

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

TATIANA BRAGA DE CAMARGO



DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS AO CUIDAR EM UTI:
VIVÊNCIA DA ENFERMEIRA

CURITIBA

2018

TATIANA BRAGA DE CAMARGO

DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS AO CUIDAR EM UTI:
VIVÊNCIA DA ENFERMEIRA

Tese apresentada ao curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para obtenção de título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Prática Profissional de Enfermagem

Orientadora: Dr.^a Maria Ribeiro Lacerda

CURITIBA

2018

Camargo, Tatiana Braga de
Desenvolvendo competências ao cuidar em UTI: vivência da enfermeira / Tatiana Braga de Camargo -
Curitiba, 2018.
162 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Maria Ribeiro Lacerda
Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde.
Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Competência clínica. 2. Enfermagem prática. 3. Unidade de Terapia Intensiva.
4. Teoria fundamentada nos dados. I. Lacerda, Maria Ribeiro. II. Universidade Federal do Paraná.
III. Título.

CDD 610.736



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Tese de Doutorado de **TATIANA BRAGA DE CAMARGO**, intitulada: **DESENVOLVENDO COMPETÊNCIA AO CUIDAR EM UTI: VIVÊNCIA DA ENFERMEIRA**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de Doutor está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 20 de Abril de 2018.


MARIA RIBEIRO LACERDA(UFPR)
(Presidente da Banca Examinadora)


AIDA MARIS PERES(UFPR)


ANA PAULA HERMANN(UFPR)


JOSE LUIS GUEDES DOS SANTOS(UFSC)


MARCIA REGINA CUBAS(PUC/PR)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



Curitiba, 06 de julho de 2018.

Ofício Nº 068/2018 - PPGENF

Do: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Para: Biblioteca Central

Prezados,

Atendendo à solicitação da discente TATIANA BRAGA DE CAMARGO, referente à diligência no depósito de sua tese recebida via SIGA no dia 02.07.2018, informamos que após a defesa os membros da banca examinadora sugeriram que o título do trabalho fosse alterado para "**DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS PARA CUIDAR EM UTI: VIVÊNCIA DA ENFERMEIRA**" conforme requerimento anexo apresentado pela discente.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Verônica de Azevedo Mazza
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

AGRADECIMENTOS

A Deus por estar sempre a minha frente preparando todos os meus caminhos, mesmo quando eu não sei por onde ir. Obrigada por sempre cuidar de nós.

Ao Daniel, meu esposo, amigo, companheiro, que há treze anos me incentiva, me apoia, proporcionando-me uma vida feliz em família. Obrigada pela paciência, compreensão e pela vida repleta de amor e felicidade, que sempre me amparou neste doutorado. Obrigada por compartilhar comigo a felicidade de termos a maior riqueza que já tivemos, o nosso Pedro!

Ao ser “humaninho” mais tudo com que Deus nos presenteou, Pedro! Obrigada pela colaboração nas minhas horas de estudos, por me tornar uma mulher mais forte, por me ajudar a me conhecer melhor, a superar a mim mesma, e a me fazer ter forças em situações anteriormente insuportáveis. Obrigada por me mostrar o melhor de mim! Meu amor por você não tem palavras, é inexplicável!

Às minhas duas companheiras Cacau e Pituka, por sempre me receberem em casa com uma alegria como se não me vissem há anos, por sentarem ao meu lado quando estava estudando, por me darem carinho a todo momento e por serem as minhas companheiras de todos os momentos.

Ao papai e à mamãe, Dinaldo e Graça, o que falar de vocês? Agora que sou mãe admiro ainda mais toda a dedicação que tiveram para comigo até os dias de hoje. Sei que foram heróis em muitos momentos. E sei que muito fizeram para que eu chegasse até aqui. Muito do que sou e do que conquistei é mérito de vocês! Obrigada por fazerem mais do que a obrigação, por serem extraordinários! Vocês são meu tesouro!

Ao meu irmão, Gustavo! Que me acompanhou desde a época do mestrado. Você para mim é um exemplo de superação e perseverança. Obrigada pela parceria de sempre e pelo envolvimento com meus diagramas, os quais você resolvia com tanta facilidade e maestria.

À minha sogra, dona Tina. Obrigada pelo filho maravilhoso que criou e pelos vários momentos que cuidou de Pedro com tanto amor e carinho para que eu finalizasse este trabalho.

À minha amiga irmã Fernanda. Além da amizade, obrigada pelos momentos de orientação acerca do trabalho, pelos momentos compartilhados, tanto de alegria quanto de tristeza! Obrigada por ir além nesta relação tão forte como é a nossa.

Às enfermeiras das Unidades de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas (HC) da UFPR. Sabem o quão sou grata a vocês pelos ensinamentos que pude vivenciar com vocês desde a graduação e o quanto as admiro como profissionais. Minha formação tem muito da Enfermagem da UTI Adulto do HC. Obrigada pela colaboração das participantes da pesquisa, que disponibilizaram do seu tempo para que este trabalho fosse realizado.

Ao Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem (NEPECHE), grupo em que participo há 14 anos, o qual muito me ensinou acerca do que sei em pesquisa. Em especial, as colegas Jaqueline, Jéssica, Ana Paula Hermann e à pós-doutoranda Nara, pelos momentos em que me auxiliaram neste trabalho.

À Prof.^a Dr.^a Maria Ribeiro Lacerda, pelos 14 anos de ensinamentos, especialmente no NEPECHE. Saiba que a admiro como profissional e que por muitas vezes, não somente na academia, mas também em minha prática profissional na UTI, lembrei-me da senhora ou de suas falas ao cuidar de um paciente. Obrigada por nos estimular a aliar a pesquisa na prática e por nos estimular a pensar sobre o real valor do cuidado de Enfermagem.

À professora Solena pela disponibilidade, dedicação, e receptividade nas orientações na primeira etapa deste trabalho.

Aos membros das bancas de qualificação e defesa de tese, pelo tempo disponibilizado para analisar e contribuir para com o aprimoramento deste trabalho.

Aos docentes da UFPR por toda dedicação e ensinamentos da graduação ao doutorado.

À UFPR por todos esses anos em que aqui estive sou orgulhosa em fazer parte desta instituição.

Por fim, mas não menos importantes, e sem demagogia, aos pacientes com os quais foi possível viver a verdadeira relação de cuidado de Enfermagem, os quais me instigaram a aprender e a buscar o desenvolvimento de competência, com os quais vivi momentos marcantes e dos quais tenho maior orgulho de cuidar! Obrigada pelas situações que passamos juntos, pelos aprendizados que vivi com vocês e por permitirem que um dia eu alcance a *expertise* ao lado de vocês.

*“Não há conquistas fáceis. São as estradas sinuosas que levam ao caminho certo.
O profissional, em qualquer ofício, alcançará o triunfo a partir de um
espírito tenaz, forte, obstinado.”*

Afonso Opazo

RESUMO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente complexo, que requer da enfermeira um cuidado com *expertise* para atender às demandas do paciente grave. Para tanto, é preciso um envolvimento genuíno na prática que promova o desenvolvimento de competência da enfermeira. Assim, tem-se como objetivos: compreender o significado da vivência da enfermeira da UTI no desenvolvimento de competências; elaborar uma teoria substantiva que explicita essa vivência; e, propor contribuições para o desenvolvimento de competências da enfermeira da UTI. Utilizou-se o referencial teórico do Modelo de Aquisição de Competências aplicado à Enfermagem, e a Teoria Fundamentada nos Dados como referencial metodológico. A coleta de dados ocorreu em um hospital universitário do Sul do Brasil e dividiu-se em duas fases. A primeira, para definição dos grupos amostrais, ocorreu em dezembro de 2015 a fevereiro de 2016, e obteve a participação de 47 enfermeiras, das quais seis eram noviças ou iniciantes avançadas; 14, competentes; 16, proficientes; e 11, *experts*. Na segunda fase, de fevereiro de 2016 a abril de 2017, realizaram-se 30 entrevistas, com 29 participantes, sendo cinco noviças ou iniciantes avançadas; 11, competentes; seis, proficientes; e sete *experts*. A análise de dados baseou-se em Glaser e utilizou a *System Parts* como codificação teórica, elucidando a teoria substantiva “Desenvolvendo competência ao cuidar na UTI: vivência da enfermeira”, cujo conceito central, ‘O desenvolvimento de competências da enfermeira na prática clínica da UTI se sustenta no conhecimento prático, na aprendizagem experiencial e no contexto de cuidado’, amparou-se em 11 conceitos e 28 evidências. A teoria, ao funcionar como um sistema, dividiu-se em três fases: inicial, de desenvolvimento (ações cotidianas para o cuidado, estratégia e reverberações do cuidado), e a de resultantes. Com sua explicitação confirmou-se a tese proposta de que o desenvolvimento de competências está interligado ao conhecimento que se constrói na prática por meio do aprendizado com as experiências relacionadas à colaboração da equipe e ao envolvimento genuíno da enfermeira na busca pela resolutividade para o paciente em quaisquer situações de cuidado da prática clínica; os objetivos foram alcançados, e fez-se as seguintes recomendações: a utilização da teoria nos cursos de graduação e pós-graduação como guia para o ensino do desenvolvimento de competência; e a aplicação da teoria nos contextos de cuidado junto às enfermeiras como uma ação da gestão das instituições. Para as chefias e supervisões de Enfermagem elaborou-se um algoritmo para admissão e acompanhamento das enfermeiras segundo o nível de competência e uma ficha de avaliação, com atividades a serem realizadas de acordo com o nível. Compreender o desenvolvimento de competência ultrapassa o impacto na formação da enfermeira, auxilia na promoção da qualidade de cuidado e assertividade nas ações em prol do paciente.

Palavras-chave: Competência. Enfermagem Prática. Unidade de Terapia Intensiva. Teoria Fundamentada nos Dados.

ABSTRACT

An Intensive Care Unit (ICU) is a complex environment which demands expert care from nurses in order to meet critical patients' demands. Therefore, real involvement in practice is required in order to promote the development of nurses' competence. Thus, the objectives were as follows: to apprehend the meaning of ICU nurses' experience in order to develop competences; to elaborate a substantive theory to elucidate such an experience; and to propose contributions for the development of ICU nurses' competence. The theoretical framework used was Application to Nursing of the Model of Skill Acquisition, and The Grounded Theory as the methodological framework. Data collection was carried out at a teaching hospital in Southern Brazil, and was divided in two steps. The first step, in order to define the sampling groups, was held between December, 2015 and February, 2016 with 47 participating nurses, among them, six were novices or advanced beginners; 14 were competent; 16 were proficient; and 11 were expert nurses. In the second step, between February, 2016 and April, 2017, 30 interviews were carried out with 29 participants, among them, five were novices or advanced beginners; 11 competent nurses; six proficient nurses; and seven expert nurses. Data analysis was grounded in Glaser and the System Parts was used as theoretical coding, elucidating the "Developing caring competence at an ICU: nurses' experience" substantive theory, whose core concept, 'The development of nurses' competences in ICU clinical practice is grounded in practical knowledge, practice-based learning and caring context', supported by 11 concepts and 28 evidences. The theory, working as a system, was divided in three steps: initial, development (daily caring actions, caring strategy and outcomes), and results. By elucidating it, the proposed thesis was confirmed: competence development is correlated to practice-based knowledge by means of learning with the experiences related to team collaboration and the real involvement of nurses while pursuing patients' problem-solving in any care situations of the clinical practice; the objectives were achieved, and the following recommendation was made: the use of the theory in graduation and post-graduation courses as a teaching guide for competence development; and the theory application in caring contexts among nurses as a management action in the institutions. For Nursing heads and supervisors, an algorithm for nurses' admission and follow-up was elaborated, according to their level of competence, as well as an assessment form with activities to be carried out, according to that level. Apprehending the development of competence goes beyond the impact of nursing training, helps the promotion of quality care and assertiveness in actions for patients.

Key words: Competence. Practical Nursing. Intensive Care Unit. Grounded Theory.

RESUMEN

La Unidad de Terapia Intensiva (UTI) es un ambiente complejo, que requiere por parte de la enfermera un cuidado con pericia (*expertise*) para atender las demandas del paciente grave. Para ello, es preciso un involucramiento genuino en la práctica que promueva el desarrollo de especialista de la enfermera. De esta manera se tienen como objetivos: comprender el significado de la vivencia de la enfermera de la UTI en el desarrollo de competencias; elaborar una teoría sustantiva que explicita esa vivencia; y, proponer contribuciones para el desarrollo de competencias de la enfermera de la UTI. Se utilizó el referencial teórico del Modelo de Adquisición de Competencias aplicado a la Enfermería, y la Teoría Fundamentada en los Datos como referencial metodológico. La recolección de datos se realizó en un hospital universitario del Sur de Brasil y se dividió en dos etapas. La primera, para definir los grupos muestrales, se realizó de diciembre de 2015 a febrero de 2016, y contó con la participación de 47 enfermeras, de las cuales seis eran novicias o principiantes avanzadas; 14 competentes; 16 hábiles; y 11 *experts*. En la segunda etapa, de febrero de 2016 a abril de 2017, se realizaron 30 entrevistas, con 29 participantes, cinco novicias o principiantes avanzadas; 11 competentes; seis hábiles; y siete expertas (*experts*). El análisis de datos se basó en Glaser y utilizó la *System Parts* como codificación teórica, dilucidando la teoría sustantiva “Desarrollando competencia al cuidar en la UTI: vivencia de la enfermera”, cuyo concepto central, ‘El desarrollo de competencias de la enfermera en la práctica clínica de la UTI se sustenta en el conocimiento práctico, en el aprendizaje experimental y en el contexto de cuidado’, se amparó en 11 conceptos y 28 evidencias. La teoría, al funcionar como un sistema, se dividió en tres etapas: inicial, de desarrollo (acciones cotidianas para el cuidado, estrategia y repercusiones del cuidado), y la de resultantes. Con su explicitación se confirmó la tesis propuesta de que el desarrollo de competencias está correlacionado con el conocimiento que se construye en la práctica por medio del aprendizaje con las experiencias relacionadas con la colaboración del equipo y al involucramiento genuino de la enfermera en la búsqueda resolutoria para el paciente en cualesquier situaciones de cuidado de la práctica clínica; los objetivos fueron alcanzados, y se hicieron las siguientes recomendaciones: la utilización de la teoría en los cursos de formación universitaria y de postgrado como guía para la enseñanza del desarrollo de competencia; y la aplicación de la teoría en los contextos de cuidado junto a las enfermeras como una acción de la gestión de las instituciones. Para las jefaturas y supervisiones de Enfermería se elaboró un algoritmo para admisión y acompañamiento de las enfermeras según el nivel de competencia y una ficha de evaluación, con actividades a realizar de acuerdo con este nivel. Comprender el desarrollo de competencia sobrepasa el impacto en la formación de la enfermera, auxilia en la promoción de la calidad de cuidado y asertividad en las acciones en pro del paciente.

Palabras clave: Competencia. Enfermería Práctica. Unidad de Terapia Intensiva. Teoría Fundamentada en los Datos.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - EXEMPLO DE DIAGRAMA DA FASE DE CONSTRUÇÃO DA TEORIA SUBSTANTIVA	58
FIGURA 2 - REPRESENTAÇÃO DAS FASES DE UM SISTEMA	64
FIGURA 3 - REPRESENTAÇÃO DAS FASES DA TEORIA SUBSTANTIVA.....	64
FIGURA 4 - CATEGORIZAÇÃO FINAL DO ESTUDO	65
FIGURA 5 - DIAGRAMA REPRESENTATIVO DA TEORIA SUBSTANTIVA “DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS AO CUIDAR NA UTI: VIVÊNCIA DA ENFERMEIRA”	95
FIGURA 6 - ALGORITMO PARA ADMISSÃO E ACOMPANHAMENTO DA ENFERMEIRA NA UTI	121
FIGURA 7 - FICHA DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA ENFERMEIRA DA TI COM ATIVIDADES A SEREM REALIZADAS SEGUNDO NÍVEL DE COMPETÊNCIAS (NC)	122

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS AMOSTRAIS	55
QUADRO 2 - QUADRO DESCRITIVO COM NÚMERO E DURAÇÃO DAS ENTREVISTAS, NÚMEROS DE CÓDIGOS E DE PÁGINAS, CONFORME O GRUPO AMOSTRAL	57
QUADRO 3 - EXEMPLO DE MEMORANDO TEÓRICO	58
QUADRO 4 - EXEMPLO DE MEMORANDO METODOLÓGICO.....	58
QUADRO 5 - EXEMPLO DE CODIFICAÇÃO ABERTA COM AS UNIDADES DE ANÁLISE, CÓDIGO ORIGINAL E CÓDIGO ABERTO INICIAL.....	60
QUADRO 6 - EXEMPLO DE ORGANIZAÇÃO DOS DADOS NA FASE DA CODIFICAÇÃO SELETIVA	61
QUADRO 7 - DEMONSTRATIVO DA EVOLUÇÃO DA FAMÍLIA INTERATIVA (<i>INTERACTIVE FAMILY</i>) ATÉ O CÓDIGO TEÓRICO <i>SYSTEM PARTS</i>	63
QUADRO 8 - DEFINIÇÃO DAS RELAÇÕES CARACTERÍSTICAS DA CODIFICAÇÃO TEÓRICA ENCONTRADAS NA TEORIA SUBSTANTIVA	63

QUADRO 9 - CONCEITO CENTRAL, CÓDIGOS TEÓRICOS, CONCEITOS, EVIDÊNCIAS E SUAS RELAÇÕES	71
---	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - PERCENTUAL DE ENFERMEIRAS QUE ATUAM EM DETERMINADO PERÍODO DE TEMPO SEGUNDO SUA FORMAÇÃO, ATUAÇÃO COMO ENFERMEIRA, ATUAÇÃO EM UTI, NO HOSPITAL EM QUESTÃO E NA UTI DESTE HOSPITAL	69
--	----

LISTA DE SIGLAS

AMICAE	-	<i>Achieving Methods of Intra-professional Consensus, Assessment, and Evaluation</i> / Procura de Métodos por um Consenso e uma Avaliação Intraprofissional
ANS	-	Agência Nacional de Saúde Suplementar
C	-	Competente
CEP/SD	-	Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde
CEPC	-	Comissão de Educação Permanente e Continuada
CI	-	Cuidado Integral
CINAHL	-	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
DE	-	Direção de Enfermagem
E	-	<i>Expert</i>
GA	-	Grupo Amostral
GT / TFD	-	<i>Grounded Theory</i> / Teoria Fundamentada nos Dados
I	-	Iniciante Avançada
MEDLINE	-	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MeSH	-	<i>Medical Subject Headings</i>
MM	-	Memorado Metodológico
MT	-	Memorando Teórico
N	-	Noviça
NC	-	Nível de Competência
NEPECHE	-	Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano em Enfermagem
RDC	-	Resolução da Diretoria Colegiada
SPSS	-	<i>Software Statistical Package for the Social Sciences</i> [®]
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TI	-	Terapia Intensiva
UF	-	Unidade Funcional
UFPR	-	Universidade Federal do Paraná
UPA	-	Unidades de Pronto Atendimento
UTI	-	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	REVISÃO DE LITERATURA	26
2.1	A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	26
2.2	O TRABALHO DA ENFERMEIRA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	30
3	REFERENCIAL TEÓRICO	33
3.1	TRAJETÓRIA DE PATRÍCIA BENNER.....	33
3.2	MODELO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DOS IRMÃOS DREYFUS	34
3.3	MODELO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS APLICADO À ENFERMAGEM.....	35
3.3.1	<i>NOVIÇA</i>	37
3.3.2	<i>INICIANTE AVANÇADA</i>	38
3.3.3	<i>COMPETENTE</i>	39
3.3.4	<i>PROFICIENTE</i>	40
3.3.5	<i>EXPERT</i>	42
3.3.5.1	Intuição	44
3.4	CONHECIMENTO PRÁTICO	46
4.	METODOLOGIA	51
4.1	LOCAL DA PESQUISA	52
4.2	ELABORAÇÃO DAS QUESTÕES DE PESQUISA	52
4.3	SELEÇÃO DOS GRUPOS AMOSTRAIS	53
4.4	A COLETA DE DADOS	55
4.4.1	<i>PRIMEIRA FASE</i>	55
4.4.2	<i>SEGUNDA FASE</i>	56
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	59
4.5.1	<i>PRIMEIRA FASE</i>	59
4.5.2	<i>SEGUNDA FASE</i>	59
4.6	VALIDAÇÃO DA TEORIA	65
4.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	66
5	APRESENTAÇÃO DOS DADOS	68
5.1	FASE 1: DELINEAMENTO DO PERFIL DAS ENFERMEIRAS.....	68

5.2	FASE 2: APRESENTAÇÃO DA TEORIA SUBSTANTIVA	68
5.2.1	<i>CÓDIGO TEÓRICO: FASE INICIAL</i>	71
5.2.1.1	Conceito: Iniciando o trabalho na UTI	72
5.2.1.1.1	Evidência: Atuando sem experiência prévia.....	72
5.2.1.1.2	Evidência: Encontrando dificuldades.....	73
5.2.1.1.3	Evidência: Superando as dificuldades.....	73
5.2.2	<i>CÓDIGO TEÓRICO: FASE DE DESENVOLVIMENTO</i>	74
5.2.2.1	Ações cotidianas para o cuidado	74
5.2.2.1.1	Conceito: Trabalhando em equipe	74
5.2.2.1.1.1	<i>Evidência: Trabalhando com a equipe de enfermagem</i>	75
5.2.2.1.1.2	<i>Evidência: Trabalhando com o médico</i>	76
5.2.2.1.1.3	<i>Evidência: Trabalhando com a equipe multiprofissional</i>	76
5.2.2.1.2	Conceito: Tomando decisão.....	77
5.2.2.1.2.1	<i>Evidência: Fundamentando as decisões</i>	77
5.2.2.1.2.2	<i>Evidência: Aprimorando o processo da tomada de decisão</i>	78
5.2.2.1.3	Conceito: Implementando o cuidado	78
5.2.2.1.3.1	<i>Evidência: Provendo condições para a continuidade do cuidado</i>	79
5.2.2.1.3.2	<i>Evidência: Avaliando os pacientes</i>	79
5.2.2.1.3.3	<i>Evidência: Realizando o cuidado ao paciente e à família</i>	80
5.2.2.2	Estratégia para desenvolver competências	80
5.2.2.2.1	Conceito: Desenvolvendo-se na prática.....	81
5.2.2.2.1.1	<i>Evidência: Envolvendo-se genuinamente com o aprendizado para o seu desenvolvimento</i>	81
5.2.2.2.1.2	<i>Evidência: Experienciando as situações cotidianas</i>	82
5.2.2.2.1.3	<i>Evidência: Aprendendo nas relações profissionais</i>	82
5.2.2.3	Reverberações do cuidado	83
5.2.2.3.1	Conceito: Refletindo sobre a sua atuação.....	83
5.2.2.3.1.1	<i>Evidência: Reconhecendo suas fragilidades</i>	84
5.2.2.3.1.2	<i>Evidência: Assumindo suas qualidades</i>	84
5.2.2.3.2	Conceito: Focando-se nas atitudes e habilidade necessárias à enfermeira	85
5.2.2.3.2.1	<i>Evidência: Envolvendo-se nas situações de cuidado</i>	85
5.2.2.3.2.2	<i>Evidência: Desenvolvendo o conhecimento</i>	86
5.2.2.3.2.3	<i>Evidência: Requerendo visão diferenciada para cuidar</i>	86

5.2.2.3.2.4	<i>Evidência: Exercendo a liderança</i>	87
5.2.2.3.3	Conceito: Evidenciando os resultados da aprendizagem experiencial ...	87
5.2.2.3.3.1	<i>Evidência: Sentindo-se preparada devido sua experiência prévia</i>	88
5.2.2.3.3.2	<i>Evidência: Desenvolvendo avaliação a partir da prática</i>	88
5.2.3	CÓDIGO TEÓRICO: FASE DE RESULTANTES	89
5.2.3.1	Conceito: Vivenciando sentimentos	89
5.2.3.1.1	Evidência: Defrontando-se com sentimentos limitantes	90
5.2.3.1.2	Evidência: Sentindo satisfação profissional.....	90
5.2.3.2	Conceito: Reconhecendo a especificidade da UTI	90
5.2.3.2.1	Evidência: Detectando a complexidade da UTI.....	91
5.2.3.2.2	Evidência: Identificando a UTI como uma área com necessidade de educação específica e educação permanente	91
5.2.3.3	Conceito: Percebendo-se como enfermeira de terapia intensiva	92
5.2.3.3.1	Evidência: Elencando as características necessárias para atuar na UTI	92
5.2.3.3.2	Evidência: Diferenciando as enfermeiras de UTI das de outras especialidades.....	93
5.2.4	CONCEITO CENTRAL	93
5.2.5	DIAGRAMA DA TEORIA	94
6	DISCUSSÃO COM OS AUTORES	96
7	CONTRIBUIÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIA DA ENFERMEIRA DA UTI	119
7.1	AO ENSINO	119
7.2	À PRÁTICA	119
7.2.1	<i>AOS GESTORES</i>	119
7.2.2	<i>À COMISSÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E CONTINUADA</i>	123
7.2.3	<i>ÀS ENFERMEIRAS ASSISTENCIAIS</i>	124
7.2.4	<i>À EQUIPE MULTIPROFISSIONAL</i>	124
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	126
	REFERÊNCIAS	130
	APÊNDICE 1 - QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA	148
	APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	149
	APÊNDICE 3 – COMPETÊNCIA CLÍNICA E PRÁTICA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO DA TERAPIA INTENSIVA	150

APÊNDICE 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	157
ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ.....	158

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Lei n. 7.498, que rege o Exercício Profissional da Enfermagem, cabe à enfermeira¹ os cuidados diretos a pacientes graves, com risco de morte, bem como os cuidados de maior complexidade técnica e que necessitem de conhecimento científico e agilidade na tomada de decisão (BRASIL, 1986, não p.). O paciente grave é aquele que apresenta “comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com perda de sua autorregulação, necessitando de assistência contínua” (BRASIL, 2010), com risco iminente de morte ou de perder função de órgão/sistema ou em estado clínico instável advindo de condições que requeiram atendimento imediato (BRASIL, 2011).

Muitos desses pacientes encontram-se em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), um dos setores de maior complexidade do serviço hospitalar, onde se concentram recursos humanos e tecnológicos com vistas ao restabelecimento das condições clínicas do paciente, ou minimização do agravo que requer terapia intensiva (FELIX, *et al.*, 2014).

A gravidade do paciente exige dinamicidade, interatividade e profissionais de enfermagem competentes para o desenvolvimento de atividades complexas (BALSANELLI; CUNHA, 2015). Essa dinamicidade e interatividade estão justapostas à movimentação de pacientes, profissionais e familiares, que ocorre diariamente, nos momentos de transferência, realização de exames, visitas médicas, cuidados de enfermagem, entrega de material, horário de visita, avaliação de equipes de suporte, discussão de caso, reunião multiprofissional, acolhimento familiar, reunião com a família, atendimento de situações de emergências, entre tantos outros eventos.

Em meio a esta criticidade e à dinamicidade do serviço, a enfermeira deve atuar proativamente na prevenção de agravos em saúde, recuperação, tratamento, reabilitação e qualidade de morte dos pacientes internados. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 26, de 11 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de uma UTI, apresenta atribuições relacionadas ao gerenciamento de sistemas de classificação de necessidades de cuidados de enfermagem, à responsabilidade técnica, à educação continuada, à

¹ Optou-se por utilizar a palavra enfermeira, no gênero feminino, considerando o fato de que a profissão é exercida predominantemente por mulheres.

humanização, aos transportes de paciente, ao gerenciamento de riscos, notificação de eventos adversos, ações de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde, à avaliação, ao gerenciamento de recursos humanos e materiais (BRASIL, 2010).

O cumprimento dessas atribuições confere maior resolutividade, menor tempo de internamento, maior rotatividade de pacientes internados e, conseqüentemente, mais admissões. Segundo o relatório da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a admissão precoce confere-lhes maior chance de sobrevivência aos pacientes, enquanto que a recusa de vaga resulta em aumento da mortalidade intra-hospitalar, além de atrasos em atividades do centro cirúrgico que necessitem de um suporte da Terapia Intensiva (TI) (BRASIL, 2013).

Este ambiente requer ações que precisam de articulação de conhecimentos para que sejam tomadas decisões assertivas e o conhecimento das situações de cuidado² do cotidiano de trabalho, os aspectos objetivos e subjetivos do paciente, a experiência de situações já vivenciadas e a intuição, sustentada no conhecimento prático, também darão sustentação às decisões da enfermeira. Desta forma, pode-se dizer que, para suprir a demanda da UTI, é preciso *expertise*, o que se desenvolve na prática e a partir dela, considerando o contexto e o interesse genuíno em cuidar (BENNER, 1984).

A *expert* é imperativa na UTI, uma vez que a profundidade do seu conhecimento, influencia diretamente nos cuidados dos pacientes, pois atua na gestão da assistência, gerenciamento de riscos, educação continuada, organização de recursos humanos e materiais, identificação precoce de agravos, avaliação, monitoramento, prevenção e tratamento de enfermagem. Isto contribui no atendimento precoce, redução de riscos, custos, tempo de internamento, otimização de indicadores de qualidade, desenvolvimento de novas tecnologias, maior resolutividade no tratamento e altas e, por fim, redução de mortalidade e melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Como este funcionamento está ligado à competência da enfermeira, é pertinente esclarecer qual o conceito de competência adotado neste trabalho. A

² Para melhor compreensão do leitor acerca da diferenciação entre situação de cuidado e contexto de cuidado, termos utilizados com certa frequência neste texto, esclarece-se aqui a definição de ambos. Situação é um evento, um fato, uma ocorrência, um acontecimento. Contexto é um conjunto de circunstâncias à volta de um acontecimento ou situação” (DICIONÁRIO PRIBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA, 2008-2013).

competência é uma aproximação profunda com a prática voltada para situações/contexto em que o conhecimento adquirido é necessário e este se desenvolve à medida que as situações/contexto se tornam cada vez mais complexas (TARDIF, 2006*). Para Benner, ser competente é ser resolutiva, mesmo que em condições desfavoráveis, sempre pensando no benefício do paciente (BENNER, 1984; 2001). Retrata a inteligência prática das situações/contextos, ancorada na construção do conhecimento, lapidado conforme se amplia a variedade das situações/contextos, as quais são redundantes, mas também eventuais, posto que há uma situação/contexto base que, diariamente, sofre discretas modificações. Além disso, pode ser comparada a um contexto ou a um conjunto de problemas que requerem resolutividade (ZARIFIAN, 2003). “A competência é ‘o tomar iniciativa’ e o ‘assumir responsabilidade’ do indivíduo diante de situações profissionais com as quais se depara” (ZARIFIAN, 2015, p.68).

Envolve atuar assertivamente, considerando a complexidade da articulação entre conhecimentos, habilidades, atitudes e os recursos disponíveis, tais como, equipamentos, relações, informações que, quando mobilizados integralmente, tornam a prática da enfermeira mais que um “fazer pelo fazer”. A competência da enfermeira é construída a partir da prática e para ela retorna por meio da realização do cuidado em um movimento circular e contínuo (FLEURY; FLEURY, 2001; LE BOTERF, 2003). Sustenta a enfermeira no cuidado direto e na liderança da equipe de enfermagem e no papel que desempenha na equipe de saúde, pois direciona sua tomada de decisão e facilita o alcance da qualidade e segurança ao cuidado (AUED, 2013).

Patrícia Benner, enfermeira norte-americana, aborda a competência com propriedade, com destaque para a competência clínica da Enfermagem. Temática esta de interesse profissional, uma vez que é na clínica que se depara com os mais diversos conhecimentos que dão sustentação à profissão (SOUSA et al., 2011*). Em 1984, ela descreveu um novo referencial para a disciplina, baseado no Modelo de Aquisição de Habilidades dos irmãos Dreyfus, o “Modelo de Aquisição de Competências aplicado à Enfermagem”, defendendo que o desenvolvimento de competência ocorre por meio do aprendizado obtido através da vivência da prática clínica e que esta evolução é evidenciada na progressão de cinco níveis de

* Tradução nossa. Este símbolo será utilizado no decorrer de todo o texto.

competência: a *noviça*, iniciante avançada, competente, proficiente e *expert* (LYON, 2015*; BENNER, 1984*; 2001; 2004*; DEVER, 2010*; BENNER, TANNER, CHESLA, 2009*; PENA, 2010*; DREYFUS, 2004*).

Brevemente, a noviça é a enfermeira sem experiência prévia, não visualiza o todo, necessita de normas e rotinas; a iniciante avançada reflete sobre o cuidado e identifica os fatores significativos que se repetem em situações semelhantes; a competente sabe planejar, analisar problemas, lidar com imprevistos e priorizar. Neste nível a prática clínica está organizada e surge a tomada de decisão. A proficiente possui pensamentos articulados, utiliza máximas³, traça objetivos, identifica “sinais de alarme precoce” e decide rápida e eficazmente; e a expert detém visão global profunda e conhecimento intuitivo (BENNER, 1984*; 2001, grifos nossos).

Como essa progressão é proporcional à complexidade das situações que a enfermeira enfrenta, alcançar a *expertise* depende de fatores que estão envolvidos nas situações da prática, tais como o interesse individual da enfermeira, o ambiente, o nível de colaboração da equipe de trabalho, os recursos disponíveis, os processos e as estruturas organizacionais (BENNER, 2001). A articulação desses elementos é que permite a desenvoltura de postura e ações reflexivas e resolutivas nas situações reais, desde as rotineiras às mais raras e imprevisíveis, sendo essas as que compõem os obstáculos a serem ultrapassados em sua prática profissional (VIANA et al., 2011).

A enfermeira *expert* representa grande relevância ao desenvolvimento dos domínios do conhecimento prático da enfermagem, os quais são: hierarquização das diferenças qualitativas, significados comuns, suposições e tipos de comportamento, casos paradigmáticos e conhecimento pessoal, máximas, práticas não planejadas. Isto porque, por meio do registro de suas vivências, novos domínios podem ser identificados, os já existentes desenvolvidos, e ambos serem rerepresentados, pois é ela quem vive a experiência mais complexa e completa capaz de sustentar uma teoria (BENNER, 1984*;2001).

³ Definição de máxima: frase utilizada por enfermeiras proficientes ou *experts* que traduzem uma situação e que requer experiência da enfermeira que a escuta para que possa ser compreendida. Por exemplo, uma enfermeira indica para a outra: “Fica de olho neste paciente”. Somente com experiência profunda é que a outra enfermeira é capaz de avaliar o paciente conforme orientação recebida.

Atualmente, mesmo frente à complexidade da UTI, são contratadas as enfermeiras que estão disponíveis no mercado de trabalho, sejam elas novças, iniciantes avançadas, competentes, proficientes ou *experts*. A presença de *experts* na UTI é peremptória às necessidades de cuidado dos pacientes complexos, mas inexperientes também precisam ser preparadas para que possam, futuramente, alcançar a *expertise*. Há então uma necessidade de se pensar como desenvolver competência para atuar na UTI.

Benner (2001) advoga que o desenvolvimento da competência ocorre por meio da aprendizagem experiencial e da construção do conhecimento nos contextos de cuidado. O aprendizado teórico é tido como parte fundamental da formação profissional, mas não o suficiente, pois, a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e demonstra realidades além das que podem ser apresentadas teoricamente (BENNER, 2001).

Desenvolver um trabalho competente depende então da formação acadêmica e de experiências que oportunizem o aprendizado de aspectos significativos dos momentos vividos. Na prática é possível enfrentar situações que requerem observação, reflexão, discernimento, raciocínio clínico, capacidade de tomada de decisão, para que os objetivos sejam alcançados de maneira rápida e eficaz. Esse contato com o paciente, com a equipe, com as situações cotidianas e inesperadas será mais intenso frente à realidade do trabalho, quando a decisão é resultado de um raciocínio não só teórico, mas também baseado em vivências anteriores que servem de instrumentos à enfermeira para decidir mais assertivamente em situações futuras.

Nesse sentido, a prática da enfermagem é muito mais complexa do que as teorias preconizam, pois as enfermeiras assistenciais demonstraram um nível muito elevado de raciocínio ao identificar, precocemente, sinais de alerta que muitas vezes salvam vidas; ao ajustar, instantaneamente, planos terapêuticos de acordo com a resposta do paciente. Além de descreverem percepções claras de sinais e sintomas baseadas em situações prévias, decidem de tal forma que ultrapassam o raciocínio, pois muitas usam a intuição (BENNER, 2001).

