfermeiro N, no hospital de estudo, verifica-se que, inicialmente foi alocado na Maternidade/Pediatria/Unidade Clínica β, por escolha do próprio enfermeiro, por considerar sua experiência em pediatria. Posteriormente, em virtude de déficit de enfermeiro assistencial na UTI, o enfermeiro foi realocado para esta unidade. Infere-se que o enfermeiro foi realocado para a UTI, pois possuía significativa vivência clínica nesta especialidade. Nesta situação, considera-se que a gerência de enfermagem valorizou a atuação anterior do enfermeiro, o que contribui tanto para a adaptação do enfermeiro na unidade quanto para a continuidade da assistência de enfermagem na UTI.

Um estudo acerca da contratação de enfermeiros para atuar em unidades intensivas revela que cinco das nove participantes contratariam somente enfermeiros experientes, alegando que o conhecimento teórico e dos cuidados básicos de enfermagem dos enfermeiros novatos não são suficientes para atender paciente em condição críticas (SILVA; FERREIRA, 2011)

Enf.	Tempo de atuação na enfermagem	Atuação profissional anterior	Unidade de atuação atual	Motivo da realocação	Relato	Domínios da prática de enfermagem	Competências clínicas
B	Instituição Y= 9 anos	Instituição Y= UTI/Banco de Sangue/ Saúde Pública	UTI	-	nº 1	-	-
	Instituição X= 1 ano e 6 meses				nº 2	-	-
	Total Y+ X= 10 anos e 6 meses						

QUADRO 11 - RELAÇÃO ENTRE ATUAÇÃO PROFISSIONAL ANTERIOR E ATUAL, MOTIVO DA REALOCAÇÃO NO HOSPITAL DE ESTUDO, DOMÍNIOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM E COMPETÊNCIAS CLÍNICAS DE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS QUE ATUAM HÁ MAIS DE 10 ANOS NA ENFERMAGEM

FONTE: O autor (2013)

Legenda: Instituição Y= Outras instituições de Saúde
Instituição X= Hospital de estudo

A partir dos dados do Quadro 11, observa-se que, somente um enfermeiro assistencial atua há mais de 10 anos na enfermagem. Desde o início da sua trajetória profissional atua em unidade de terapia intensiva; por curtos períodos acumulou uma segunda atividade profissional diferente das funções assistenciais exercidas na UTI.

Mesmo com significativo tempo na prática clínica de enfermagem e assistindo a uma população específica de pacientes, observa-se que o enfermeiro assistencial não possui um repertório de histórias que evidenciem as competências da sua prática clínica de enfermagem.

Várias publicações acerca dos recursos humanos em unidades de terapia intensiva vêm apresentando resultados que debatem a questão do tempo de formação profissional. Entretanto, a classificação entre novatos e veteranos não deve ser feita com base no tempo de formação profissional, mas sim, em termos de experiência de atuação num dado cenário. Desta forma, é de fundamental importância pensar sobre tais aspectos quando se analisa a atuação profissional esperada em um ambiente marcado pela presença de tecnologias (SILVA; FERREIRA, 2011).

Destaca-se que a experiência não significa o tempo que um indivíduo exerceu uma atividade, mas, sobretudo, um processo ativo que consiste em transformar teorias e ideias conectadas a uma realidade extremamente próxima (BENNER, 2001b). Neste sentido, a experiência de um profissional não reside apenas no tempo de atuação em uma unidade de trabalho, mas, sobretudo, em um processo gradativo que compreende observar, estudar, questionar e comparar cada situação vivenciada na prática clínica de enfermagem.

Na ausência de um repertório de histórias clínicas, infere-se que o enfermeiro ocupa o nível de novato, haja vista que o Modelo de Benner, assim como dos irmãos Dreyfus é situacional, ou seja, é baseado no estudo de uma situação prática, que determinará o nível de competência deste profissional (BENNER, 2001b)

Ao considera-se o tempo de atuação deste enfermeiro assistencial na enfermagem (mais de 10 anos), sobretudo na mesma especialidade, supõe-se que ele poderia ter alcançado o nível *expert*. Todavia, a expertise desenvolve-se quando o enfermeiro clínico testa e aperfeiçoa as proposições, as hipóteses e as expectativas, baseadas em princípios de situações reais da prática de enfermagem. Em contrapartida, salienta-se que todos os enfermeiros clínicos são ajudados ou prejudicados pela estrutura organizacional, o que demonstra a influência das instituições de saúde no avanço do nível de competência clínica dos enfermeiros assistenciais (BENNER, 2001b).

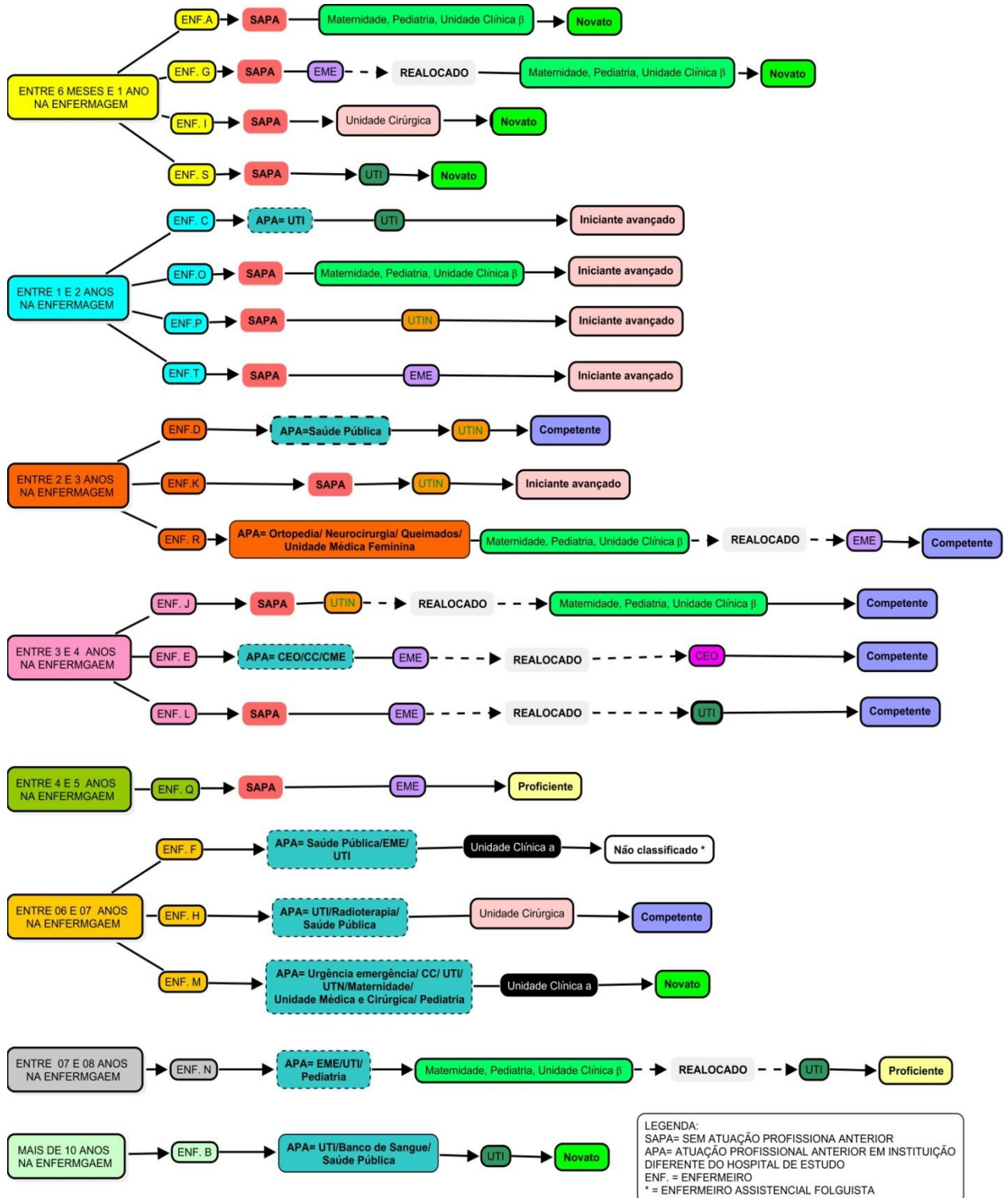


FIGURA 3 – ALOCAÇÃO, ROTATIVIDADE E NÍVEL DE COMPETÊNCIA CLÍNICA DOS ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS
 FONTE: O autor (2013)