Justamente por acreditar que a enfermagem, como disciplina prática, requer aprendizagem experiencial com um interesse genuíno da enfermeira para o seu desenvolvimento de competência é que, tendo findado o mestrado e ainda sem

experiência profissional, optei por ingressar em um Programa de Residência Multiprofissional, na área de concentração da Urgência e Emergência.

Essa opção foi induzida pela preocupação de que, mesmo titulada Mestre, ainda não havia vivenciado na prática, exceto na graduação, o cuidado de enfermagem. Foi na Residência, mais especificamente na UTI, que vivenciei um dos momentos mais intensos de aprendizado e pude perceber que ser enfermeira era mais complexo do que eu imaginava. Como enfermeira assistencial contratada, continuo minha trajetória de aprendizado através da experiência das mais diversas situações de cuidado na prática clínica. Atualmente, permaneço como enfermeira nesta mesma unidade e acredito, assim como Benner, que a prática é mais complexa do que se imagina e que, além do conhecimento teórico, é preciso conhecimento prático que a sustente realização de um cuidado de enfermagem de excelência.

Com base neste relato, nas aproximações com os textos da autora apresentados por uma colega do doutorado e na disciplina de Prática Profissional de Enfermagem, cursada no mestrado, é que optei pela utilização do Modelo de Aquisição de Competência aplicado à Enfermagem, de Patrícia Benner (1984*; 2001).

No início da construção desta tese, realizou-se uma pesquisa de artigos de 2011 a 2015, nas bases de dados *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), de textos em português, espanhol e inglês, com 13 descritores do MeSH e nove palavras na estratégia de busca, com período de coleta de agosto a dezembro de 2015. Desta busca, obtiveram-se 86 artigos, e apenas 19 textos acerca da temática do Modelo de Aquisição de Competência aplicado à Enfermagem. Destes apenas um abordava UTI. Evidenciou-se um estudo brasileiro relacionado à aplicação do Modelo. É mais significativo o quantitativo de publicações relacionadas à formação de enfermeiras graduadas, no entanto, estudos com profissionais contratadas ainda são incipientes. A aplicação deste Modelo no Brasil permite que sejam evidenciados novos aspectos do desenvolvimento da competência, tendo em vista o distanciamento existente entre a realidade brasileira e a norte-americana.

Diante disso, apresento como objeto de investigação a vivência da enfermeira da UTI no desenvolvimento de competências para sua prática profissional. Neste ambiente da UTI é que as enfermeiras vivenciam situações reais, decidem rápida e

assertivamente, com base em seu conhecimento teórico e nos aspectos significativos de situações prévias para terem como resultado um cuidado efetivo e de qualidade ao paciente crítico. Este processo de aprendizagem experiencial inicia-se com a novíça e por intermédio da utilização de estratégias nessas vivências é que alcança seu aperfeiçoamento, rumo à *expertise*.

Pesquisas acerca de como este desenvolvimento ocorre em um ambiente complexo como a UTI se faz necessário, posto que a enfermeira tem que ser competente, e isto depende do seu conhecimento, experiência e capacidade de otimizar os recursos disponíveis em benefício do paciente. Explorar este cenário significa criar novas perspectivas no desenvolvimento da enfermeira que atua na prática, com vistas à geração de *experts*, tanto na perspectiva teórica quanto prática. Teórica por meio da utilização da teoria substantiva em cursos de graduação ou pós-graduação para a operacionalização do desenvolvimento de competências com vistas na formação acadêmica da enfermeira para o mercado de trabalho. Na prática, através do uso teoria pelas instituições, representadas pelos seus gestores, nas ações de Educação Permanente em Saúde com vistas a otimizar o desenvolvimento de competências das enfermeiras da prática clínica.

Isso confere relevância social ao estudo, pois, ao se compreender como acontece esse desenvolvimento, emergem ainda oportunidades de discussão e ampliação de horizontes na prática, o que propicia novos instrumentos para um cuidado de enfermagem mais qualificado.

Isso posto, defendo a tese de que o desenvolvimento de competências está interligado ao conhecimento que se constrói na prática por meio do aprendizado com as experiências relacionadas à colaboração da equipe e ao envolvimento genuíno da enfermeira na busca pela resolutividade para o paciente em quaisquer situações de cuidado da prática clínica.

Como questão norteadora para a explicitação do fenômeno, tem-se: Qual o significado da vivência da enfermeira da UTI no desenvolvimento de competências? Para responder a esta pergunta elencaram-se como objetivos: compreender o significado da vivência da enfermeira da UTI no desenvolvimento de competência; elaborar uma teoria substantiva que explicita essa vivência; e propor contribuições com vistas ao desenvolvimento de competências da enfermeira da UTI.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo busca-se abordar brevemente questões que facilitem ao leitor a compreensão acerca do desenvolvimento de competências da enfermeira que atua em UTI. Os aspectos relacionados ao ambiente, estrutura, paciente e ao cuidado nesta unidade requerem que seja feita uma explanação mais detalhada acerca desta especialidade, tendo em vista que é neste local que a enfermeira desenvolve competências por meio da aprendizagem experiencial no exercício do cuidado ao paciente crítico. E, para compreender como se desenvolve competências neste cenário, é pertinente a abordagem acerca do trabalho da enfermeira neste ambiente repleto de complexidade.

Portanto, esta revisão de literatura aborda duas temáticas, a primeira acerca da UTI, e a segunda referente ao trabalho da enfermeira nesta unidade.

2.1 A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Antes do surgimento da primeira UTI, o conceito de cuidados intensivos, mesmo que empiricamente, já vinha sendo utilizado pela enfermeira britânica Florence Nightingale em 1854, durante a guerra da Crimeia, quando ela propôs separar os pacientes que necessitavam de um acompanhamento com maior vigilância (NIGHTINGALE, 1984). No Brasil, as UTIs foram implantadas em meados dos anos de 1970, o que contribuiu com o crescimento da Enfermagem neste novo campo de atuação (GOMES, 2008).

De acordo a RDC nº 7, a UTI é uma “área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia” (BRASIL, 2010, não p.). Partindo desta definição, tem-se uma unidade complexa que demanda uma estrutura capaz de servir de alicerce ao cuidado e à criticidade das patologias que nela se encontram; esta complexidade é proporcional à periculosidade das doenças dos pacientes e das situações de risco de morte (DUARTE; ALVES, 2014).

Em relação à classificação das UTIs, a RDC supracitada as identifica de acordo com a faixa etária dos pacientes:

- a) UTI Adulto: presta assistência a pacientes com idade maior ou igual a 18 anos, podendo admitir pacientes de 15 a 17 anos.
- b) UTI Especializada: presta assistência a pacientes selecionados por tipo de patologia ou intervenção.
- c) UTI Neonatal: presta assistência a pacientes com idade entre 0 e 28 dias.
- d) UTI Pediátrica: presta assistência a pacientes com idade entre 29 dias a 14 ou 18 anos, sendo este limite definido de acordo com a instituição.
- e) UTI Pediátrica Mista: presta assistência a pacientes recém-nascidos e pediátricos numa mesma sala, desde que haja separação física entre a neonatal e a pediátrica (BRASIL, 2010, não p.).

Questões associadas à internação de pacientes em UTI estão presentes na RDC nº 50 de 2002, as quais são: dar condições de internamento em ambientes individuais ou coletivos, de acordo com patologia, risco ou faixa etária (exceto neonatologia); manutenção de registro e assistência médica e de enfermagem intensivas; garantia de apoio diagnóstico laboratorial, de imagem, hemoterápico, cirúrgico e terapêutico ininterruptos; monitoramento e assistência respiratória contínuos; assistência nutricional; manutenção de pacientes com morte cerebral, possibilitando a retirada e doação de órgãos, quando consentida, e assistência aos acompanhantes dos pacientes (BRASIL, 2002).

Segundo definição do Ministério da Saúde, o paciente grave é o que se encontra em risco iminente de morte ou de perda de “função de órgão/sistema do corpo humano, bem como aquele em frágil condição clínica decorrente de trauma ou outras condições relacionadas a processos que requeiram cuidado imediato clínico, cirúrgico, gineco-obstétrico ou em saúde mental” (BRASIL, 2011). Além dos pacientes com potencial de recuperação, têm sido internados os que se encontram em estado terminal ou em cuidados paliativos, os que, em teoria, não teriam indicação de internamento na UTI (BACKES et al., 2012), mas na prática cotidiana esta ainda é uma realidade brasileira.

Recuperável ou não, o paciente desta unidade sofre por vivenciar sua condição crítica, longe da família, em um ambiente estranho, e, por vezes, apresenta piora clínica rápida, e necessita de intervenção imediata e eficaz (BACKES et al., 2012). Para tanto, faz-se necessária a presença de profissionais de saúde dotados de conhecimento teórico e prático, capazes de atender às demandas de cuidado do paciente que se encontra em estado crítico.

Com o intuito de garantir este cuidado, a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico indica que nas UTIs devem se concentrar os profissionais médicos e de enfermagem que possuam conhecimento técnico diferenciado, capazes de lidar

com situações que por vezes fazem a diferença entre a vida e a morte do paciente (BRASIL, 2005).

Para tanto, é exigido que nesta unidade haja um responsável técnico médico, uma enfermeira coordenadora da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia, com título de especialista em TI para atuar em UTI adulto, bem como titulação específica para UTI pediátrica ou neonatal (BRASIL, 2010).

Além destes, deve haver, no mínimo, os seguintes profissionais (BRASIL, 2010; BRASIL, 2012):

- a) Médico diarista: um para cada 10 leitos nos turnos matutino e vespertino.
- b) Médico plantonista: 01 para cada 10 leitos em cada turno.
- c) Enfermeiro: um para cada 10 leitos em cada turno.
- d) Fisioterapeuta: um para cada 10 leitos.
- e) Técnicos de enfermagem: um para cada dois leitos em cada turno.
- f) Auxiliares administrativos: um exclusivo da unidade.
- g) Funcionários exclusivos de limpeza da unidade.

A complexidade dos pacientes desta especialidade demanda que alguns serviços sejam prestados à beira do leito, tais como: banco de sangue, laboratório, serviço de nutrição, radiologia, exames de imagem, assistência farmacêutica, especialidades como cardiologia, neurologia, urologia, entre outros. (BRASIL, 2010).

Quanto ao local de instalação da UTI, é preciso atentar para o fluxo de visitantes, profissionais, admissão de pacientes, entrada controlada para pessoas, fácil acesso aos elevadores, que se comuniquem com outras áreas do hospital como centro cirúrgico, unidade de emergência e serviços diagnósticos (MOURA JÚNIOR; LASELVA; GUAPELLI, 2009).

O aparato tecnológico deve ser mais denso em relação às unidades de internamento, com vistas à recuperação da saúde e monitoramento contínuo da condição clínica do paciente por parte de toda a equipe multiprofissional (FELIX, et al., 2014). Devido a estas e outras características peculiares, como o espaço físico e necessidade de capacitação diferenciados, a UTI é um setor de alto custo dentro do ambiente hospitalar (NOGUEIRA, et al., 2012*).

A equipe multiprofissional, com o intuito de prestar um cuidado diferenciado, necessário de acordo com as peculiaridades dos pacientes e com a especialidade em questão, atua apoiada em tecnologia avançada, o que altera as características do cuidado inicialmente prestado tanto ao paciente quanto ao familiar, e mostra a relação que existe entre a subjetividade e objetividade do cuidado e o uso da tecnologia dura⁴ (SILVA; FERREIRA, 2013).

Quanto à tecnologia dura, há que se considerar que erros podem acontecer em decorrência de falhas diversas (SILVA; FERREIRA, 2013). Por isso, há a necessidade do conhecimento e vigilância da enfermeira e equipe acerca da tecnologia dura, bem como dos dados por ela fornecidos, o que minimiza os riscos para os pacientes.

A literatura tende a apresentar que a tecnologia dura pode desumanizar o cuidado ao paciente (STAYT; SEERS; TUTTON, 2015*). Porém, a atenção dispensada aos equipamentos é inerente à prática do cuidar (SILVA; FERREIRA, 2013). Estudo de Silva e Ferreira (2013) demonstrou que há uma preocupação dos profissionais para com o paciente e com o uso da tecnologia dura como uma forma de cuidado que pode considerar aspectos de humanização para com o paciente, e cabe à enfermeira saber atuar nesse contexto. A humanização está mais relacionada à postura do profissional do que com a presença ou não de equipamentos, pois, se estivesse relacionada à tecnologia dura, setores com menor utilização de equipamentos deveriam ser mais humanizados do que os que os usam com maior frequência (BOLELA; CORREA, 2015).

Outras questões de destaque na UTI são: a presença do médico e da enfermeira 24 horas no ambiente de trabalho, a fim de otimizar a tomada de decisão e ações rápidas; ser um setor fechado com facilidade de acesso aos materiais e outros recursos; equipe capacitada e que desenvolva um bom trabalho em conjunto.

Além disso, este ambiente dinâmico necessita de profissionais competentes que devem ter empatia e bom relacionamento interpessoal, com vistas à promoção de um cuidado seguro e responsável aos pacientes críticos (REIS; SENA; FERNANDES, 2016). Isto, entre outros, define o ambiente como um local de significativo desgaste físico e emocional aos profissionais que nela atuam, resultado da vivência cotidiana com a realidade dos pacientes e suas famílias (ABREU;

⁴ A tecnologia “dura abrange os equipamentos tecnológicos; a leve-dura, os saberes estruturados; e a leve, as relações, o vínculo e a gestão” (CUBAS, 2012, p.469)

GONCALVES; SIMOES, 2014; RODRIGUES et al., 2016*). Além das questões estruturais, financeiras, gerenciais, entre outras.

O exposto retrata a dinamicidade da UTI, relacionada ao quadro clínico grave dos pacientes, o que exige o desenvolvimento de atividades assistenciais complexas por parte dos profissionais (BALSANELLI; CUNHA, 2015) para que o cuidado intensivo e qualificado seja operacionalizado em prol dos pacientes.

2.2 O TRABALHO DA ENFERMEIRA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A atuação da enfermeira, para que o cuidado prestado ao paciente crítico seja diferenciado, abrange desde o relacionamento com o paciente, com a família, equipe de enfermagem e equipe multiprofissional, ao gerenciamento da unidade. Exige saber lidar com pacientes clinicamente instáveis, com uma densa tecnologia, proporcionar conforto à família que se encontra, por vezes, desestabilizada (JAKIMOWICZ; PERRY, 2015*), organizar o ambiente de trabalho, liderar a equipe e lidar com situações adversas que limitam a atuação profissional da enfermeira (FROTA et al., 2015), tais como problemas relacionados a questões financeiras, estruturais, ou processuais, aliadas à própria complexidade do paciente e o uso de tecnologia, por exemplo.

Percebe-se que esta atuação é diversificada e complexa, e exige competência profissional no desenvolvimento de suas funções, as quais são relacionadas ao paciente, família, equipe de enfermagem e equipe multiprofissional. Em relação aos cuidados ao paciente, são de sua responsabilidade a anamnese, exame físico, tratamento, e orientação aos mesmos (CAMELO, 2012).

O ato de cuidar e de prescrever cuidados está relacionado à formação e à experiência da enfermeira. Algumas têm habilidades técnicas, mas não têm preparo suficiente para atuar em ambiente de alta complexidade, e outras, como as recém-formadas, não têm experiência no cuidado, o que dificulta o estabelecimento de correlação entre teoria e prática, essencial para a execução das atividades diárias (CAMELO et al., 2013).

Para cuidar na UTI a enfermeira precisa mobilizar suas competências profissionais, articular os conhecimentos técnico, científico, tecnológico; humanizar o cuidado; e garantir a qualidade do cuidado (CAMELO, 2012). Isto se justifica, dentre outros, por ser a enfermagem a profissão que permanece 24 horas por dia à beira

do leito durante os sete dias da semana (DUARTE; ALVES, 2014; GERSHENGON; GARLAND, 2016*; RODRIGUES et al., 2016*). Esta permanência no ambiente da UTI propicia estreitamento de vínculo entre profissionais e pacientes, além de suscitar segurança e conforto à equipe de enfermagem e a aqueles de quem cuidam (DUARTE; ALVES, 2014, RODRIGUES et al., 2016*).

Por isso, para exercer suas funções, a enfermeira deve investir em seu desenvolvimento profissional por meio do estreitamento entre o conhecimento adquirido e o exercício diário de suas atividades, em uma constante construção do seu saber, ao utilizar o conhecimento científico em sua prática no desenvolvimento de suas competências (FROTA et al., 2015). A experiência colabora para a ampliação de competências em cuidados intensivos. Outro contribuinte é o prazer da enfermeira ao cuidar em um ambiente complexo; ter afinidade com tecnologia dura; e ser assertiva em decisões rápidas em prol do paciente (CRUZ et al., 2014).

Sendo a UTI uma unidade repleta de experiências e situações intensas (DUARTE; ALVES, 2014), ela proporciona um ambiente favorável para o desenvolvimento de uma percepção diferenciada da enfermeira na tomada de decisão quando comparada aos outros setores hospitalares que não possuem a mesma complexidade (BUSANELO et al., 2016).

Este contexto diferenciado, que a impulsiona a decidir rápida e assertivamente, favorece o desenvolvimento de uma de suas funções, a liderança, fundamental ao desempenho do seu trabalho como líder da equipe de enfermagem. Especialmente em um setor crítico, a enfermeira deve ser capaz de atender à demanda do paciente de maior complexidade, portanto faz-se necessária uma gestão de recursos materiais, humanos, de educação continuada, suficiente para fazer bom uso da tecnologia no cuidado (CAMELO, 2012).

Como liderança da equipe de enfermagem, seja administrativamente ou no cuidado, a enfermeira assume a responsabilidade de todo o funcionamento das ações que envolvem esta equipe (DUARTE; ALVES, 2014), e, para tanto, precisa conhecer sua capacidade laboral e certificar-se de que a mesma está nivelada à complexidade de cuidado de quem cuida (CAMELO, 2012).

Para atuar dessa forma a profissional necessita buscar capacitação para si e para a equipe que lidera com foco no desenvolvimento das atividades e na melhoria da qualidade do cuidado prestado (CAMELO, 2013; CRUZ et al., 2014; FROTA et al., 2015; STALPERS et al., 2017*). Todavia, galgar conquistas no aperfeiçoamento

de recursos humanos requer empenho e dedicação da enfermeira, para que imperem a confiança e a constante busca por conhecimento (CAMELO, 2012).

Além de liderar a equipe de enfermagem, a enfermeira precisa saber trabalhar em equipe perante as demais profissões e por sua visão ampliada tem *know-how* para desenvolver esta função. Como o cuidado envolve o paciente, a equipe de enfermagem e a equipe multiprofissional, a enfermeira busca articular a atuação dos profissionais em benefício do cuidado qualificado, ponderando a dinamicidade do setor (SANTOS; LIMA; PESTANA et al., 2016).

Ainda que uma equipe multiprofissional atue neste ambiente, é de responsabilidade da enfermeira a organização do processo de trabalho desenvolvido por todos. Este papel é reconhecido não só pelas próprias enfermeiras como também por outras categorias profissionais (FROTA et al., 2015), o que destaca a enfermeira como articuladora entre os trabalhadores na UTI.

Esta articulação é uma tecnologia leve que auxilia na integração das ações da equipe multiprofissional e potencializa o trabalho da equipe como um todo, além de favorecer a obtenção da colaboração dos membros da equipe para com as tarefas/objetivos que envolvem o cuidado (SANTOS; LIMA; PESTANA et al., 2016).

Para esta atuação, a comunicação deve imperar como uma importante ferramenta necessária do trabalho da enfermeira (CAMELO, 2012). Tarefa esta difícil quando se considera que os pacientes da UTI, em sua grande maioria, apresentam dificuldades na comunicação (JAKIMOWICZ; PERRY, 2015*) e que o trabalho com as equipes de enfermagem e multiprofissional envolve uma gama de pessoas com opiniões diversificadas. Por este motivo, a comunicação precisa ser, de fato, estabelecida para que as interações sejam adequadas e produtivas (CAMELO, 2012).

Perante o exposto, é perceptível que o trabalho da enfermeira na UTI pode significar enfrentar desafios diários em situações de estresse, mas que, para muitos, representa ser um trabalho gratificante (RODRIGUES et al., 2016*), pois a possibilidade de recuperação dos pacientes, habilidade na manipulação de tecnologias, capacidade de tomada de decisões importantes e o reconhecimento do trabalho desenvolvidos também são fatores estimulantes para a enfermeira que atua na UTI (CRUZ et al., 2014).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo aborda a sustentação teórica desta tese. Ao considerar os diversos fatores envolvidos no desenvolvimento de competências da enfermeira na UTI, optou-se pelo referencial teórico do Modelo de Aquisição de Competências aplicado à Enfermagem de Patrícia Benner (BENNER, 1984*, 2001). Para tanto, serão abordadas as seguintes temáticas a ele relacionadas: trajetória de Patrícia Benner, Modelo de Aquisição de Competências dos irmãos Dreyfus, Modelo de Aquisição de Competências aplicado à Enfermagem e o conhecimento prático.

3.1 TRAJETÓRIA DE PATRÍCIA BENNER

Patrícia Sawyer Benner nasceu na cidade de Hampton, no Estado da Virgínia em 1942 e, posteriormente, mudou-se para a Califórnia. Optou pela Enfermagem durante uma experiência em um hospital nesta mesma cidade. Em 1964 formou-se enfermeira. Casou-se logo em seguida, em 1967, com Richard Benner. Na Universidade de São Francisco finalizou o mestrado, em 1970, e em 1982, o doutorado na Universidade da Califórnia, em Berkeley (SITZMAN, EICHELBERGER, 2010*).

Benner coordenou o projeto denominado “Alcance de Métodos por um Consenso e uma Avaliação Intraprofissional” (em inglês *Achieving Methods of Intra-professional Consensus, Assessment, and Evaluation - AMICAE*) (ALTMANN, 2007*). Este foi o projeto que originou sua tese de doutorado e o livro *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice* (1984), que se tornou um marco em sua trajetória profissional. Baseou-se no Modelo de Aquisição de Competências dos irmãos Dreyfus adaptando-o à Enfermagem. Assim, apresenta os cinco níveis de competência da enfermeira para o alcance da *expertise* (SITZMAN, EICHELBERGER, 2010*). Seu modelo suscitou muitas críticas por basear-se em uma pesquisa qualitativa, o que não foi visto com bons olhos em um tempo em que a pesquisa quantitativa era hegemônica (ALTMANN, 2007*).

Suas raízes existencialista e fenomenológica provêm dos irmãos Dreyfus e de Merleau-Ponty e Heidegger, pelos quais é fortemente influenciada. Em 1989, lapida e amplia seu trabalho juntamente com Judith Wrubel, quando agregam o conceito de

cuidar às etapas do desenvolvimento de competência apresentadas em 1984 (SITZMAN; EICHELBERGER, 2010*).

3.2 MODELO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DOS IRMÃOS DREYFUS

O referencial teórico deste trabalho emerge da adaptação do Modelo de Aquisição de Competências desenvolvido pelo matemático Stuart Dreyfus e o filósofo Hubert Lederer Dreyfus. A proposta dos irmãos Dreyfus surge em 1980 a partir de um estudo sobre o desempenho situacional e a aprendizagem experiencial de jogadores de xadrez, pilotos de avião e motoristas de tanques do exército (BENNER, 1984*; 2001; 2004*). De acordo com esta investigação o desenvolvimento de competências acontece do “sabendo que”, que reflete a necessidade do aprendiz de seguir regras, para o “saber”, que envolve a análise do contexto para tomada de decisão tendo como base sua experiência pregressa e a intuição (LYON, 2015*; BENNER, 1984*; 2001; DEVER, 2010*).

O Modelo Dreyfus tem como foco as potencialidades encontradas nas vivências de situações práticas, e não as fragilidades, que são inerentes a todo e qualquer contexto. A partir disto, e ao compreender o desenvolvimento de competências como um caminhar, são identificados níveis de competências de acordo com características e comportamentos dos envolvidos no contexto da prática. Os cinco níveis de competências são iniciante, iniciante avançado, competente, proficiente e *expert* (LYON, 2015*; BENNER, 1984*; 2001; DEVER, 2010*; BENNER, 2005*; BENNER; TANNER; CHESLA, 2009*; PEÑA, 2010*; DREYFUS, 2004*).

De forma mais abrangente, os cinco níveis estão envolvidos por uma trajetória de aprendizagem que se traduz em três momentos progressivos pelos quais o aprendiz passa para vivenciar este desenvolvimento. O primeiro passo seria a aplicação da teoria na prática, o aprendiz deixa de ter uma visão estritamente teórica, pois concretiza sua utilização nas situações reais. No segundo, ele deixa de visualizar as situações de maneira isolada e normativa, e começa a perceber que estão inseridas em um contexto no qual há situações que merecem ser priorizadas. Por fim, acontece a transição de observador para participante proativo. O envolvimento no contexto se intensifica (RISCHEL, LARSEN, JACKSON, 2008* BENNER, 1984*; 2001), e é quando há um mergulho profundo na prática, o que

favorece o aprendizado e permite decidir em situações complexas que exigem agilidade e assertividade nas decisões.

Essa transição está intimamente relacionada com o interesse e envolvimento do aprendiz em seu processo de aprendizagem experiencial. Ele precisa estar engajado por inteiro nas situações reais, aberto para lidar com as novas realidades e com intuito genuíno de aprender com a prática (BENNER, 2004*; BENNER, TANNER, CHESLA, 2009*).

3.3 MODELO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS APLICADO À ENFERMAGEM

O Modelo de Aquisição de Competências aplicado à Enfermagem, resultado do projeto AMICAE, foi um trabalho interpretativo que teve como referencial teórico a fenomenologia. Seu objetivo foi de descrever competências das enfermeiras em sua prática (BENNER, 1984*; 2001; 2004*; ALTMANN, 2007*).

Para aplicar o Modelo de Aquisição de Competências, Benner fez observações participantes e entrevistas com as enfermeiras com foco nas práticas de cuidado, pois defende que para se ter excelência no cuidar é preciso olhar para a prática (BENNER, 1984*; 2001). Em seu trabalho as práticas competentes são traduzidas como excelentes quando, mesmo em condições desfavoráveis, as enfermeiras foram resolutivas em prol do paciente. Como é neste contexto em que se desenvolvem as competências, as situações reais desfavoráveis também são foco de investigação, pois, se as mesmas fossem desconsideradas, a realidade seria mascarada. E, para Benner, se não soubermos quem somos, dificilmente saberemos o que seremos (BENNER, 1984*; 2001).

É nesta realidade que a experiência precisa ser vivenciada pelos profissionais que almejam alcançar a *expertise*, pois, quanto maior a experiência, maior é o desenvolvimento clínico, associado aos conhecimentos prático e teórico. A teoria também está envolvida no momento de experiência, aliás, é na lapidação do conhecimento teórico em situações reais que o profissional vive a experiência e aprende com a realidade, pois a prática é muito mais complexa do que a teoria apresenta, e esta é uma das dificuldades do enlace entre teoria e prática. Na realidade, na tomada de decisão, a enfermeira tem como suporte a associação de todos os tipos de conhecimento para definir uma ação. Por isso, para Benner, para se tornar um *expert* a experiência é um requisito básico e sem ela a *expertise* é

inatingível (BENNER, 1984*; 2001; 2004*; BENNER, TANNER, CHESLA, 2009*; MOLINA CHAILAN; JARA CONCHA, 2010*; GALLANI, DALLAIRE, 2014; GARDNER, 2013*; ALTMANN, 2007*; AMARAL; FERREIRA, 2014).

Os conhecimentos mencionados acima são: empírico, ético, estético, desconhecer e o sócio-político; o empírico, que descreve, explica e prediz fenômeno através da pesquisa, é considerado fonte inicial do conhecimento da enfermagem; o ético é o que requer clareza do profissional e conhecimento acerca dos princípios éticos; o estético, a arte da enfermagem, manifesto na interação entre a enfermeira e o indivíduo cuidado que possibilita uma compreensão do significado em uma expressão subjetiva, única e particular; o desconhecer é quando a enfermeira reconhece seu desconhecimento acerca da subjetividade do outro se permite abrir para estar autenticamente presente com o outro; e o sócio-político é aquele por meio do qual a enfermeira percebe o contexto no qual o cuidado e a enfermagem estão inseridos e faz questionamentos relativos à prática, profissão e às políticas de saúde (LACERDA, ZAGONEL, MARTINS, 2006; LACERDA, LABRONICI, 2011).

Tendo isto esclarecido, retoma-se que é a partir desta experiência na prática que a profissional aprende e desenvolve suas competências. A isto se dá o nome de aprendizagem experiencial, por meio da qual acontece o desenvolvimento dos níveis de competências, e a enfermeira, ao alcançar as metas dos níveis iniciais, avança e amplia sua compreensão acerca das situações, dos princípios abstratos, e, conseqüentemente, aprofunda sua relação e envolvimento com o contexto de cuidado no qual está inserida (GALLANI; DALLAIRE, 2014).

O avanço dos níveis de competências não está diretamente relacionado ao tempo de experiência. Óbvio que, quanto maior o contato com situações reais ou com o contexto, maiores serão as oportunidades de aprendizagem experiencial. Há estudos que apontam que, a cada ano de experiência, há 15% de probabilidade de a enfermeira avançar um nível de competências e que após o quinto ano é possível apresentar os primeiros sinais do uso da percepção, o que a caracterizaria como uma proficiente (FAURA, et al., 2014*). Esta afirmação ratifica que o tempo pode se relacionar com o nível de competências, mas não é o único requisito para que haja esta evolução.

Para Benner este desenvolvimento depende das situações clínicas, do envolvimento do profissional e não de sua inteligência (BENNER, 1984*; 2001), depende ainda da profundidade da relação que a enfermeira estabelece com suas

experiências para que alcance a excelência no cuidado. Por este motivo nem todas as enfermeiras se tornarão *experts*, apenas aquelas que, com o interesse genuíno, se disponibilizarem a otimizar sua aprendizagem experiencial (BLUM, 2010*; BENNER, 2004*).

Em seu Modelo de Aquisição de Competências aplicado à Enfermagem, Benner demonstra as experiências das enfermeiras em seu contexto de cuidado e busca caracterizar as competências desenvolvidas pelas enfermeiras ao identificar traços e qualidades que representam ações competentes (BENNER, 1984*; 2001; KINCHIN; CABOT; HAY, 2008*).

Para compreendermos quais são tais características, é preciso conhecer os níveis de competências e o que cada um representa. Os três primeiros níveis são os mais apropriados para serem utilizados com os estudantes no ensino da aplicação da teoria na prática (GARDNER, 2013*).

3.3.1 NOVIÇA

Este é o primeiro nível de competências, cujas características são compatíveis com as de uma enfermeira recém-formada ou aquela que, mesmo em níveis mais avançados, reinicia sua carreira em uma área de atuação totalmente desconhecida.

Como ocorre para qualquer enfermeira, sua aprendizagem experiencial acontece por meio da vivência de situações reais da prática. O aprendizado é por meio de instruções normativas, atenção às regras, realização de atividades pontuais, específicas, que dispensam raciocínio clínico, tomada de decisão rápida, improvisação e análise do contexto (BENNER, 1984*; 2001; 2004*; BENNER, TANNER, CHESLA, 2009*).

Nesta etapa as situações de aprendizagem ainda precisam ser livres de contexto, pois a noviça ainda não possui uma visão ampla das situações, o que a limita para que haja uma previsão de acontecimentos, por isso adquire um comportamento rígido, inflexível e limitado (BENNER, 1984*; 2001; 2005*; BENNER, TANNER, CHESLA, 2009*; GOBET, CHASSY, 2008*).

Sua orientação é o conhecimento teórico, que a direciona em tudo e sempre deve ser rigidamente seguido. Devido à inexperiência, a visão acerca de exceções é limitada, o que dificulta associar teoria à prática. Por isso, as normas e rotinas são

essenciais para esta fase inicial, pois facilitam o entendimento de pequenas porções do todo, necessário ao seu aprendizado (BENNER, 1984*; 2001; BENNER, TANNER, CHESLA, 2009*; GARDNER, 2013*; OPIYO, 2012*).

O desenvolvimento da habilidade ocorre na realização de atividades simples, como a verificação de sinais vitais, o preenchimento do balanço hídrico, isto porque se orienta por controle de variáveis objetivas e claras do estado do paciente e, através disto, reconhece situações isoladas com características específicas que não requerem reconhecimento do contexto. Suas ações são baseadas em regras e protocolos e nas decisões considera apenas características e/ou fatos isolados (BENNER, 1984*; 2001; BENNER, TANNER, CHESLA 2009*; WOODFINE, 2011*; LYNEHAM, PARKINSON, DENHOLM, 2008*).

A evolução da aprendizagem experiencial, bem como o avanço nos níveis de competências, depende, certamente, do envolvimento da aprendiz, de aspectos estruturais, de recursos e do contexto de cuidado, mas também da colaboração de colegas em níveis de competências mais avançados.

A noviça necessita que lhe apresentem uma previsão do que se espera do seu trabalho, de exemplos teóricos do que está vivenciando e de que lhe mostrem a aplicabilidade da teoria na prática para que amplie sua compreensão acerca das situações reais/contexto (LYON, 2015*; OPIYO, 2012*).

À equipe cabem os conselhos, as críticas construtivas, as orientações, os bons exemplos, a receptividade e o acolhimento. Afinal, a noviça é como uma esponja pronta para acolher tudo o que lhe é repassado, sendo assim, a equipe precisa ser cautelosa com suas ações, falas e comportamentos (WOODFINE, 2011*).

É por intermédio desses princípios que se inicia o processo de conexão, reunião e relação com as peculiaridades dos pacientes, das situações e dos contextos de cuidado (BENNER, 1984*; 2001; SANTOS, 2015*).

3.3.2. INICIANTE AVANÇADA

Após ter vivenciado situações reais da prática, mesmo que com foco em princípios normativos, baseado em regras e sem visualizar o contexto de cuidado em que está inserida, a noviça passa a ser chamada de iniciante avançada.

Nesta fase, ela está convicta das normas, regras e rotinas que deve seguir. Tendo aprendido isto, sua visão muda de foco, passa então a perceber os “aspectos da situação”, assim denominados pelos irmãos Dreyfus. A iniciante avançada, por ter vivenciado algumas experiências, identifica fatores significativos que se repetem em situações semelhantes, os “aspectos da situação” (BENNER, 1984*; 2001). Este é o grande diferencial deste nível, quando a enfermeira, baseada em experiências anteriores, deixa seu olhar limitado, pontual, isolado, para ampliá-lo e notar elementos que se repetem em situações semelhantes (BENNER, 1984*; 2001; BENNER, TANNER, CHESLA, 2009*; GOBET, CHASSY, 2008*; LYNEHAM, PARKINSON, DENHOLM, 2008*).

Esta visão um pouco mais ampliada já confere à iniciante avançada uma execução do trabalho mais aceitável. Claro que ainda requer muita aprendizagem experiencial com ocasiões que lhe permitam identificar alguns pequenos nuances da situação, pois ainda não a compreende de forma global (BENNER, 1984*; 2001; BENNER, TANNER, CHESLA, 2009*; WOODFINE, 2011*; OPIYO, 2012*).

A compreensão acerca da situação ainda é incipiente, pois sua vivência não é nula, mas também não o suficiente para realizar uma leitura complexa da situação e/ou do contexto. Além disto, ainda precisa se lembrar das regras, normas e rotinas que aprendeu em situações pregressas (BENNER, 1984*; 2001; OPIYO, 2012*). Como os princípios normativos ainda estão fortemente arraigados nesta fase e a visão acerca das situações é embrionária, o apoio da equipe se faz necessário, especialmente no que tange à delimitação das prioridades.

A superficialidade do entendimento da situação ainda é uma limitação para que a iniciante avançada elenque prioridades, o que justifica o auxílio da equipe na orientação dessa enfermeira. Este apoio deve ser voltado não apenas para a formação, mas também com vistas a garantir excelência no cuidado ao paciente (BENNER, 1984*; 2001; OPIYO, 2012*).

3.3.3 COMPETENTE

Neste nível de competências a evolução é muito perceptível, pois um número maior de características é identificado. A enfermeira competente, por sua experiência, consegue organizar seus pensamentos e planejar o seu trabalho (BENNER, 1984*; 2001; GOBET, CHASSY, 2008*; WOODFINE, 2011*).

O uso de princípios normativos não é tão rígido, pois é capaz de elencar os momentos propícios ou inadequados para isto (BENNER, 1984*; 2001; LYON, 2015*; OPYIO, 2012*). O pensamento crítico acerca dos conhecimentos teórico e prático surge nesta fase, quando, com base em experiências, analisa o problema, acertos e erros, identifica aspectos significativos das situações e elenca prioridades (BENNER, 1984*; 2001; GARDNER, 2013*; LYON, 2015*).

O planejamento também é um diferencial, mesmo ainda sendo abstrato, analítico, consciente e deliberado (BENNER, 1984*; 2001; GOBET, CHASSY, 2008*; WOODFINE, 2011*). O exercício de planejar, geralmente, surge no segundo ou terceiro ano de experiência e torna a competente cada vez mais organizada e assertiva (BENNER, 1984*; 2001; OPYIO, 2012*). É consciente de suas metas, responsabiliza-se por seus resultados e investe neles e isto a instiga a refletir e avaliar seu trabalho, o que serve de instrumento para acelerar a aprendizagem experiencial (BENNER, 1984*; 2001; BENNER, TANNER, CHESLA, 2009*; LYON, 2015*; OPYIO, 2012*).

Ainda não possui a agilidade e flexibilidade como as que são esperadas de uma proficiente. Todavia, devido à experiência prévia, tem confiança e é capaz de dominar e gerenciar muitas ocasiões, pois sabe lidar com imprevistos, elencar as prioridades e decidir em situações de emergência (BENNER, 1984*; 2001; OPYIO, 2012*; LYNEHAM, PARKINSON, DENHOLM, 2008*).

As características até então mencionadas conferem confiança à competente, pois sua prática está organizada. A enfermeira está pronta para a tomada de decisão que atenda à demanda do paciente, pois tem habilidade, conhecimento e situações reais da prática que proporcionam um julgamento clínico capaz de respaldá-la em suas responsabilidades (BENNER, 1984*; 2001; BENNER, TANNER, CHESLA, 2009*; OPIYO, 2012*).

3.3.4 PROFICIENTE

Por ser dotada de visão global e considerar o contexto e as demais condições intervenientes das situações reais, a proficiente é quase uma *expert*. Seu raciocínio é articulado, os aspectos de uma situação não são mais desconexos. Esse nível mais avançado possui uma visão contextualizada, por isso as regras não são mais prioridade (BENNER, 1984*; 2001; BENNER, TANNER, CHESLA, 2009*; GOBET;

CHASSY, 2008*; OPYIO, 2012*). Os princípios normativos são apenas guias de orientação que a auxiliam na organização do serviço, e a experiência lhe permite avaliar as situações/contexto, identificar particularidades, decidir assertivamente e determinar em que momentos a regra não será seguida.

A visão global e o planejamento são mais amplos, pois a proficiente planeja a longo prazo, por conseguir fazer previsão dos acontecimentos. Suas decisões, embasadas em experiência prévia, consideram o paciente, suas condições físicas, emocionais, psicológicas, financeiras, sociais, dentre outras, com um objetivo definido, clareza acerca de suas metas e que caminhos serão necessários para alcançar seus objetivos (BENNER, 1984*; 2001; BENNER, TANNER, CHESLA, 2009*; OPYIO, 2012*).

Isso ocorre com base em eventos anteriores dos quais identifica as situações típicas, que são aquelas que se repetem nos diferentes momentos de sua vida profissional. Para a proficiente sua experiência é o que mais conta em sua aprendizagem e, neste momento, esquece-se do que viveu quando novíça e pode até mesmo considerar que o que aprendeu inicialmente era insignificante e de fácil entendimento. Talvez por isso as situações de tensão se enquadrem no momento em que a proficiente mais aprende (BENNER, 1984*; 2001; BENNER, TANNER, CHESLA, 2009*; OPYIO, 2012*). Pela certeza de que experiência foi determinante em seu desenvolvimento de competências, também faz uma crítica entre os conhecimentos teórico e prático (GARDNER, 2013*).

Esse saber adquirido permite-lhe reconhecer, nas situações típicas e nos aspectos da situação, acontecimentos que ainda estão ou não por acontecer (BENNER, 1984*; 2001; OPYIO, 2012*). É capaz de perceber quando acontecerá um determinado evento que pode colocar em risco a condição de saúde do paciente, antes mesmo que se materialize. Esta análise e identificação do sinal de alarme precoce é natural, fluida, e, na maioria das vezes, previne uma deterioração do estado do paciente (BENNER, 1984*; 2001; LYNEHAM, PARKINSON, DENHOLM, 2008*; OPIYO, 2012*).

Baseada nesta visão global, em sua experiência, na identificação de situações típicas, nos aspectos da situação e nos sinais de alarme precoce, a proficiente elenca prioridades na maioria das situações reais da prática, mesmo sendo estas as mais complexas.

Esta facilidade para priorizar proporciona maior fluidez para a tomada de decisão, pois seu foco reside sobre o problema real, e é a própria situação/contexto que a orienta para decidir. Como, por exemplo, o momento da orientação ao paciente acerca dos cuidados com sua ileostomia. A proficiente identifica o momento exato em que o paciente está de fato aberto para ouvi-la. A orientação não ocorre quando a enfermeira programa, mas, sim, quando observa o melhor momento do paciente e/ou da situação. Neste processo decisório, a intuição pode emergir para auxiliar a proficiente a organizar e compreender sua tarefa, mas ela ainda vai confirmar esta intuição por meio de um pensamento crítico e analítico (BENNER, 1984*; 2001; BENNER, TANNER, CHESLA, 2009*; OPIYO, 2012*; LYON, 2015*).

Outra característica da proficiente é a utilização de máximas. As máximas são frases que exigem uma experiência prévia capaz de levar a enfermeira a compreender a situação/contexto sem necessitar de maiores explicações. Por isso não são decifradas pelos novatos, iniciantes avançados e competentes, pois ainda não possuem a visão global e a bagagem experiencial que sustentem uma interpretação adequada (BENNER, 1984*; 2001; BENNER, TANNER, CHESLA, 2009*; WOODFINE, 2011*; OPIYO, 2012*).

Toda a sua experiência a capacita para que faça uso de exemplos reais no processo de ensino-aprendizagem. A descrição detalhada de uma situação simples ou a explicação de um caso mais complexo é mais difícil à proficiente do que para a *expert*. Mas o exercício de usar casos baseados em sua aprendizagem experiencial, além de servir de exemplo às aprendizes, também é uma forma de reforçar o seu conhecimento e estimular seu avanço rumo à *expertise* (BENNER, 1984*; 2001; LYON, 2015*).

3.3.5 EXPERT

Chega-se agora ao mais elevado nível de competências, a *expert*. Ela é a enfermeira que, mesmo em condições desfavoráveis e nas situações/contexto mais complexas, consegue ser resolutiva para o paciente com seu cuidado.

Como referido, nem toda enfermeira será uma *expert*, pois, para alcançar este nível de competências, além dos quesitos estruturais, contextuais e de recursos humanos e materiais, é preciso desejo, envolvimento, e um estar aberto a aprender.

Toda a sua prática, desde a compreensão da tarefa à tomada de decisão, é natural, fluida e intuitiva, pois não faz uso do pensamento analítico para decidir, suas ações são definidas de forma reativa às demandas das situações/contexto. Isto porque a quantidade de experiência que traz consigo é tão significativa, que a sustenta para atuar assertivamente com base em sua visão global das situações/contexto. É assim, pelo menos, nas situações mais rotineiras. Essa premissa não se aplica nas exceções, quando a *expert* vivencia ocasiões que não pertencem à sua especialidade (BENNER, 1984*; 2001; GOBET; CHASSY, 2008*; LYNEHAM, PARKINSON, DENHOLM, 2008*; NYATANGA; VOCHT, 2008*; WOODFINE, 2011*; OPIYO, 2012*; CARRILO ALGARRA et al., 2013*; ARGILAGA-MOLERO; ARIAS-RIVERA, 2013*; LYON, 2015*).

Quanto ao planejamento da *expert*, isto é ainda mais desenvolvido, pois se concentra exatamente sobre o foco do problema, de maneira mais pontual e intuitiva, sabe quais os objetivos a serem atingidos e identifica as metas e os caminhos a serem percorridos, pois sua experiência mostra quais são os aspectos que de fato interessam em uma determinada situação/contexto (BENNER, 1984*; 2001; BENNER, TANNER, CHESLA, 2009*; OPIYO, 2012*).

Esse planejamento é tão automático que a *expert* não decide ou resolve problemas de forma analítica, simplesmente atua, tamanha a naturalidade e fluidez que é, para esta enfermeira, atuar. Isto não é por desconsiderar o conhecimento científico devido à sua vasta experiência, pois para Benner (2001, p.viii) "não é uma questão de escolher a ciência ou sabedoria prática, um pouco como se relacionar com os dois".

A *expert* sabe que suas decisões no cuidado são resultado de avaliações que não são meramente direcionadas por um sentimento ou um pressentimento, mas que são direcionadas pela intuição à confirmação científica. Não é uma prática reflexiva consciente. Este é o ponto crucial do conhecimento intuitivo na prática, poder usá-lo como um ponto de partida para identificação de sinais de alarme precoce, por exemplo, e definir uma conduta com base nesta intuição, tendo como fundamento o conhecimento científico que já está imbuído na profissional (BENNER, 1984*; 2001; GARDNER, 2013*; SANTOS, 2015*).

A profundidade da experiência da *expert* permite que ela não se prenda a regras, pois este comportamento iria subestimar o seu potencial. As regras são importantes e necessárias ao bom andamento do trabalho para o alcance de um

resultado competente, e a *expert* sabe disso, mas sua visão ultrapassa a rigidez dos princípios normativos (BENNER, 1984*; 2001; BENNER, TANNER, CHESLA, 2009*; OPIYO, 2012*).

Ao contrário do que ocorre no nível de proficiência, os avanços da *expert* são pouco evidentes, pois acontecem a um nível de abstração que somente os que vivenciam isto poderiam compreender, tais como outras *experts*. Isto porque ela está tão envolvida em sua prática que esta faz parte de seu ser, por isso suas ações são tão fluidas, naturais, tanto que nem percebe a transição do nível de proficiente para a *expertise*, pois seu comportamento já faz parte de sua identidade profissional (BENNER, 1984*; 2001; BENNER, TANNER, CHESLA, 2009*; LYNEHAM, PARKINSON, DENHOLM, 2008*).

Pelo fato de fazer parte de sua identidade e do seu ser, esta enfermeira não consegue descrever sua prática de maneira explícita, pois há muita intuição e naturalidade em suas ações. Desta forma, fica difícil para ela ensinar formalmente, pois, além de requerer do aprendiz o mínimo de experiência para compreender o que será abordado, é preciso que ela consiga descrever o significado de suas ações, o que se torna difícil ao considerar que, como fazem parte do 'ser' da *expert*, estas ações geralmente são inconscientes (BENNER, 1984*; 2001; BENNER, TANNER, CHESLA, 2009*).

Na realidade norte-americana as enfermeiras *experts* são contratadas como tutoras das recém-admitidas ou das que ainda estão níveis iniciais de competências. Em um estudo realizado em 2014 encontrou-se associação significativa entre o ser tutor e ser *expert*. Vale aqui contrapor que, para Benner, há certo embaraço quando a *expert* treina a noviça, pois seus conhecimentos estão tão distanciados que dificultam até mesmo a comunicação entre ambas. Por isso, no estudo de Benner, ela indica que as competentes são as melhores tutoras para as noviças, pois ainda possuem a lembrança das demandas destas aprendizes (BENNER, 1984*; 2001; FAURA, et al., 2014*).

3.3.5.1 Intuição

A opção por destacar a intuição deve-se ao fato de esta ser uma característica marcante da *expertise* e que merece ser mais bem compreendida.

Ainda não é amplamente aceita e tem sido tema de muitos debates. Tais críticas não serão abordadas, mas sim os aspectos pertinentes e defendidos neste trabalho.

A intuição é uma ferramenta utilizada, muitas vezes, de maneira inconsciente. É também um conceito ainda pouco conhecido pelas enfermeiras que de fato a possuem. Não é um sentimento qualquer, percebido em todas as circunstâncias, e que pode ser utilizado de qualquer maneira. É resultado de uma aprendizagem experiencial intensa, na qual a enfermeira se envolve por inteiro com as situações reais, com o paciente, com o trabalho, e que garante resolutividade e eficácia em suas decisões.

A prática intuitiva é o reconhecimento de padrões estabelecidos por experiências anteriores e saber identificar alterações do caso clínico do paciente, mesmo que estas não estejam evidentes. Esta prática confere naturalidade, agilidade e assertividade nas decisões da *expert*, muito mais rapidamente do que qualquer outro nível de competências. É instigada pela percepção, envolvida por emoções, requer uma visão global das situações/contexto, gera inconsciência nos processos relacionados à prática e confere qualidade às decisões (BENNER, 1984*; 2001; LYNEHAM, PARKINSON, DENHOLM, 2008*; GOBET; CHASSY, 2008*).

A intuição requer um envolvimento profundo, uma relação de “estar com” o paciente e “estar em” com o contexto, que exige envolver-se até mesmo emocionalmente com o paciente, para que a sensibilidade da enfermeira seja aflorada e alcance o outro. Para Benner os sentimentos envolvidos na prática da *expert*, além de lhe servirem de orientação e informações, podem ampliar sua habilidade perceptiva, proporcionar maior comprometimento ético, maior *know-how* clínico e compromisso com o paciente e sua família. Por isso, a intuição é conhecida como um fenômeno genuíno, verdadeiro, puro, natural e sincero (BENNER, 1984*; 2001; GOBET; CHASSY, 2008*).

A decisão intuitiva é alvo de críticas por ser conhecida como um ‘palpite’, ‘voz interior’ ou o ‘sexto sentido’ aflorado, por isto é tão difícil compreendê-la quando está sendo utilizada. Na realidade a intuição é saber, sem saber como (NYATANGA, VOCHT, 2008*). Em um processo decisório, a *expert* intui que algo vai acontecer, ou o que deve decidir e decide. Esta mesma situação poderia ser vivenciada pelo competente ou proficiente. Estes iriam articular os seus conhecimentos e habilidades para decidir por meio de um processo analítico, mas com a *expert* essa decisão já é automática, e tão natural, que ela simplesmente decide. Por isso é difícil à *expert*

relatar como decidiu, pois não precisa raciocinar para tomar sua decisão (BENNER, 1984*; 2001; NYATANGA, VOCHT, 2008*).

A intuição é uma arte, sem lógica, e não é uma ciência. É um valioso conhecimento que serve de instrumento na tomada de decisão e pode ser confirmado cientificamente sempre que necessário ou desejado. O interessante do pensamento intuitivo é que ele proporciona opções que o pensamento consciente não é capaz de dar. Todavia, assim como ocorre com outros tipos de conhecimentos, nem sempre a intuição é assertiva. Mesmo assim deve ser mais enfatizada e valorizada, pois, na maioria das vezes, guia a *expert* em seu processo decisório e pode ser confrontada com os demais tipos de conhecimentos. A articulação destes otimizaria o resultado das decisões mais complexas em prol do cuidado ao paciente (NYATANGA, VOCHT, 2008*; BLUM, 2010*).

3.4 CONHECIMENTO PRÁTICO

A ascensão das práticas baseadas em evidências, relevante à prática profissional da enfermagem, tem relacionado a prática com a técnica, tornando enfermeiras, muitas vezes, aplicadoras de alto desempenho técnico, simplificando a clínica, o saber fazer, fundamentado nos conhecimentos ético, estético, tácito e de contexto (QUEIRÓS, 2015*). Na enfermagem, cuidar ultrapassa a realização de técnicas e procedimentos, pois permite o desenvolvimento do julgamento clínico, o qual está relacionado ao caráter e às competências da enfermeira. Isto porque, concomitantemente à construção do conhecimento prático, o tornar-se competente acontece em um contexto real, de maneira racional, acerca de uma prática reflexiva (QUEIRÓS, 2015*).

Com base na minha formação acadêmica, minha prática, meus estudos e a realização deste trabalho, compreendo que o conhecimento prático não pode ser ensinado apenas na academia, pois é a lapidação da teoria na prática clínica, é o conhecimento apreendido na vivência das situações cotidianas dos contextos de cuidado por meio do envolvimento genuíno da enfermeira em busca do aprimoramento profissional e qualidade do cuidado ao paciente.

Este conhecimento é processual, derivado da experiência pessoal e profissional da enfermeira (QUEIRÓS, 2015*), e demonstra-se pela capacidade em identificar alguns padrões, como as alterações nas respostas do paciente, na

distinção de aspectos qualitativos em determinada situação, e no reconhecimento, tácito, na maioria das vezes, de mudanças sutis (BENNER, 2001; QUEIRÓS, 2015*). Para alcançar o ápice do conhecimento prático, a *expertise*, a enfermeira passa por três momentos. No primeiro aplica princípios básicos na prática, no segundo visualiza o todo e sabe priorizar e, por fim, passa de observadora a executante envolvida e proativa (BENNER, 2001; HEYES, THACHUK, 2015).

Por isso, ser dotada de conhecimento teórico acerca de uma especialidade não a torna uma *expert*, é preciso relacionar este saber científico com o prático para que se alcance a *expertise*, pois é na prática que se decide sobre situações particulares que fogem do preconizado pela teoria (BENNER, 1984*; 2001; MOLINA CHAILAN; JARA CONCHA, 2010*; GALLANI; DALLAIRE, 2014).

Em seu estudo, Benner discorre que a enfermeira faz uso de sua percepção, a qual se desenvolve com o passar do tempo, baseada em experiências de situações prévias ou quando observa outra profissional em nível de competências mais avançado. Com isto é capaz de prever sinais de alarme precocemente e promover ações de cuidado que previnem piora do estado clínico do paciente. Esta identificação vai além do uso de recursos científicos, é o conhecimento oriundo de situações da prática com base no cuidar da enfermeira (BENNER, 1984*; 2001; MOLINA CHAILAN; JARA CONCHA, 2010*; GARDNER, 2013*).

É pelo desenvolvimento deste conhecimento baseado na prática que o cuidar da enfermeira precisa ser registrado e sistematizado, para que se possa identificar como esta percepção influencia as situações/contexto de cuidado. O registro desta prática favorece a evidência do conhecimento adquirido com a experiência em situações reais, e a escassez deste registro deixa de favorecer a valorização da enfermagem (BENNER, 1984*; 2001).

Acreditar no desenvolvimento do cuidado como uma prática, em vez de uma atitude caritativa, repleta de técnicas e sentimentos, apenas traduz a compreensão de que a excelência do cuidar exige competência por parte daqueles que cuidam. Por isso práticas baseadas em evidências são essenciais para o desenvolvimento da teoria (BENNER, 1984*; 2001).

Tais práticas não podem ser integralmente ensinadas pela teoria, pois requerem a vivência do cotidiano de trabalho para que haja a aprendizagem experiencial. Estar no contexto de cuidado não é suficiente para que a aprendizagem aconteça, pois a prática é relacional e contextualizada e portanto é

preciso que o aprendiz esteja genuinamente envolvido para aproveitar cada contexto (BENNER, 1984*; 2001; ASSAD; VIANA, 2005). No que concerne à questão relacional, a prática exige um encontro com o paciente com uma visão abrangente que o considere como uma pessoa, com todas suas potencialidades e fragilidades (BENNER, 1984*; 2001).

Com o intuito de esclarecer melhor esse saber, Benner (1984*; 2001) aponta seis domínios do conhecimento prático, os quais são: hierarquização das diferenças qualitativas; os significados comuns; suposições e tipos de comportamento; casos paradigmáticos e conhecimento pessoal; máximas; e práticas não planejadas.

1) Hierarquização das diferenças qualitativas

São diferenças qualitativas do estado clínico do paciente identificadas por intermédio da percepção. Tais alterações são, muitas vezes, despercebidas pelo restante da equipe multiprofissional, pois somente quem convive diariamente com tais diferenças e com a percepção desenvolvida é que consegue identificá-las. Tal percepção, bem como o desenvolvimento do conhecimento prático, depende do contexto, por este motivo esta identificação deve ser registrada a fim de que se possa, posteriormente, avaliar o contexto, as características, os significados e os resultados em que tais diferenças são evidenciadas (BENNER, 1984*; 2001).

2) Os significados comuns

Esses significados emergem quando, nas mais variadas situações/contexto da prática, há uma repetição de sentido, contexto e intenções. A enfermeira codifica esta informação e consegue identificar os aspectos e características que podem ser utilizados novamente com outros pacientes ou situações. Essa percepção dos significados comuns vai se aperfeiçoando com o passar do tempo de acordo com as relações que a enfermeira estabelece com os pacientes e/ou familiares. Não podem ser repassados aos demais de forma científica, são aprendidos e ensinados por meio da aprendizagem experiencial (BENNER, 1984*; 2001).

3) Suposições e tipos de comportamento

As suposições acontecem quando a enfermeira prevê acontecimentos. Esta suposição está embasada em sua aprendizagem experiencial a partir da observação dos pacientes em suas mais diversas evoluções clínicas. Não há uma formulação consciente por parte da enfermeira, por isso estas suposições somente podem acontecer na prática e não podem ser generalizadas (BENNER, 1984*; 2001).

As enfermeiras assumem determinados tipos de comportamento quando vivenciam repetidas vezes situações semelhantes nos contextos de cuidado. Quanto mais tempo de experiência, mais se manifesta este comportamento. Está relacionado ao significado que a situação/contexto tem para cada uma e, desta forma, depende até mesmo da cultura em que a profissional está vinculada. Esse comportamento não é completamente explícito, se assim for, deixa de ter essa função (BENNER, 1984*; 2001).

4) Casos paradigmáticos e conhecimento pessoal

Como o próprio nome indica, os casos paradigmáticos são utilizados pelas enfermeiras mais experientes (proficientes e *experts*) como se fossem paradigmas. Esses são casos vivenciados anteriormente e que servem de exemplo para a tomada de decisão em casos atuais. Destacam-se por ter interferido, de alguma forma, na aprendizagem, especialmente no que se refere ao desenvolvimento da percepção. São esses casos que guiam a conduta da enfermeira e permitem que, de forma perspicaz, apreenda a situação. Este é o domínio do conhecimento prático de mais fácil compreensão, pois é utilizado quando a enfermeira se lembra de situações vivenciadas e, com uma visão global, as compara com as atuais. Como servem de exemplos, são utilizados no processo de ensino-aprendizagem na formação acadêmica e na prática profissional (BENNER, 1984*; 2001).

Para utilizar o caso paradigmático como exemplo na aprendizagem experiencial deve-se considerar a experiência do aprendiz, pois, se o caso for muito complexo, uma novíça, por exemplo, não poderá compreendê-lo. As *experts* estão repletas de casos paradigmáticos, que, se descritos, contribuiriam com o avanço do conhecimento prático por meio das modificações em suas abordagens nos cuidados prestados aos pacientes (BENNER, 1984*; 2001).

A experiência que a enfermeira traz consigo é denominada de conhecimento pessoal, o qual está vinculado à história pregressa de cada uma. Este conhecimento precisa ser lapidado por um profissional de um nível de competências mais avançado do que aquele que está aprendendo (BENNER, 1984*; 2001).

5) Máximas

São frases utilizadas por proficientes ou *experts* que traduzem uma situação e que exigem experiência daquele que as escuta para que possam ser compreendidas. São frequentemente utilizadas para indicar situações com alterações sutis, que exigem percepção mais acirrada, e que, portanto, só podem

ser codificadas por aqueles que já vivenciaram a situação em questão. A utilização das máximas potencializa o aprendizado das enfermeiras, pois estimula o desenvolvimento da percepção (BENNER, 1984*; 2001).

6) Práticas não planejadas

Situações que não são de responsabilidade da enfermeira e a mesma assume por ter conhecimento da situação/contexto ou por ser a profissional que está presente no local onde se precisa de determinada ação. Tais práticas permanecem despercebidas, pois são ações realizadas pela enfermagem, mas de responsabilidade de outra categoria profissional (BENNER, 1984*; 2001).

4. METODOLOGIA

Este é um estudo qualitativo do tipo interpretativista que utiliza a *Grounded Theory* (GT) ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) como método de pesquisa. Para melhor compreensão desta pesquisa, as seguintes temáticas são abordadas: local da pesquisa, questões da pesquisa, coleta e análise de dados, validação da teoria e considerações éticas.

Os critérios para escolha deste referencial teórico metodológico foram: a pesquisa qualitativa, modalidade da Teoria Fundamentada nos dados pela profundidade de análise dos dados, permite construir uma teoria substantiva compatível com uma tese de doutorado. Benner corrobora-se com esta perspectiva ao indicar que o Modelo de Aquisição de Competências aplicado à enfermagem deveria ser utilizado em estudos interpretativos, os quais se apoiam no contexto particular da situação (BENNER, 1984*; 2001) para compreender o significado da experiência dos sujeitos. Assim, usar a TFD e o referencial teórico do Modelo de Benner atendeu às expectativas deste estudo, pois permitiu a construção de uma teoria que explicitasse como acontece o desenvolvimento de competência das enfermeiras na UTI.

Nas raízes históricas da construção da TFD, Glaser, pesquisador quantitativo, contribuiu na descrição específica e rigorosa de estratégias utilizadas nos estudos qualitativos e Strauss, estudioso qualitativo, influenciado pelo interacionismo e pragmatismo, trouxe aspectos teóricos para o desenvolvimento do método (GLASER, 1967; STRAUSS; CORBIN, 2008; CHARMAZ, 2009; TAROZZI, 2011).

Com o tempo, outros pesquisadores apresentam novas formas de fazer TFD. Glaser, preocupado com o rigor metodológico, produz publicações que reforçam os propósitos, princípios e procedimentos da TFD clássica, ou glasseriana (HOLTON, 2012*). Outra perspectiva é a de Strauss e Corbin, e, posteriormente, a de Adele Clarke, com a proposta de criação de mapas analíticos de complexidade crescente, e Kathy Charmaz, com uma visão construtivista (TAROZZI, 2011; CHARMAZ, 2009). Essa flexibilidade de inovação na TFD, respeitando suas premissas básicas, é importante para a evolução do método, pois ela continua sendo única, com diversas formas de execução. Cabe ao pesquisador ser ético e rígido quanto aos princípios básicos do referencial teórico metodológico e optar por uma das vertentes da TFD a ser seguida.

4.1 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa ocorreu em um hospital público de ensino, de nível terciário, do Estado do Paraná, que é referência nacional e até internacional, de acordo com o tratamento requerido pelo paciente. Dentre outras, a relação mais estreita com as UTIs é por meio da contratualização entre o hospital e a Secretaria Municipal de Saúde para atendimento da demanda das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) do município. Destas, são admitidos pacientes com critérios para internamento nas UTIs. A triagem e seleção dos pacientes são realizadas pela equipe da Central de Regulação do município.

Quanto às UTIs, são seis as que atendem a demanda tanto da Central de Regulação, quanto dos pacientes internos do hospital, sendo elas a Neonatal, Pediátrica, Adulto I, II, e III, e Cardiológica. À época da coleta de dados, o quantitativo de enfermeiras que atuava nessas unidades era de 53 assistenciais. A maioria das enfermeiras dessas unidades atuava na UTI havia sete anos, em média.

A escolha deste local favoreceu a realização desta pesquisa, uma vez que, mesmo em práticas desfavoráveis, as enfermeiras atuavam há tempos nessas UTIs, o que contribuiu para com a construção do conhecimento prático por meio da vivência das situações intensas de cuidado que este ambiente complexo oportuniza. Por outro lado, a nova contratação de pessoal também foi ao encontro dos objetivos desta pesquisa por ter proporcionado a entrada de enfermeiras noviças e iniciantes avançadas. Esta diversidade de níveis de competências colaborou com a realização da TFD, pois permitiu a compreensão do fenômeno a partir de diferentes experiências de vida, o que facilitou o alcance da saturação teórica deste estudo.

4.2 ELABORAÇÃO DAS QUESTÕES DE PESQUISA

Neste estudo a questão inicial da coleta e análise de dados, com o intuito de compreender o significado da vivência da enfermeira da UTI no desenvolvimento de competências, foi: Conte-me sobre a sua rotina de trabalho como enfermeira na UTI. A cada análise e durante a própria entrevista, surgiram novas perguntas, e assim sucessivamente até o final da coleta de dados.

Buscou-se elaborar um roteiro de perguntas que seguisse as premissas do método e auxiliasse na compreensão do fenômeno. Para tanto, utilizou-se em cada

entrevista um roteiro inicial (APÊNDICE 1) e um material de apoio, com tópicos-chaves, relacionados ao referencial teórico e ao objeto de estudo, que deveriam ser retomados nas entrevistas, de acordo com o desenrolar das mesmas.

4.3 SELEÇÃO DOS GRUPOS AMOSTRAIS

Ao considerar o objetivo desta tese, era preciso envolver as mais diversas experiências que explicitassem o significado da vivência da enfermeira na UTI no desenvolvimento de competência. Para tanto, optou-se, intencionalmente, por abranger as profissionais de todas as UTIs do hospital em estudo, pois, independente da especialidade, a complexidade da UTI implicaria em significados de vivência análogos no desenvolvimento de competência.

A seleção do Grupo Amostral (GA) inicia-se com uma hipótese que leva o pesquisador a determinar o por que que, neste momento, este grupo é relevante para a compreensão do fenômeno. Até a última contratação, em 2015, poderiam ser escassas as enfermeiras novças ou iniciantes avançadas, por conta do tempo em que havia ocorrido o penúltimo concurso público, no ano de 2012. E na seleção de 2015 é que poderia ter sido admitidas mais recém-formadas, as quais seriam irre recuperáveis na coleta de dados, caso não fossem entrevistadas no início da coleta, pois, com a vivência nas situações/contexto de cuidado, avançariam em seus níveis de competências.

Para identificar esses níveis, elaborou-se um instrumento (APÊNDICE 2) que delineasse, além do perfil das participantes, o nível de competências em que se encontravam, à luz do referencial de Benner. Como essa primeira coleta de dados aconteceu em um curto espaço temporal, para posterior definição dos GA, no momento da entrevista para a TFD, algumas enfermeiras, por sua vivência no hospital, já apresentavam atributos que as classificavam como de nível de competências mais avançado. Por exemplo, a enfermeira do GA 2 (competentes), foi identificada como proficiente na entrevista da TFD, pois suas experiências em situações/contexto de cuidado ampliaram seu conhecimento prático, o que a aproximou da *expertise*. Isto não compromete a densidade dos dados obtidos nos distintos grupos, pois o desdobramento da coleta e análise dos dados possibilitou o alcance da saturação teórica, alicerçado nas variadas experiências das participantes.

Identificado o nível de competências das enfermeiras, definiu-se o primeiro GA, composto por cinco novças e iniciantes avançadas, o que totalizou seis entrevistas, visto que, conforme a necessidade identificada pela pesquisadora, realizaram-se duas entrevistas com uma mesma participante. O quantitativo reduzido deste grupo não invalida sua relevância, pois, além de refletir a presença moderada deste nível de competência nas UTIs, retrata uma das facetas da vivência da enfermeira no desenvolvimento de competências.

A partir da coleta e análise dos dados foi possível compreender como as enfermeiras iniciam o seu desenvolvimento de competências, com uma prática ainda limitada, desorganizada, sem experiência prévia suficiente para assumir as responsabilidades de uma unidade complexa como esta.

Tendo compreendido esta fase inicial, postulou-se que a enfermeira competente detém uma vivência diferenciada que pode contribuir com a explicitação do fenômeno, devido à sua experiência prévia, capacidade de priorização, visão mais ampliada, tomada de decisão e atuação perante imprevistos. Com o intuito de confirmar ou refutar esta hipótese, definiu-se o segundo GA, composto por 11 enfermeiras caracterizadas, na primeira fase da coleta de dados, como competentes.

Findada a coleta com o segundo GA, levantou-se a hipótese de que as proficientes, por sua visão de contexto, pensamentos articulados, percepção, planejamento e utilização de máximas e casos paradigmáticos, teriam uma compreensão acerca das situações diferente das competentes, podendo, portanto, contribuir para com a explicitação do fenômeno. Elencaram-se, então, seis proficientes para elucidar esta vivência.

Por fim, se teve por base a postulação de que a *expert*, com sua vasta experiência prévia, conhecimento intuitivo, visão global profunda, dificuldade para seguir normas e rotinas, decisão rápida e segura, contribuiria com uma perspectiva mais ampla acerca de seu aprendizado, tanto com suas experiências anteriores quanto com suas expectativas para o futuro. Fundamentando-se nesta hipótese, selecionaram-se sete *experts* para cooperar com a finalização da coleta de dados.

Findada a análise dos quatro GAs foi possível alcançar o objetivo do estudo, pois novas categorias, dimensões e propriedade já não mais surgiram. Alcançou-se, então, a saturação teórica, o que culminou com a finalização da coleta de dados.

Destarte, a pesquisa contou com quatro GAs, 29 participantes e 30 entrevistas (QUADRO 1).

QUADRO 1 - CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS AMOSTRAIS

GA	Descrição das participantes	Participantes (n)	Entrevistas (n)
1	Noviças e iniciantes avançadas	5	6
2	Competentes	11	11
3	Proficientes	6	6
4	<i>Experts</i>	7	7
TOTAL		29	30

FONTE: A autora (2017)

NOTA: (n) - número

4.4 A COLETA DE DADOS

O critério de seleção dos GA requereu uma coleta de dados anterior à etapa das entrevistas para definição do nível de competências das enfermeiras que atuavam nas UTIs. Ambas as etapas serão apresentadas a seguir.

4.4.1 PRIMEIRA FASE

Com o intuito de identificar as enfermeiras noviças e as iniciantes avançadas, foi necessário realizar uma coleta prévia à fase das entrevistas, com dados quantitativos para iniciar a definição dos GAs, e posterior análise qualitativa utilizando a TFD.

Nesta fase o estudo se caracterizou como quantitativo, observacional e transversal, cuja coleta de dados ocorreu com 47 das 53 enfermeiras que atuavam nas UTIs do hospital (Neonatal, Pediátrica, Cardiológica e Adulto I, II e III), no período de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016. Delimitaram-se como critérios de seleção: ser enfermeira do hospital e atuar em UTI; ou ser enfermeira do hospital e já ter atuado em UTI há, no máximo, três anos. Seis enfermeiras não participaram desta fase por falta de disponibilidade de tempo.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário semiestruturado (APÊNDICE 2) adaptado de Aued (2013), que envolve questões como sexo, idade, tempo de formação, ano de graduação, tempo médio de experiência, motivo que as levou a atuar em UTI, nível de competências e titulação. Para identificar este nível, adaptou-se a estratégia utilizada por Benner (1984*; 2001) em sua tese de doutoramento. Foi solicitado à enfermeira que descrevesse um ou dois casos de sua

prática clínica, que marcaram sua trajetória profissional ou nos quais achou que seu cuidado fez a diferença ao paciente. A partir disto, eram avaliados trechos de sua descrição que apontassem características que pudessem identificá-la em um dos níveis de competências segundo o referencial teórico proposto.

Nesta primeira fase, a pesquisadora se apresentava para a chefia de enfermagem da unidade e explicava o objetivo da pesquisa. Após esta comunicação, eram contatadas as possíveis participantes. Como a abordagem foi realizada no ambiente de trabalho da entrevistada, foi necessário adequar-se à sua disponibilidade de horário. O preenchimento do instrumento era realizado pela pesquisadora, preferencialmente, ou pela enfermeira, quando esta assim definia.

Antes ou após a aplicação do questionário, de acordo com a situação e a disponibilidade da enfermeira naquele momento, era explicado que esta era a primeira fase da coleta e que, posteriormente, de acordo com os dados, provavelmente eu entraria em contato com a participante para agendarmos uma entrevista, caso ela aceitasse continuar com a pesquisa. Esta abordagem favoreceu a participação das enfermeiras na segunda fase da coleta de dados.

4.4.2 SEGUNDA FASE

Após definição do nível de competências das enfermeiras, inicia-se a coleta de dados para análise qualitativa, com a TFD. Esta coleta aconteceu de fevereiro de 2016 a abril de 2017 por meio de entrevistas semiestruturadas com questões norteadoras previamente elaboradas e um material de apoio com tópicos-chaves que deveriam ser abordados na entrevista, conforme seu andamento.

Para iniciar a coleta propriamente dita realizaram-se duas entrevistas piloto, a partir das quais foi possível identificar necessidades de adequações ao roteiro inicial (APÊNDICE 1). Essas questões norteadoras serviram apenas de base para a entrevista, pois a elaboração de novos questionamentos aconteceu conforme as respostas das participantes. Por isso a relevância da sensibilidade teórica do pesquisador, pois vai direcioná-lo à geração de novas indagações que abordam tópicos relacionados ao objetivo e à questão norteadora da pesquisa a fim de contribuir para com a compreensão do fenômeno.