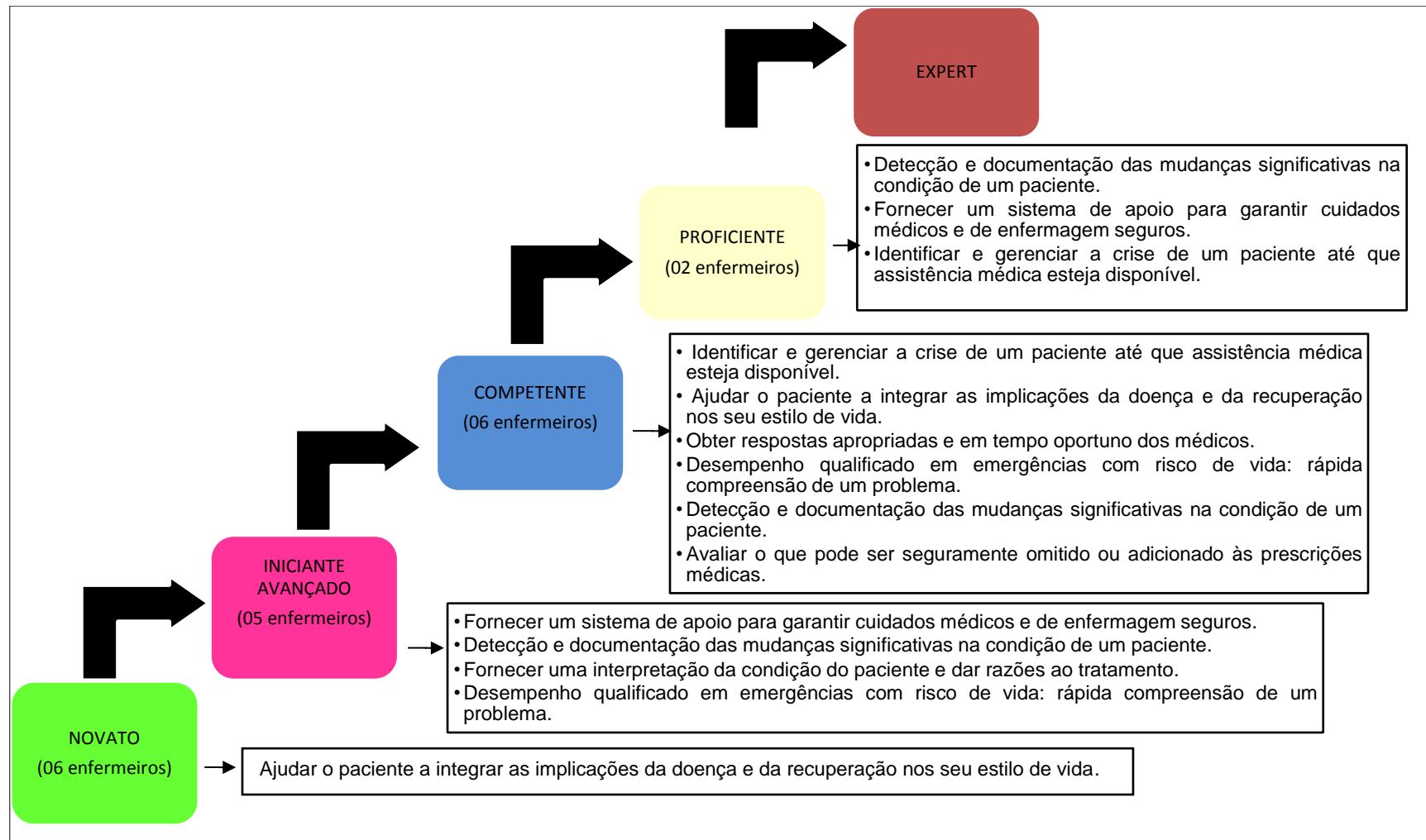


FIGURA 4 - NÚMERO DE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS EM CADA NÍVEL DE COMPETÊNCIA E AS RESPECTIVAS COMPETÊNCIAS CLÍNICAS

FONTE: O autor (2013)

4.3 AQUISIÇÃO DA COMPETÊNCIA CLÍNICA PELO ENFERMEIRO ASSISTENCIAL

As categorias encontradas e analisadas advêm das entrevistas com os enfermeiros assistenciais, que emergiram a partir das unidades de registro extraídas das falas dos participantes desta pesquisa.

Foram extraídas quatro categorias de análise que revelam a aquisição da competência clínica: são elas: **interação com outros profissionais; no cotidiano da prática de enfermagem; experiências anteriores; aprendizado formal.**

4.3.1 Categoria a - Interação com outros profissionais.

Os dados desta categoria demonstram que a integração com as **coordenadoras de enfermagem, técnicos de enfermagem e médicos** contribui para a aquisição da competência clínica.

Neste sentido, os conhecimentos construídos por outros profissionais acendem significativas transformações pessoais, à medida que são incorporadas ao repertório pessoal de cada indivíduo e permanecem disponíveis para serem aplicados em situações futuras (ASSAD; VIANA, 2005).

A figura da coordenadora de enfermagem para a aquisição da competência clínica fica evidente no seguinte relato:

[...] eu já tinha um pouco de conhecimento eu vim com uma bagagem, mas esta competência foi adquirida pelo contato com a enfermeira coordenadora. (Enfermeiro O)

Percebe-se que o enfermeiro assistencial atribui a aquisição da competência clínica ao seu conhecimento prévio, mas, sobretudo, à enfermeira coordenadora, demonstrando a influência positiva da integração entre os pares para a aquisição desta competência. Neste sentido, Benner (2001b) considera que é necessário apoiar os recém-graduados na busca da aquisição dos conhecimentos clínicos, caso contrário, eles não poderão superar os desafios e nem vivenciar plenamente as suas

experiências e ainda, não se sentirão a vontade na sua unidade de trabalho e nunca se envolverão plenamente com a prática clínica de enfermagem.

Corroborando a afirmativa de Benner, Souza e Paiano (2011) apontam que os enfermeiros, ao iniciar na profissão, necessitam de apoio, pois independente do campo de atuação encontram diversas dificuldades, dentre elas a falta de prática e destreza ao assumir os cuidados com os pacientes. Assim, os profissionais mais experientes precisam auxiliá-los a enfrentar os medos e as angústias.

Benner, em seu modelo de aquisição de competência, deduz que o enfermeiro competente é o profissional mais indicado para guiar aquele que está iniciando na prática clínica de enfermagem, enquanto o enfermeiro proficiente e o *expert* são os profissionais mais adequados para conduzir o enfermeiro que ocupa o nível competente. Esta hipótese, ainda que mereça estudos mais aprofundados, se deve à proximidade entre os níveis de competência e a possibilidade do enfermeiro guia reconhecer quando o enfermeiro sob a sua tutela avançou no nível de aquisição de competência clínica (BENNER, 2001b).

Isto significa que sempre há enfermeiros que precisam adquirir mais competências, e é também fundamental ter consciência que esta aprendizagem depende muito do diálogo, do guiar contínuo dos colegas nas situações clínicas, o que por vezes pode colidir com alguns modelos propostos, os quais direcionam para um trabalho individual; com pouco tempo dedicado ao acompanhamento dos colegas com menos experiência (QUEIROZ, 2007).