No total foram 30 entrevistas com 29 participantes, pois houve necessidade de retornar e fazer uma nova entrevista com uma das participantes. Não houve

desistência ou recusa em participar da pesquisa. Acredita-se que a abordagem realizada na primeira fase da coleta de dados facilitou a aderência das participantes nesta fase.

As entrevistas foram em local de trabalho, e em horário agendado pela enfermeira. Era feito o contato com a mesma, lembrado o objetivo da pesquisa, mencionado na primeira fase da coleta de dados, e a pesquisadora aguardava o momento em que a participante estivesse disponível. Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora. Após a coleta, a entrevista era transcrita e analisada, readequado o instrumento de coleta de dados, para somente então, fazer a próxima entrevista, conforme preconizado pela TFD.

Findada a coleta elaborou-se o QUADRO 2, com o intuito de demonstrar o número e duração das entrevistas, números de códigos e de páginas, segundo o GA.

QUADRO 2 - QUADRO DESCRITIVO COM NÚMERO E DURAÇÃO DAS ENTREVISTAS, NÚMEROS DE CÓDIGOS E DE PÁGINAS, CONFORME O GRUPO AMOSTRAL

GA	Número de entrevistas	Duração da entrevista	Número de códigos	Número de páginas
1. Noviça e Iniciante avançada	6	4h 58 min.	955	73
2. Competente	11	7h 51 min.	2040	245
3. Proficiente	6	4h 42 min.	852	212
4. <i>Expert</i>	7	7h 11 min	956	315
TOTAL	30	24h 42 min	4803	845

FONTE: A autora (2017)

Do total das entrevistadas, 14 atuavam na UTI Adulto I; sete, na UTI Adulto II; três, na UTI Adulto III; uma, na UTI Neonatal; três, na UTI Pediátrica; e uma, na UTI Cardíaca. Quanto aos turnos de trabalho, 11 eram do período matutino; cinco, do vespertino; e 14, do noturno.

Para a condução da coleta de dados, foi necessária a construção de **memorandos** e **diagramas**, os quais são considerados elementos preciosos e imprescindíveis no processo de elaboração de uma TFD. Eles representam uma forma de registro referente à formulação da teoria e se desenvolvem em notas teóricas, notas metodológicas, notas de codificação, notas observacionais e uma subvariedade destas (GLASER, 2012a*; POLIT; BECK, 2011). Segue-se exemplo de memorando teórico e metodológico (QUADRO 3 e QUADRO 4) e de diagrama (FIGURA 1):

QUADRO 3 - EXEMPLO DE MEMORANDO TEÓRICO

Memorando Teórico (MT) (10.47: entrevista 10, código 47)

Data: 31/10/2016

Código 47: Referindo que na emergência o olhar clínico não é tão desenvolvido, porque as situações acontecem mais rapidamente

MT: Em situações de emergência a avaliação acontece muito rapidamente e, como requer agilidade e precisão na tomada de decisão, a enfermeira nem percebe o processo mental que articula para decidir, por isso não atenta para a utilização do julgamento clínico na emergência, devido à complexidade envolvida nestas situações.

FONTE: A autora (2017)

QUADRO 4 - EXEMPLO DE MEMORANDO METODOLÓGICO

Memorando Metodológico (MM) (09.53: entrevista 09, código 53)

Data: 07/10/2016

MM: Como neste grupo amostral (de competentes), há enfermeiras que já se mostram proficientes, é preciso atentar para a manifestação de situações que assim as caracterizam para que se possa extrair aspectos relacionados a este nível de competência.

FONTE: A autora (2017)

FIGURA 1 - EXEMPLO DE DIAGRAMA DA FASE DE CONSTRUÇÃO DA TEORIA SUBSTANTIVA
DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS AO CUIDAR NA UTI: VIVÊNCIA DA ENFERMEIRA



FONTE: A autora (2017)

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados, assim como a coleta, foi dividida em dois momentos. O primeiro, em que os dados da primeira fase da coleta foram analisados quantitativamente. E o segundo, foco deste trabalho, em que as entrevistas foram analisadas qualitativamente e utilizou a TFD.

4.5.1 PRIMEIRA FASE

Nesta fase, os resultados identificavam o perfil das enfermeiras, bem como o nível de competências. Os dados foram alimentados em planilha do Microsoft Excel 2013® e analisados com ajuda do *Software Statistical Package for the Social Sciences* SPSS® 19.0. Os resultados obtidos pela análise descritiva foram expressos por tabelas e gráficos e para avaliação da correlação entre determinadas variáveis foi estabelecido o coeficiente de correlação de Pearson. O estudo quantitativo, referente aos dados da primeira fase, encontra-se no artigo, submetido em uma revista de enfermagem, presente no APÊNDICE 3.

4.5.2 SEGUNDA FASE

Na TFD a análise dos dados é conhecida como codificação. Na literatura, há abordagens acerca desta codificação em diferentes perspectivas, com diferenças na terminologia ou formas de organizar os dados. Mas os passos para a codificação são os mesmos, e, como seguidores de TFD, temos que observar os preceitos universais deste referencial. Neste trabalho o foco da codificação será a perspectiva de Glaser, pela flexibilidade que ele permite na codificação teórica.

Na codificação, os dados são analisados por partes, constantemente comparadas, e que, subsequentemente, podem ser sintetizadas e reunidas de diversas maneiras, de acordo com o "ajuste padrão" e os possíveis relacionamentos estabelecidos entre as partes (CHRISTIANSEN, 2012a*). A codificação permite que sejam fornecidos nomes apropriados para cada padrão estável, os quais transmitem explicações sobre a principal preocupação e a resolução recorrentes do estudo. Isso ocorre durante toda a coleta e codificação dos dados, as quais, geralmente,

caracterizam-se por serem interativas e envolverem muito trabalho (CHRISTIANSEN, 2012a*).

Na TFD glasseriana, há dois tipos principais de construção de blocos teóricos: **codificação substantiva** (códigos ou conceitos substantivos) e **codificação teórica** (códigos ou conceitos teóricos). Os conceitos substantivos são padrões de comportamento latentes estáveis que sumarizam a substância empírica dos dados e representam o significado subjacente, uniformidade e/ou padrões (GLASER, 1978*, grifos nossos; CHRISTIANSEN, 2012a*; HOLTON, 2012*). É a fase em que o pesquisador descobre códigos a partir dos dados e cria conceitos relevantes ao fenômeno em estudo. É subdividida em **codificação aberta e codificação seletiva** (GLASER, STRAUSS, 1967*, grifo nosso).

A codificação aberta é processo inicial em que surgem os mais variados códigos (CHRISTIANSEN, 2012a*) pela exaustiva leitura do material coletado e pela análise de incidente por incidente, trecho a trecho. Este processo exige profunda concentração, a fim de gerar os códigos iniciais. Estes códigos são extratos das falas das participantes, por isso chamados de substantivos, que surgem desta análise detalhada, podendo gerar as primeiras categorias (GLASER, STRAUSS, 1967*; CAMARGO, 2009; NASCIMENTO, 2014). A codificação aberta, com base na amostragem teórica, direciona o pesquisador para qual caminho deve seguir (NASCIMENTO, 2014). O Quadro 5 exemplifica o tratamento dos dados nesta fase de codificação aberta.

QUADRO 5 - EXEMPLO DE CODIFICAÇÃO ABERTA COM AS UNIDADES DE ANÁLISE, CÓDIGO ORIGINAL E CÓDIGO ABERTO INICIAL

UNIDADE DE ANÁLISE	CÓDIGO ORIGINAL	CÓDIGO ABERTO INICIAL
...eu comecei a trabalhar na UTI 6 meses depois de formado, sem experiência nenhuma, sem clínica, né, foi meu primeiro emprego e justamente foi na UTI (11.1) , e, pra piorar, a minha supervisão foi à noite, sem experiência e à noite (11.2) , o que ajudou um pouco foi que meu último estágio, aquele supervisionado, eu fiz na UTI, lá do Hospital do Trabalhador, então eu conheci um pouco a rotina daquela UTI, então, apesar de ter essa experiência acadêmica como enfermeiro, ajudou (11.3) ,	...eu comecei a trabalhar na UTI 6 meses depois de formado, sem experiência nenhuma, sem clínica, né, foi meu primeiro emprego e justamente foi na UTI (11.1) ...	Iniciando seu trabalho como enfermeiro em uma UTI (11.1)
	...e pra piorar, a minha supervisão foi à noite, sem experiência e à noite (11.2) ...	Iniciando seu trabalho como enfermeiro de UTI à noite (11.2)
	...o que ajudou um pouco foi que meu último estágio, aquele supervisionado, eu fiz na UTI, lá do Hospital do Trabalhador, então eu conheci um pouco a rotina daquela UTI, então, apesar de ter essa experiência acadêmica como enfermeiro, ajudou (11.3) ...	Referindo que o que ajudou a iniciar seu trabalho como enfermeiro de UTI foi estagiar na UTI durante a graduação (11.3)

FONTE: A autora (2017)

Como esses códigos emergem em grande quantidade, é preciso adotar uma forma de organizá-los a fim de facilitar sua busca quando necessário. Por isso, neste trabalho, optou-se pela identificação da entrevista, seguida do número do código, pertencente àquela entrevista. Como, por exemplo, a identificação **(11.1)** faz menção ao primeiro código da entrevista número 11.

Com o surgimento dos códigos substantivos, inicia-se a codificação seletiva, quando começa o agrupamento dos incidentes semelhantes e a análise das conexões e relações existentes entre as categorias formadas na codificação aberta. E, na medida em que as categorias vão sendo organizadas e reorganizadas, pode-se sentir a necessidade de estabelecer um novo GA, com potencial para responder os questionamentos que emergem durante a análise comparativa. E, graças à circularidade dos dados, poderão surgir novas categorias analíticas (NASCIMENTO, 2014). É apresentada no Quadro 6 a organização dos dados na codificação seletiva.

QUADRO 6 - EXEMPLO DE ORGANIZAÇÃO DOS DADOS NA FASE DA CODIFICAÇÃO SELETIVA

CATEGORIA: Desenvolvendo-se na prática
CÓDIGOS SUBSTANTIVOS: - Subcategoria: Superando as situações de cuidado - Componente: Errando e aprendendo na execução do cuidado
CÓDIGOS ABERTOS: - Sendo orientada pela equipe de enfermagem - Realizando tarefas e procedimentos - Realizando o cuidado ao paciente - Refletindo acerca do erro - Desenvolvendo sua avaliação - Prevenindo danos

FONTE: A autora (2017)

Já a codificação teórica é o processo pelo qual se atinge a conceituação. Busca explicitar a categoria central ou “*core category*”, pois sem esse foco corre-se o risco de dispersão, podendo o fenômeno ficar sem um sentido unitário. Este é um conceito completo, complexo e potencialmente explicativo, que unifica as demais categorias e permite que se estabeleça a relação entre elas (GLASER, 1978*; 2012b*; TORAZZI, 2011). É um modelo relacional através do qual todas as categorias ou códigos teóricos são relacionados à categoria central (HERNANDEZ, 2009*).

O denso desenvolvimento da categoria central, em suas relações e inter-relações, articulações, propriedades, variáveis, entre outras, converge para a teoria

que se pretende construir, ou seja, é o resultado da TFD. Vale ressaltar que ela precisa ser encontrada e aprofundada, por isso esta fase é caracterizada por um nível máximo de abstração conceitual, e, de acordo com Glaser, seu resultado é teórico e intuitivo, ao passo que para Strauss é mais descritivo e analítico (TORAZZI, 2011).

Para auxiliar na codificação teórica, Glaser propôs, inicialmente em 1978, 18 maneiras de análise dos dados em TFD: seis Cs (causas, contextos, estratégias, consequência, covariância e condições intervenientes); processo; família de grau; família de dimensão; família por tipo; família estratégica; família interativa; família de identidade de si; família de ponto de corte; família de objetivo principal; família cultural; família de consenso; família de linha principal; família teórica; família de ordenação e elaboração; família de unidade; família de leitura; e modelos (GLASER, 1978*).

Em 2005, o autor acrescentou mais 23 maneiras de análise dos dados: simetria/assimetria; binário; assíntota; arena social; mundos sociais; restrições sociais; família temporal; ação; limites exteriores; família causal; ciclismo; pressão cruzada; micro/macro; isomorfismo; captura do momento; fractais; autoprodução; partes do sistema; tipo ideal; estrutura; causa conjuntural; equilíbrio; e níveis (GLASER, 2005*). O autor deixa claro que essas são opções de se fazer a codificação teórica, mas que, se algum pesquisador se deparar com um fenômeno que se comporte de forma diferente das que foram até aqui apresentadas, ele está livre para criar uma nova forma de codificação teórica.

Em 2009, Hernandez (2009*) apresenta um resumo da trajetória de Glaser, nas últimas três décadas, tempo em que identificou códigos teóricos e famílias de códigos teóricos: 18 em *Theoretical Sensitivity* (GLASER, 1978), em 1998 publica *Doing Grounded Theory* com nove códigos e 23 em *Theoretical Coding* (GLASER, 2005). Em seu artigo, Hernandez (2009*) elabora um quadro para facilitar a compreensão acerca da relação entre as famílias de códigos teóricos e seus respectivos códigos. Dentre os quais, para este trabalho, destaca-se o trecho a seguir (QUADRO 7):

QUADRO 7 - DEMONSTRATIVO DA EVOLUÇÃO DA FAMÍLIA INTERATIVA (*INTERACTIVE FAMILY*) ATÉ O CÓDIGO TEÓRICO *SYSTEM PARTS*

1978	1998	2005
Interactive Family Mutual efforts, Reciprocity, Mutual trajectory, Mutual dependency, Interdependence, Interaction of effects, Covariance	Interactive Family Traffic interaction Asymmetrical interaction (off-balance power equilibriums or power relations)	Systems Parts TC (e.g., functional reciprocity)

FONTE: Adaptado de HERNANDEZ (2009)

Na codificação teórica, a teoria substantiva revelada pelos dados coaduna mais notoriamente com o código teórico *System parts*. A família de códigos teóricos que se relaciona a este é a família interativa, caracterizada pelo fato de o fenômeno não ter início ou fim para ser compreendido e há um compartilhamento constante entre os temas, categorias, subcategorias e componentes, por meio das relações de interdependência, reciprocidade, efeito mútuo, dependência mútua, trajetória mútua, interação dos efeitos, covariância. Este código é um esforço para captar o padrão de interação de duas ou mais variáveis, quando o analista não pode dizer o que vem em primeiro lugar (GLASER 1978*).

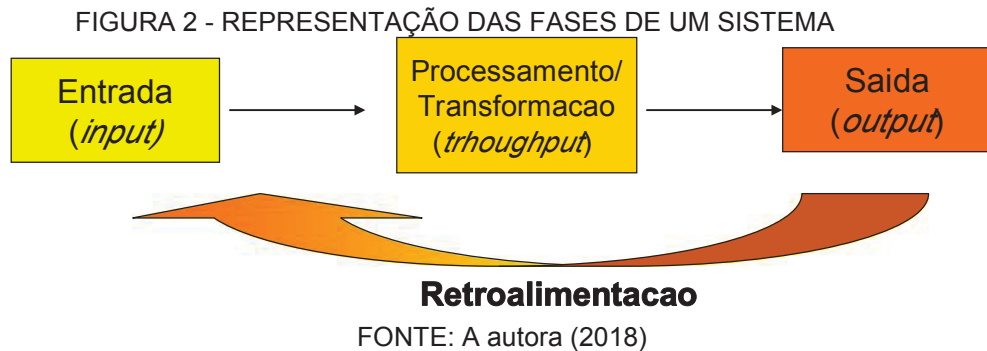
O *System parts* é caracterizado pelas relações entre as partes ou subconjunto de partes com o comportamento do todo. As partes são necessárias, mas não suficientes. Na elaboração da teoria substantiva é importante tornar claro como o todo é dependente das partes, bem como as partes são dependentes do todo, e que isto define o comportamento da teoria. Por este motivo serão utilizadas relações da *interactive family*, com ênfase na compreensão de que a teoria se comporta como um sistema, composto por partes que se relacionam entre si e que influenciam o funcionamento do sistema como um todo (GLASER, 2005*). Tendo em vista a relevância de se compreender o conceito dessas relações, elaborou-se uma lista apenas com a definição das relações elucidadas na teoria (QUADRO 8).

QUADRO 8 - DEFINIÇÃO DAS RELAÇÕES CARACTERÍSTICAS DA CODIFICAÇÃO TEÓRICA ENCONTRADAS NA TEORIA SUBSTANTIVA

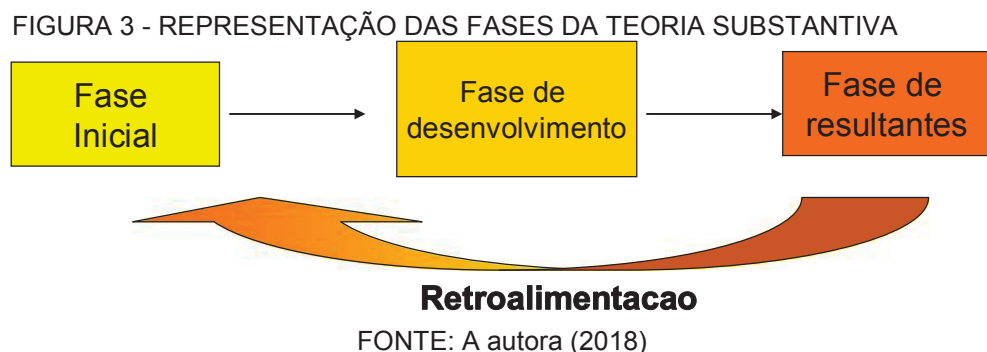
Relação	Definição
Interdependência	“Dependência mútua entre duas variáveis” (GOMES, 2012, p.123)
Reciprocidade funcional	Mutualidade de função entre duas variáveis
Interação assimétrica	Influência recíproca discrepante/desigual entre duas variáveis
Covariância	“Relação linear entre duas variáveis” (GOMES, 2012, p.123)
Autonomia funcional	Relação em que uma variável não influencia a função da outra
Diferenciação	Relação de diferença entre duas variáveis

FONTE: A autora com base em GOMES (2012) e DICIONÁRIO PRIBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA (2008-2013)

Para melhor compreender o *System parts* fez-se uma analogia ao funcionamento de um sistema. Todo sistema, basicamente, é composto por uma entrada (*input*), um processamento ou transformação (*throughput*) e a saída (*output*), representados na FIGURA 2.



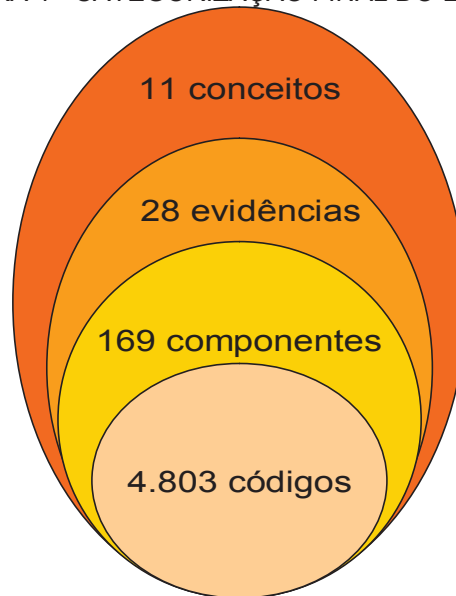
A entrada caracteriza-se por ser uma força propulsora de partida que fornece informação para a operação do sistema. O processamento, focado na geração de resultados, converte a entrada em saída por meio de mudanças ou alterações. E a saída ou resultado é a consequência da reunião das partes do sistema. No caso dos sistemas, os resultados são finais, e dos subsistemas, intermediários (CHIAVENATO, 2003). Neste trabalho a entrada, *input*, representa a fase inicial, o processamento, *throughput*, a fase de desenvolvimento e a saída, *output*, a fase de resultantes (FIGURA 3).



Ao término do estudo, após a codificação teórica, explicitaram-se 11 conceitos (representação mental de um objeto abstrato com base na relação entre evidências) , 28 evidências (concepções mentais baseadas na relação entre componentes), 169 componentes (agrupamento de códigos semelhantes) e 4.803

códigos (dados substantivos), apresentados no quadro abaixo (FIGURA 4), e posteriormente explanados de maneira descritiva.

FIGURA 4 - CATEGORIZAÇÃO FINAL DO ESTUDO



FONTE: A autora (2018)

4.6 VALIDAÇÃO DA TEORIA

A validação da teoria ocorreu em dois momentos. O primeiro, no hospital em estudo, com algumas das participantes da pesquisa e com outras enfermeiras que atuavam ou atuaram em UTI, e, dentre as participantes, cinco foram classificadas, na primeira fase da coleta de dados, como *experts*. O segundo momento ocorreu no Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano em Enfermagem (NEPECHE), grupo do qual a pesquisadora participa, com enfermeiras pesquisadoras com *expertise* na metodologia do trabalho. Assim sendo, tem-se uma validação acerca do objeto de estudo e outra metodológica, o que confere maior fidedignidade à validação.

Durante a realização das entrevistas, as próprias participantes demonstraram interesse em ter conhecimento acerca dos resultados deste estudo. Por este motivo, agendou-se uma apresentação da tese em uma reunião que ocorre mensalmente com todas as enfermeiras da Unidade de Urgência e Emergência do hospital, a maioria delas lotada em UTI. Neste momento, houve participação de 24 enfermeiras que se enquadravam nos critérios de seleção deste estudo; três delas atuavam na

gestão em UTI e uma, em um setor de Pronto Atendimento, mas que atuou na TI por muitos anos.

Esta experiência, além do interesse acadêmico e metodológico para a pesquisa, foi gratificante para a pesquisadora, ao ouvir os relatos e ver a expressão de empolgação no rosto das enfermeiras após a explanação do diagrama, pois afirmaram “terem se enxergado” na teoria proposta.

No segundo momento, realizado no NEPECHE, com *experts* na metodologia do estudo, participaram quatro doutoras, uma cursando o pós-doutorado, e uma doutoranda. Estas fizeram apontamentos relativos à nomenclatura dos conceitos e evidências, formatação e organização do diagrama.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná sob o Registro CEP/SD e CAAE 45743415.5.0000.0102 (ANEXO 1). O trabalho seguiu as etapas preconizadas pela Resolução 466/12, promulgada pelo Ministério da Saúde, referente à pesquisa com seres humanos, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) encontra-se no Apêndice 4 deste trabalho. A coleta de dados a partir de abril de 2016 segue ainda a Resolução 510/16, do Conselho Nacional de Saúde, referente à pesquisa nas ciências humanas e sociais (BRASIL, 2016).

Há que se pontuar algumas questões relacionadas ao fato de a pesquisadora ser enfermeira assistencial em uma das unidades em que o trabalho foi realizado. Primeiramente, considera-se que a postura ética do pesquisador não emerge apenas durante o estudo, mas é intrínseca à pessoa. Por este motivo, e por sempre buscar uma postura ética, acredita-se que, apesar de atuar no local do estudo, conseguiu-se respeitar as questões éticas envolvidas neste contexto.

Alguns aspectos merecem destaque: o fato de não ser chefia do local reduziu a possibilidade de constrangimento entre as participantes; houve um cuidado especial ao convidar as enfermeiras para a pesquisa para que não se sentissem obrigadas a participar da mesma; este mesmo cuidado foi tomado nas entrevistas, quando a pesquisadora buscou desconsiderar aspectos das suas relações profissionais com a entrevistada para a elaboração de perguntas que emergiam durante este processo; acredita-se que a postura ética adotada pela pesquisadora

no trabalho possa ter facilitado a participação das enfermeiras; buscou-se, por meio de discussões informais logo após as entrevistas, valorizar o trabalho da enfermeira e a diferença que faz no cuidado e conforto do paciente.

5 APRESENTAÇÃO DOS DADOS

5.1 FASE 1: DELINEAMENTO DO PERFIL DAS ENFERMEIRAS

Como o resultado desta fase foi apresentado em um artigo (APENDICE 3) e este não é o foco do trabalho, apresenta-se a seguir o resumo do manuscrito.

Como pouco se tem discutido sobre o perfil de enfermeiros que atuam em UTI em hospitais universitários, bem como a possível relação entre suas competências e as ações relacionadas à prática clínica, o artigo produzido teve como objetivos delinear o perfil profissional de enfermeiros que atuam em UTI e correlacionar seu nível de competências, segundo o referencial de Benner, a variáveis da prática clínica. Para tanto, realizou-se um estudo quantitativo, observacional e transversal, com 47 enfermeiras de cinco UTIs de um hospital universitário do Sul do Brasil. Utilizou-se um questionário semiestruturado para coleta de dados, aplicado de novembro a dezembro de 2015, sendo a análise realizada com auxílio do *Software Statistical Package for the Social Sciences* SPSS® 19.0. Para a correlação entre as variáveis, utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson. Dos enfermeiros, 61,7% eram graduados entre seis e 14 anos, 34% proficientes, 91,5% das titulações foram de especialização e 78,7% destas em áreas não relacionadas à UTI; 44,8% atuavam na assistência entre cinco e 14 anos e 85,1% não possuíam experiência em pesquisa. Houve correlações moderadas positivas entre o nível de competência da enfermeira e tempo de atuação no hospital em estudo ($r = 0,537$), tempo de atuação como enfermeira assistencial em UTI ($r = 0,514$), tempo de formação ($r = 0,508$) e idade ($r = 0,506$). Os enfermeiros desenvolvem, especialmente, atividades assistenciais, ficando as demais dimensões da prática profissional como secundárias. Idade, tempo de formação, atuação no hospital em estudo e assistência em UTI possuem correlação significativa com o desenvolvimento de competência.

5.2 FASE 2: APRESENTAÇÃO DA TEORIA SUBSTANTIVA

Primeiramente apresenta-se um perfil das 29 participantes desta pesquisa, cuja idade média é de 40 anos e 86,2% era do sexo feminino. Quanto à titulação tem-se que a maioria tinha pós-graduação *Lato sensu* (86.2%), sendo que havia

enfermeiras possuíam mais de uma titulação desta modalidade; 17,2% com mestrado; 10,3% mestrado em andamento; 6,8% residência; e 3,4% com doutorado em andamento. A especialidade do *Lato sensu* mais estudada era UTI, totalizando 44,8% das enfermeiras com esta especialização. Dentre as *Stricto sensu* apenas uma enfermeira (3,4%) estudou a temática da UTI (doutorado em andamento).

Referente ao tempo de formação, de atuação como enfermeira, de atuação em UTI, no hospital em questão e na UTI do hospital, segue uma tabela que explicita esta relação com um determinado período. (TABELA 1)

TABELA 1 - PERCENTUAL DE ENFERMEIRAS QUE ATUAM EM DETERMINADO PERÍODO DE TEMPO SEGUNDO SUA FORMAÇÃO, ATUAÇÃO COMO ENFERMEIRA, ATUAÇÃO EM UTI, NO HOSPITAL EM QUESTÃO E NA UTI DESTE HOSPITAL

	Formação (%)	Atuação como enfermeira (%)	Atuação em UTI (%)	Atuação no hospital em questão (%)	Atuação na UTI deste hospital (%)
0 a 4 anos	10,3	13,7	31,0	51,7	62,0
5 a 14 anos	62,0	51,7	55,1	34,2	27,4
15 a 24 anos	24,1	27,4	13,7	13,7	10,3
25 a 35 anos	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Não se lembra	0,0	3,4	0,0	0,0	0,0

FONTE: A autora (2017)

Os dois últimos quesitos a serem explanados referentes ao perfil das participantes estão relacionados ao motivo que as trouxe para a UTI e o nível de competência. Quanto ao motivo, a maioria optou atuar em UTI por gostar da especialidade (62%), enquanto 20,6% foram direcionados pelo hospital e 17,2% por outros motivos diversos (incompatibilidade de horário em outro setor, para exercer função diferente da que exercia no setor de origem). Quanto ao nível de competências, tem-se 13,7% de novças, 6,8% de iniciante avançadas, 31% de competentes, 20,6% de proficientes e 24,1% de *experts*.

Delineado o perfil das participantes, apresenta-se os resultados que representam a elaboração de uma teoria substantiva que retrata o “Desenvolvimento de competências ao cuidar na UTI: vivência da enfermeira”, sustentada por 11 conceitos, e suas respectivas 28 evidências.

Possivelmente a mais importante e mais problemática questão para qualquer pesquisador que utiliza a TFD é a conceituação ou generalização conceitual. Conceituar significa descobrir e nomear padrões latentes e as relações entre eles,

como emergem dos dados, e como são verificados por indicadores de dados intercambiáveis (CHRISTIANSEN, 2012a*).

Neste estudo a teoria é composta pelo conceito central, que permeia todos os demais conceitos; três códigos teóricos, sendo o primeiro explicitado como fase inicial, o segundo como a de desenvolvimento e o terceiro como a de resultantes. A inicial é composta por um conceito e três evidências. A de desenvolvimento, pelas ações cotidianas para o cuidado, a estratégia para desenvolver competências e as reverberações do cuidado, totalizando sete conceitos e 19 evidências. E a fase de resultantes possui três conceitos e seis evidências. A seguir apresenta-se o QUADRO 9 que explana o conceito central, códigos teóricos, conceitos e as evidências, e suas respectivas relações.

QUADRO 9 - CONCEITO CENTRAL, CÓDIGOS TEÓRICOS, CONCEITOS, EVIDÊNCIAS E SUAS RELAÇÕES

CONCEITO CENTRAL: O desenvolvimento de competência da enfermeira na prática clínica da UTI se sustenta no conhecimento prático, na aprendizagem experiencial e no contexto de cuidado.					
Código Teórico (Componentes do Sistema)	Relações	Conceitos (Subsistemas)	Evidências	Relações	
1. Fase Inicial		1 - Iniciando o trabalho na UTI	1.1 - Atuando sem experiência previa 1.2 - Encontrando dificuldades 1.3 - Superando as dificuldades	↓ IA	
2. Fase de desenvolvimento	2.1 - Ações cotidianas para o cuidado	2 - Trabalhando em equipe	2.1 - Trabalhando com a equipe de Enfermagem 2.2 - Trabalhando com o médico 2.3 Trabalhando com a equipe multiprofissional	} A	
		3 - Tomando decisão	3.1 - Fundamentando as decisões 3.2 - Avancando na trajetória da decisão	} C	
		4 - Implementando o cuidado	4.1 - Provendo condições para a continuidade do cuidado 4.2 - Avaliando os pacientes 4.3 - Realizando o cuidado ao paciente e a família	} I IA	
	2.2 - Estratégia para desenvolver competência	5 - Desenvolvendo-se na prática	5.1 Envolvendo-se genuinamente para o seu desenvolvimento 5.2 Experienciando as situações cotidianas 5.3 Aprendendo nas relações profissionais	} I	
	2.3 - Reverberações do cuidado	I	6 - Refletindo sobre sua atuação	6.1 Reconhecendo suas fragilidades 6.2 Assumindo suas qualidades	} D
			7 - Focando-se nas atitudes e habilidades necessárias à enfermeira	7.1 Envolvendo-se nas situações de cuidado 7.2 Desenvolvendo o conhecimento 7.3 Requerendo visão diferenciada para cuidar 7.4 Exercendo a liderança	} I
8 - Evidenciando os resultados da aprendizagem			8.1 Sentindo-se preparada devido sua experiência prévia 8.2 Desenvolvendo avaliação a partir da prática	↓ IA	
3. Fase de resultantes	IA	9 - Vivenciando sentimentos	9.1 - Defrontando-se com sentimentos limitantes 9.2 - Sentindo satisfação profissional	} D	
		10 - Reconhecendo a especificidade da UTI	10.1 - Detectando a complexidade da UTI 10.2 - Identificando a UTI como uma área com necessidade de educação específica e educação permanente	↓ IA	
		11 - Percebendo-se como enfermeira de Terapia Intensiva	11.1 - Elencando as características necessárias para atuar na UTI 11.2 - Diferenciando as enfermeiras de UTI das de outras especialidades	↓ IA	

FONTE: A autora (2018)

LEGENDA: A – Autonomia Funcional; C - Covariância; D - Diferenciação;
I - Interdependência; IA - Interação Assimétrica; RF - Reciprocidade Funcional.

5.2.1 CÓDIGO TEÓRICO: FASE INICIAL

A fase inicial mantém uma relação de compartilhamento/ interação com a fase de desenvolvimento da enfermeira, estabelecendo entre ambas uma interdependência para que se alcance a terceira fase, a dos resultantes desta vivência. Este código teórico apresenta o seguinte conceito:

5.2.1.1 Conceito: Iniciando o trabalho na UTI

Ao adentrarem na UTI, geralmente como noviças ou iniciantes avançadas, a ausência de experiência prévia gera dificuldades que precisam ser superadas. A inexperiência é traduzida por uma visão normativa, sedimentada, e uma capacidade restrita ao executar tarefas que exijam raciocínio clínico, por isso, requerem treinamento e orientação dos profissionais mais experientes. Isto acarreta dificuldades, relacionadas ao desconhecimento, à atuação em um ambiente complexo e à liderança da equipe da unidade. A iniciante avançada tem relativa experiência prévia e raciocínio clínico, mas ainda incipientes para atuação na UTI. Estas dificuldades incitam a necessidade de superar os obstáculos, e isto ocorre na vivência das situações/contexto de cuidado, pois a imaturidade profissional dificulta experienciar situações que envolvam a subjetividade e até mesmo a objetividade. Estas são as três evidências que sustentam este conceito, a saber: atuando sem experiência prévia, encontrando dificuldades e superando as dificuldades, as quais mantêm uma relação de interação assimétrica entre si, posto que a enfermeira começa a atuar, depara-se com dificuldades, para então buscar superá-las.

5.2.1.1.1 Evidência: Atuando sem experiência prévia

Este princípio é marcado por conhecimento teórico incipiente e inexistência de conhecimento prático. Adentrar neste ambiente complexo, com tais fragilidades, gera insegurança e, justamente por este motivo, a enfermeira exige demasiadamente de si, especialmente por preocupar-se com sua imagem profissional e por acreditar que precisa atuar perfeitamente. Preocupa-se desnecessariamente com diversas situações, inclusive com as de fácil resolução. Esta visão restrita, fragmentada e pontual acerca da prática a induz a relacionar sua inexperiência apenas ao seu *déficit* de habilidade manual e à maior possibilidade de cometer erros, desconsiderando, por exemplo, sua limitação para decidir em situações complexas, pois ainda nem consegue assimilar a existência desta fragilidade. Esta conjuntura é natural e impulsiona a enfermeira a reconhecer e enfatizar sua necessidade de aprendizado, especialmente no que diz respeito ao cuidado ao paciente crítico. Por isso, participa de treinamento planejado e almeja um profissional que a oriente na prática e que esteja envolvido com sua aprendizagem

experiential. Mesmo tendo findado os treinamentos e/ou de orientações, a noviça/iniciante avançada, ainda possui dificuldades, relacionadas à sua inexperiência, que a impossibilitam de cuidar em um ambiente complexo. Conforme a atuação vai se concretizando, suas dificuldades vão emergindo numa interação assimétrica, posto que a dificuldade emerge a partir do contato com a prática.

5.2.1.1.2 Evidência: Encontrando dificuldades

As dificuldades justificam-se, entre outros, pelo desconhecimento inicial, e têm impacto no trabalho em equipe, seja ele multiprofissional ou apenas com o médico, pois isto requer conhecimento básico, mas profundo, articulado e imbricado ao conhecimento prático. Este trabalho torna-se difícil, especialmente com os médicos rigorosos. Sua inexperiência é outro problema, fortemente identificado na realização de procedimentos e em situações/contexto que requeiram avaliação do paciente. O desconhecimento e a inexperiência são obstáculos para qualquer enfermeira noviça/iniciante avançada, e isto se intensifica quando a unidade em que se principia é um ambiente complexo como a UTI. E é neste contexto de cuidado que ela precisa exercer sua liderança. Surge, então, a dificuldade para liderar uma equipe de enfermagem experiente e resistente à sua aceitação.

5.2.1.1.3 Evidência: Superando as dificuldades

A superação das dificuldades se instaura assimetricamente com as dificuldades vivenciadas, posto que o reconhecimento da necessidade de enfrentar tais barreiras é subsequente à vivência da dificuldade. A superação possui uma relação de interdependência com sua fase de desenvolvimento, quando vivencia ações cotidianas para o cuidado, utiliza estratégia para desenvolver competências e tem reverberações do cuidado. Embasada nisto, a enfermeira aprende a refletir sobre sua atuação, reduz a exigência consigo mesma, busca conhecimento teórico, e aprende com os colegas mais experientes. O contato com a UTI lhe suscita um medo significativo, sobrepujado com a ampliação da experiência prévia, especialmente na execução de atividades e no relacionamento com a equipe. Tais táticas instrumentalizam-na para o aprimoramento do trabalho em equipe, o que a fortalece no enfrentamento de suas próprias dificuldades. Estas estratégias de

superação retratam uma visão incipiente, posto que se embasam em alternativas simplistas (como a realização de atividades das quais tem medo e o relacionar-se com a equipe) mas que, para este nível de competências, são relevantes para o seu desenvolvimento, pois a cada vivência a enfermeira tem um *upgrade* que a sustenta no enfrentamento de novas situações, e, assim, sucessivamente.

5.2.2 CÓDIGO TEÓRICO: FASE DE DESENVOLVIMENTO

Este código teórico representa o processo de transformação vivenciado pela enfermeira desde a fase inicial, quando adentra na UTI, até a fase de resultantes. A fase de desenvolvimento é interdependente com a fase inicial e de resultantes, posto que é de acordo com sua vivência inicial que a enfermeira se desenvolve e, conseqüentemente, alcançará resultados dependentes desta experiência anterior. É por meio de uma relação de interdependência entre as ações cotidianas para o cuidado, o uso de estratégia para desenvolver competências e as reverberações do cuidado para seu desenvolvimento na prática que as enfermeiras experienciam esta fase de desenvolvimento.

5.2.2.1 Ações cotidianas para o cuidado

São ações que, mesmo envolvidas pela subjetividade do cuidado retratam ações concretas da enfermeira. Esta subjetividade, imbricada nas ações cotidianas para o cuidado, emerge conforme a experiência prévia, diretamente relacionada à densidade do conhecimento prático, e vai sendo ampliada. Tais situações fundamentam-se em uma relação de interdependência entre três conceitos: *Trabalhando em equipe, Tomando decisão e Implementando o cuidado.*

5.2.2.1.1 Conceito: Trabalhando em equipe

O trabalho em equipe é uma das ações cotidianas para o cuidado, intrínseca às atividades diárias da enfermeira. Exige articulação mental e conhecimento prático profundos, em vista da complexidade da unidade e dos diversos profissionais com os quais atua, como outras colegas enfermeiras, a equipe de enfermagem e a equipe multiprofissional, com destaque para o médico, cujo vínculo com a

enfermeira é mais estreito. A performance da enfermeira para este trabalho é correlata à sua evolução nos níveis de competências, quanto mais ela se aproxima da *expertise*, através do desenvolvimento na prática, melhor sua desenvoltura para atuar perante e em conjunto com os demais profissionais. Isto ocorre numa relação de interdependência com a tomada de decisão e a implementação do cuidado, posto que cuidar requer decisão, e esta por sua vez pode estar relacionada ao campo de conhecimento de outra categoria profissional, especialmente na UTI, onde a complexidade requer articulação interprofissional para que a decisão seja a mais assertiva e resolutiva para as necessidades de cuidado do paciente. Este conceito se sustenta em três evidências que mantêm uma relação de autonomia funcional entre si: *trabalhando com a equipe de enfermagem, trabalhando com o médico e trabalhando com a equipe multiprofissional*.

5.2.2.1.1.1 Evidência: Trabalhando com a equipe de enfermagem

Trabalhar com a equipe de enfermagem, inicialmente, é uma contradição para a enfermeira, por um lado é bem recebida, sente-se apoiada, tranquilizada e beneficiada quando conhece alguns profissionais da equipe previamente, e recebe orientações em situações técnicas. Por outro lado, por sua inexperiência, é testada pela equipe de enfermagem e tem problemas de relacionamento com a mesma. Conforme identifica significados comuns nas situações/contexto vivenciados avança em níveis de competências e começa a estabelecer uma relação saudável com a equipe, conquistando-a, especialmente com *know-how* e na gestão de conflitos. A ampliação da experiência, vivenciada na fase desenvolvimento, não resolve as dificuldades pelas quais passou inicialmente, mas a instrumentaliza para solucioná-las, quando se depara com as mesmas novamente, e de maneira tão mais tranquila, que já não é mais vista como uma dificuldade. Isto porque, ao alcançar níveis de competências mais avançados, conhece a equipe, posiciona-se perante a mesma de maneira adequada e realiza seu papel de orientação, exercendo, agora sim, a liderança que lhe é apropriada.

5.2.2.1.1.2 Evidência: Trabalhando com o médico

Dentre os membros da equipe multiprofissional, o médico é o que possui relação mais próxima com a enfermeira pelo tempo de permanência na unidade e pelo fato de as atribuições de ambas as profissões estarem mais intimamente relacionadas. O desenrolar deste trabalho acontece de acordo com o nível de competências da enfermeira, a noviza apenas apresenta as condições do paciente, pois é desprovida de raciocínio clínico, e a iniciante avançada, apesar da experiência prévia, apresenta raciocínio ainda incipiente. A competente, com sua prática clínica organizada e capacidade de decisão, questiona ou sugere conduta ao médico e se posiciona contrária a determinada conduta em prol do paciente, pois, apesar da pouca agilidade e flexibilidade, possui uma visão mais ampliada com foco em prioridades e baseada em sua experiência prévia. A proficiente e a *expert*, por sua percepção, identificação de alarme precoce e capacidade de visualizar o contexto, e, no caso da *expert*, a intuição, sabem o momento exato de intervir em condutas terapêuticas, quando necessário e sem implicações éticas, e enfrentam a dificuldade com médicos mais inexperientes quando os orientam em relação a questões da sua prática em benefício do cuidado ao paciente. Desta forma, conquistam respeito profissional e sua conduta é considerada devido ao conhecimento prático que possuem.

5.2.2.1.1.3 Evidência: Trabalhando com a equipe multiprofissional

O trabalho com pacientes complexos requer a presença da equipe multiprofissional. Assim, a enfermeira, em conjunto, consegue estabelecer uma boa relação, mesmo sem saber articular conhecimentos necessários à discussão com as demais categorias em sua fase mais de atuação. Passado este primeiro nível de competências, identifica a relevância do conhecimento para as discussões e, dotada de conhecimento teórico aliado ao conhecimento prático, ampliado por meio da aprendizagem experiencial, consegue sustentar uma discussão verossímil com os demais profissionais. Quanto maior a expansão do conhecimento prático na fase de desenvolvimento, mais a enfermeira avança nos níveis de competências, posiciona-se perante a equipe e conquista o respeito profissional, tendo suas opiniões

consideradas, devido à sua pertinência e assertividade nas situações em benefício do paciente.

5.2.2.1.2 Conceito: Tomando decisão

A tomada de decisão em um ambiente complexo como a UTI perpassa da decisão mais simples às circunstâncias mais complexas, de difícil resolutividade para a enfermeira em qualquer nível de competências. Esta é uma situação concreta de cuidado vivenciada desde o primeiro dia de trabalho que a impele a aprender de maneira interdependente com a fase de desenvolvimento, por meio da qual a enfermeira pode alcançar a *expertise*. Este conceito apresenta uma relação de interdependência com o *Trabalhando em equipe* e o *Implementando o cuidado*, uma vez que na UTI esta tríade funciona como um moto perpétuo no desenvolvimento de competências, pois, quanto mais se decide no trabalho em equipe, melhor se implementa o cuidado, mais ampla a aprendizagem experiencial e melhor o trabalho em equipe, tomada de decisão, e assim continuamente. As evidências que compõem este conceito, *Fundamentando as decisões* e *Aprimorando o processo da tomada de decisão*, possuem uma inter-relação de covariância, uma vez que apresentam uma evolução linear ao representarem o desenvolvimento de competências da enfermeira no processo decisório.

5.2.2.1.2.1 Evidência: *Fundamentando as decisões*

A enfermeira fundamenta suas decisões conforme seu nível de competência. Quando novíça, não decide em situações/contexto que exijam raciocínio clínico ou experiência prévia, por isso apenas o conhecimento teórico a norteia. A iniciante avançada, além do conhecimento, utiliza a experiência prévia com base nos significados comuns de situações anteriores. Como competente, apesar de desconsiderar o contexto e ser desprovida de pensamentos articulados, está preparada para avaliar a opinião da equipe e discutir possibilidades para definir conduta. Nos níveis mais avançados, há uma visão global do paciente e das situações/contexto, e, no caso da *expert*, o uso da intuição. Com o avanço da experiência prévia a enfermeira solidifica seu conhecimento prático, agrega diversas formas de fundamentar suas decisões e as articula conforme a necessidade da

situação/contexto, necessidade esta percebida de acordo com o nível de competências em que a enfermeira se encontra.

5.2.2.1.2.2 Evidência: Aprimorando o processo da tomada de decisão

Assim como prosperam em suas fundamentações, proporcionalmente, esmeram em suas decisões. A tomada de decisão é uma construção estruturada no conhecimento prático, edificado a partir da aprendizagem experiencial. No início a enfermeira sente dificuldade para decidir devido à sua inexperiência, o que gera insegurança e medo de errar, pois o desconhecimento dificulta a tomada de decisão. De maneira geral, decidir na UTI é complexo tanto para a noviça quanto para a *expert*, especialmente na emergência e em casos de palição. Inicialmente, uma vez transpassadas as dificuldades, a decisão vai sendo aprimorada na aprendizagem experiencial, quando é possível articular conhecimento teórico e prático, para, então, discutir com a equipe acerca de determinadas situações/contexto. A enfermeira aprende a priorizar e a identificar seu foco de priorização, que inicialmente é apenas o paciente e, posteriormente, a situação/contexto, quando possui uma visão mais ampliada. O ápice da tomada de decisão é decidir com naturalidade e automaticamente, no caso da proficiente ou *expert*, que, ancorada em sua experiência e por considerar o contexto de cuidado, relativiza protocolos e decide rápida e eficazmente em situações complexas. Na emergência, decide com tranquilidade, avaliando a equipe e sabendo delegar funções, conforme necessidade.

5.2.2.1.3 Conceito: Implementando o cuidado

A implementação do cuidado é uma das ações cotidianas para o cuidado, que mantém relação de interdependência com o trabalho em equipe e com a tomada de decisão, posto que para cuidar é preciso decidir e, na maioria das vezes, em conjunto com outros profissionais. Ao adentrar na UTI a enfermeira vivencia situações que a impelem a cuidar, mesmo que sua resposta ainda seja insuficiente para esta demanda. Somente a partir do nível competente isto se torna possível em uma especialidade complexa como a UTI. Para prover as condições para a continuidade do cuidado, a enfermeira tem que, minimamente, compreender como

se avalia e como se cuida do paciente e da família, pois, além do cuidado, precisa considerar o contexto para providenciar o necessário ao desenrolar das situações. Por isso é fundamental desenvolver-se na prática, expandir o conhecimento prático e tornar-se cada vez mais apta para cuidar na UTI. As evidências que compõem este conceito, *Provendo condições para a continuidade do cuidado* e *Avaliando os pacientes* possuem uma relação de interdependência entre si e *Avaliando os pacientes* possui uma relação de interação assimétrica com *Realizando o cuidado ao paciente e à família*.

5.2.2.1.3.1 Evidência: Provendo condições para a continuidade do cuidado

Prover condições para a continuidade do cuidado requer experiência, pois envolve questões relacionadas ao raciocínio clínico, priorização, à visão global, ao planejamento, entre outras características ainda ausentes na noviça e/ou iniciante avançada. Como o conhecimento prático é basilar a esta provisão, é a partir da enfermeira competente, cuja prática clínica é organizada, que isto se torna possível. Esta ocorre na coleta de dados para a identificação das prioridades e para o planejamento diário, e considera a gravidade dos pacientes. Algumas das ações deste planejamento são a escala de atividades e a organização dos recursos humanos e materiais. Em seguida, a enfermeira resolve pendências e delimita um momento específico para ordenar outras questões mediatas e para avaliar os pacientes; e, por fim, operacionaliza o desenvolvimento do trabalho da unidade e o cuidado junto à equipe de enfermagem. Esta sequência é uma forma de sistematizar o trabalho, mas depende dos eventos que acontecem no decorrer do dia, o que requer acurácia, flexibilidade, antevisão e planejamento para atender as necessidades manifestas no contexto de cuidado.

5.2.2.1.3.2 Evidência: Avaliando os pacientes

Com a prática clínica organizada e com a provisão das condições para a continuidade do cuidado, a enfermeira competente, dotada de uma visão ampliada dos pacientes e da situação em que se encontram, inicia a avaliação. A noviça e iniciante avançada ainda não possuem experiência e conhecimento suficientes para realizar esta avaliação dos pacientes. Nesta avaliação, pondera a gravidade, prioriza

a ordem em que irá avaliar os pacientes, utiliza a anamnese, exame físico, experiência prévia e julgamento clínico. Em níveis mais avançados usa a percepção, a visão global e a intuição na identificação dos sinais de alarme precoce e na previsão dos acontecimentos. Quanto mais próxima do nível de *expert*, maior a profundidade e complexidade da avaliação, o que resulta em progressiva excelência na realização do cuidado ao paciente e à família.

5.2.2.1.3.3 Evidência: Realizando o cuidado ao paciente e à família

O cuidado ao paciente e à família ocorre no acolhimento da família, tanto no sentido de compreendê-la como uma parceira no cuidado, em circunstâncias em que as condições do paciente permitem essa participação, quanto como uma unidade que também necessita de cuidado. Ao considerar a complexidade das situações/contexto na UTI, relativas ao paciente e à família, é impreterível ponderar os aspectos objetivos e subjetivos imbricados no cuidar. Isto porque, além da tecnologia dura necessária ao tratamento, o objeto de cuidado (paciente ou família) carrega consigo necessidades somente supridas pela tecnologia leve. Esta subjetividade do cuidado pode ser considerada tanto pelos níveis de competências iniciais ou os avançados. Quando noviça ou iniciante, a visão subjetiva é caritativa, maternalista. A partir do nível competente a visão se torna profissional, com foco no cuidado de enfermagem. É dotada desta visão que a enfermeira, ao cuidar, atende as intercorrências, prescrevendo os cuidados e registrando a evolução de enfermagem no prontuário do paciente.

5.2.2.2 Estratégia para desenvolver competências

Na fase de desenvolvimento esta estratégia ocupa posição central entre os demais conceitos, como se fosse o núcleo de um sistema de engrenagem, posto que manifesta mais notoriamente as táticas escolhidas pelas enfermeiras para vivenciar a aprendizagem experiencial na construção do conhecimento prático e no desenvolvimento de competências ao cuidar na UTI. Na fase de desenvolvimento, há interdependência entre as ações cotidianas para o cuidado e as reverberações do cuidado.

5.2.2.2.1 Conceito: Desenvolvendo-se na prática

Há três pilares, evidências, que sustentam, de maneira interdependente, este conceito: *Envolvendo-se genuinamente com o aprendizado para o seu desenvolvimento, Experienciando as situações cotidianas e Aprendendo nas relações profissionais*. O envolvimento genuíno é retratado quando há interesse, a busca pela prática, pelo conhecimento teórico e, conseqüentemente, a aplicação do conhecimento teórico na prática clínica. Este envolvimento é essencial para a enfermeira experienciar as situações cotidianas e aprender nas relações profissionais. Esta experiência ocorre quando a enfermeira erra e aprende com a execução do cuidado, sendo obrigada a resolver a situação sozinha, identificando os fatores significativos que se repetem nas situações semelhantes, experimenta situações inusitadas e enfrenta situações complexas. O aprendizado nas relações profissionais se concretiza por meio da relação com outras enfermeiras, com a equipe de enfermagem e com a equipe multiprofissional.

5.2.2.2.1.1 Evidência: Envolvendo-se genuinamente com o aprendizado para o seu desenvolvimento

A busca pela *expertise* requer interesse e ultrapassa o mero desejo de aprender, requer proatividade, com atitudes condizentes com o real envolvimento em seu aprendizado. Este entusiasmo precisa ser a nível teórico e prático com o objetivo de aprimoramento. A enfermeira genuinamente envolvida para o seu desenvolvimento busca a prática para evoluir. Inicialmente faz uma imersão para desenvolver habilidade técnica e observa as situações, especialmente as relacionadas a rotinas e procedimentos, pois suas características nos níveis iniciais lhe permitem assimilar apenas esta dimensão técnica, mais restrita. Ultrapassado este aprendizado técnico, permanece por um período mais prolongado em unidades críticas a fim de intensificar sua experiência com os contextos de cuidado. A aplicação do conhecimento teórico na prática é algo difícil de assimilar, mas com a aprendizagem experiencial é incitada a articular teoria e prática, buscando respostas teóricas para demandas de situações reais. Os conteúdos teóricos mais estudados são sobre UTI e patologias desconhecidas. Este envolvimento com seu aprendizado é estimulado pelo fato de estar em um hospital de ensino, pois as oportunidades de

ampliação do conhecimento junto à universidade são propulsoras para a busca pela *expertise*.

5.2.2.2.1.2 Evidência: Experienciando as situações cotidianas

Independentemente do nível de competências em que a enfermeira se encontre, ela aprende quando experiencia as situações de acordo com o grau de complexidade que, com sua experiência prévia, é capaz de resolver. Esta experiência acontece quando cuida, erra e reflete sobre o erro. Nos níveis iniciais isto ocorre ao ser orientada pela equipe de enfermagem, na realização de tarefas e procedimentos. Em níveis mais avançados se desenvolve na realização do cuidado, quando as competências são suficientes para cuidar do paciente. O erro incita reflexão acerca da experimentação, e a enfermeira faz adaptações e se reinventa. Tais reinvenções, com foco na resolução de problemas, ativa a capacidade criativa da enfermeira e a auxilia no desenvolvimento de sua avaliação, culminando na prevenção de danos ao paciente. Isto ocorre porque, ao ser obrigada a resolver as situações sozinha, soluciona problemas e aprende a decidir, pois identifica aspectos significativos que se repetem, ampliando seu conhecimento prático. Quando experimenta situações inusitadas, para a noviça/ iniciante avançada esta vivência a ensina a identificar problemas; e, para a de níveis mais avançados de competências, a incita a buscar conhecimento teórico e/ou a perguntar a outro profissional sobre a situação pontual. A enfermeira também aprende quando, sentindo-se pressionada, precisa enfrentar situações complexas que exijam rapidez e eficácia. Este aprender com os erros na execução do cuidado inusitado ou complexo acontece em todos os níveis de competências, de acordo com o conhecimento prático da enfermeira e os aspectos das situações que são significativos para cada uma delas.

5.2.2.2.1.3 Evidência: Aprendendo nas relações profissionais

A enfermeira aprende com outra colega, com a equipe de enfermagem, o médico e a equipe multiprofissional. Dotada de experiência prévia, a aprendiz se desenvolve quando questiona e/ou discute conduta com outra colega ou quando recebe orientação da equipe de enfermagem, especialmente em situações desconhecidas. Dentre a equipe multiprofissional, a relação com o médico se

intensifica pelo fato de ambos permanecerem na UTI durante as 24 horas, por isso se destaca no que tange ao desenvolvimento da enfermeira, pois a orienta, a questiona e é por ela questionado. Com os demais membros da equipe, o aprendizado ocorre para todos os níveis de competências. No início, a enfermeira percebe o interesse da equipe em ensinar, a observa, questiona, é ajudada, cobrada e executa ações junto aos profissionais. Tendo passado esta fase inicial, desenvolve julgamento clínico na interação com a equipe, e, mesmo com experiência prévia, questiona outros profissionais para resolver ou aprender com situações desconhecidas. Quando alcança um nível de competências em que o conhecimento prático é vasto, sustenta-se nas discussões de casos clínicos junto à equipe em defesa do paciente e sua família.

5.2.2.3 Reverberações do cuidado

Somente após o primeiro contato com a prática é que emergem as reverberações do cuidado. Para a novilha/ iniciante avançada tais reflexões são superficiais, conforme o conhecimento prático se densifica, a manifestação das evidências que sustentam os conceitos da reverberação se aprofunda, retratando a complexidade do desenvolvimento de competências ao cuidar na UTI. As *Reverberações do cuidado* se ancoram na relação de interdependência entre os conceitos: *Refletindo sobre sua atuação, Focando-se nas atitudes e habilidades necessárias à enfermeira* e *Evidenciando os resultados da aprendizagem experiencial*.

5.2.2.3.1 Conceito: Refletindo sobre a sua atuação

Refletir sobre sua atuação depende da experiência prévia da enfermeira, da forma como se foca nas atitudes e habilidades necessárias e dos resultados da aprendizagem experiencial, a partir disto, é possível trabalhar fragilidades e potencializar qualidades. Esta reflexão inicia-se quando, devido à sua inexperiência, vivencia dificuldades e busca estratégias de enfrentamento para superá-las. Neste momento, está tão envolvida por este cenário que consegue identificar apenas fragilidades. Com a ampliação da experiência prévia, desenvolve-se na prática, adquire novas competências, sente-se mais segura e resolutiva. A partir disto,

percebe suas qualidades, pois sente-se preparada para cuidar do paciente crítico com uma visão diferenciada. Esta aprendizagem experiencial, aliada à reflexão acerca da atuação, é que a sustenta e capacita para ensinar outros profissionais na prática clínica. Este conceito apresenta duas evidências: *Reconhecendo suas fragilidades* e *Assumindo suas qualidades*, que, por uma distinção temporal, possuem relação de diferenciação entre si.

5.2.2.3.1.1 Evidência: Reconhecendo suas fragilidades

Tendo em vista as dificuldades iniciais da enfermeira, as reflexões acerca da prática a conduzem para o reconhecimento apenas de fragilidades. Mesmo sem saber ao certo como aprender, a noviça e iniciante avançada identificam, naturalmente, a necessidade de aprendizado como uma fragilidade. Conforme a experiência prévia é ampliada, maior a capacidade de reflexão e, conseqüentemente, a facilidade para elencar aspectos que merecem ser aprimorados. Emerge assim a compreensão da indispensabilidade da expansão do conhecimento teórico e prático e, a partir disto, idealizam estratégias futuras, como cursos de atualização, especialização, mestrado e doutorado, capazes de contribuir para com seu desenvolvimento.

5.2.2.3.1.2 Evidência: Assumindo suas qualidades

Se a noviça/iniciante avançada foca-se em suas fragilidades, a partir do nível competente esta visão começa a se diferenciar, pois a superação das dificuldades, por meio da aprendizagem experiencial, conduz a enfermeira a assumir suas qualidades. A prática clínica organizada, visão ampliada e até mesmo capacidade para ensinar outros profissionais menos experientes a empoderam para que se sintam apta para cuidar, pois atua com resolutividade em contextos diversos, como com paciente grave em situações desconhecidas, na emergência e/ou na UTI. O ensinar outras profissionais acontece a partir da competente, pois há experiência prévia suficiente para ensinar as inexperientes. A partir da proficiente, há o reconhecimento de que sabe avaliar o paciente e/ou situação com visão global, e a *expert* utiliza a intuição e faz previsão dos acontecimentos. Ela se compromete e considera a

experiência da aprendiz para ensiná-la; orienta e estimula a noviça, especialmente em relação a questões relacionadas à equipe de enfermagem.

5.2.2.3.2 Conceito: Focando-se nas atitudes e habilidade necessárias à enfermeira

A maneira como a enfermeira se foca nas atitudes e habilidades necessárias à prática clínica depende da reflexão que faz desta prática, bem como dos resultados que evidencia a partir da sua aprendizagem experiencial. Sendo assim, inicialmente é preciso que a enfermeira, desprovida de experiência prévia, se envolva nas situações de cuidado, para então desenvolver conhecimento, adquirir visão diferenciada para cuidar e, por fim, com conhecimento prático mais ampliado, liderar a equipe de enfermagem. Este conceito firma-se em quatro evidências interdependentes entre si, que são: *Envolvendo-se nas situações de cuidado, Desenvolvendo o conhecimento, Requerendo visão diferenciada para cuidar e Exercendo a liderança.*

5.2.2.3.2.1 Evidência: *Envolvendo-se nas situações de cuidado*

No primeiro contato com a UTI, o envolvimento nas situações de cuidado é primordial para o desenvolvimento de competências por meio da aprendizagem experiencial. Nesta fase, esta é a atitude mais significativa, uma vez que a enfermeira é desprovida de conhecimento, visão diferenciada e liderança. Com a ampliação da experiência prévia, outras atitudes e habilidades vão surgindo e o envolvimento é necessário para que o progresso rumo à *expertise* se mantenha. Por isso, uma relação de interdependência entre as atitudes e habilidades é estabelecida. O envolvimento ancora-se no desejo de ser enfermeira de UTI, em almejar aprender constantemente e na busca pelo desenvolvimento. Este desejo e a busca pelo aprendizado são as principais formas de sustentação da noviça/ iniciante, mas, com o avançar nos níveis de competências, é necessário que se mantenha para que o desenvolvimento continue e sirva de estímulo para o alcance da excelência do cuidado.

5.2.2.3.2 Evidência: Desenvolvendo o conhecimento

A forma como o conhecimento se desenvolve depende do envolvimento da enfermeira, da visão que possui para cuidar e da liderança que exerce. Inicia-se com a novíça pela busca do conhecimento teórico e, quando competente, faz a justaposição do conhecimento teórico com o prático. Com esta sustentação consegue proceder a um bom trabalho tanto com a equipe de enfermagem quanto com a multiprofissional. Este conhecimento teórico e prático fundamenta em sua avaliação, considerando anamnese, exame físico, dados fornecidos por equipamentos e dispositivos, com uma visão focada, mas profunda, e considerando o paciente como um todo. Isto é natural para níveis avançados, e complexo, concomitantemente, pois requer conhecimento intenso do cuidado ao paciente crítico. É com base no conhecimento prático, que se manifesta no ápice da competência, que a enfermeira, ao cuidar do paciente e sua família, apresenta um diferencial, a consideração real e genuína dos aspectos subjetivos para cuidar.

5.2.2.3.3 Evidência: Requerendo visão diferenciada para cuidar

A visão diferenciada, de maneira interdependente, desenvolve-se com envolvimento, conhecimento e o exercício da liderança. O cuidado na UTI requer uma perspectiva distinta, desenvolvida por meio da aprendizagem experiencial, que envolve, além dos aspectos objetivos do cuidado, a percepção, capaz de captar alterações sutis do paciente, percebidas apenas pelo profissional que permanece um tempo maior à beira de leito; envolve a visão global, considerando que as situações diversas e o contexto exercem influência no cuidado ao paciente; e a intuição, que se manifesta apenas na *expert*, embasada na experiência prévia, no envolvimento genuíno da enfermeira em seu desenvolvimento, na atenção às situações e na utilização dos seus sentidos para avaliar o paciente. A avaliação intuitiva é tão inconsciente, automática, natural, que a enfermeira apresenta dificuldade para explicar como ocorre na prática. Este olhar particularizado, presente apenas para proficiente e a *expert*, a auxiliam na identificação dos sinais de alarme precoce e previsão dos acontecimentos, prevenindo danos ao paciente por meio desta visão diferenciada acerca do cuidado.

5.2.2.3.2.4 Evidência: Exercendo a liderança

Para conseguir exercer a liderança a enfermeira necessita de envolvimento, conhecimento e visão diferenciada, o que requer experiência prévia para que, de fato, possa ser operacionalizada. A novíça e/ou iniciante avançada não possuem *background* suficiente para liderar, por isso assumem uma posição de chefia. A liderança emerge progressivamente, quando conseguem organizar o desenvolvimento do trabalho da unidade, estabelecer prioridades, liderar a equipe de enfermagem e trabalhar com a equipe multiprofissional efetivamente. A liderança da equipe de enfermagem se estabelece quando a enfermeira conhece seus membros, tem *know-how* para delegar atividades e faz uma supervisão efetiva, pois já provou seus conhecimentos na tomada de decisão. Quanto ao trabalho com a equipe multiprofissional, esta a visualiza como uma articuladora entre todos os membros entre os membros da equipe multiprofissional.

5.2.2.3.3 Conceito: Evidenciando os resultados da aprendizagem experiencial

A enfermeira evidencia resultados da sua aprendizagem experiencial com base na reflexão acerca da sua atuação e com foco nas atitudes e habilidades necessárias à sua prática, numa relação de interdependência entre tais conceitos. Esses resultados apresentam-se de forma evolutiva, desde a iniciante avançada, quando reduz a exigência acerca de si mesma, adquire segurança e tranquilidade, desenvolve habilidades pontuais, para, posteriormente, quando se torna competente, sentir-se preparada para atuar na UTI como um todo, pois tem a avaliação desenvolvida a partir da prática, quando faz uso desde o julgamento clínico à intuição, quando se torna *expert*, prevenindo acontecimentos e estabelecendo prioridades com naturalidade, prevenindo danos ao paciente. Estas últimas atitudes e habilidades evidenciam a prática da *expert*, resolutiva e assertiva, mesmo considerando as condições adversas do contexto de cuidado em que está inserida. Conforme o exposto, este conceito ancora-se em duas evidências: *Sentindo-se preparada devido sua experiência prévia* e *Desenvolvendo avaliação a partir da prática*. Ambas relacionam-se por meio de uma interação assimétrica, posto que primeiramente a enfermeira precisa sentir-se preparada para, então, conseguir evoluir em sua avaliação.

5.2.2.3.3.1 Evidência: Sentindo-se preparada devido sua experiência prévia

A experiência prévia molda a enfermeira para o cuidado, pois suas dificuldades iniciais são ressignificadas e, por meio da reflexibilidade, vai se preparando, ancora-se nos aspectos significativos de cada situação vivenciada e reconstruindo suas ações. A exigência sobre si mesma, muito presente no início do trabalho, é reduzida; emergem a segurança e a tranquilidade, pois o conhecimento prático começa a embasar suas ações e decisões; e expressa o desenvolvimento de habilidades, especialmente na atuação em parada cardiorrespiratória e em intubação, situações as quais temia, quando desprovida de conhecimento prático. Ultrapassado estas questões pontuais, ela se sente preparada para se responsabilizar pela UTI. Neste estágio, é competente, pois sua prática clínica é organizada e, com o passar do tempo, quando se torna *expert*, a atuação torna-se fluida, automática, a ponto de ser resolutiva em quaisquer situações/contexto, mesmo as desconhecidas, com naturalidade.

5.2.2.3.3.2 Evidência: Desenvolvendo avaliação a partir da prática

A avaliação baseada no conhecimento prático é um resultado da aprendizagem experiencial no contexto de cuidado que se manifesta a partir da competente. É a vivência de situações inusitadas e/ou complexas, nas quais a enfermeira precisa decidir, trabalhar em equipe, implementar o cuidado e refletir acerca de sua atuação. A enfermeira desenvolve julgamento clínico, avaliando, cuidando e aprendendo a identificar a gravidade do paciente. A cada vivência, os aspectos da situação são ressignificados e a avaliação ultrapassa o julgamento clínico, surge a percepção, com a detecção de aspectos despercebidos pelo restante da equipe, pois é a enfermeira quem mais está em contato direto com o paciente. A visão global emerge quando a enfermeira se torna capaz de visualizar o todo e considera aspectos objetivos e subjetivos no cuidado ao paciente. Quando a aprendizagem experiencial alcança o seu ápice, manifesta-se a intuição, resultado de uma vivência intensa, com envolvimento genuíno e que sustenta as decisões assertivas da *expert*. Com base na experiência prévia, utilizando o julgamento clínico, a percepção, visão global e intuição, é possível prever acontecimentos, prevenindo danos evitáveis ao paciente. Uma vez alcançada a *expertise*, a

identificação de prioridades já não mais requer um pensamento analítico, mas flui naturalmente, sendo resolutiva e eficaz para as necessidades das situações/contexto com foco no paciente crítico.

5.2.3 CÓDIGO TEÓRICO: FASE DE RESULTANTES

Por fins didáticos, este código teórico denomina-se 'Fase de resultantes'. Todavia, não representa uma finalização, posto que possui relação de interdependência com a fase inicial e a de desenvolvimento, de maneira que a alteração em qualquer uma delas interfere no conceito central *O desenvolvimento de competência da enfermeira na prática clínica da UTI é sustentado no conhecimento prático, na aprendizagem experiencial e no contexto de cuidado*. Os conceitos que fundamentam este código são: *Vivenciando sentimentos*, *Reconhecendo a especificidade da UTI* e *Percebendo-se como enfermeira de terapia intensiva*. Entre os dois primeiros há uma interdependência, entre os dois últimos de reciprocidade funcional e do primeiro com o último, uma relação de interação assimétrica.

5.2.3.1 Conceito: Vivenciando sentimentos

Os sentimentos vivenciados pela enfermeira são resultados de sua vivência que emergem desde o início da trajetória na UTI e vão se transformando com a experiência prévia. Tem-se, então, uma contradição, pois sua limitação e o desejo de aprimoramento a impulsionam a desenvolver-se a caminho da *expertise* e a tornam uma profissional entusiasmada. Inicialmente, mesmo com prazer em atuar na UTI, a inexperiência gera estresse, ansiedade e medo. Conforme vivencia situações de cuidado e amplia a experiência prévia, os sentimentos limitantes vão se transformando em satisfação profissional. Esta satisfação é evolutiva, pois inicialmente é apenas um prazer em cuidar, e com a experiência a enfermeira reconhece seu desenvolvimento, sente-se diferenciada, realizada, motivada e valorizada por atuar na terapia intensiva. Tal dicotomia apresenta-se na relação de diferenciação entre as evidências que firmam estes conceitos: *Defrontando-se com sentimentos limitantes* e *Sentindo satisfação profissional*.

5.2.3.1.1 Evidência: Defrontando-se com sentimentos limitantes

Os sentimentos limitantes, geralmente relacionados à inexperiência, são vivenciados mais intensamente pela noviça/iniciante avançada por se sentir despreparada para cuidar em um ambiente complexo, gerando estresse, ansiedade e medo. O medo de errar e causar dano à situação, à equipe ou ao paciente é algo tão intenso, que faz com que a enfermeira evite realizar alguns procedimentos. O trabalho com a equipe de enfermagem, pela dificuldade em exercer a liderança, a assusta. Aliado a isto, o ambiente de cuidado é complexo e exige, além da experiência prévia, conhecimento prático avançado e específico, capaz de suprir as necessidades do paciente crítico. Com a vivência das situações de cuidado, sua inexperiência vai se reduzindo, os sentimentos limitantes perdem intensidade, e ela se sente menos estressada, ansiosa e até o medo é reduzido. Isto serve de motivação para o enfrentamento de novas situações de cuidado com mais tranquilidade, segurança e satisfação.

5.2.3.1.2 Evidência: Sentindo satisfação profissional

Enquanto que para as enfermeiras em níveis de competências iniciais a atuação na UTI suscita sentimentos limitantes, para as que estão em níveis mais avançados é motivo de satisfação profissional. Esta satisfação emerge sutilmente ao ingressar na unidade e é fortalecida com a ampliação da visão acerca do trabalho. Ser enfermeira é motivo de prazer, especialmente ao considerar suas atribuições privativas, e isto se intensifica quando, a partir do nível competente, compreende que a complexidade da área a torna uma profissional diferenciada para o cuidado. A percepção de seu desenvolvimento a alegra e a faz se sentir realizada pessoal e profissionalmente. A proficiente ou *expert* é motivada pelo prazer em cuidar e a atuação na UTI é justificativa para o sentimento de valorização profissional.

5.2.3.2 Conceito: Reconhecendo a especificidade da UTI

O reconhecimento da especificidade da UTI requer aprendizagem experiencial, por isso emerge a partir do nível competente. Da mesma forma, numa relação de reciprocidade funcional, ocorre com *Percebendo-se como enfermeira de*

terapia intensiva, pois ambos os conceitos requerem experiência prévia à compreensão de fatores relacionados à especialidade. Isto porque primeiramente é necessário identificar aspectos da situação, ressignificá-los, perceber o ambiente, as relações, tomada de decisão, trabalho em equipe e a especificidade do cuidado em si, para então começar a compreender o universo da UTI, tanto como especialidade quanto como profissional da área. O principal aspecto detectado na UTI é a complexidade em que se atua e, ao considerá-la, defende-se que a área requer educação específica e permanente. Assim, instaura-se a relação de interação assimétrica entre as evidências que sustentam este conceito: *Detectando a complexidade da UTI e Identificando a UTI como uma área com necessidade de educação específica e educação permanente*.