Outro profissional mencionado pelos enfermeiros assistenciais é o **técnico de enfermagem**, como pode ser observado nas transcrições a seguir:

[...] eu dou muita importância para o meu contato com o técnico de enfermagem, eu aprendo muito com o técnico de enfermagem [...]. Aprendi mais com os técnicos do que com os próprios enfermeiros do setor, porque eles estão para te ensinar, e os enfermeiros nem sempre estão, até pela disputa às vezes. (Enfermeiro E)

[...] com a experiência das técnicas de enfermagem, eu sempre busquei as que eram mais experientes [...] a gente aprende muito com as técnicas mais antigas. (Enfermeiro P)

Inferre-se que a presença constante do técnico de enfermagem na unidade de trabalho faz com que os enfermeiros assistenciais se apoiem nesses, principalmente, naqueles que possuem mais tempo na profissão. Em um estudo realizado por Mattosinho *et al.* (2010), sobre a vivência de enfermeiros recém-

graduados na enfermagem, demonstra-se que a figura do técnico ou do auxiliar de enfermagem aparece como facilitador do processo de aprendizado dos novos enfermeiros, abrindo as portas para o enfrentamento do desconhecido.

Entende-se que o aprendizado com o técnico de enfermagem não é menos importante do que o aprendizado com os colegas enfermeiros. Todavia, é premente examinar o que se aprende com o técnico de enfermagem, pois são classes profissionais distintas; as responsabilidades dos enfermeiros e o grau de complexidade de suas ações sobrepõem-se aos dos técnicos de enfermagem.

Vislumbra-se que os enfermeiros mais experientes necessitam atentar-se para o aprendizado dos seus pares, tanto dos enfermeiros iniciantes quanto daqueles que ingressam em uma nova unidade de trabalho. Infere-se que ser acolhido e orientado por um colega de profissão fortalece o relacionamento entre os pares e propicia mais segurança aos iniciantes. Além disso, o enfermeiro, no papel de guia, tem a oportunidade de conhecer as potencialidades e fragilidades dos enfermeiros que estão sob sua tutela, podendo facilitar a aquisição das competências clínicas desses profissionais.

Ainda, em um dos trechos acima observa-se a menção acerca da “disputa”, o que chama atenção, visto que, para o enfermeiro assistencial é um obstáculo para a aquisição da competência clínica. Percebe-se que o enfermeiro, independente da posição hierárquica que ocupa, ainda não compreendeu a importância de despir-se da “disputa” entre os seus pares, pois a aquisição da competência clínica também depende da interação e do compartilhamento dos saberes (teóricos e práticos) entre os enfermeiros. Mattosinho *et al.* (2010), destacam que sentimentos negativos acabam, na maioria das vezes, afetando a integração da equipe e comprometendo o desempenho de suas tarefas.

Além dos enfermeiros assistenciais atribuírem à aquisição da competência clínica às **enfermeiras coordenadoras** e aos **técnicos de enfermagem**, também remetem ao profissional **médico**, como é evidenciado no relato a seguir:

[...] estamos estudando junto com os médicos, hoje de manhã eles fizeram um debate [...] com a equipe multidisciplinar, com a enfermagem, é onde a gente discute o que estudou, então [...] aprendemos mais coisas com os médicos. (Enfermeiro D)

Percebe-se que o debate entre os profissionais possibilita ao enfermeiro assistencial discutir acerca dos seus conhecimentos, ao mesmo tempo em que

oportuniza a aquisição de novos saberes. Neste sentido, Landim e Batista (2010), apontam que a vivência hospitalar colabora para o processo formativo dos enfermeiros, não apenas pelo contato com as questões técnicas e clínicas, como também pela possibilidade da interação com outros profissionais da equipe, o que propicia a troca e o compartilhamento de novos conhecimentos.

A discussão entre os profissionais, enfermeiros e médicos, referem-se a casos clínicos reais, os quais podem ser denominados de estudos de caso e, segundo o Modelo de Dreyfus, é um excelente meio para os enfermeiros competentes adquirirem conhecimento (BENNER, 2001b). Assim, os líderes de enfermagem podem fazer uso desse recurso com o objetivo de oportunizar o avanço de enfermeiros que ocupam o nível competente.

Verifica-se, nessa categoria, a importância do enfermeiro assistencial construir legítimos relacionamentos com membros da equipe multidisciplinar, uma vez que enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos contribuem, de alguma forma, para a aquisição da competência clínica. De acordo com Mattosinho *et al.* (2010), a integração na equipe é facilitada quando os profissionais gostam do que fazem e estão dispostos para trabalhar em equipe, compartilhando informações e realizando as atividades em parcerias.

4.3.2 Categoria b- No cotidiano da prática de enfermagem

Os dados desta categoria indicam que o enfermeiro assistencial adquire a competência clínica no cotidiano da prática de enfermagem, por meio da **associação entre prática e teoria**. Como pode ser observado nos trechos a seguir:

Quando eu entrei na unidade, tudo o que eu observava de alterações, medicamentos, na primeira semana eu peguei tudo [...] o máximo que eu poderia e já fui estudando, pra eu ficar sabendo, por exemplo: eu quero que inicie tal medicação então eu já associava, tal medicação é para isto, então isso foi amadurecendo, porque eu sempre estava estudando conforme o que ia acontecendo [...] o que faz ter, criar competência, é isso [...].
(Enfermeira D)

Infere-se que, a partir do contato com a realidade, o enfermeiro assistencial D identifica o que é fundamental saber para atuar na unidade. Posteriormente, vai à

busca do conhecimento teórico, demonstrando que o saber teórico é impulsionado pelo contato com o mundo real e a aquisição da competência clínica ocorre a partir da associação entre prática e teoria.

Deste modo, o enfermeiro não constrói conhecimento apenas por meio do estudo, mas também o estrutura através do seu dia-a-dia na profissão, a partir do contato com a realidade (ASSAD; VIANA, 2005). A interação prática-teoria não ocorre apenas com enfermeiros iniciantes, pois até enfermeiros *experts*, confrontados por situações desconhecidas, na qual o uso da intuição é excluído; inicialmente, podem recorrer a outros colegas, se isso for impossível, buscam por regras, conhecimentos teóricos, a fim de lidar com a nova situação (BENNER; TANNER; CHESLA, 2009, tradução nossa).

Entretanto, a aquisição da competência clínica no dia a dia da prática de enfermagem também depende da **atitude pessoal** do enfermeiro assistencial, como pode ser verificado na fala do Enfermeiro F:

Então eu me intrometia, pegava um raio X e dizia para o Dr: É pneumonia? Está nevado. A ausculta dele esta diminuída. Será que é por causa disto? Claro que muitas vezes eu errava, ele dizia: Não! Então [...] ele me explicava. Eu acompanhava as visitas com os médicos, questionava, porque deste antibiótico? [...]. (Enfermeiro F)

Percebe-se que o enfermeiro assistencial debruça-se sobre a situação clínica, relaciona exames de imagens, conhecimentos teóricos, achados no exame físico, e ainda, procura por outro profissional para sanar as suas dúvidas, demonstrando a sua atitude pessoal, para melhor compreender a situação clínica. Neste íterim, Tardif (2006, tradução nossa), aponta que cada competência envolve a integração de uma multiplicidade de recursos, os quais englobam vários tipos de conhecimentos, e sobretudo, a atitude do profissional. É essa natureza integradora que contribui para que a competência abarque um conjunto complexo de comportamentos.

A aquisição da competência clínica como dependente da atitude do enfermeiro assistencial, torna-se um desafio para as lideranças de enfermagem que aspiram a avanços na prática clínica de enfermagem; deste modo, pode-se utilizar de algumas estratégias, tais como: a motivação, o entrosamento entre enfermeiros coordenadores e assistenciais, o envolvimento dos enfermeiros nas decisões acerca do seu processo de trabalho, entre outros.