5.2.3.2.1 Evidência: Detectando a complexidade da UTI

A enfermeira detecta a complexidade da UTI e a identifica como um ambiente difícil de trabalhar, pois a gravidade dos pacientes exige cuidado diferenciado, envolve uma variedade de informações e a necessidade de equipamentos diversificados. Este contexto de cuidado reflete uma intensidade nas situações, que exige comprometimento e *know-how*. Tais características são observadas a partir do nível competente, posto que a visão fragmentada, pontual e normativa do nível noviça/iniciante é impeditiva à compreensão da criticidade da UTI. Identificada esta complexidade, surge a relação de interação assimétrica entre esta evidência e a evidência *Identificando a UTI como uma área com necessidade de educação específica e educação permanente*, pois para que se identifiquem aspectos educacionais relacionados à especialidade, é preciso, primeiramente, compreender questões básicas a ela relacionadas.

5.2.3.2.2 Evidência: Identificando a UTI como uma área com necessidade de educação específica e educação permanente

Uma vez reconhecida a complexidade dos pacientes de UTI, torna-se notória a necessidade do conhecimento básico à enfermeira para o cuidado, e, portanto, deveria ser uma das áreas inseridas nos currículos da graduação. Outra indicação seria a exigência de titulação como especialista às profissionais admitidas, posto

que a criticidade dos pacientes requer olhar profundo capaz de captar suas necessidades, até mesmo as mais sutis. A intensidade das situações requer conhecimento prático avançado da enfermeira, por isso o aprendizado é amplo e constante. A complexidade do ambiente, bem como de seus pacientes, requer pensamentos articulados, complexos, com recursos diversos, raciocínio clínico, planejamento, o que impulsiona a necessidade de aprendizado; e, como rotineiramente as situações/contexto são complexas e diversificadas, a enfermeira, mesmo especialista, aprende na vivência de uma nova experiência, pois é na vivência diária de situações críticas que a profissional capta aspectos da situação e apreende uma nova forma de realizar o cuidado complexo.

5.2.3.3 Conceito: Percebendo-se como enfermeira de terapia intensiva

Para perceber-se como enfermeira da UTI, a profissional elenca características necessárias para cuidar na UTI, e percebe-se como uma enfermeira diferenciada em relação às das demais especialidades, por ser dotada de conhecimento, atribuições, cuidado e visão mais profundos, requeridos pela especialidade e que a capacitam para cuidar em qualquer outra unidade. Este conceito fundamenta-se no compartilhamento constante por meio da interação assimétrica entre as evidências *Elencando as características necessárias para atuar na UTI* e *Diferenciando as enfermeiras de UTI das de outras especialidades*.

5.2.3.3.1 Evidência: Elencando as características necessárias para atuar na UTI

Para cuidar na UTI, fazem-se necessárias relevantes características análogas às de qualquer outra especialidade, tais como a humanização, atenção, responsabilidade, proatividade, versatilidade e resolutividade. Enfatiza-se a profundidade com que tais aspectos precisam ser praticados, em vista da complexidade e intensidade das circunstâncias na terapia intensiva. Como a tecnologia dura é inerente ao ambiente e as condições clínicas do paciente dificultam a interação, há uma facilidade para que se desconsiderem aspectos da humanização, por isso a necessidade de enfatizá-la. A riqueza de detalhes, associada ao estado crítico dos pacientes e das situações/contexto, requer atenção e responsabilidade aumentadas, dada a gravidade das consequências de possíveis

iatrogenias. Aliado a isto, a variedade de informações, as condições do paciente e a premência da tomada de decisão requerem proatividade, versatilidade e resolutividade para atender às demandas de cuidado do paciente crítico.

5.2.3.3.2 Evidência: Diferenciando as enfermeiras de UTI das de outras especialidades

A enfermeira que atua em UTI é vista como uma profissional de destaque em relação às de outras especialidades. Isto porque o ambiente exige um conhecimento teórico e prático mais profundo, pois assume atribuições complexas, realiza o cuidado direto ao paciente com maior frequência, e com uma visão diferenciada. Vivenciando diariamente esta prática a enfermeira reduz o medo de paciente grave, atua sob pressão e se diferencia, progressivamente, das de outras especialidades, a ponto de ser capaz de atuar em qualquer outra especialidade.

5.2.4 CONCEITO CENTRAL

Com base nos códigos teóricos, conceitos, evidências, e suas relações, emerge o conceito central ***O desenvolvimento de competências da enfermeira na prática clínica se sustenta no conhecimento prático, na aprendizagem experiencial e no contexto de cuidado.*** Sua formulação retrata a manifestação dos significados desta vivência, explicitados de maneira articulada no diagrama elaborado neste trabalho.

O desenvolvimento de competências da enfermeira inicia-se quando é inserida na prática clínica, cujo contexto de cuidado é a UTI e, ao vivenciar a aprendizagem experiencial, constrói o conhecimento prático que a qualifica para se tornar *expert*. No contexto, a enfermeira se depara com o paciente, sua família, a equipe de enfermagem e a multiprofissional, a estrutura, a instituição, e as situações de cuidado, envolvidos por aspectos objetivos e subjetivos e influenciados por fatores sociais, políticos e econômicos. É neste contexto que a enfermeira vivencia a aprendizagem experiencial, enfrentando situações de cuidado, e apreende das mesmas ensinamentos advindos desta vivência, especialmente quando necessita resolver sozinha as situações ou quando estas são inusitadas ou complexas. Com o aprendizado destas situações, a enfermeira constrói seu conhecimento prático, pois,

com seu tipo de comportamento e conhecimento pessoal, identifica a hierarquização das diferenças qualitativas e os significados comuns das situações, realizando práticas não planejadas, orientando-se por seus casos paradigmáticos, até passar a utilizar máximas e fazer as suposições, ou seja, prevendo acontecimentos, e tornando-se proficiente e *expert*.

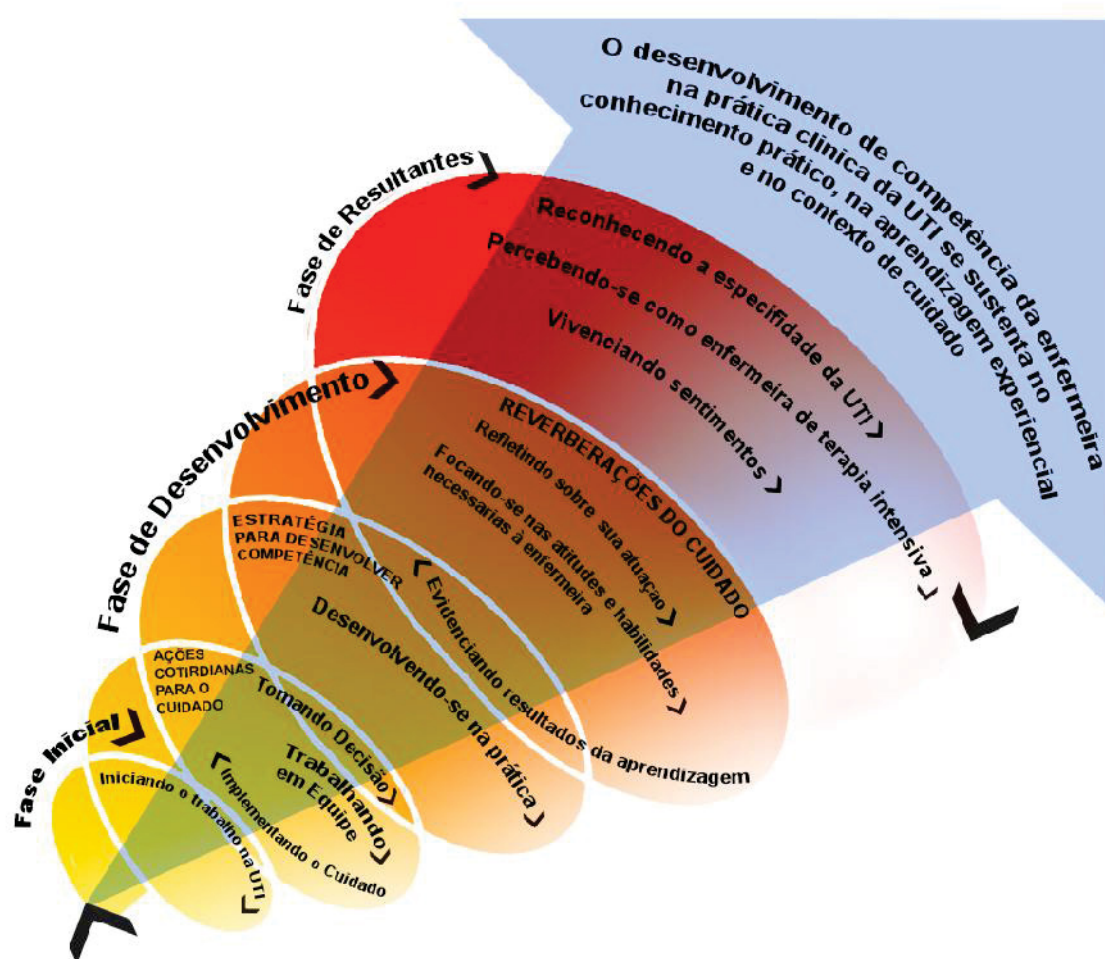
5.2.5 DIAGRAMA DA TEORIA

Com o intuito de tornar explícita a teoria substantiva e a relação entre seus conceitos, elaborou-se um diagrama que esclarece o fenômeno em questão. O diagrama representa uma espiral, cujo comportamento é representado por um movimento rotativo, como um “tornado”, composto por conceitos, cujas alterações quaisquer influenciam o seu funcionamento como um todo. É um complexo de elementos em constante interação e interdependência, cujas relações ocorrem por meio da permeabilidade entre os conceitos. Seu grau de interconexão é que determina a intensidade das relações entre as partes. Essas relações geram uma capacidade de crescimento, mudança, adaptações e até mesmo de autorregulação com foco em um objetivo único. O diagrama é organizado em três fases: a **inicial**, de **desenvolvimento** e a **de resultantes**.

A **fase inicial**, representada pelo conceito *Iniciando o trabalho na UTI*, aponta as primeiras experiências da enfermeira ao começar sua trajetória profissional em um ambiente complexo como a UTI. Concomitantemente, e numa relação de interdependência, surge a **fase de desenvolvimento**, expressada pela interdependência entre as *Ações cotidianas para o cuidado*, *Estratégia para desenvolver competências* e *Reverberações do cuidado*. Este é o momento em que a enfermeira, ao vivenciar ações cotidianas para o cuidado, utiliza estratégia para desenvolver competência e aprende por meio da reflexão acerca de sua prática. *Ações cotidianas para o cuidado* é composta pela interdependência entre os seguintes conceitos: *Trabalhando em equipe, tomando decisão e Implementando o cuidado*; a *Estratégia para desenvolver competências* é manifesta por meio do conceito *Desenvolvendo-se na prática*; e a terceira, *Reverberações do cuidado*, fundamenta-se na interdependência entre *Refletindo sobre sua atuação, Focando-se nas atitudes e habilidades necessárias à enfermeira e Evidenciando os resultados da aprendizagem experiencial*. Esta **fase de desenvolvimento**, numa relação de

interdependência com a **inicial**, gera a **fase de resultante**, da qual também é interdependente. Esta última fase firma-se nos conceitos *Vivenciando sentimentos*, que mantêm relação de interdependência com *Reconhecendo a especificidade da UTI* e de interação assimétrica com *Percebendo-se como enfermeira de terapia intensiva* e estes últimos, por sua vez, mantêm relação de reciprocidade funcional entre si. São estas relações entre os conceitos que operacionalizam a permeabilidade entre os mesmos para delimitar os códigos teóricos. Quaisquer alterações em uma das fases da teoria afeta o desenvolvimento de competências ao cuidar na UTI como um todo, visto que entre todas há interdependência, o que determina a dependência do todo para com as partes e vice-versa. Para melhor elucidar a teoria apresenta-se a FIGURA 5, com suas fases e respectivos conceitos.

FIGURA 5 - DIAGRAMA REPRESENTATIVO DA TEORIA SUBSTANTIVA “DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS AO CUIDAR NA UTI: VIVÊNCIA DA ENFERMEIRA”



FONTE: A autora (2018)

6 DISCUSSÃO COM OS AUTORES

Na experiência da pesquisadora na busca de artigos para fundamentação teórica deste estudo (GONZALEZ-CARRILO, GONZALEZ-DELA-O; MORIEL-CORRAL, 2016*), torna-se evidente a escassez da utilização do modelo de Benner. Ao se considerar as produções científicas acerca do modelo aliadas à UTI, essa exiguidade é intensificada. Com isto, discutir-se-á com a literatura existente aspectos relacionados aos conceitos emergentes da teoria proposta nesta tese. O intuito desta discussão é de explorar as similaridades, discrepâncias e lacunas existentes entre a literatura e os conceitos que embasam a teoria, com vistas a contribuir para a produção do conhecimento teórico, para a reflexão e valorização da prática profissional da enfermagem, e para o apontamento de estudos futuros no que diz respeito ao desenvolvimento de competências da enfermeira que atua em UTI.

A fase inicial do desenvolvimento de competências da enfermeira na UTI ocorre quando esta profissional começa a exercer seu trabalho nesta unidade. Neste momento, a enfermeira, ainda inexperiente, sente-se despreparada para atuar devido à discrepância entre a academia e as demandas do mercado de trabalho (SILVA et al., 2016*).

A inexperiência da enfermeira recém-formada faz com que se baseie estritamente em protocolos assistenciais (VAUGHN et al., 2015), assim, geralmente, os dois primeiros anos de experiência na prática clínica resultam em um crescimento profissional significativo devido à interação dinâmica com os pacientes, com o ambiente de trabalho e com os demais profissionais. Isto gera uma aprendizagem, um desenvolvimento e uma formação de identidade profissional intensos, pois esta fase representa a base da formação do conhecimento, do raciocínio clínico e do desenvolvimento de habilidades para a tomada de decisão (HAYWARD et al., 2013*).

Nesse período há uma preocupação excessiva, muitas vezes desnecessária, da enfermeira em “fazer o que é certo” (HAYWARD et al., 2013*), o que, aliado à inexperiência, gera insegurança exacerbada. Dentre os motivos desta insegurança, estudo indica que, de 31 egressos que se sentiam inseguros no primeiro emprego, 12,4% relacionaram a insegurança ao distanciamento entre a academia e a prática profissional; 8%, pela falta de conhecimentos específicos e de segurança para

liderar a equipe; e 3,4%, por inexperiência e tempo reduzido de internato (COSTA; GUARIENTE, 2017).

Na teoria substantiva a enfermeira reconhece sua necessidade de aprendizado e aponta, dentre outros, que, apesar de isto ser escasso nos serviços de saúde, ser orientada por profissionais da prática clínica mais experientes contribui para com sua evolução. Benner indica que, uma vez graduada, a enfermeira deveria ser dotada de características que a classificassem como competente (BENNER, 1984*; 2001).

O exposto até o momento retrata condições experienciadas no início do trabalho da enfermeira, as quais nem sempre são tidas como dificuldades, mas, sim, situações esperadas nesta fase da sua carreira profissional. Quanto às dificuldades propriamente ditas, uma revisão sistemática, realizada em 2013, apresenta os seguintes problemas: despreparo no estágio, dificuldade em situações específicas de aconselhamento como, por exemplo, responder a perguntas do paciente que está com medo, habilidades específicas para o trabalho em equipe, lentidão na realização de atividades e dificuldade para se autoavaliar (GIBSON, MOLLOY, 2012*).

Esses mesmos autores elencam como dificuldades as condições de trabalho, relacionadas à burocracia, definição de papéis imprecisa, excesso de trabalho e falta de orientação e treinamento formal para a aprendiz (GIBSON, MOLLOY, 2012*). Outro estudo apresenta a resistência da equipe para aceitar a liderança de uma enfermeira recém-formada, a escassez de recursos humanos e materiais, e a inexperiência propriamente dita (SILVA et al., 2016*).

Um dos obstáculos mais marcantes relaciona-se à liderança, inerente ao trabalho da enfermeira clínica. A liderança, o gerenciamento do tempo, a resistência da equipe, a comunicação entre os profissionais mais experientes e ser recém-formada são considerados questões problemáticas (GIBSON; MOLLOY, 2012*). As competentes, proficientes e *experts* são enfermeiras indicadas para atuar como orientadoras das noviças e iniciantes avançadas em relação ao trabalho com as equipes de enfermagem e multiprofissional (VAUGHN et al., 2015).

Outra questão relevante refere-se à atuação da recém-formada em uma unidade complexa como a UTI. Ela ainda não está preparada para atuar nesta especialidade, pois, além da visão restrita desta enfermeira, a mesma não possui

habilidade suficiente para atender às necessidades desta prática altamente especializada (GIBSON; MOLLOY, 2012*).

Um trabalho publicado em 2015 elenca dez competências necessárias às enfermeiras da UTI: conhecimento e desempenho técnico/tecnológico, conhecimento científico, tomada de decisão, liderança, trabalho em equipe, relacionamento interpessoal, comunicação, planejamento organização, equilíbrio emocional (CORREIO et al., 2015). Considerando a complexidade desta especialidade, o referencial teórico deste trabalho e a teoria substantiva proposta, há que se refletir acerca da contratação da noviça e/ou iniciante avançada nesta unidade, como única responsável pelo seu turno de trabalho. As competências supracitadas condizem com enfermeiras de níveis de competências mais avançados para que sejam capazes de cuidar, minimamente, das demandas de cuidado de um paciente complexo. Isto suscita questionamentos relativos a questões profissionais, éticas e até legais relacionadas à atuação da noviça e/ou iniciante avançada neste ambiente crítico da UTI.

Perante os obstáculos ocasionados pela inexperiência da noviça ou iniciante avançada, emerge a necessidade de superação dos mesmos, o que deve estimular a enfermeira a buscar estratégias que lhe gerem segurança profissional (COSTA; GUARIENTE, 2017).

Dentre as estratégias, uma revisão sistemática indica a imersão na prática como o melhor método para desenvolvimento de habilidade clínica, seguida da participação em programas de educação continuada com foco na formação de profissionais clínicos qualificados para o cuidado ao paciente; o terceiro ponto a ser considerado é a contextualização da teoria na prática (GIBSON; MOLLOY, 2012*). O hospital em estudo possui um serviço de Educação Permanente e a interação com este serviço permite apoio às necessidades educativas para o desenvolvimento de competências da enfermeira.

Portanto, os conhecimentos teórico e prático são essenciais para a superação das dificuldades (HAYWARD et al., 2013*). Mais especificamente a experiência na prática clínica favorece o desenvolvimento da confiança e segurança conforme emerge o amadurecimento pessoal e profissional (COSTA; GUARIENTE, 2017). Além de permitir que a enfermeira se responsabilize por outros papéis até então não assumidos, e amplie sua visão profissional com base na experiência emergente (HAYWARD et al., 2013*).

Uma vez discutida a fase inicial da atuação da enfermeira, didaticamente, a teoria apresenta a fase de desenvolvimento, manifesta pela vivência da enfermeira em ações cotidianas para o cuidado com uso de estratégia para desenvolver competências, tendo a partir disto reverberações do cuidado que realiza. Isto ocorre desde o início do seu trabalho e permeia toda a sua trajetória profissional.

A vivência de situações/contexto de cuidado é uma prerrogativa para que a enfermeira inicie seu processo de desenvolvimento de competências. O trabalho em equipe é uma dessas situações e uma de suas vertentes é com a equipe de enfermagem, pela qual é bem recebida, passa dificuldades, pontua conquistas, até conseguir liderá-la.

Por vezes, a enfermeira sente-se acolhida na UTI, isto porque muitos se esforçam para desenvolver atitudes positivas que contribuam para com o relacionamento interpessoal, facilitando assim o trabalho com a equipe (GOULART et al., 2016). Esta postura de colaboração entre os profissionais favorece o desenvolvimento do trabalho, uma vez que há uma interdependência entre as ações das diferentes categorias, especialmente em um setor de emergência (SANTOS, LIMA, PESTANA et al., 2016).

Quanto às dificuldades, a inexperiência é uma das principais causas para lidar com a equipe, pois este trabalho exige articulação de habilidades tanto técnicas quanto relacionais para que consiga resolutividade em sua atuação (SILVA; MOREIRA, 2015). Ainda demanda assertividade nas relações, as quais exigem comunicação, respeito, coordenação e experiência do envolvidos (PERUZZO et al., 2017). As novças e iniciantes avançadas ainda não possuem *know-how* para atender tal demanda. Além desta inexperiência, há os problemas de relacionamento com a equipe como uma dificuldade vivenciada (MIRI; LORENZINI, 2015).

Uma vez transpassadas as dificuldades, a enfermeira começa a conquistar a equipe, por meio da promoção do trabalho em conjunto, do estabelecimento de confiança e de relações profissionais saudáveis (MOURA et al., 2013*; SANTOS; LIMA; PESTANA et al., 2016), do desenvolvimento da competências para liderar, da motivação e do envolvimento com o trabalho (MIRI; LORENZINI, 2015).

A resolução de conflito, uma das situações mais marcantes do trabalho da enfermeira (SANTOS; LIMA; PESTANA et al., 2016), é outra estratégia significativa para conquistar a equipe, pois a mesma espera que haja mediação por meio de

tomada de decisões justas e assertivas (MOURA et al., 2013*; SANTOS; LIMA; PESTANA et al., 2016).

Com o tempo a enfermeira adquire experiência e consegue estabelecer relação de autoridade com a equipe (PERUZZO et al., 2017), liderando-a. Para tanto, é preciso conhecer cada membro desta equipe para direcioná-la, coordená-la, controlá-la, supervisioná-la e ensiná-la, atividades estas que segundo a Lei do Exercício Profissional, devem ser desempenhadas, privativamente, pela enfermeira (BRASIL, 1986; MOURA et al., 2013*; MIRI; LORENZINI, 2015).

A teoria proposta salienta a orientação da equipe como uma maneira de liderá-la. Para isto, a enfermeira precisa ter conhecimento profundo, capaz de respaldá-la em suas orientações, com o intuito de instrumentalizar os membros da sua equipe seguindo os preceitos de sua especialidade (MOURA et al., 2013*).

Outra perspectiva do trabalho em equipe da enfermeira é sua atuação junto ao médico. A proximidade entre ambos é evidente nas publicações científicas, nas quais estes profissionais tornam-se o centro das pesquisas referentes à temática do trabalho multiprofissional. Em uma revisão integrativa, dos 12 estudos selecionados, 11 priorizavam o médico e a enfermagem em sua abordagem (ALVES et al., 2016).

A relação com o profissional médico se institui conforme o nível de competências em que a enfermeira se encontra. Inicialmente, a enfermeira apenas fornece informações ao médico, pois sua inexperiência a limita para discutir casos clínicos, por exemplo. Com a aprendizagem experiencial, adquire segurança para organizar situações que possam interferir no trabalho médico e discute decisões e condutas com este profissional (SANTOS, LIMA, PESTANA et al., 2016).

É nesta relação que o conhecimento, teórico ou prático, as fragilidades e potencialidades da enfermeira se manifestam, e, pautada nesta sustentação, seu valor, competências, e relevância transparecem perante os demais profissionais, especialmente quando o contexto de atuação é intenso e repleto de complexidade, como ocorre na UTI (DUARTE; ALVES, 2014). É embasada neste reconhecimento que discute conduta, posiciona-se contrária a determinadas decisões e conquista respeito profissional.

A proximidade desta relação possui aspectos benéficos, mas também dificuldades, geralmente relacionadas à colaboração escassa entre médicos e equipe de enfermagem, o que pode resultar em ações capazes de dificultar o trabalho entre esses profissionais (ALVES et al., 2016). No caso desta teoria, os

problemas mais evidentes relacionam-se ao trabalho de enfermeiras proficientes e *experts* com médicos residentes, ainda inexperientes. Este fato merece destaque ao se considerar o modelo medicocentrado do hospital em questão. O conhecimento das enfermeiras, mesmo neste cenário, as empodera para que possam orientá-los, sendo este o problema mais evidente na relação com os médicos, quando ainda são inexperientes. Isto porque com o passar do tempo percebem e reconhecem o conhecimento das enfermeiras e as respeitam por isso.

Quanto ao trabalho com a equipe multiprofissional, este é marcado pelo trabalho em conjunto, por meio da colaboração, ajuda mútua, partilha, troca de conhecimentos e ações baseadas na articulação, integração, com o intuito de ultrapassar a fragmentação das ações de enfermagem e alcançar objetivos comuns relacionados ao aprimoramento destas com vistas à integralidade do cuidado (BACKES et al., 2014; MORGAN, PULLON, MCKINLAY, 2015*; ALVES et al., 2016; GOULART et al., 2016; PERUZZO et al., 2017).

Inicialmente, a enfermeira não possui *know-how* para atuar de maneira articulada com a equipe. Neste momento, é ajudada pela mesma, por isso, a colaboração é apontada como promotora da harmonia no ambiente de trabalho e do desempenho do trabalho em equipe (ALVES et al., 2016). O estabelecimento de boas relações profissionais é requisito básico para o desenvolvimento deste trabalho (MIRI; LORENZINI, 2015; SANTOS, LIMA, PESTANA et al., 2016), mas não o suficiente para que o mesmo seja produtivo. O conhecimento específico de cada profissão é parte fundamental neste cenário, pois a equipe atua constantemente com a troca de saberes e prática para se alcançar as metas relativas ao paciente, e para isto a especificidade de cada categoria é essencial na contribuição com o todo (ALVES et al., 2016).

Tanto o saber específico, quanto o relativo à dinâmica do grupo são tão relevantes à prática do cuidado que a escassez deste conhecimento e da habilidade a ele relacionada tem sido justificativa para a realização de estudos científicos (MIRI; LORENZINI, 2015). Dentre os demais profissionais da equipe de saúde, a enfermeira se destaca ao ter mais habilidade para trabalhar em conjunto, reconhecer e valorizar a relevância do papel das demais profissões para o benefício do paciente (DUARTE; ALVES, 2014). Assim, com esta visão, e com conhecimento e assertividade em suas decisões, posiciona-se e conquista o respeito perante a equipe multiprofissional (MOURA et al., 2013*).

A discussão acerca da tomada de decisão, uma das três situações de cuidado apresentadas na teoria, é dividida em aspectos que fundamentam a decisão e o desenvolvimento da enfermeira nesta trajetória. A decisão é respeitante ao trabalho da enfermeira e merece atenção, pois influencia comportamentos, relações de cuidado e as existentes entre a equipe, e, em especial, práticas de cuidado (BUSANELLO et al., 2016).

Por esse motivo, e considerando a ligação entre a experiência e o desenvolvimento de competências, a fundamentação da enfermeira para decidir é correlata à sua trajetória profissional. Inicialmente, sua fundamentação é estritamente teórica, pois são escassas as atividades acadêmicas na prática que incitem os estudantes a decidir (BUSANELLO et al., 2016). Conforme a enfermeira amplia sua experiência prévia, a utiliza em suas decisões, pois o raciocínio clínico relacionado à tomada de decisão é uma combinação entre o conhecimento da profissional e sua experiência clínica (LEE et al., 2016*).

A opinião da equipe é outro aspecto que fundamenta a tomada de decisão, pois incide na decisão da enfermeira, assim como esta exerce influência sobre os demais membros da equipe (BUSANELLO et al., 2016). Isto acontece em duas perspectivas: tanto na de apoiar-se significativamente na opinião dos demais, quanto na utilização desta opinião para discutir casos clínicos em benefício do paciente.

Ancora-se também em sua avaliação e, quanto maior a experiência da enfermeira, mais ampla sua visão acerca do paciente e/ou situação para definir conduta, por isso enfermeiras experientes utilizam estratégias cognitivas para criar soluções para problemas detalhados (SARFIELD, 2014*) e complexos.

Ao avaliar o paciente com visão global, a enfermeira, baseada em sua experiência prévia, considera sinais e sintomas, resultados de exames físicos e exames laboratoriais, para então definir padrões e criar hipóteses; com experiência, a competência é evidente, e torna-se possível elencar questões prioritárias aos pacientes e familiares (LEE et al., 2016*; BUSANELLO et al., 2016).

Quanto mais experiente, mais a enfermeira ultrapassa a visão biologicista. E, para além da interação e do envolvimento dos profissionais nas situações/contexto de cuidado, é preciso considerar o contexto para que se torne possível compreender a singularidade e complexidade de cada paciente e/ou situação (SHABAN, et al., 2017*). De maneira mais aprofundada, baseada mais fortemente no conhecimento prático, a intuição se apresenta, nesta teoria, com uma das formas de

fundamentação na tomada de decisão, pois auxilia a enfermeira a decidir rápida e assertivamente (FORSBERG et al., 2014*; LEE et al., 2016*).

O aprimoramento da tomada de decisão ocorre ao longo da vivência da enfermeira. Inicialmente, é difícil decidir devido à inexperiência, imbricada à dificuldade de aliar conhecimento teórico à prática, refletindo o distanciamento entre academia e mundo do trabalho (AL-DOSSARY; KITSANTAS; MADDOX, 2014*). A própria complexidade envolvida no cuidado de enfermagem na UTI também é um dificultador à tomada de decisão (BUSANELLO et al., 2016), pois exige deliberações e liderança em meio a um trabalho intenso com paciente crítico, quantitativo de recursos humanos de enfermagem escasso, tecnologias complexas (AL-DOSSARY; KITSANTAS; MADDOX, 2014). Na teoria emergente, são ressaltados os momentos da emergência e de palição como os de maior dificuldade, devido à gama de aspectos que devem ser considerados para definir um veredito.

As enfermeiras de níveis iniciais de competências utilizam todo um processo na tomada de decisão, há uma organização consciente do pensamento e das ações para definir uma conduta. Esse processo de raciocínio clínico traduz-se em: avaliação, análise, diagnóstico, planejamento / implementação e avaliação (LEE et al., 2016*).

Progressivamente, a decisão é aprimorada por meio da vivência na prática e da aplicação do conhecimento teórico em contextos reais. Há, inclusive, incentivos à criação de programas de residência em enfermagem para investir na formação de enfermeiras por meio deste treinamento em serviço, com o intuito de desenvolver a capacidade de decidir e liderar (AL-DOSSARY; KITSANTAS; MADDOX, 2014*). Isto porque a realidade permite que o desenvolvimento de uma visão diferenciada, crítica, detalhista e ampla influencie na definição de condutas (BUSANELLO et al., 2016).

O aprimoramento da decisão também acontece na discussão com a equipe, seja por meio da discussão de casos, ao considerar as opiniões das diversas profissões, quando pertinente, ou apenas ao acatar as decisões de outros profissionais, o que ocorre, geralmente, com as noviças. Há situações em que estas dependem de outros para que haja decisões assertivas no trabalho (SEDGWICK, GRIGG, DERSCH, 2014*).

Para priorizar as decisões, a enfermeira deve perceber a necessidade de agilidade na tomada de decisão em situações mais emergentes (HOLANDA,

MARRA, CUNHA, 2015; LEE et al., 2016*). Para tanto, é preciso identificar o foco da priorização, o qual deve basear-se na individualização do cuidado com idealização de resultados centrados no paciente (LEE et al., 2016*).

Com o avanço nos níveis de competências, a enfermeira, com base em dados, seu conhecimento e experiência prévia, passa a decidir com naturalidade (LEE et al., 2016*). Esta naturalidade é evidenciada em situações de emergência, quando há necessidade de agilidade e rapidez e a enfermeira tem que, em tempo hábil, garantir qualidade de cuidado aos pacientes (HOLANDA; MARRA; CUNHA, 2015). Quando o contexto do cuidado é a UTI, a complexidade, relacionada à especialidade, requer esta tomada de decisão natural, rápida e assertiva (SEDGWICK; GRIGG; DERSCH, 2014*).

A última situação de cuidado da fase de desenvolvimento ocorre na implementação do cuidado propriamente dito. Primeiramente é de responsabilidade da enfermeira a provisão das condições para a continuidade do cuidado. Esta provisão inicia-se com a coleta de dados, considera o estado de saúde do paciente, suas características, recursos humanos, materiais, o ambiente hospitalar e a organização do cuidado, o que requer grande parte do seu tempo (LEE et al., 2016*).

O parágrafo anterior resume esta evidência, tendo em vista que, na teoria, ela se apresenta como uma forma de organização do dia de trabalho da enfermeira, pois inicia-se com a coleta de dados, seguida da identificação de prioridades, tanto assistenciais quanto administrativas. A partir disto, a enfermeira planeja o seu trabalho, ao considerar tais informações, com destaque para a gravidade dos pacientes. Este planejamento envolve escala de atividades, provisão de recursos humanos e materiais, resolução de pendências, organização de questões mediatas, e a identificação do momento oportuno para avaliação dos pacientes. Após esta planificação, operacionaliza a rotina e organiza o cuidado junto à equipe tanto de enfermagem, quanto a multiprofissional.

A implementação do cuidado também ocorre pela avaliação dos pacientes, a qual utiliza dados necessários para fazer o planejamento e implementação de intervenções nas situações reais (LEE et al., 2016*). A avaliação que acontece conforme o nível de competências da enfermeira. Inicialmente é difícil para a novíça ou iniciante avançada priorizar sua avaliação considerando a gravidade dos pacientes, mas, conforme regulamenta a Lei do Exercício Profissional da

Enfermagem (BRASIL, 1986), são privativos da enfermeira o cuidado ao paciente grave, com risco de vida, os cuidados de maior complexidade técnica e que exijam conhecimento científico, e a tomada de decisão rápida e eficaz.

Nesta fase, a enfermeira baseia-se, majoritariamente, em dados objetivos, como anamnese e exame físico, ancorando-se no conhecimento teórico, o que na UTI são dados insuficientes considerando a complexidade das situações/contexto. Nesta fase, a enfermeira é orientada apenas pela informação objetiva e por evidências para avaliar e decidir (HAYWARD et al., 2013*).

Com o tempo, a avaliação ultrapassa os limites da teoria e começa a utilizar a experiência prévia como um de seus fundamentos, seu *background*, considerando a observação, a clínica, dentre outros aspectos relacionados a dados qualitativos, para avaliar o paciente. Com esta experiência, a enfermeira desenvolve o raciocínio clínico e aplica recursos apreendidos em vivências passadas nas situações atuais (HAYWARD et al., 2013*).

A partir de então o julgamento clínico emerge, caracterizado por ser deliberativo, consciente e analítico, capaz de refletir e moldar a compreensão da enfermeira, direcionando-a para a resolução de problemas (BENNER, TANNER, CHESLA, 2009*). A percepção também é uma forma de avaliação, manifesta a partir da proficiência, quando a enfermeira, por meio da sensibilidade perceptiva, baseada em situações passadas, faz uma leitura da situação/contexto atual, identificando alterações sutis e respondendo adequadamente às reais demandas do paciente (BENNER, TANNER, CHESLA, 2009*).

A visão global da proficiente é utilizada para avaliar o contexto, as situações e os pacientes (QUEIRÓS, 2015*; PAYNE, 2015*) e, quando aliada à intuição da *expert*, permite que a enfermeira tenha uma previsão dos acontecimentos e identifique problemas precocemente com perspicácia (ARGILAGA-MOLERO; ARIAS-RIVERA, 2013*; QUEIRÓS, 2015).

No tocante à intuição, esta é resultado de uma vasta e intensa experiência (QUEIRÓS, 2015; BENNER, TANNER, CHESLA, 2009*), é uma antítese da prática reflexiva consciente (GARDNER, 2103*), pois a enfermeira *expert* não tem mais consciência de todas as regras que conduzem suas ações. Ela faz uso da memória, do reconhecimento de situações/contexto e da intuição para a tomada de decisão (BENNER, TANNER, CHESLA, 2009*; GARDNER, 2013*; PAYNE, 2015*) assertiva.

Tendo sido feita a avaliação, inicia-se a realização do cuidado ao paciente e à família. A teoria apresenta que este cuidado se dá no acolhimento à família. Isto ocorre em um contexto agressivo e invasivo, repleto de eventos e situações intensos e complexos, e, para minimizar tal sofrimento, o acolhimento é tido como uma forma de estreitar a relação entre o profissional e a família, já que, por vezes, esta se encontra perdida e desprovida de esclarecimentos (PASSOS et al., 2015).

Outra maneira de realizar o cuidado é quando este ocorre de forma direta aos pacientes, especialmente os de maior complexidade, momento este em que a enfermeira se envolve, considera aspectos objetivos e subjetivos, e intensifica seu comprometimento (CAMELO, 2012). Para que este cuidado seja operacionalizado e registrado faz-se necessário cumprir as etapas do Processo de Enfermagem, mas na teoria emergente foram mencionadas apenas a prescrição e a evolução de enfermagem. Isto porque são as mais compreendidas pelas enfermeiras (SOUZA; SANTOS; MONTEIRO, 2013). A Lei do Exercício Profissional já preconiza isto como privativo e obrigatório à enfermeira (BRASIL, 1986).