Os enfermeiros assistenciais também remetem a aquisição da competência clínica ao fato de **observar e aprender fazendo**, conforme é evidenciado no trecho a seguir:

Essa competência minha e essa visão foi de observar alguém que tinha experiência [...], de tocar no bebê, fazer exame físico no bebê [...] eu fui aprendendo realmente fazendo, observando e fazendo, eram essas duas situações que precisavam ficar dentro de mim. (Enfermeiro K)

Extraí-se que a aquisição da competência clínica ocorre em um ambiente real, a partir da observação de um profissional com mais experiência em ação, e também da oportunidade de fazer.

Para Benner (2001b), enfermeiros clínicos experientes podem aprender muito com as máximas que eles são capazes de transmitir uns aos outros. Porém, um enfermeiro menos experiente, por meio da observação, também pode encontrar pistas sobre áreas do conhecimento clínico, particularmente do conhecimento intuitivo, que está embutido nas máximas. Além disso, coletar as máximas pode ser um ponto de partida para identificar uma área de julgamento clínico.

Além de observar outro enfermeiro mais experiente, o enfermeiro assistencial também precisa “fazer” para adquirir a competência clínica. Esse “fazer” pode associar-se a uma das áreas do conhecimento prático, identificado por Benner (2001a, tradução nossa) como distinções qualitativas, a qual, na maioria das vezes, acontece naturalmente à medida que o enfermeiro compara seu julgamento de distinções qualitativas. Tais como: identificar a tonicidade muscular de uma criança prematura ou o tato de um útero contraído em contraste com um útero repleto de coágulos.

Entretanto, é fundamental que o enfermeiro assistencial tenha oportunidade de exercitar “o fazer” no cotidiano da enfermagem, sempre amparado por um profissional mais experiente, até porque, segundo Souza e Paiano (2011), os estágios realizados durante o curso de graduação são insuficientes para uma iniciação, sem dúvidas, servindo somente como base para preparar os futuros enfermeiros.

Além disso, Bernardino, Felli e Peres (2010), destacam que é factível a construção de competências, que emergem a partir de uma necessidade real, pelo aprendizado em situações de mobilização de saberes, com tanto que sejam acompanhadas de uma reflexão crítica.

4.3.3 Categoria c- Experiências anteriores

Os dados desta categoria indicam que a aquisição da competência clínica ocorre por meio das **experiências anteriores** como profissional enfermeiro. Como pode ser observado na transcrição abaixo:

Acho que pela experiência que eu adquiri em outras instituições, de vivência clínica. Quando eu estava no PA chegava paciente com nenhuma alteração de sinal clínico de repente a gente observava e estava infartado, parada cardíaca era a cada 10 minutos [...] então você vai adquirido experiência na situação. (Enfermeiro F)

Verifica-se que o enfermeiro F atribui a aquisição da competência clínica às suas experiências anteriores, marcada pela mudança na condição clínica dos pacientes e pelo enfrentamento constante de determinadas situações clínicas. Neste sentido, o aprendizado parte do contexto de uma situação particular, pois esta força a mobilização e a combinação de recursos (TARDIF, 2006 tradução nossa), o que certamente direciona para a aquisição da competência clínica.

As experiências anteriores enquadram-se no que Patricia Benner denomina de Paradigmas ou Conhecimentos pessoais, que consistem em utilizar a experiências concretas do passado para guiar as percepções e ações de uma situação presente. (BENNER, 2001a, tradução nossa). Deste modo, um profissional, que vivenciou uma gama de experiências concretas, pode ter mais facilidade para atuar em novas situações clínicas, além disso, pode ser uma referência para os enfermeiros que estão iniciando na prática clínica de enfermagem.

Habitualmente, as instituições hospitalares insistem na aprendizagem por procedimentos ou de competências específicas. No entanto, os programas de formação da área da saúde têm como finalidade fomentar a aquisição de conhecimentos clínicos de modo que cada enfermeiro adquira experiência (BENNER, 2001b). Uma vez que a experiência incorporada pelo profissional tem maior poder de auxiliar no enfrentamento de situações futuras.

Chailán e Concha (2010), apontam que profissionais que apresentam conhecimentos teóricos equivalentes e atuam em um mesmo ambiente de trabalho não oferecem cuidados de enfermagem semelhantes e isto se deve às habilidades

geradas durante o processo de aprendizagem e às experiências profissionais, que identificam cada profissional como único.

Além das experiências anteriores como enfermeiro, os enfermeiros assistenciais apontam que **a experiência como técnico de enfermagem** também colabora para a aquisição da competência clínica, como pode ser observado na transcrição a seguir:

Acho que com a minha experiência, porque eu trabalhei muito tempo como técnica de enfermagem. (Enfermeiro S)

Acredita-se que a vivência como técnico de enfermagem proporciona o contato com a realidade, possibilita o diálogo com outros profissionais da equipe multidisciplinar e também a observação de pacientes, sob as mais diversas patologias; elementos que, com o passar do tempo, acumulam-se ao repertório pessoal de cada profissional, contribuindo para a aquisição desta competência.

No meio clínico, o enfermeiro é constantemente confrontado com situações de cuidado complexos e ambíguos, às vezes se obriga a decidir entre a necessidade de um paciente e outro; nestas situações, mesmo um enfermeiro *expert* pode ter dúvidas. Entretanto, é a sua experiência que lhe permite ultrapassar as suas incertezas e tomar decisões coerentes (BENNER, 2001b). Deste modo, percebe-se que a experiência é um elemento essencial na aquisição da competência clínica.

Todavia, a aquisição da competência clínica, por meio das **experiências anteriores**, está atrelada ao **tempo de trabalho** na profissão, o que é evidenciado pela fala a seguir:

Eu acho que esta competência vem ao longo do tempo, conforme você vai adquirindo experiência, maturidade. (Enfermeiro C)

O enfermeiro, quando principiante na enfermagem, ou no contato inicial com determinada situação, procura modelos, numa tentativa de encontrar elementos de segurança que auxiliem a reproduzir a rotina do serviço. Entretanto, com o passar do tempo, ele encontra caminhos que o auxiliarão na transformação daquela situação (ASSAD; VIANA, 2005).

Neste sentido, o conhecimento clínico aumenta ao longo do tempo e cada enfermeiro clínico desenvolve um repertório pessoal de conhecimentos práticos, os

quais podem ser compartilhados mediante o diálogo com outros enfermeiros clínicos (BENNER, 2001 b). Corroborando a Benner, Tardif (2006, tradução nossa) coloca que a aprendizagem, que permite o domínio progressivo de uma competência, está distribuída no tempo, e em ambientes que realmente implementaram programas que enfoquem esse desenvolvimento, os quais partem de uma lógica crescente de complexidade, os quais podem ou não ocorrer em contextos formais de educação.

4.3.4 Categoria d- Aprendizado formal

Os enfermeiros assistenciais também atribuem à aquisição da competência clínica a **participação em cursos, programas de especialização em enfermagem.**

Quando eu fiz o curso de ACLS, me ajudou muito. (Enfermeiro E)

[...] depois de dois anos no hospital, eu comecei a fazer especialização, então eu adquiri algumas competências específicas, por área, por doença [...]. (Enfermeiro Q)

A aprendizagem formal, por meio de cursos, especializações, é um dos eixos essenciais para a aquisição da competência clínica. De acordo com Benner uma boa formação é indispensável para obter enfermeiros de alto nível, capazes de analisar as situações mais complexas e formular respostas coerentes aos verdadeiros problemas. Um profissional com uma bagagem limitada não possui recursos para aprender a partir das experiências vividas (BENNER, 2001b). Deste modo, sem o conhecimento teórico, o enfermeiro não conseguirá interagir com a situação e não obterá aprendizado nela.

Para Benner, Tanner e Chesla (2009, tradução nossa) a prática seria pouco proveitosa, caso ela não fosse precedida por um bom treinamento que contenha as características que possam apresentar uma situação clínica e ainda, um pouco de compreensão teórica acerca dos relacionamentos e correlações entre estas características.

Os saberes teóricos têm a finalidade de descrever e explicar seus componentes, a compreender o seu sentido. Trata-se mais de um “saber que” (*knowing - that*) do que um saber como (*knowing - how*). O conhecimento teórico é

indispensável para explicar as anomalias e orientar as decisões de intervenção, as iniciativas a serem tomadas (LE BORTEF, 2003).

Dentro deste contexto, considera-se que a aprendizagem formal, por meio de cursos, especializações, é de grande valia para os enfermeiros assistenciais, pois uma boa avaliação clínica demanda o conhecimento teórico proporcionado por este tipo de aprendizagem. Além disso, acredita-se que Educação Permanente em saúde, é uma excelente estratégia de aprendizagem, que necessita ser incorporada a política de educação das instituições hospitalares.

A Educação permanente representa uma importante transformação na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores, supõe a inversão da lógica do processo; agregando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem; transformando significativamente as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer (DAVINI, 2009).

A Educação Permanente cria espaços de reflexão para que profissionais repensem sua prática, entendam os processos de trabalho no qual estão inseridos, e tenham a possibilidade de repensar condutas, de buscar novas estratégias de intervenção e perseguir, também, a superação de dificuldades individuais e coletivas no trabalho (CICONET; MARQUES; LIMA, 2008, p.666).

Porém, para assegurar a efetividade deste processo e mantê-lo de modo contínuo e permanente é essencial inseri-lo na rotina de trabalho dos profissionais e considerar, portanto, as atividades dentro da carga horária do trabalhador. Deste modo, aumentam as chances de as pessoas participarem e de se garantir que aqueles que mais precisam qualificar-se estejam presentes, já que não é incomum que a participação dos profissionais mais comprometidos e que nutrem maior interesse pelo serviço seja mais maciça (CICONET; MARQUES; LIMA, 2008).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou identificar as competências clínicas utilizadas na prática dos enfermeiros assistenciais de uma instituição hospitalar e compreender como ocorre a aquisição das competências clínicas pelos enfermeiros assistenciais. A investigação alcançou os seus objetivos, pois foi possível identificar as competências clínicas e desvendar como os enfermeiros assistenciais as adquirem.

Das 31 competências clínicas presentes no referencial teórico de Patricia Benner, 8 delas foram identificadas neste estudo: **ajudar o paciente a integrar as implicações da doença e da recuperação no seu estilo de vida; fornecer uma interpretação da condição do paciente e dar razões ao seu tratamento; fornecer um sistema de apoio para garantir cuidados médicos e de enfermagem seguros; detecção e documentação das mudanças significativas na condição de um paciente; desempenho qualificado em emergências com risco de vida: rápida compreensão de um problema; identificar e gerenciar a crise de um paciente até que assistência médica esteja disponível; obter respostas apropriadas e em tempo oportuno dos médicos; avaliar o que pode ser seguramente omitido ou adicionado às prescrições médicas.**

Dentre essas competências clínicas, somente uma delas foi identificada no grupo de enfermeiros assistenciais, que atuam entre 06 meses e 01 ano na enfermagem, demonstrando que esses enfermeiros ainda não detêm um leque de competências clínicas. As suas histórias clínicas revelam profissionais com pouco conhecimento prático, o que os torna dependentes das rotinas, das regras e de seus colegas de trabalho.

Deste modo, o tempo de atuação dos enfermeiros assistenciais na profissão é um dos elementos que pode interferir no nível da assistência prestada, logo merece a atenção dos enfermeiros gerentes, no momento da alocação desses profissionais, principalmente, quando se trata de unidades de maior densidade tecnológica e complexidade assistencial.

Quando o tempo de atuação dos enfermeiros assistenciais compreende o período entre 01 e 02 anos na enfermagem, é possível identificar competências clínicas em todas as suas narrativas, porém, determinadas competências clínicas

aparecem repetidas vezes. Dentro deste contexto, verifica-se que o maior tempo de vivência na profissão, sobretudo, na mesma unidade de trabalho, influencia de modo positivo em relação ao quantitativo de competências clínicas, mas não quanto à heterogeneidade dessas.

A maioria dos enfermeiros assistenciais, que atuam entre 02 e 03 anos na enfermagem, possui um leque de competências clínicas, que se apresentam mais heterogênicas e ainda, traduzem maior agilidade tanto na detecção dos problemas quanto nas atitudes dos enfermeiros assistenciais, o que foi influenciado pelo maior número de participação em situações clínicas reais e a iniciativa pessoal de cada enfermeiro assistencial.

Nem todos os enfermeiros assistenciais, que atuam entre 03 e 04 anos na enfermagem, apresentam um repertório de histórias clínicas, das quais fosse possível extrair as competências clínicas, o que se vincula à ampla rotatividade interna desses profissionais.

A rotatividade não oportuniza ao enfermeiro assistencial a vivência necessária com uma população específica de pacientes. A cada realocação o enfermeiro assistencial precisa apreender o funcionamento da unidade, conhecer a população de pacientes que deverá assistir e integrar-se à nova equipe de trabalho, o que demanda tempo e iniciativa na busca de recursos, (conhecimento teórico, conhecimento prático, apoio de outros colegas, entre outros), para atuar na nova unidade de trabalho. A rotatividade pode ainda interferir na qualidade da assistência prestada, uma vez que nem sempre o enfermeiro assistencial é substituído por um profissional com o mesmo nível de competência clínica.

Em contrapartida, os enfermeiros assistenciais, que permanecem por um maior tempo em uma mesma unidade de trabalho, como é o caso dos enfermeiros assistenciais que atuam entre 04 e 05 anos na enfermagem e aqueles entre 07 e 08 anos, possuem um repertório de competências clínicas, porque tiveram a oportunidade de constantemente confrontar-se com as mesmas situações clínicas e assim conseguem avançar no seu nível de competência clínica.

A partir disso, reforça-se a importância da gerência de enfermagem alocar os enfermeiros assistenciais de acordo com as suas vivências anteriores e criar estratégias para reter os enfermeiros assistenciais em suas unidades de trabalho, com vistas a assegurar uma assistência de enfermagem qualificada e eficaz, bem

como proporcionar aos enfermeiros assistenciais a oportunidade de avançar em seu nível de aquisição de competência clínica.

Nem todos os enfermeiros assistenciais, que atuam entre 06 e 07 anos na enfermagem, apresentam um leque de competências clínicas, o que significa que o tempo na profissão não é sinônimo de aquisição de competência clínica. Ao longo da carreira profissional, essa pode ser inibida por alguns fatores, dentre eles: a constante mudança de unidade de trabalho; o acúmulo de funções como a gerencial e assistencial. Entretanto, têm-se os fatores facilitadores como, por exemplo, a vivência anterior em uma unidade de maior complexidade assistencial e densidade tecnológica e a oportunidade de enfrentar um maior número de situações clínicas reais.

Mesmo o enfermeiro assistencial com tempo significativo de atuação na enfermagem, há mais de 10 anos, e atuando com a mesma população de pacientes, não possui um repertório de histórias clínicas, evidenciando que o tempo, seja na profissão ou na unidade de trabalho, não é suficiente para que o profissional adquira a competência clínica; é preciso esforço pessoal, confronto com as situações reais e, sobretudo, entender que a prática clínica diária é um campo inesgotável de aprendizado.

A aquisição das competências clínicas também está atrelada à política de recursos humanos da instituição hospitalar. Neste sentido, espera-se que o presente estudo instrumentalize a gerência de enfermagem na implementação de estratégias que favoreçam a aquisição das competências clínicas, a qual abarque: o mapeamento das competências clínicas necessárias para cada unidade de trabalho, a alocação dos enfermeiros, conforme as suas competências clínicas, a valorização das experiências anteriores, a criação de práticas para retenção dos enfermeiros assistenciais em suas unidades de atuação.