Ainda na fase de desenvolvimento da enfermeira, a teoria aborda que é na vivência das situações de cuidado que esta profissional busca aperfeiçoar-se na prática, como uma estratégia para alcançar determinados resultados. Um dos fatores significativos para a aquisição e aprimoramento de conhecimentos para o exercício profissional é a aprendizagem experiencial (SILVA, R.M.O et al., 2014), a qual inicia-se com o envolvimento genuíno da enfermeira.

Nesse sentido, estudo realizado na Espanha indica que a atitude da aprendiz é determinante para que haja evolução na prática, é preciso proatividade, pois não se deveria aguardar ordens para iniciar suas atividades (LAPÉÑA-MOÑUX et al., 2016*), posto que a proatividade e reflexão acerca da clínica são mediadoras da aprendizagem (MERIGHI et al., 2014).

Esse interesse, dentre outros, está na opção de buscar avançar a prática para alcançar seu aprimoramento, como ocorre quando enfermeiras optam por cursarem a residência, por exemplo, experiência que oportuniza, por meio de vivências práticas, a aquisição e o desenvolvimento de competências necessárias ao cuidado (SILVA et al., 2015). Além da prática, o conhecimento teórico também deve ser foco de interesse daquela que almeja a *expertise*, e uma, dentre outras formas de alcançá-la, é a participação em cursos de especializações ou eventos científicos. Estes oportunizam a atualização dos profissionais quanto à problemática da saúde,

bem como suas possíveis soluções, além favorecer a produção e divulgação científicas com vistas a proporcionar aprimoramento à prática profissional (ZANONI et al., 2015).

Mais relevante que o conhecimento prático e o teórico é a articulação entre ambos. Muitas enfermeiras idealizam esta articulação como uma possibilidade essencial ao aprimoramento da enfermeira, o que implica dizer que a teoria é complementar à prática e vice-versa (MERIGHI et al., 2014). Esta visão requer certa experiência prévia e, quanto maior o nível de competência, mais natural se torna a aplicação da teoria nas situações e/ou contextos de cuidado. Para a *expert* isto ocorre de maneira fluida e é um dos aspectos, inclusive, que a classificam neste nível (QUEIRÓS, 2015*).

Dotada de interesse a enfermeira precisa experienciar situações práticas para desenvolver-se. Uma vez exercendo sua função, a profissional aprende com seus erros e acertos na realização do cuidado, por meio da vivência de situações reais nos contextos de cuidado, que requerem atitudes, habilidades e conhecimentos específicos capazes de sustentar decisões da enfermeira (MERIGHI et al., 2014; IMA et al., 2015). Mesmo sendo esperado o aprendizado com base em erros e acertos, é preciso considerar as questões éticas e legais envolvidas neste cenário, pensando nos possíveis resultados dos erros cometidos.

Dessa forma, cuidar na prática clínica colabora para com o aprimoramento do saber prático, por exigir resolução de problemas, reflexão acerca de atitudes, sentimentos, ideias, além da redefinição de determinadas relações existentes no contexto real (SILVA, R.M.O. et al., 2014). Isto porque vivenciar a realidade favorece uma aprendizagem significativa (FIGUEIREDO, 2014).

Vivenciar o cuidado é um ensejo para que a enfermeira possa refletir sobre sua prática (MERIGHI et al., 2014) e, dentre outros, evoluir como profissional, além de resultar em uma redução de eventos adversos, promovendo segurança ao paciente (MARCOMINI et al., 2017).

Por isso, quando há situações inusitadas, que incitam a resolução e reflexão acerca das situações/contexto, o aprendizado é enfatizado, como, por exemplo, quando a recém-formada assume a supervisão de uma equipe de enfermagem, e precisa resolver problemas cotidianos, além das práticas gerenciais (ZANONI *et al*, 2015).

A teoria proposta enfatiza que o enfrentamento de situações sem auxílio de outro profissional, bem como de situações complexas, é uma das formas de desenvolver competências. Isto porque ao ter estas vivências a enfermeira consegue identificar aspectos significativos que se repetem nas situações e aprende com eles. Afinal, é assim que ocorrem o reconhecimento de padrões, o entendimento das alterações nas respostas do profissional com o decorrer do tempo, a identificação de alterações qualitativas (BENNER, TANNER, CHESLA, 2009*). Após ter vivenciado vários contextos, comparando fatos e experiências, consegue identificar e resolver problemas (QUEIRÓS, 2015*).

Outro aspecto que favorece o desenvolvimento de competências na prática são as relações profissionais. O aprendizado ocorre na interação com outra enfermeira, com a equipe de enfermagem e com a equipe multiprofissional, e o médico é o profissional de destaque neste sentido.

O compartilhamento de práticas entre aprendizes e profissionais que já atuam na prática clínica, sendo estes geralmente mais experientes, possibilita um aperfeiçoamento àquele que aprende rumo a um cuidado de qualidade (MERIGHI et al., 2014).

A aprendiz se desenvolve ao observar uma enfermeira mais experiente e o seu nível de aprendizagem, de desenvolvimento de habilidade e de confiança é influenciado pela relação estabelecida com a enfermeira com quem aprende (ARAUJO et al., 2013; ABDAL, ALAVI, DIB-HAJBAGHERY, 2015*; KARIMI et al., 2015*; ARRECIADO MARAÑÓN; ISLA PERA, 2015*). Além disso, o apoio de outra enfermeira mais experiente faz com que uma profissional aprendiz seja mais ativa em seu trabalho (KARIMI et al., 2015*; ARRECIADO MARAÑÓN; ISLA PERA, 2015*), além de favorecer o aprimoramento da eficácia clínica das que se encontram em níveis de competências iniciais (LAPENÑA-MOÑUX et al., 2016*).

Estudos específicos relacionados ao aprendizado com médico e com a equipe técnica não foram identificados, mas sim os que retratam a temática com a equipe de maneira generalizada, na maioria das vezes, a equipe multiprofissional.

A residência multiprofissional é uma das formas de a enfermeira se desenvolver por meio da aprendizagem experiencial em contextos de cuidado. Esta modalidade de especialização, a de treinamento em serviço, oportuniza a aquisição de conhecimentos acerca de outras áreas, favorecendo o auxílio e a complementaridade entre as diversas profissões (SILVA et al., 2015).

Mais especificamente, o relacionamento com outros membros de uma equipe influencia no desenvolvimento da enfermeira para o raciocínio clínico e para a tomada de decisão e, em situações mais graves, em que as decisões precisam ser rápidas e eficazes, todos os profissionais opinam no raciocínio e na decisão final, independente do tempo de experiência da enfermeira (SEDGWICK, GRIGG, DERSCH, 2014*).

Uma vez tendo vivenciado ações cotidianas para o cuidado e utilizado estratégia para desenvolver competências, a enfermeira começa a vivenciar reverberações deste cuidado que foi realizado. A primeira delas é a reflexão acerca de sua atuação. Neste conceito emergem as fragilidades e as qualidades identificadas pela própria enfermeira. Primeiramente, ela admite que tem muito o que aprender.

Durante a graduação, a temática da UTI é pouco explorada e as acadêmicas de enfermagem têm contato mínimo com atividades relacionadas a esta área de atuação. Neste sentido, as enfermeiras reconhecem a necessidade de ampliar seu conhecimento teórico e, para isto, indicam a necessidade de uma complementação por meio de especialização, aprimoramento e atualização (CAMELO, 2012; CAMELO et al., 2013).

Além do conhecimento teórico, a enfermeira reconhece que necessita expandir seu conhecimento prático, posto que a realidade do cotidiano do trabalho se configura diferente da experienciada durante a graduação, mas é preciso adaptar-se a essa nova realidade. (SOUZA et al., 2014). Estudos apontam a preocupação das enfermeiras em realizar procedimentos de alta complexidade ou aqueles que nunca haviam realizado (CAMELO et al., 2013; SOUZA et al., 2014) como forma de desenvolver conhecimento prático, na visão limitada da novíça e da iniciante avançada.

Isso é interessante, porque a experiência profissional, adquirida com a prática, fornece subsídios para o avanço da enfermeira em seus níveis de competências (OLIVEIRA, 2017), o que favorece para que esta profissional conquiste seu espaço e o respeito perante a equipe de saúde. A teoria proposta ainda apresenta que, frente às fragilidades, as enfermeiras idealizam estratégias futuras para superá-las, tais como criar um grupo de estudo entre as enfermeiras da urgência e emergência do hospital em questão, participar de grupo de pesquisa, cursar especialização, mestrado ou doutorado.

Quanto às qualidades que admitem possuir, é perceptível que as mesmas são elencadas somente a partir da característica da competente, a qual possui uma prática mais organizada e por isso consegue sentir-se apta para cuidar. Esta qualidade é marcada pelo fato de a enfermeira ser resolutiva em diversos contextos, como no cuidado ao paciente grave, no atendimento à emergência, em situações desconhecidas e na UTI propriamente dita. Esta unidade é tipificada por ser um ambiente com pacientes variados, cuja assistência deve ser planejada segundo as necessidades e gravidade de cada paciente. (CHAVES; LAUS; CAMELO, 2012).

Para atuar neste cenário, faz-se necessário que a enfermeira seja dotada de uma visão diferenciada. Habilidade esta que permite ao profissional avaliar não só o paciente, mas também o contexto no qual o mesmo está inserido. (BAGGIO; ERDMANN, 2015).

Essa visão é utilizada na avaliação tanto do paciente quanto da situação/contexto. Saber avaliar o paciente é uma habilidade evidenciada como importante, pois cada paciente possui um padrão para manifestar seus sinais e sintomas, devendo o profissional considerar os diversos contextos nos quais o paciente está inserido (LEE et al., 2016*).

Quanto a avaliar a situação/contexto, isto permite o reconhecimento de problemas reais e potenciais advindos de momentos já experienciados, o que é relevante para auxiliar na prática diária (JOHNSEN; SLETTEBO; FOSSUM, 2016*; BRINGSVOR, BENTSEN E BERLAND, 2014*). Todavia, essa é uma ferramenta pouco utilizada pelas enfermeiras (LEE et al., 2016*).

A terceira qualidade é a capacidade de ensinar outros profissionais. O desenvolvimento de competências da enfermeira se dá, entre outras formas, com o apoio dos colegas de trabalho, no compartilhamento de informações de enfermeiras mais experientes para com as novatas. (BRINGSVOR; BENTSEN; BERLAND, 2014*).

Estudos de Abdal, Alavi e Adib-Hajbaghery (2015*) e de Karimi e colaboradores (2015*) demonstraram que estudantes são influenciados, estimulados e aprendem ao observar o que seus pares realizam. Assim, quanto melhor o relacionamento entre eles, mais fácil se darão a orientação, a aprendizagem e, conseqüentemente, o desenvolvimento da aprendiz (SOUZA et al., 2014).

O saber das *experts* é proporcional à sua experiência profissional e lhe confere empoderamento em suas ações. Ele inclui a capacidade de planejamento,

priorização, avaliação, articulação de conhecimentos teóricos e práticos, antecipação de intercorrências, gestão de pessoas e de conflitos, aspectos presentes diariamente na atuação profissional da enfermeira (QUEIRÓS, 2015). Estas habilidades possibilitam à *expert* orientar outras enfermeiras com base em relatos de casos de sua prática profissional considerando aspectos significativos de sua experiência prévia.

Outra reverberação do cuidado acontece quando, ao refletir sobre sua prática, a enfermeira consegue elencar as atitudes e habilidades necessárias à atuação na UTI. A primeira atitude é o envolvimento nas situações de cuidado, inexorável à prática profissional. Este envolvimento é impulsionado pelo desejo da enfermeira de atuar na UTI, por almejar aprender e pela busca de seu desenvolvimento; e somente pode ser operacionalizado quando a enfermeira cuida de pacientes graves (CAMELO, 2012).

Outra atitude é o desenvolvimento de conhecimento. O conhecimento teórico é aprimorado quando a profissional busca aprender e desenvolver-se com atualizações (CAMELO et al., 2013; DUARTE; ALVES, 2013). Isto é relevante, posto que a educação permanente é geradora de novos conhecimentos e seus resultados manifestam-se na prática, permitindo que o profissional busque novas habilidades e aprimore o trabalho prestado (PAIM, ILHA, BACKES, 2015).

Inicialmente, a enfermeira não possui experiência prévia suficiente para aplicar este conhecimento teórico na prática (CAMELO et al., 2013). Essa habilidade adquire-se com o tempo e, quando se torna competente, consegue realizar a justaposição dos conhecimentos teórico e prático. Neste nível está dotada de *know-how* acerca do cuidado para discutir em equipe e assim adquire respeito, tanto da equipe de enfermagem quanto da multiprofissional, pois desenvolve ações da dinâmica laboral que estão relacionadas ao seu conhecimento, como o planejamento adequado de ações, a comunicação eficiente, entre outros. (FROTA et al., 2015).

Provida de conhecimento teórico e prático e sabendo trabalhar em equipe, a enfermeira deve saber avaliar o paciente por meio da anamnese e do exame físico aprofundados e do conhecimento dos padrões de normalidade, para que possa utilizá-los como ferramenta auxiliar em seu julgamento clínico (CROSSETTI et al., 2014). Ainda é preciso considerar dados fornecidos pelos equipamentos como suporte para a avaliação clínica. Avaliação esta que deve ser focada e aprofundada,

mas considerar o paciente como um todo, inclusive as questões subjetivas que envolvem o cuidado.

Outro tipo de conhecimento necessário é saber cuidar da família. O relacionamento entre o familiar e a equipe acaba ficando aquém do desejado, devido às características do ambiente da UTI, e a família aponta que se sente segura quando recebe informações dos profissionais em relação ao seu familiar internado (PUGGINA et al., 2014).

Uma habilidade necessária é a visão diferenciada para cuidar. A complexidade das situações vivenciadas na UTI requer tomada de decisão assertiva e resolutiva. Para tanto, necessita que a enfermeira tenha percepção, para auxiliá-la no pensamento crítico (CROSSETI et al., 2014). A intuição foi apontada como sendo utilizada no julgamento clínico, de modo a orientar na decisão clínica, por meio da qual é possível identificar situações precocemente e prever acontecimentos. Uma vez constatadas tais situações, é possível prevenir complicações e agir de forma eficaz, sendo esta uma das responsabilidades da enfermeira na promoção de um cuidado seguro (VIANA et al., 2014).

A reflexão da enfermeira sobre sua atuação e a consciência das atitudes e habilidades necessárias faz com que sejam evidenciados os resultados da aprendizagem experiencial. Este conceito apresenta-se em consonância com a evolução da enfermeira em seu desenvolvimento de competências. Uma vez dotada de experiência, mesmo que incipiente, a enfermeira começa a sentir-se preparada, isto porque esta experiência, seja pessoal, profissional ou vivencial, permite a aquisição e o desenvolvimento de conhecimento na prática clínica (QUEIRÓS, 2015*).

O primeiro efeito da aprendizagem experiencial é a redução da exigência que a enfermeira faz para consigo mesma quando não tem experiência prévia, mas não foram encontrados na literatura estudos para fundamentação deste dado. Concomitantemente a isto, a enfermeira adquire segurança e tranquilidade para executar o seu trabalho, pois já consegue resolver alguns problemas devido ao desenvolvimento de determinadas competências (HADDAD, 2012, MARCOMINI et al., 2017; LIMA et al., 2015).

As habilidades também vão sendo desenvolvidas com a experiência. Estudos apresentam que ela permite à enfermeira ser capaz de aprimorar sua avaliação de sinais e sintomas, de exames laboratoriais, de aperfeiçoar a anamnese com

pacientes e familiares, para então elaborar o plano de enfermagem e implementação do cuidado (FORSBERG et al.,2014*).

Ainda permite sua evolução em relação à visão crítica, a ser agente transformadora, a ser ética, a saber atuar em equipe, e em diferentes campos de atuação com competência e qualidade (MERIGHI et al., 2014; MARCOMINI et al., 2017; ZANONI *et al*, 2015).

Tendo desenvolvido determinadas habilidades a enfermeira sente-se, de fato, apta para atuar em uma UTI. Isto porque, ao adquirir competências técnicas e científicas em diversos campos de atuação, a profissional torna-se diferenciada, além de ser capaz de assumir até mesmo cargos de destaque no mercado de trabalho (ZANONI et al.,2015).

Com o passar do tempo, a aprendizagem experiencial permite que a enfermeira avance os níveis de competências a ponto de atuar em situações desconhecidas com naturalidade, quando se caracteriza como *expert*. Neste nível, há uma capacidade de resposta diferenciada, rapidez de ação e facilidade de adaptação, além de atuar com naturalidade em situações/contexto complexos, de maior dificuldade, decidindo com autonomia, e sendo mais resolutiva (QUEIRÓS, 2015*).

Concomitantemente com esta evolução, a avaliação também se desenvolve por meio da aprendizagem experiencial. Como a avaliação exige certo nível de competências, somente é evidenciada a partir da competente, mais fortemente na proficiente e na *expert*. Inicialmente emerge o julgamento clínico, por meio do qual a enfermeira consegue apresentar um diagnóstico por intermédio da avaliação da anamnese e exame físico, ao contrário de novças e iniciantes avançadas que coletam dados a partir de um diagnóstico (SEDGWICK, GRIGG, DERSCH, 2014*).

O próximo passo é o desenvolvimento da percepção (MARCOMINI et al., 2017), seguida da aquisição da visão global ou visão de contexto, manifesta em *experts* (QUEIRÓS, 2015*), mas podendo ser evidenciada a partir do nível de proficiente. Esta é caracterizada por ter uma visão global, mais ampla, que permite um olhar para o contexto, mesmo atuando em cada parte (SILVA, D.S. et al.,2014; QUEIRÓS, 2015*). Identificaram-se poucos estudos que descrevessem melhor esta habilidade.

O ápice da capacidade avaliativa é a intuição, quando há uma vasta experiência prévia e a enfermeira definitivamente é uma *expert*. Como a teoria

apresenta, esta é desenvolvida por meio da vivência vasta e intensa na prática, como se fosse um instinto, aliado ao pensamento inteligente, que direciona o julgamento da enfermeira (BENNER, TANNER, CHESLA, 2009*; FORSBERG et al., 2014*).

Há muitos que desconsideram a intuição como um guia na tomada de decisão da enfermeira (ROBERT, TILLEY, PETERSEN, 2014*). Neste trabalho, a teoria elaborada defende que a intuição, ancorada no conhecimento prático em consonância com o conhecimento científico aplicado na prática, deve ser considerada pela enfermeira em seu processo decisório.

A capacidade de decidir da *expert*, ancorada em experiência prévia, e por meio da intuição, permite à enfermeira prever determinados acontecimentos e estabelecer prioridades com naturalidade (QUEIRÓS, 2015*). Isto ocorre de maneira rápida, fluida e natural, sem que a enfermeira perceba que o faz, o que possibilita que o cuidado prestado ao paciente seja até mesmo preventivo, pois, ao identificar sinais de alarme precoce a enfermeira pode agir antecipadamente com vistas a prevenir danos ao paciente e proporcionar um cuidado seguro e de qualidade.

Passado a fase de desenvolvimento, tem-se a de resultantes, na qual a enfermeira, envolvida por sentimentos, reconhece a especificidade da UTI e percebe-se como enfermeira desta especialidade. Os sentimentos vivenciados são antagônicos, pois, se por um lado são limitantes, por outro refletem uma satisfação profissional. Ambos retratam a vivência da enfermeira em dois momentos, o primeiro das enfermeiras que se encontram em momento de aprendizagem inicial, e conforme amplia sua experiência prévia estes se transformam em satisfação profissional.

Quanto aos sentimentos limitantes, estes estão relacionados à inexperiência da enfermeira, ao estresse, à ansiedade e ao medo, sendo este o de maior significância na teoria. O medo emerge, muitas vezes, pelo desconhecimento acerca daquilo com o que se está trabalhando e acaba por restringir o comportamento e as ações que devem se manifestar nas situações/contexto encontrados. Como exemplo, o não conhecimento acerca da tecnologia dura, inerente à UTI, gera medo e estranheza à inexperiente (SILVA; FERREIRA, 2011).

Esse sentimento pode fazer com que a enfermeira deixe de realizar algumas atividades, como ocorre nas discussões junto à equipe multiprofissional. A pouca experiência limita a realização de determinadas tarefas por incitar medo e

insegurança. Há enfermeiras que preferem não opinar nos momentos de discussão para que não haja uma exposição negativa perante os demais profissionais. (MASSAROLI et al., 2015).

A equipe de enfermagem possui tempo de atuação superior ao da enfermeira, o que gera insegurança para quem está iniciando e, conseqüentemente, altera as relações entre líder e liderado (VIERA; RENOVATO; SALES, 2013). Isto corrobora com a teoria formulada, especialmente ao considerar as participantes deste estudo, tendo em vista que muitas, contratadas recentemente, eram recém-formadas e tinham que liderar uma equipe de enfermagem atuante há anos na UTI.

Se para a maioria das iniciantes esta atuação aviva sentimentos limitantes, para as de níveis mais avançados é motivo de satisfação profissional. Isto ocorre porque é natural ser avaliada pelos pares no ambiente de trabalho e, quando esta avaliação é positiva, a enfermeira sente satisfação e intenso prazer, proporcionais à complexidade do trabalho realizado (CAMPOS; DAVID; SOUZA, 2014). Aliado a isto, tem-se que, como o cuidado é a principal atividade relacionada à enfermagem, o fato de poder intervir na melhoria e recuperação do paciente resulta em motivação e satisfação para a enfermeira (MOREIRA; SOUZA; RIBEIRO, 2013; CRUZ et al., 2014).

Tendo em vista que o prazer da enfermeira é proporcional à criticidade do trabalho, a complexidade, inerente à UTI, com tanta tecnologia e um alto nível de gravidade dos pacientes, serve de motivação para a enfermeira preferir desenvolver suas atividades nesta unidade em relação a outras áreas de internação (VIANA et al., 2014; MASSAROLI et al., 2015).

Outro fator de satisfação é o fato de a enfermeira perceber-se como uma profissional diferenciada em relação às das demais unidades hospitalares, pois as características inerentes ao ambiente da UTI, como a densa tecnologia, o cuidado do paciente grave à beira do leito, formação especializada, necessidade de busca por capacitação são fatores que fomentam sentimentos de prazer (CRUZ et al., 2014).

Como a própria teoria defende, a UTI é um ambiente de aprendizado intenso, e isto possui um significado importante para tudo o que a enfermeira realizou em termos de aprendizagem, e ver o resultado disso sendo aplicado a deixa muito feliz, pois percebe seu desenvolvimento (DUARTE, ALVES, 2013).

Com a vasta compreensão acerca do que é o cuidado na UTI, a proficiente e a *expert* sentem-se valorizadas e motivadas por atuarem nesta especialidade, pois possuem orgulho do que fazem, têm um bom relacionamento com a equipe (CAMPOS, DAVID, SOUZA, 2014), identificam-se com a atividade que desempenham, têm autonomia, possuem uma vasta compreensão acerca do ambiente, além da gratificação e valorização que obtêm por meio do cuidado que realizam neste ambiente tão complexo (SILVEIRA et al., 2012).

Esta complexidade está associada ao empoderamento relacionado à atuação do profissional, à dinamicidade da unidade, à oportunidade de ensino e pesquisa, e ao benefício do *status* de ser visto como profissional diferenciado em relação aos profissionais das outras unidades hospitalares (VIANA et al., 2014).

Tal diferenciação, aliada à relevante demanda de pacientes, justifica o destaque da UTI, não meramente pela complexidade e especificidade da prática do cuidado, mas pelos recursos humanos e materiais necessários ao cuidado a eles prestado (CHAVES; LAUS; CAMELO, 2012). Os profissionais têm a seu dispor um aparato tecnológico bastante rico, e devem estar habilitados para o seu uso, (BOLELA; CORREA, 2015), o que exige atualização constante para o bom desenvolvimento de suas atividades (CRUZ et al., 2014).

A magnitude do conhecimento necessário para atuar em UTI é relatada também em estudo de Paim, Ilha e Backes (2015), no qual as enfermeiras destacam a necessidade da educação permanente para que haja discussão e produção de novos conhecimentos, resultando em transformação da prática por meio do aprimoramento e inovação do cuidado.

No caso da enfermeira recém-formada, dotada de conhecimento teórico, esta necessita buscar conhecimento prático no cotidiano do trabalho e conhecimento teórico nas especializações, com o intuito de agregar à sua formação conceitos que lhe serão necessários à complexidade deste cuidar. Isto é reconhecido pelos próprios profissionais, como demonstrado no estudo de Viana et al., (2014), no qual 81% das enfermeiras possuíam especialização *lato sensu*.

Esta atualização emerge como uma complementação do conteúdo acadêmico abordado na graduação, o qual se mostra insuficiente para uma atuação satisfatória na prática do cuidado em UTI. Além da exiguidade teórica, há uma prática incipiente, como demonstrou o estudo de Duarte e Alves (2013), no qual as enfermeiras consideravam a UTI como ambiente que complementa a formação de sua prática,

contribuindo para o aprimoramento de sua formação. Sua especificidade subvenciona a geração da subjetividade, por meio da qual a enfermeira pode desenvolver gradativamente a percepção em suas decisões (BUSANELLO et al., 2016), o que confirma, novamente, a caracterização da UTI como uma unidade de aprendizado intenso.

Pensando na especificidade da UTI, a enfermeira percebe seu papel neste cenário. Dentre as características necessárias para a enfermeira cuidar em UTI, deparou-se com um estudo que fez uma proposição do perfil de competências profissionais da enfermeira de emergência (HOLANDA, MARRA, CUNHA, 2015). Do que foi denominado como características na teoria, no citado trabalho encontrou-se a proatividade, a atenção, resolutividade e a responsabilidade.

Também corrobora-se com estudo de Viana e colaboradores (2014), quando identifica, dentre outros, a humanização, proatividade e responsabilidade, como características necessárias à enfermeira de UTI. A humanização está traduzida como tratar o outro bem e respeitar o próximo (PAIM; ILHA; BACKES, 2015), necessitando ser operacionalizada na prática do cuidado (BOLELA; CORREA, 2015).

A atenção é outro aspecto de destaque (HOLANDA, MARRA, CUNHA, 2015), de grande relevância ao cuidado crítico, tendo em vista a complexidade e riqueza dos detalhes fundamentais à prática do cuidar. A responsabilidade e resolutividade também são mencionadas (MAESTRI; NASCIMENTO; BERTOCELLO, 2014; HOLANDA, MARRA, CUNHA, 2015), sendo necessário considerar que a responsabilidade da enfermeira é expressiva, posto que desempenha atividades de alto risco e complexidade, além da liderança exercida sobre a equipe de enfermagem (MAESTRI; NASCIMENTO; BERTOCELLO, 2014).

Referente à diferenciação da enfermeira de UTI em relação às das demais unidades, tem-se que atuar em UTI traz a esta profissional um *status* com relação ao experimentado por enfermeiras de outros setores dentro do próprio hospital (DUARTE; ALVES, 2013; VIANA et al., 2014). Isso demonstra o quanto estas enfermeiras têm espaço importante e reconhecido, tendo talvez uma visibilidade almejada por muitos profissionais (DUARTE; ALVES, 2013). Este destaque deve-se ao desenvolvimento de suas atividades, domínio do conhecimento técnico e científico, à liderança que exercem e ao trabalho em equipe que realizam (VIANA et al., 2014).

Para tanto, necessitam de formação diferenciada e capacitação contínua (CRUZ et al., 2014), pois, além do conhecimento sobre as patologias e tecnologias utilizadas, é necessário que a profissional esteja atenta à singularidade e à fragilidade emocional do paciente, inerente ao seu processo de adoecimento (VIANA et al., 2014), além de saber identificar e priorizar suas necessidades de cuidado em momentos específicos (GROVES, 2014).

Este conhecimento aprofundado justifica-se pela complexidade das atribuições que assume, de tal modo que possui maior governabilidade, tendo favorecidas sua autonomia e capacidade de escolha. Isto pode estar associado ao fato de exercer atividades/procedimentos relacionados ao cuidado ao paciente de alta complexidade, favorecendo seu empoderamento perante as ações de educação e supervisão da equipe de enfermagem (CHAVES, LAUS, CAMELO, 2012).

Isto porque, quando presta cuidados a pacientes complexos, a enfermeira se envolve e contribui na assistência de fato, tomando para si a responsabilidade da qualidade do cuidado prestado. Sendo assim, além da questão gerencial imbuída a esta profissional, que lhe gera autonomia, o cuidado de maior complexidade favorece sua visibilidade e fortalece sua liderança frente à equipe de saúde (FROTA et al., 2015).

7 CONTRIBUIÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIA DA ENFERMEIRA DA UTI

A teoria explicitada, “Desenvolvendo competências ao cuidar na UTI: vivência da enfermeira”, suscita reflexões que podem resultar em apontamentos capazes de contribuir para com as quatro dimensões da prática profissional da enfermagem, aqui expostas através da prática da enfermagem, composta pelo ensino, gerência, a pesquisa e a assistência.

7.1 AO ENSINO

Considerando que, segundo Benner (1984*, 2001), a enfermeira recém-formada pode ser competente, sugere-se que a teoria proposta seja utilizada como ferramenta para a formação de competências nos módulos práticos durante a graduação ou nos cursos de pós-graduação *lato sensu* em Enfermagem, como, por exemplo, o programa de residência multiprofissional, o qual possui enfermeiras que atuam nas UTIs. Outra questão relacionada especificamente à UTI, tendo em vista sua complexidade, é a inserção da especialidade nos currículos da graduação, a fim de abordar, ao menos, conhecimentos básicos a ela relacionados.

7.2 À PRÁTICA

7.2.1 AOS GESTORES

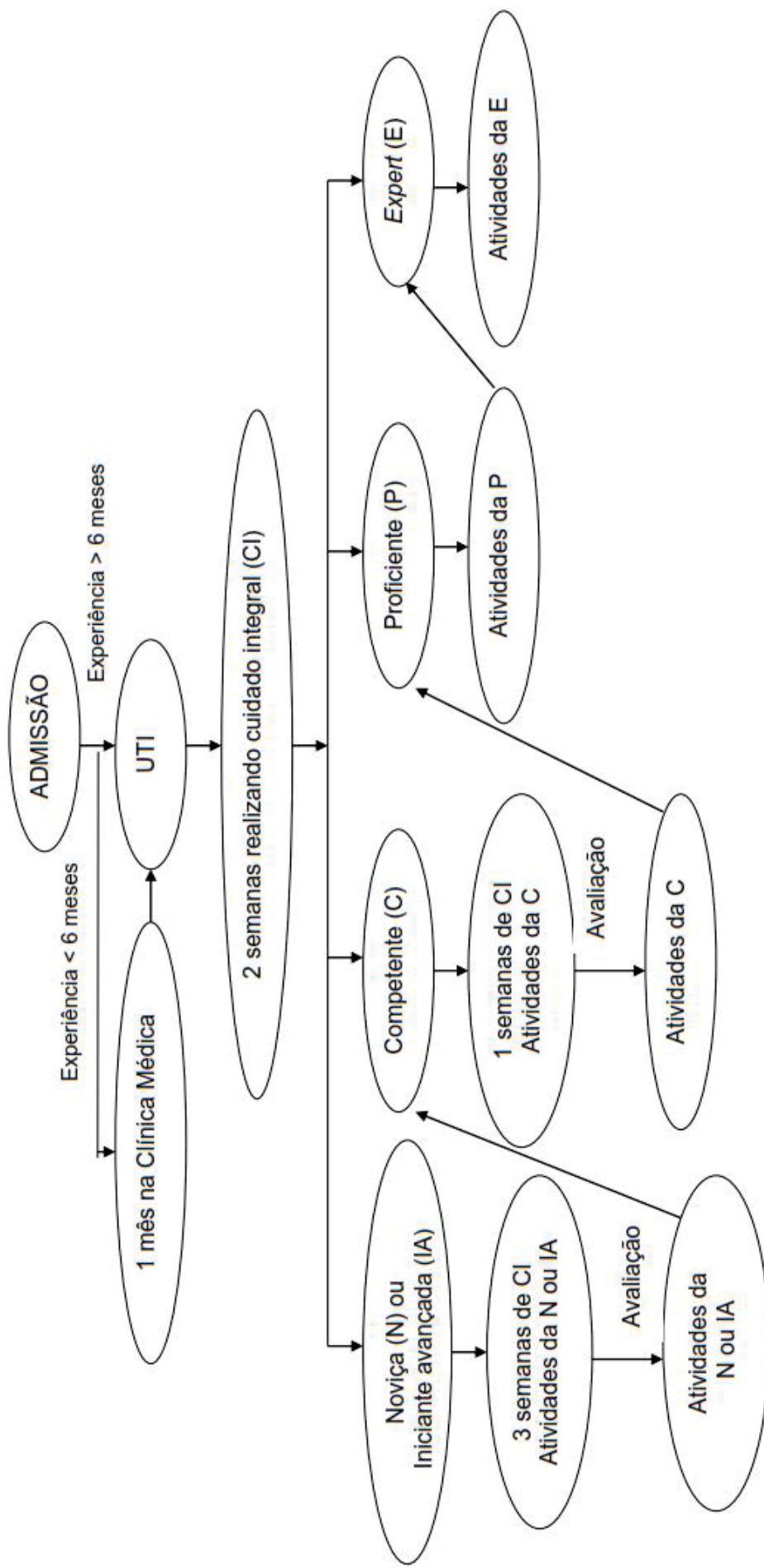
São diversos os níveis de gestão no organograma da instituição em estudo e cabe a cada nível hierárquico trabalhar de maneira diferenciada com foco no desenvolvimento de competências da enfermeira.

À **Divisão de Enfermagem (DE)** fica indicado o trabalho em conjunto com a administração de recursos humanos, primeiramente para determinar, nos próximos processos admissionais, a exigência de titulação de especialista aos profissionais alocados nas UTIs; e, para os que já estão admitidos, fazer um reaproveitamento dos mesmos, no sentido de direcionar à UTI os que têm titulação, experiência na área, ou desejo de atuar nesta especialidade.

Para a logística relacionada à lotação dos profissionais recém-admitidos, sugere-se um direcionamento, inicialmente, de acordo com o seu tempo de experiência em UTI. Para tanto, criou-se um algoritmo para admissão e acompanhamento da enfermeira na UTI (FIGURA 6) com base nas proposições do referencial teórico de Patrícia Benner. Este algoritmo pode ser aproveitado pelas chefias das UTIs, mas no que se refere à parte admissional, sendo aplicado pela própria DE em conjunto com a administração de recursos humanos.

Além disso, cabe à DE apoiar a Comissão de Educação Permanente e Continuada (CEPC), as unidades funcionais (UF), as chefias das UTIs e as enfermeiras assistenciais nas ações relacionadas ao desenvolvimento de competência da enfermeira que atua nessas unidades.

FIGURA 6 - ALGORITMO PARA ADMISSÃO E ACOMPANHAMENTO DA ENFERMEIRA NA UTI



FONTE: A autora (2018)

NOTA: As atividades da N, IA, C, P e E estão descritas na ficha de avaliação.

LEGENDA: CI – Cuidado integral; N – Novíça; IA – Iniciante avançada; C – Competente; P – Proficiente; E – Expert

Às **supervisões de Enfermagem** das UFs fica a responsabilidade de exigir das chefias das UTIs a avaliação anual das enfermeiras, proposta por esta pesquisa (FIGURA 7), e incentivar as chefias das UTIs e as enfermeiras assistenciais no desenvolvimento das atividades à temática relacionadas.