Em relação ao segundo objetivo do estudo, compreender como ocorre a aquisição das competências clínicas pelos enfermeiros assistenciais, as categorias de análise evidenciaram que os profissionais adquirem a competência clínica **por meio da interação com os colegas de trabalho, por meio do cotidiano da prática de enfermagem, pelas experiências anteriores e através do aprendizado formal.**

A importância da figura do enfermeiro, principalmente dos coordenadores da unidade de trabalho, é evidente para a aquisição da competência clínica dos

enfermeiros iniciantes ou daqueles que ingressam em uma nova unidade de trabalho. Assim como os debates com o grupo de médicos e o apoio oferecido pelos técnicos de enfermagem, principalmente daqueles que atuam há mais tempo na unidade de trabalho.

O cotidiano da prática de enfermagem possibilita ao enfermeiro o contato com a realidade e a identificação das suas próprias necessidades de conhecimento teórico. Neste sentido, a realidade impulsiona o enfermeiro a buscar conhecimento teórico, o que gera um importante movimento entre prática e teoria, essencial para a aquisição da competência clínica, pois esta necessita tanto do conhecimento teórico como do prático.

O fato de poder observar e “fazer” no cotidiano da prática de enfermagem também contribui para a aquisição da competência clínica, pois a observação, por exemplo, permite ao enfermeiro lembrar um procedimento de enfermagem, ou aprender algo de novo. O “fazer” possibilita colocar em prática o que se aprendeu em sala de aula, e ainda, após algum tempo na prática clínica de enfermagem, permite ao profissional comparar os seus casos, e também com outros enfermeiros, o que possibilita o aprendizado e até mesmo o confronto com teorias já existentes.

As experiências anteriores também se configuram como um excelente meio na aquisição da competência clínica, pois é por meio dessas que o enfermeiro vai aprendendo, conquistando mais destreza e segurança, o que torna as decisões clínicas futuras mais certas. Além disso, proporciona aos enfermeiros assistenciais a capacidade de fazer comparações entre os casos, aprimorar cada vez as suas condutas e, por conseguinte, avançar no seu nível de competência clínica. Entretanto, para utilizar-se das experiências concretas do passado, é preciso ter tempo na profissão, o que não é possível para os enfermeiros iniciantes.

O aprendizado formal é essencial para os profissionais adquirirem a competência clínica, pois sem ele é impossível atuar na prática de enfermagem, uma vez que é esse que fornece o conhecimento teórico acerca das patologias, os eventos de um procedimento cirúrgico, e ainda, as bases para o questionamento de casos que ocorrem na prática de enfermagem. Contudo, é preciso ter em mente que o aprendizado formal não é um elemento decisivo para a aquisição da competência clínica, o que vai de encontro com muitos programas de educação oferecidos por

instituições hospitalares, onde há uma supervalorização dos treinamentos centralizados na transmissão de conhecimentos teóricos.

Dentro desse contexto, é preciso refletir, repensar, uma vez que a aquisição da competência clínica é uma mescla de conhecimentos teóricos e vivências práticas, que ocorre ao longo do tempo na profissão e há uma tendência para ser adquirida no âmbito do trabalho. O que demanda a atenção dos enfermeiros que ocupam o cargo de gerência, pois são corresponsáveis pelo processo de aquisição das competências clínicas por meio das suas decisões gerenciais.

Ainda em relação às ações gerenciais, para promover a aquisição das competências clínicas, a gerência de enfermagem pode designar enfermeiros mais experientes para apoiar os enfermeiros iniciantes ou aqueles que mudam de instituição ou de unidade de trabalho, e instituir uma espécie de “apadrinhamento”, para que o enfermeiro assistencial possa tanto aprender a partir das experiências do seu par quanto ser apoiado no momento da dúvida, sem precisar recorrer a profissionais de classes distintas como o técnico de enfermagem.

O presente estudo contribuirá para que enfermeiros e os futuros enfermeiros compreendam que a aquisição da competência clínica ocorre ao longo da carreira profissional, que o curso de graduação em enfermagem é o início de uma contínua aprendizagem, que a prática clínica diária é um excelente meio de apoderar-se do conhecimento prático, para ampliar o conhecimento teórico e avançar no nível de competência clínica.

Em relação a limitações do estudo, acredita-se que a classificação dos enfermeiros de acordo com os níveis de aquisição de competência clínica de Patricia Benner (novatos, iniciantes avançados, competentes, proficientes e *experts*) caracteriza-se como uma limitação do estudo, pois não foi possível obter consenso de enfermeiros *experts* acerca do nível de aquisição de competência clínica de cada enfermeiro assistencial.

Considera-se que a aquisição da competência clínica é um campo complexo, obscuro, com poucos trabalhos dedicados a esta temática, que necessita de estudos mais aprofundados e, por esta razão, pretende-se dar continuidade a este trabalho no curso de doutorado, com o intuito de desenvolver uma ferramenta gerencial para nortear a aquisição de competências clínicas de enfermeiros assistenciais que atuam em instituições hospitalares.

REFERÊNCIAS

ANSELMINI, M. L.; ANGERAMI, E. L. S.; GOMES, E. L. R. Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais do Município de Ribeirão Preto. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 2, n. 1, p. 44-50, jul.1997. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S102049891997000700008&script=sci_arttext>. Acesso em: 18/09/2013.

ASSAD, L. G.; VIANA, L. O. Formas de aprender na dimensão prática da atuação do enfermeiro assistencial. **Rev. Bras Enferm.**, Brasília, v. 58, n.5, p. 586-91, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n5/a16v58n5.pdf>>. Acesso em: 05/10/2013.

BACKES, D. S. *et al.* O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde, **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 7. n.3, p. 319-326, 2008. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6490/3857>>. Acesso em: 02/10/2013.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 2ª reimpressão. 1.ed.São Paulo: 2011.

BATISTA, A. A. V. *et al.* Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Rev. esc. enferm. USP** [online], São Paulo, v.39, n.1, p. 85-91, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a11v39n1.pdf>>. Acesso em: 17/09/2013.

BENNER, P. **From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice**. Commemorative Edition: New Jersey: Prentice Hall, 2001a.

BENNER, P. **De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Tradução de: QUEIRÓS, A. A.; LOURENÇO, B. edição comemorativa. Coimbra: Quarteto, 2001b. Original em Inglês.

BENNER, P. Using the Dreyfus Model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. **Bulletin of Science, Technology & Society**, Utah, v. 24, n.3, p.188-199, apr. 2004.

BENNER, P.; TANNER, C.; CHESLA, C. **Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment and ethics**. 2. ed. New York: Springer, 2009.

BERNARDINO, E; FELLI, V. E. A; PERES, A. M. Competências gerais para o gerenciamento em enfermagem de Hospitais. **Cogitare Enferm.** v.15, n. 2, p. 349-53., 2010.

BORK, A. M. T.; HOKAMA, C. S. M.; VÁTTIMO, M. F. F. Mostrando o caminho para o desenvolvimento profissional: o plano de desenvolvimento das competências clínicas do enfermeiro (PDCCE). In: BORK, A. M. T. **Enfermagem de excelência: da visão a ação.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

BOTTI, S. H. O. **O papel do preceptor na formação de médicos residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino.** 104 f. Tese (doutorado em enfermagem). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.arca.fiocru.br/xmlui/handle/icict/2582>>. Acesso em: 02/10/2013.

BUCCHI, S. M. *et al.* Enfermeiro instrutor no processo de treinamento admissional do enfermeiro em unidade de terapia intensiva. **Acta paul. enferm,** São Paulo, v. 24, n. 3, p. 381-387, 2011. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ar text&pid=S0103-21002011000300012 >. Acesso em: 01/10/2013.

BLUM, C. A. B. Using the Benner intuitive-humanistic decision-making model in action: a case study. **Nurse Education in Practice,** v. 10, n.5, p. 303–307, set. 2010,

BRASIL. Lei nº 7.498 de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Brasília, D.F., 26 jun. 1986. Disponível em:< <http://presrepublica.Jusbrasil.com.br/legilacao/128195/lei-7498-86>. Acesso em: 10/09/2013.

BRASIL. Portaria n. 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Brasília, D.F., 13 fev. 2004. Disponível em:<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198htm>. Acesso em: 27/10/2013

BRASIL. Portaria n. 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).**Diário Oficial [da]**

República Federativa do Brasil. Brasília, D.F., 10 mai.2012. Disponível em:<<http://www.saude.al.gov.br/federal/legislacao/portarian930de10demaiode2012>>. Acesso em 20/08/2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.**Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Brasília, D.F., 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

BRYKCZYNSKI, K. A. Cuidado, sabiduría clínica y ética en la enfermería. In: ALLIGOOD, M. R.; TOMEY, A. M. **Modelos y teorías en enfermería** 7. ed. Elsevier: Barcelona, 2011.

CHAILÁN, P. M. M. CONCHA, P. de T. J. El saber práctico en Enfermería.**Rev Cubana Enfermer**, Habana, v. 26, n. 2, jun. 2010. Disponível em:<http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192010000200005&script=sci_arttext>. Acesso em 16/10/2013.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. D. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006.

CICONET, R. M.; MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS. **Interface** (Botucatu), v. 12, n. 26, p. 659-666, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000300016&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 20/01/2014.

DAVINI, M. C. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 20/01/2014.

DELL'ACQUA, M. C. Q.; MIYADAHIRA, A. M. K.; IDE, C. A. C. Planejamento de ensino em enfermagem: intenções educativas e as competências clínicas. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 264-271, jun. 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scieloOrg/php/reference.php?pid=S008062342009000200002&caller=www.scielo.br&lang=en>>. Acesso em: 25/08/2013.

FERRAZ, C. A. As dimensões do cuidado em Enfermagem: enfoque organizacional. **Acta Paul de Enf**, São Paulo, v.13 número especial, parte 1, jun.2000. Disponível

em: <<http://www.unifesp.br/acta/index.php?volume=13&numero=esp1>>. Acesso em: 20/09/2013.

FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; CASTILHO, V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Kurganct, P. (org.). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GIORDANI, J. N.; BISOGNO, S. B. C.; SILVA, L. A. A. Percepção dos enfermeiros frente às atividades gerenciais na assistência ao usuário. **Acta paul. Enferm.**, São Paulo, v.25, n.4, p. 511-516, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scieloOrg/php/reference.php?pid=S010321002012000400005&caller=www.scielo.br&lang=en>>. Acesso em 20/09/2013.

HAMRIC, A. B.; SPROSS, J. A.; HANSON, C. M. **Advanced practice nursing: an integrative approach**. 4. ed. United States of American: Elsevier, 2008.

IWAMOTO, H. H.; ANSELM, M. L. Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais do município de Uberaba, Minas Gerais. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 443-53, set. 2006. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeenfermagem/article/view/4663/2581>>. Acesso em: 10/09/2013.

JOINT COMMISSION RESOURCES. **Temas e estratégias para a liderança em enfermagem**: enfrentando os desafios hospitalares atuais. Tradução de: THORELL, A. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Padrões de acreditação da Joint Commission Internation para hospitais**. 4. ed. Rio de Janeiro: CBA, 2010.

LANDIM, S. A.; SILVA, G. T. R.; BATISTA, N. A. B. A vivênciaclínica na formação do enfermeiro. **Rev. BrasEnferm.**, Brasília, v. 64, n. 3, p.558-62, mai./junh. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10/12/2012.

LE BOTERF, G. **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LELLI, L. B. *et al.* Estratégias gerenciais para o desenvolvimento de competências em enfermagem em hospital de ensino. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 17, n. 2, p. 262-9, abr./jun. 2012.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v.3, n.3, p. 119-122, 2012. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/294>>. Acesso em: 20/09/2013.

MAGALHÃES, A. M. M. de; RIBOLDI, C. de O.; DALL'AGNOLL, C. M. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 4, p.608-612, ago. 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.br / sciELO.php? script=sci_ arttext&pid=S0034-71672009000400020&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 10/10/2013.

MARQUEZE, E. C.; MORENO, C. R. C. Satisfação no trabalho - uma breve revisão. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 30, n.112, p. 69-79, 2005, Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-7657200500020007&script=sci_ arttext>. Acesso: em 10/09/2013.

MARTINS, J. T. *et al.* Significados do gerenciamento de unidade de terapia intensiva para o enfermeiro. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p.113-9, mar. 2009. Disponível em:<<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/zz8883/5125>>. Acesso em 10/07/2013.

MARTINS, J. C. A. *et al.* A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem: retrospectiva histórica. **Acta paul. Enferm.**, São Paulo, v.25, n.4, p. 619-625, 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002012000400022&script=sciarttext>>. Acesso em: 01/09/2013.

MATTOSINHO, M. M. *et al.* Mundo do trabalho: alguns aspectos vivenciados pelos profissionais recém-formados em enfermagem. **Acta Paul. Enfer.**, v.23, n.4, p.466 – 471, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ arttext &pid=S0103-21002010000400004>. Acesso em 13/10/2013.

MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para enfermagem**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MONTEZELLI, J. H.; PERES, A. M.; BERNARDINO, E. Demandas institucionais e demandas do cuidado no gerenciamento de enfermeiros em um pronto socorro. **Rev. bras. Enferm.**, Brasília, v.64, n. 2, p.348-354, 2011.

Disponível em: < <http://www.scielo.br/scieloOrg/php/reference.php?pid=S003471672011000200020&caller=www.scielo.br&lang=en>> Acesso em: 10/09/2013

MIYADAHIRA, A. M. K. *et al.* Recursos humanos das unidades de terapia intensiva do município de São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 15-24, dez. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S010411691999000500003>>. Acesso em 20/08/2013.

NÓBREGA, M. F. B. **Processo de trabalho em enfermagem na dimensão do gerenciamento do cuidado em um hospital público de ensino**. 161f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde). Universidade Estadual do Ceará Fortaleza, 2006. Disponível em: <http://www.huwc.ufc.br/arquivos/bibliotecaCientifica/1177286741_90_0.pdf>. Acesso em 20/09/2013.

NOMURA, F. H.; GAIDZINSKI, R. R. Rotatividade da equipe de enfermagem: estudo em hospital-escola. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 648-653, set./out. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a07.pdf>. Acesso em: 25/07/2013.

NUNES, C. M. *et al.* Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. **Rev. Eletr. Enf.**, v.12, n. 2, p.252-7, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a04.htm>>. Acesso em 10/09/2013.

OLIVER, M.; BUTLER, J. Contextualising the trajectory of experience of expert, competent and novice nurses in making decisions and solving problems. **Collegian**, v. 11, n. 1, p. 21-27, 2004.

OLIVEIRA, N. A. *et al.* Especialização em projetos assistenciais de enfermagem: contribuições na prática profissional dos egressos. **Texto contexto – enferm.** Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 697-704, out./dez. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072009000400011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20/09/2013.

PERES, H. H. C.; LEITE, M. M. J.; GONÇALVES, V. L. M. Educação continuada: recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento profissional. In: KURGANCT, P. (Org.). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 137-153.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

POEIRA, A.; MAMEDE, R. P. Os fatores determinantes da rotatividade externa dos enfermeiros: vínculo contratual, incentivos salariais ou reconhecimento profissional. **Rev. Enf. Ref**, Coimbra, v. serIII, n. 4, p. 107-114, jul. 2011. Disponível em: < http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-002832011000200011>. Acesso em 25/07/2013.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: método, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PUSCHEL, V. A. de A.; INACIO, M. P.; PUCCI, P. P. A. Inserção dos egressos da escola de enfermagem da USP no mercado de trabalho: facilidades e dificuldades. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 535-542, set. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000300006&script=sci_arttext >. Acesso em: 18/09/2013.