FIGURA 7 - FICHA DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA ENFERMEIRA DA TI COM ATIVIDADES A SEREM REALIZADAS SEGUNDO NÍVEL DE COMPETÊNCIAS (NC)
(CONTINUA)

Características da enfermeira	Atividades a serem realizadas	Metas
<p>Noviça</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recém-formadas - Normas e rotinas - Visão sedimentada - Tarefas que não exijam raciocínio clínico 	<ul style="list-style-type: none"> - Organização do Box - Verificação de sinais vitais - Preparo de material para banho - Conferência de medicação - Passagem de plantão (*#) - Verificação de equipamentos (ligados?) - Conferência de validade de materiais e medicações - Verificação de temperatura da geladeira - Checagem do torpedo de oxigênio - Conferência do carrinho de emergência - Participação na reunião das enfermeiras da UUEA 	<p>Características da Iniciante avançada</p>
<p>Iniciante avançada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normas e rotinas - Experiência prévia - “Aspectos da situação” - Possui raciocínio clínico 	<ul style="list-style-type: none"> - Balanço Hídrico - Troca de curativos simples - Participar da passagem de plantão - Administração de medicamentos - Conferência do check list da enfermeira - Organização do registro de passagem de plantão (*) - Prescrição de Enfermagem (*) - Escala de atividades - Avaliação clínica (*#) - Conferência de psicotrópico - Admissão/alta/transferência (*) - Evolução de Enfermagem (*#) - Cuidado integral (*#) - Instalação de dietas (#) - Reunião multiprofissional (*) 	<p>Características da competente</p>
<p>Competente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prioridades - Visão mais global - Pouca agilidade e flexibilidade, mas lida com imprevistos - Prática clínica organizada - Tomada de decisão 	<ul style="list-style-type: none"> - Administração de medicamentos - Banho - Administração de hemocomponente - Instalação de NPT - Curativos privativos - Passagem de plantão - Prescrição de Enfermagem - Orientação ao paciente/família - Acolhimento à família (visita) - Cuidado integral - Avaliação clínica (*) - Procedimentos específicos - Reunião multiprofissional (*) - Admissão/alta/transferência - Evolução de Enfermagem - Estudo de caso para a reunião das enfermeiras - Instalação de dieta 	<p>Características da Proficiente</p>

FIGURA 7 - FICHA DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA ENFERMEIRA DA TI COM ATIVIDADES A SEREM REALIZADAS SEGUNDO NÍVEL DE COMPETÊNCIAS (NC) (CONCLUSÃO)

Características da enfermeira	Atividades a serem realizadas	Metas
<p>Proficiente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visualiza o contexto, pensamentos articulados - “Máximas” - Percepção e planejamento - “Sinais de alarme precoce” - Exemplifica com casos paradigmáticos 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação clínica - Reunião multiprofissional - Estudo de caso na reunião das enfermeiras (.) - Avaliação das recém-admitidas - Auxílio teórico prático à competente na apresentação do estudo de caso - Orientar as competentes na prática 	Características da <i>expert</i>
<p>Expert</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento intuitivo - Visão global profunda - Dificuldade para seguir normas e rotinas - Decisão intuitiva, rápida e segura - Difícil avaliar o <i>expert</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Descrição da sua prática clínica * Fazer registros descritivos de sua prática clínica, com foco em: <ol style="list-style-type: none"> 1. Descrever o caso 2. Qual problema identificou? 3. O que decidiu? 4. Em que se baseou para decidir? 	Aprimorar suas características

FONTE: A autora (2018)

NOTA: Enfermeiras de níveis de competência mais avançados orientam as de nível menos avançado

LEGENDA: (#) - Acompanhada por um técnico de Enfermagem

(*) - Acompanhada por uma enfermeira

(.) – Supervisionar

Às **chefias das UTIs** fica a responsabilidade de aplicar o algoritmo proposto (APÊNDICE 5) em suas unidades e a ficha de avaliação bimestral, com o intuito de conduzir as enfermeiras na realização de suas atividades com vistas ao desenvolvimento de competências; apoiar as ações promovidas pela CEPC e estimular as enfermeiras assistenciais nas ações que lhes são cabíveis; além da estimulação da articulação entre conhecimento teórico e prático.

7.2.2 À COMISSÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E CONTINUADA

Indica-se a elaboração e operacionalização de um plano de ensino específico para as UTIs, considerando a especificidade e criticidade da área, com aulas teórico-práticas, e utilizando as enfermeiras assistenciais *experts* para atuarem como docentes ou instrutoras nesse programa; incentivar as *experts* na descrição de

criação de casos paradigmáticos, a serem utilizados pela CEPC para discussão de caso com as demais enfermeiras da especialidade; criar um grupo de estudos com as enfermeiras da UTI com foco no desenvolvimento do conhecimento prático, apoiando as *experts* na descrição de sua prática, para que esta seja objeto de investigação. Isto pode resultar, além do desenvolvimento do conhecimento acerca da prática, na valorização do trabalho e conhecimento da enfermeira. A CEPC, por meio da promoção de suas atividades, deve incentivar a articulação entre teoria e prática, por meio da utilização de estratégias que fortaleçam o vínculo entre hospital e universidade.

7.2.3 ÀS ENFERMEIRAS ASSISTENCIAIS

É preciso envolvimento genuíno nas situações de cuidado e em seu aprendizado, a busca por aprender por meio das relações profissionais, e a utilização do algoritmo e da ficha de avaliação como instrumento para seu próprio desenvolvimento.

Considerando o nível de competências de cada enfermeira, salienta-se que a profissional precisa ter consciência de suas metas, responsabilizar-se por resultados, investir nos mesmos, e refletir e avaliar o seu trabalho.

As mais experientes, além de compartilhar conhecimento com as aprendizes, precisam ter ciência de que estas necessitam que lhes sejam apresentadas previsões do que se espera do seu trabalho, exemplos do que se vivencia na prática, e que lhes demonstrem aplicabilidade da teoria na prática.

7.2.4 À EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Esta também assume grande relevância no desenvolvimento de competências da enfermeira, pois cabem a ela, como já mencionado, conselhos, críticas construtivas, orientações, bons exemplos, receptividade e acolhimento.

As aprendizes, pela superficialidade da compreensão acerca das situações/contexto, possuem dificuldades na tomada de decisão, e necessitam de orientação da equipe multiprofissional relacionada tanto a aspectos de cada categoria profissional, quanto da sua própria profissão. Este apoio deve ser dado

considerando não apenas a formação da enfermeira, mas a qualidade do cuidado que será ofertado ao paciente.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho suscitou contribuições relacionadas à prática, ao ensino e à pesquisa. No que se refere à prática, identificou-se que há noviças e iniciantes avançadas sendo admitidas na UTI. Este dado instiga a reflexão acerca da segurança do cuidado neste ambiente, ao se pensar que não foi mencionada a existência de um programa de capacitação capaz de instrumentalizar a enfermeira para assumir a responsabilidade deste cuidado complexo ao paciente crítico.

A teoria elaborada não apresenta a instituição como coparticipante do processo de desenvolvimento da enfermeira. Aspecto de interesse para a prática, especialmente ao considerar que este é um hospital de ensino. Isto pode justificar-se por duas questões: pela incipiência de ações que promovam este desenvolvimento, ou porque as enfermeiras desconsiderem a participação da instituição em sua formação.

A constatação de que a estratégia da enfermeira para evoluir em seus níveis de competências é desenvolver-se na prática, destaca a relevância desta na formação da profissional com vistas à construção do conhecimento prático. Este desenvolver-se na prática envolve algumas demandas dentre elas, o aprender por intermédio das relações profissionais. Tendo isto em mente, seria proveitoso formalizar esta aprendizagem experiencial por meio da elaboração de plano de ensino, com discussões de caso, tutores, para as enfermeiras recém-admitidas.

A utilização de protocolos assistenciais não foi mencionada pelas participantes, o que colaboraria com a orientação e o aprendizado das recém admitidas de níveis de competências iniciais, já que, nesta fase, possuem uma visão mais protocolar.

A elaboração desta teoria traz à tona a complexidade do desenvolvimento de competências da enfermeira em um ambiente crítico como a UTI. As facetas por ela apresentadas explicitam uma prática multimodal, que requer da enfermeira um envolvimento, uma doação, comprometimento, capazes de impulsioná-la a articular seu conhecimento prévio nas situações de cuidado inusitadas, complexas, para que possa por meio desta vivência galgar conhecimento prático, com vistas a alcançar a *expertise*.

Refletir sobre a construção deste conhecimento prático serve como uma mola propulsora para a valorização do trabalho da enfermeira, o qual é complexo, exige

conhecimento teórico e prático e suas articulações na prática, com vistas ao cuidado ao paciente, por meio da liderança da equipe de enfermagem e o trabalho multiprofissional. Este trabalho não permite insipiência, pois o cuidado ao paciente crítico requer excelência para que a segurança e a qualidade do cuidado sejam garantidas.

Outra contribuição deste estudo, mesmo que restrita às participantes, ocorreu durante as entrevistas. Conforme as perguntas eram realizadas, ao elaborar suas respostas as enfermeiras refletiram sobre sua prática. Muitas, especialmente as *experts*, se emocionaram quando se conscientizavam de sua evolução, principalmente, ao responder a pergunta: “Como você percebe seu trabalho hoje, em comparação a quando você iniciou na Terapia Intensiva?”. Em conversa informal, posterior à entrevista, identificou-se que, apenas ao responder a referida questão, é que as enfermeiras percebiam o quanto haviam evoluído, o quão complexo é desenvolver o seu trabalho, e, por fim, quão boas eram no cuidado que realizavam.

Quanto às contribuições para o ensino, o diagrama da teoria substantiva emerge como uma proposta de trabalho, tanto para a academia quanto para as instituições, no sentido de formar profissionais cada vez mais capacitados para a prática profissional. À academia, em nível de graduação e pós-graduação, o modelo poderia ser aplicado no ensino da construção do conhecimento prático junto aos alunos. O referencial teórico adotado defende que a profissional deve sair da graduação com características de uma enfermeira competente para atender às demandas do mercado de trabalho; e afirma que isto é possível. Eis a teoria, como uma estratégia para nortear o ensino da prática rumo à formação de enfermeiras a este nível. À pesquisa, este trabalho pode ser utilizado como modelo para outros trabalhos acadêmicos no que diz respeito ao uso da TFD glasseriana no Brasil.

À instituição, a teoria pode nortear ações de educação permanente, com estratégias de capacitação em serviço, por meio da otimização da participação dos profissionais mais experientes nas situações de cuidado do cotidiano de trabalho.

Esta pesquisa apresenta potencialidade e fragilidades. Dentre as potencialidades tem-se que a variabilidade das participantes, pois na coleta de dados, mesmo tendo sido em apenas um hospital, foram alcançadas todas as UTIs desta instituição. Outra potencialidade é o fato de a pesquisadora ser enfermeira assistencial de uma das UTIs. Isto poderia ter sido uma fragilidade, pois envolve questões éticas, as quais não foram comprometidas, como mencionado na

metodologia. Entretanto, percebeu-se que o vínculo da enfermeira foi um facilitador em relação à participação das enfermeiras no estudo.

Quanto às fragilidades, à época da coleta de dados, o hospital estava passando por um momento de contratação, o qual perdura até a atualidade. Com isto, a população dessas UTIs se modificou significativamente, uma vez que foram feitos os remanejamentos internos, que perduravam há anos, devido ao longo tempo em que o hospital ficou sem contratação de novos funcionários.

Ao analisar o fenômeno explicitado, emergem novas possibilidades de estudos relacionados ao desenvolvimento de competência com base no referencial teórico de Patrícia Benner. Um deles poderia investigar acerca dos níveis de competências das enfermeiras das UTIs brasileiras, a fim de propor uma reestruturação das contratações, caso haja noviças e iniciantes avançadas assumindo a responsabilidade do trabalho nessas unidades. Uma vez identificados os níveis de competências das enfermeiras, seria interessante, um estudo acerca do conhecimento das *experts*, com base em descrições de suas práticas, para ampliar o saber referente ao conhecimento prático. Benner defende que, se essas enfermeiras descrevessem sua prática, o conhecimento da enfermagem seria mais esclarecido e aprofundado.

Pesquisas relativas ao conhecimento prático são necessárias e urgentes. Durante a elaboração desta teoria, pouca produção acerca da temática foi encontrada. É preciso valorizar este conhecimento, pois ele é inerente a toda enfermeira que atua nos contextos de cuidado, mesmo que em diferentes profundidades, e, quando é indagada sobre ele, não tem a consciência da sua utilização em seu cotidiano de trabalho.

A partir da prática da *expert* também são possíveis novos estudos acerca da intuição, uma habilidade tão real nos contextos de cuidado, mas pouco explorada e, por vezes, desvalorizada nos diversos ambientes de trabalho.

Por fim, salienta-se a satisfação da pesquisadora em defender esta tese. Por ser enfermeira assistencial em uma UTI Adulto e tendo consciência da relevância do trabalho da enfermeira neste ambiente e da necessidade de aprimorar diariamente o meu trabalho, realizar esta pesquisa foi uma aproximação com o meu “eu” como enfermeira. Estudar este referencial teórico foi enxergar-me no dia a dia na UTI, desde a academia até os tempos atuais; também foi aprender a utilizar novas formas de me desenvolver e poder colaborar com a aprendizagem experiencial de outras

enfermeiras, ainda mais em um período de contratação intenso, como tem sido nos últimos anos. Na realidade, penso que talvez seja eu a maior beneficiada como enfermeira assistencial durante a realização deste estudo.

A finalização deste trabalho com a explicitação da teoria substantiva permitiu confirmar a tese de que o desenvolvimento de competência se constrói imbricado no conhecimento prático e se retroalimenta por meio da aprendizagem experiencial, a qual está vinculada à colaboração da equipe, e ao envolvimento genuíno da enfermeira na busca pela resolutividade para o paciente em quaisquer situações de cuidado da prática clínica.

REFERÊNCIAS

- ABDAL, M.; ALAVI, N. M. ADIB-HAJBAGHERY, M. Clinical Self-Efficacy in Senior Nursing Students: A Mixed- Methods Study. **Nurs Midwifery Stud** [online], v.4, n.3, p.e29143, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4644605/>>. Acesso em: 24 fev. 2018.
- ABREU, R.M.D.de; GONCALVES, R.M.D de A.; SIMOES, A.L. de A. Motivos atribuídos por profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva para ausência ao trabalho. **Rev. bras. enferm.**, Brasília/DF, v.67, n.3, p.386-393, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000300386&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 out. 2017.
- AL-DOSSARY, R.; KITSANTAS, P.; MADDOX, P.J. The impact of residency program on new nurse graduates' clinical decision-making and leadership skills: a systematic review. **Nurse Educ Today** [online], v.34, v.6, p.1024-1028. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24183633>>. Acesso em: 28 fev 2018.
- ALLAN, G. A critique of using grounded theory as a research method. **Electronic Journal of Business Research Methods** [internet], v.2, n.1, p.1-10, 2003. Disponível em: <www.ejbrm.com/issue/download.html?idArticle=126> Acesso em: 06 out. 2015.
- ALTMANN, T. An evaluation of the seminal work of Patricia Benner: Theory or philosophy? **Contemporary Nurse**, Philadelphia, US, v.25, p.114–123, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17622995>>. Acesso em: 14 jul. 2015.
- ALVES, L.R. et al. Evidências sobre trabalho em equipe na atenção hospitalar. **Journal Health NPEPS**, Tangará da Serra /MT, v.1, n.2, p.246-262, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1592/1518>>. Acesso em: 15 nov. 2017.
- ALVIM, A.L.S. O processo de enfermagem e suas cinco etapas **Enferm. Foco**, Brasília/DF, v.4, n.2, p.140-141, 2013.
- AMARAL, A.F.S.; FERREIRA, P.L. Adaptação e validação da Clinical Nursing Expertise Survey para a população de enfermeiros portugueses. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro / RJ, v.18, n.3, p.496-502, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000300496&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 nov. 2015.
- AMESTOY, S.C. et al. Exercício da liderança do enfermeiro em unidade de terapia intensiva. **J Nurs Health**, Pelotas/RS, v.4, n.2, p143-54, 2014.

ARAUJO, P.N. de et al. A visão dos trabalhadores da Atenção básica acerca da presença de estudantes de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo/SP, v. 47, n.3, p.694-701, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300694&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2018.

ARGILAGA-MOLERO, E.; ARIAS-RIVERA, S. Práctica avanzada de enfermería en las unidades de cuidados intensivos de España Advanced practice in nursing in the intensive care units of Spain. **Enferm Intensiva**, Barcelona, SPA, v.24, n.4, p.135-136, 2013.

ARRECIADO MARAÑÓN, A.; ISLA PERA, M.P. Theory and practice in the construction of professional identity in nursing students: a qualitative study, **Nurse Educ. Today** [online], v.35, n.7, p.859-863, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25863650>>. Acesso em: 21 jan. 2018.

ASSAD, L.G.; VIANA, L. O. Formas de aprender na dimensão prática da atuação do enfermeiro assistencial. **Rev. bras. enferm.**, Brasília/DF, v.58, n.5, p.586-591, 2005.

AUED, G.K. **Competência clínica na prática assistencial de enfermeiros de um hospital privado**. 2013. 103f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

BACKES, D.S. **Vislumbrando o cuidado de Enfermagem como prática social da enfermeira**. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

BACKES, D.S. et al. Trabalho em equipe multiprofissional na saúde: Da concepção ao desafio do fazer na prática. **Disciplinarum Scientia: Ciências da Saúde**, Santa Maria/RS, v.15, n.2, p.277-289, 2014. Disponível em: <https://www.periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumS/article/view/1093/1037>. Acesso em 13 nov. 17.

BACKES, M.T.S et al. O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de unidade de terapia intensiva. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro/RJ, v.16, n.4, p.689-696, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127728365007.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2018.

BAGGIO, M.A; ERDMANN, A, L. Teoria fundamentada nos dados ou *Grounded Theory* e o uso na investigação em Enfermagem no Brasil. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, PT, v.III, n.3, p. 177-185, 2011.

BAGGIO, M.A.; ERDMANN, A.L. A Circularidade dos Processos de Cuidar e Ser Cuidado na Conformação do Cuidado “do Nós”. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, PT, série IV, n.7, p.11-20, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12707/RIV15012>>. Acesso em: 24 fev. 2018.

BALSANELLI, A.P.; CUNHA, I.C.K.O. Liderança do enfermeiro em unidade de terapia intensiva e sua relação com ambiente de trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], v.23, n.1, p.106-13, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281438429015>>. Acesso em: 16 out. 2017.

BASSORA, J.B.; CAMPOS, J.G. Metodologia clínico-qualitativa na produção científica no campo da saúde e ciências humanas: uma revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.** [internet], v.12 n.4, p.753-60, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a22.htm>>. Acesso em: 09 set. 2015.

BENNER, P. **From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice.** Commemorative Edition. New Jersey, US: Prentice Hall, 1984.

BENNER, P. De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Tradução de: QUEIRÓS, A. A.; LOURENÇO, B. Edição comemorativa: Nova Jersey: Prentice Haal, 2001.

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**, England, UK, v.24, n.3, p.188-199, 2004. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0270467604265061>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

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

BIANCHI, E.M.P.G; IKEDA, AA. Usos e aplicações da Grounded Theory em administração. **Revista Gestão.Org** [Internet], v.6, n. 2, p.231-248, 2008. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/gestaoorg/article/download/21521/18215>> Acesso em: 27 abr. 2015.

BLUM, C. A. Using the Benner intuitive-humanistic decision-making model in action: A case study. **Nurse Educ Pract** [online], v.10, n.5, p.303–307, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20202908>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

BOLELA, F.; CORREA, A. K. Humanization in intensive care from the perspective of the health team. **Rev Enferm UFPI** [online], v.4, n.1, p.4-10, 2015. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/2726/pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

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 União**, Brasília/DF, n.166, 26 jun. 1986. Seção I, p.9.273-9.275. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em 20 nov. 17.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília/DF: **Ministério da Educação**, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 17.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RDC nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília/DF, 20 fev. 2002. Seção I, p.39. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html>. Acesso em: 07 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.071, de 04 de julho de 2005. Determina que a Secretaria de Atenção à Saúde submeta à Consulta Pública a minuta da Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. **Diário Oficial da União**, n.130, Brasília/DF, 05 jul. 2005. Seção I, p. 48. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1071_04_07_2005.html>. Acesso em: 05 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº. 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília/DF, n. 37, 25 fev. 2010. Seção 1, p. 48. Seção I. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-7-de-24-de-fevereiro-de-2010>>. Acesso em: 27 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.338, de 3 de outubro de 2011. Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. **Ministério da Saúde**, Brasília/DF, 4 out. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2338_03_10_2011.html>. Acesso em: 16 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 26, de 11 de maio de 2012. Altera a Resolução RDC nº. 07, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília/DF, 14 maio 2012. Seção I, p.170. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0026_11_05_2012.html>. Acesso em: 07 fev. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ministério da Saúde. **Relatório de Média de Permanência em UTI Adulto**. Brasília/ DF: Ministério da Saúde, jan. 2013. v.1.02. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-05.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. **Diário Oficial da União**, n.98, Brasília/DF, 24 maio 2016. Seção I, p.44. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2018.

BRINGSVOR, H.B.; BENTSEN, S.B.; BERLAND, A. Sources of knowledge used by intensive care nurses in Norway: An exploratory study. **Intensive Crit Care Nurs** [online], v.30, n.3, p.159-166, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24380660>>. Acesso em: 23 fev. 2018.

BUSANELLO, J. et al. Produção de subjetividade do enfermeiro para tomada de decisões: perspectiva ecossistêmica. **Cienc Cuid Saude**, Maringá/PR, v.15, n.4, p. 669-676, 2016. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/24897>>. Acesso em: 20 nov. 17.

BURRELL, G.; MORGAN, G. **Sociological paradigms and organizational analysis**. England, UK: Heinemann Educational Books, 1979. Disponível em: <http://sonify.psych.gatech.edu/~ben/references/burrell_sociological_paradigms_and_organisational_analysis.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2015.

CAMARGO, T.B. **Vivência do cuidado de si do trabalhador de saúde frente o acidente com fluídos biológicos**: contribuições da Enfermagem. 2009. 161f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

CAMELO, S.H.H. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. **Rev Latino-Am. Enfermagem** [online], v.20, n.1, 09 telas, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_25>. Acesso em: 10 fev. 2018.

CAMELO, S.H.H., et al. Perfil de enfermeiros atuantes em unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino. **Ciencia y Enfermeria**, Concepción, CH, v. XIX, n.3, p. 51-62, 2013. Acesso em: 04 fev. 2018. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v19n3/art_06.pdf>

CAMPOS, J.F.; DAVID, H.M.S.L.; SOUZA, N.V.D.O. Prazer e sofrimento: avaliação de enfermeiros intensivistas à luz da psicodinâmica do trabalho. **Esc Anna Nery** [online], v.18, n.1, p.90-95, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127730129012>>. Acesso em: 02 mar. 2018.

CARRILLO ALGARRA, A. J. et al. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. **Enferm. glob.**, Murcia, ESP, v.12, n.32, p.346-361, 2013. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400021&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 02 nov. 2015.

CATAFESTA, F. Desenvolvendo competências para a prática do cuidado domiciliar: experiência da enfermeira. 2008. 121f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada**: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHAVES, L.D.P.; LAUS, A.M.; CAMELO, S.H. Ações gerenciais e assistenciais do enfermeiro de unidade de terapia intensiva. **Rev. Eletr. Enf.** [internet], v.14, n.3, p.671-8, 2012. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/pdf/v14n3a25.pdf>>. Acesso em: 26 ago.2017.

CHIAVENATO, I. **Introdução à Teoria Geral da Administração**: uma visão abrangente da moderna administração das organizações. 7. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

CHRISTIANSEN O. A simpler understanding of classic GT: how it is a fundamentally different methodology. In: HOLTON, J.A.; GLASER, B.G.(Ed.). **The Grounded Theory Review methodology reader**: selected papers 2004-2011. California, US: Sociology Press, 2012. p.61-64

CHRISTIANSEN, O. Rationale for the use of classic GT. In: HOLTON, J.A.; GLASER, B.G.(Ed.). **The Grounded Theory review methodology reader**: selected paper 2004-2011. California, US: Sociology Press, 2012. p. 85-104

CONTEXTO. In: **DICIONÁRIO PRIBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA** [online]. 2008-2013. Disponível em: <<https://www.priberam.pt/dlpo/context>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

CORREIO; R.A.P.P.V. et al. Desvelando competências do enfermeiro de terapia intensiva. **Enferm. Foco**, Brasília/DF, v.6, n.1/4, p.46-50, 2015.

COSTA, M.C.M.D.R et al. Teoria fundamentada no dados em pesquisas na saúde da mulher: estudo bibliométrico. **Rev. enferm UFPE on line**, Recife/PE, v.7 n.esp, p.4153-60, 2013. Disponível em: <www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4287/6321>. Acesso em: 04 set. 2015.

COSTA, T.V.; GUARIENTE, M.H.D. de.M. Enfermeiros egressos do currículo integrado: inserção e atuação profissional. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife/PE v.11, n, 1, p.77-85, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11880/14337>>. Acesso em: 25 out. 17.

CROSSETTI, M. da G.O. et al. Elementos estruturais do pensamento crítico de enfermeiros atuantes em emergências. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre/RS, v.35, n.3, p.55-60, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.03.45947>>. Acesso em: 28 fev. 2018.

CRUZ, E.J.E.R., et al. Dialética de sentimentos do enfermeiro intensivista sobre o trabalho em terapia intensiva. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro/RJ, v.18, n.3, p. 479-485, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/1414-8145-ean-18-03-0479.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2018.

CUBAS, M.R. Afinal, de qual tecnologia estamos falando? **Fisioter Mov**, Curitiba/PR, v. 25, n. 3, p. 469-470, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v25n3/01.pdf>. Acesso em 27 abr. 2018.

D'ARCO, L.G. et al. Obstinação terapêutica sob o referencial bioético da vulnerabilidade na prática da enfermagem. *O Mundo da Saúde*, São Paulo/SP, v.40, n.3, p.382-389, 2016. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155575/A13.pdf. Acesso em: 20 nov. 17.

DEVER, K. H. **The skills, competencies, expertise, and embedded knowledge of nurse managers, as leaders, in long-term care.** 2010. 223f. Thesis. (Doctor of Education). - St. John Fisher College, New York, 2010.

DREYFUS, S. E. The Five-Stage Model of Adult Skill Acquisition. **Bulletin of Science, Technology & Society**, Florida, US, v.24, n.3, p.177-181, 2004. Disponível em: <<http://www.bumc.bu.edu/facdev-medicine/files/2012/03/Dreyfus-skill-level.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2015.

DUARTE, G.M.; ALVES, M.S. A práxis do ser enfermeira(o) no cotidiano da unidade de terapia intensiva. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, São João del-Rei/MG, v.3, n.2, p.714-722, 2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/365>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

DUARTE, G.M.; ALVES, M.S. Trabalho em equipe/proximidade do paciente: elementos da práxis de enfermeiras na terapia intensiva. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria/RS, v.4, n.1, p.144-151, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/9059/pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2017.

FAURA, T. et al. Nurse Education, Experience and the Hospital Contexto. Analysis of Nurse Expertise in a Universitu Hospital of Catalonia (Spain). **American Journal of Nursing Research**, Delaware, US, v.2, n.3, p.50-56, 2014.

FELIX, T.A et al. Prática da Humanização na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Enfermagem Contemporânea*, Brotas/BA, v.3, n.2, p.143-153, 2014. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/381/342>>. Acesso em 16 out. 17.

FIGUEIREDO, A.E. Laboratório de enfermagem: estratégias criativas de simulações como procedimento pedagógico. **Revista Enfermagem UFSM**, Santa Maria/RS, v.4, n.4, p.844-849, 2014 Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/11474/pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

FLEURY, M.T.L.; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. **Rev. adm. contemp.**, Curitiba/PR, v.5, n.spe, p.183-196, 2001. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552001000500010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 ago. 2015.

FORSBERG, E. et al. Clinical reasoning in nursing, a think-aloud study using virtual patients — a base for an innovative assessment. **Nurse Educ. Today** [online], v.34, n.4, p.538–542, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23938093>>. Acesso em: 12 out. 2016.

FROTA, L. A., et al. A visibilidade do enfermeiro em unidades de terapia intensiva: percepções de trabalhadores. **Rev. Eletr. Enferm.** [Internet], v.17, n.3, p.1-8, 2015. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n3/pdf/v17n3a11.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2018.

GALLANI, M. C.; DALLAIRE, C. Desenvolvimento de competências em Enfermagem: porque e como. **Cogitare enferm.**, Curitiba/PR, v.19, n.1, editorial, 2014 Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362014000100001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 set. 2015.

GARDNER, L. Benner, reflection and expertise: Some further thoughts. **Nurse Educ. Today** [online], v.33, n.3, p.183–184, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23098927>>. Acesso em 17 out. 2015.

GERSHENGON, H.B.; GARLAND, A. Who should be at the bedside 24/7: doctors, families, nurses? **Semin Respir Crit Care Med**, New York, US, v.37, n.1, p.107-118, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26820278>>. Acesso em: 08 fev. 2018.

GIBSON, S; MOLLOY, E. Professional skill development needs of newly graduated health professionals: A systematic literature review. **Focus On Health Professional Education: A Multi-Disciplinary Journal**, Berlim, GER, v.13, n.3, p.71-83, 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/267213878_Professional_skill_development_needs_of_newly_graduated_health_professionals_A_systematic_literature_review>. Acesso em: 26 out. 17.

GLASER, B; STRAUSS, A. **The discovery of grounded theory**. New York: Aldene de Gruyter, 1967.

GLASER, B. G. **Theoretical sensitivity**. California, US: The Sociology Press, 1978.

GLASER, B.G. **The Grounded Theory Perspective III**. California, US: Sociology Press; 2005.

GLASER, B.G. The Constant comparative method of qualitative analysis. In: HOLTON, J.A.; GLASER, B.G.(Ed.). **The Grounded Theory review methodology reader**: selected paper 2004-2011. California, US: Sociology Press, 2012a. p.1-12

GLASER, B.G. The history of Grounded Theory based on quantitative methodology. In: HOLTON, J.A.; GLASER, B.G.(Ed.). **The Grounded Theory review methodology reader**: selected paper 2004-2011. California, US: Sociology Press, 2012b. p.85-104

GOBET, F.; CHASSY, P. Towards an alternative to Benner's theory of expert intuition in nursing: A discussion paper. **Int J Nurs Stud**, England, UK, v.45, n.1, p.120-39, 2008.

GOMES, A.L. **Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva**. 3.ed. São Paulo: EPU, 2008.

GOMES, I.M. **A vivência do apoio da rede social pelas pessoas envolvidas no cuidado domiciliar**. 2012. 163 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curitiba, PR, 2012.

GONZALEZ-CARRILO, GONZALEZ-DE LA O; MORIEL-CORRA. Modelo innovador para el desarrollo de competencias específicas del personal de enfermería en neonatología **Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.**, Ciudad de México, MX, v.24, n.1, p.11-8, 2016. Disponível em: <<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim161d.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2017.

GOULART, B.F. et al. Trabalho em equipe em Unidade Coronariana: facilidades e dificuldades. **Rev Esc Enferm USP** [online], v. 50, n.3, p.482-489, 2016. Disponível em: <<http://www.autores.redalyc.org/articulo.oa?id=361046885015>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

GROVES, W. Professional practices skills for nurses. **Nursing Standard** [online], v.29, n.1, p.51-59, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25182923>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

GUERREIRO, I.C.Z. Síntese das reflexões da reunião sobre ética em pesquisa qualitativa em saúde, Guarujá, SP. **Ciênc Saúde Coletiva** [online], v.13 n. 2, p.459-463, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000200021&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 22 ago. 2015.

HADDAD, M.C.F.L. A residência de enfermagem na formação profissional. **Cien Cuid Saude**, Maringá/PR, v. 11, n. 2, p.223-223, 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20051/pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2014.

HAYWARD, L.M. et al. The first two years of practice: a longitudinal perspective on the learning and professional development of promising novice physical therapists. **Phys Ther.**, New York, US, v.93, n.3, p.369-83, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23064736>>. Acesso em 26/10/2017.

HERNANDEZ, C.A. Theoretical Coding in Grounded Theory Methodology. **The Grounded Theory Review**, California, US, v.8, n.3, não p., 2009. Disponível em: <<http://groundedtheoryreview.com/2009/11/30/theoretical-coding-in-grounded-theory-methodology/>>. Acesso em: 13 mar. 16.

HEYES, C.J.; THACHUK, A. Queering know-how: clinical skill acquisition as ethical practice. **J Bioeth Inq** [internet], v.12, n.2, p.331–341, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25037245>>. Acesso em: 10 set 2015.

HOLANDA, F.L.de; MARRA, C. C.; CUNHA, I.C.K.O. Perfil de competência profissional do enfermeiro em emergências. **Acta paul. enferm.**, São Paulo/SP, v. 28, n.4, p.308-314, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. 2018.

HOLTON, J.A. Grounded Theory as a general research methodology. In: HOLTON, J.A.; GLASER, B.G.(Ed.). **The Grounded Theory review methodology reader: selected paper 2004-2011**. California, US: Sociology Press, 2012. p. 13-38

JAKIMOWICZ, S.; PERRY, L. A concept analysis of patient-centred nursing in the intensive care unit. **J Adv Nurs.**, England, UK, v.71, n.7, p.1499-1517, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25720454>>. Acesso em: 08 fev. 2018.

JESUS, B.H. et. al. Inserção no mercado de trabalho: trajetória de egressos de um curso de graduação de enfermagem. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro/RJ, v.17 n.2, p.336-345, 2013.

JOHNSEN, H.M.; SLETTEBO, A.; FOSSUM, M. Registered nurses' clinical reasoning in home healthcare clinical practice: A think-aloud study with protocol analysis. **Nurse Educ Today** [online], v. 40, p.95-100, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27125156>>. Acesso em: 23 fev. 2018.

KARIMI, Z. et al. Resources of learning through hidden curriculum: Iranian nursing students' perspective. **J Educ Health Promot**, Mumbai, IND, v.4, p.57, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4579768/>>. Acesso em: 23 fev. 2018.

KINCHIIN, I. M.; CABOT, L. B.; HAY, D. B. Visualizing expertise: towards an authentic pedagogy for higher education. **Teaching in Higher Education** [online], v.13, n.3, p.315-326, 2008. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13562510802045345>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

LACERDA, M.R.; LABRONICI, L.M. Papel social e paradigmas da pesquisa qualitativa de enfermagem. **Rev bras enferm**, Brasília/DF, v. 64, n. 2, p. 359-364, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: -3 mai. 2018

LACERDA, M.R.; ZAGONEL, I.S.; MARTINS, S. Standards of the nursing knowledge and its interface to the attendance to the domiciliary - a literature review. **Online Braz J Nurs** [online], v.5, n.2, 2006. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/293/59>. Acesso em: 03 mai. 2018.

LAGE, M.C. Os *softwares* tipo CAQDAS e a sua contribuição para a pesquisa qualitativa em educação. **ETD – Educ. Tem. Dig.**, Campinas/SP, v.12, n.2, p.42-58, 2011. Disponível em: <http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/25605/ssoar-etd-2011-2-lage-os_softwares_tipo_caqdas_e.pdf?sequence=1> Acesso em: 09 jul. 2015.

LAPEÑA-MOÑUX, Y.R. et al. Nurses' experiences working with nursing students in a hospital: a phenomenological enquiry. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], v.24, p.e2788, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4982446/>>. Acesso em: 23 fev. 2018.

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

LEE, J. et al. Registered nurses' clinical reasoning skills and reasoning process: A think-aloud study. **Nurse Educ. Today** [online], v.46, p.75–80, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27611485>>. Acesso em: 02 jan. 2018.

LIMA, E.C. et al. Incidentes críticos relacionados à liderança do enfermeiro em Centros de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília/DF, v.70, n.5, p. 1071-1079, 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267052669018>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

LIMA, G.P.V. et al. Expectativas, motivações e percepções das enfermeiras sobre a especialização em enfermagem obstétrica na modalidade residência. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro/RJ, v. 19, n.4, p. 593-599, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127743547010>>. Acesso em: 28 fev. 2018.

LYNEHAM, J., PARKINSON, C.; DENHOLM, C. Explicating Benner's concept of expert practice: intuition in emergency nursing. **J Adv Nurs**, England, UK, v.64, n.4, p.380–387, 2008.

LYON, L. J. Development of teaching expertise viewed through the Dreyfus model of skill acquisition. **Journal of the Scholarship of Teaching and Learning**, Indiana,US, v.15, n.1, p.88-105, 2015.

MAESTRI, E; NASCIMENTO, E.R.P.; BERTOCELLO, K.C.G. O enfermeiro de Terapia Intensiva necessita de acolhimento. **Rev. enferm UFPE On Line**, Recife/PE, v.8, n.2, p.358-64, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9682/9728>. Acesso em: 17 fev. 2018.

MAGNABOSCO, G. et al. Opinião de egressos sobre o curso de residência em gerência dos serviços de enfermagem. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina/PR, v.36, n.1 (supl), p. 73-80, 2015. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/19019/16991>. Acesso em: 26 out. 17.

MANZI, N.M. et al. A enfermagem como integrante da residência multiprofissional em um hospital universitário: relato de experiência. **Rev enferm UFPE On Line**, Recife/PE, v. 7, n. esp., p. 4281-4286, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11