QUEIROZ, A. **As competências dos profissionais de enfermagem: como as afirmar e as desenvolver**. 2 mar. 2007. Disponível em:< <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/artigos-de-autor/item/2770-as-competencias-dos-profissionais-de-enfermagem-como-as-afirmar-e-as-desenvolver> >. Acesso em: 27/10/2013.

ROSSI, F. R.; SILVA, M. A. D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 39, n.4, p. 460-8, 2005. Disponível em:< <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/68.pdf> >. Acesso em: 02/10/2013.

RUTHES R. M.; CUNHA I. C. K. O. Contribuições para o conhecimento em gerenciamento de enfermagem sobre gestão por competência. **Rev gaúcha enferm**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 570-5, dez. 2007. Disponível em:< <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3154/1727>>. Acesso em 10/05/2013.

RUTHES, R. M.; CUNHA, I. C. K. O. Competências do enfermeiro na gestão do conhecimento e capital intelectual. **Rev. bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 901-905, nov./dez. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a16v62n6.pdf>> . Acesso em: 02/10/2013.

SAINTSING, D.; GIBSON, L. M.; PENNINGTON, A. W. He novice nurse and clinical decision-making: how to avoid errors. **Journal of Nursing Management**, v.19, p. 354-359, 2011.

SANTIAGO, A. R. J. V.; CUNHA, J. X. P. Supervisão de enfermagem: instrumento para a promoção da qualidade na assistência. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 4, n. 3, p. 443-448, set./dez. 2011. Disponível em:< <http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/viewFile/1964/1395> >. Acesso em 10/02/2012.

SILVA, D. G. V. da. *et al.* Os desafios enfrentados pelos iniciantes na prática de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 511-516, jun. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200038 >. Acesso em 25/07/2013.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Características dos enfermeiros de uma unidade tecnológica: implicações para o cuidado de enfermagem. **Rev.bras. enferm.** , Brasília, v. 64, n. 1, p. 98-105, jan./fev. 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000100015&script=sci_arttext >. Acesso em: 10/09/2013.

SOUZA, N. V. D. de O. *et al.* Trabalho da enfermagem e criatividade: adaptações e improvisações hospitalares. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n. 3, p. 356-61, jul./set. 2009. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a10.pdf> >. Acesso em 02/10/2013>. Acesso em 02/10/2013.

SOUZA, F. A.; PAIANO, M. Desafios e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de enfermagem em início de carreira. **REME – Rev. Min. Enferm.**, Minas Gerais, v.15, n.2, p.267-273, 2011. Disponível em:< http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modulos/mastop_publish/files/files_4e662b005a6b3.pdf. >Acesso em 02/10/2013.

TARDIF, J. L. **^evaluation des compétences**: documenter le parcours de developpement. Montréal: Chenelière-Éducation, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – ROTEIRO PARA ENTREVISTA.....	100
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	101

Apêndice 1: Roteiro para entrevista

Data: ___/___/___ Início: ___h___min Fim: ___h___min.

A - Caracterização do enfermeiro assistencial:**Identificação:**

Código: _____

Idade: ___anos

Sexo () feminino () masculino

Formação acadêmica e qualificação profissional:

Ano da graduação: _____

- Titulação:

- Especialização () área _____ Ano de conclusão: _____

- Mestrado () área _____ Ano de conclusão: _____

- Doutorado () área _____ Ano de conclusão: _____

Atuação profissional no hospital de estudo:

- Data de admissão no hospital ___/___/___

- Unidade de atuação: _____

- Tempo de atividade nesta unidade: _____

- Trabalhou em outras unidades? () sim () não

Em caso afirmativo, diga-me a unidade, o tempo de trabalho e por quais razões mudou de unidade de trabalho: _____

Atuação profissional em outras instituições de saúde:

- Trabalhou em outras instituições de saúde? () sim () não

Em caso afirmativo, conte-me o tipo de instituição, a unidade e o tempo de trabalho: _____

B- QUESTÕES:

- Você poderia me contar, detalhadamente, uma ou duas histórias de atendimento clínico a um paciente e a sua conduta?

- Você poderia me contar como adquiriu competência clínica para trabalhar nesta unidade do hospital?

Vinheta: Competência é um saber agir complexo que se apoia na mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada situação (TARDIF, 2006).

Apêndice 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulada: “**Competência clínica na prática assistencial de enfermeiros de um hospital privado.**” a qual será desenvolvida para uma dissertação de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

Os objetivos desta pesquisa são:

- Identificar as competências clínicas utilizadas na prática dos enfermeiros assistenciais de uma instituição hospitalar.
- Compreender como ocorre a aquisição das competências clínicas pelos enfermeiros assistenciais.

Mediante o aceite em participar da pesquisa, você precisará participar de uma entrevista gravada, com duração de uma hora e trinta minutos (aproximadamente) no horário e local de sua preferência, o seu anonimato será completamente respeitado. As informações obtidas serão mantidas em sigilo e serão utilizadas somente para esta pesquisa.

Riscos e Desconfortos: durante a coleta dos dados, se você não se sentir à vontade para responder a entrevista, você tem a liberdade de não respondê-la, bem como, a liberdade de desistir da pesquisa a qualquer momento.

Benefícios: não haverá benefícios diretos aos participantes do estudo, entretanto, com os resultados desta pesquisa, esperamos incitar a reflexão acerca das competências clínicas necessárias para a prática assistencial do enfermeiro.

Despesas e remuneração: não haverá custos e nem remuneração para os participantes da pesquisa.

A pesquisadora Gisele Knop Aued, enfermeira, é responsável pela pesquisa e poderá ser contatada através do telefone 30286922 de quarta a sexta-feira, das 08:00 às 17:00 horas, ou através do e-mail giseleknop8@bol.com.br e estará à disposição para esclarecer eventuais dúvidas a respeito da sua participação.

Estão garantidas todas as informações que você queira, antes, durante e depois da pesquisa.

A sua participação neste estudo é voluntária. Contudo, se você não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá solicitar de volta o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. As informações relacionadas ao estudo poderão ser divulgadas em relatório ou publicação, isto será feito de forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi o objetivo da pesquisa do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo, voluntariamente, em participar deste estudo.

Data: ____/____/____

Participante da pesquisa

Gisele Knop Aued
Mestranda do Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem da UFPR

Profa. Dra. Elizabeth Bernardino
Orientadora

ANEXO

ANEXO 1 – TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	103
--	-----

Anexo 1 – Termo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

The screenshot displays the 'Plataforma Brasil' web interface. At the top, there is a header with the 'Saúde' logo and 'Ministério da Saúde' text. Below this is a navigation bar with the 'Plataforma Brasil' logo and icons for 'principal' and 'central de suporte'. A secondary navigation bar contains buttons for 'Público', 'Pesquisador', and 'Alterar Meus Dados'. The user's name 'Gisele Knop Aued - Pes' is visible on the right. A dark blue bar below the navigation contains the word 'Cadastros' and 'Sua sessão e...'. The main content area shows a breadcrumb trail: 'Você está em: Pesquisador > Gerir Pesquisa > Detalhar Projeto de Pesquisa'. Below this is a section titled 'DETALHAR PROJETO DE PESQUISA'. Underneath, there is a sub-section 'Dados do Projeto de Pesquisa' containing the following information:

- Título da Pesquisa:** Competência clínica na prática assistencial de enfermeiros de um hospital privado.
- Pesquisador:** Gisele Knop Aued
- Área Temática:**
- Versão:** 3
- CAAE:** 10696712.5.0000.0102
- Submetido em:** 14/03/2013
- Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR
- Situação:** Aprovado
- Localização atual do Projeto:** Pesquisador Responsável
- Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio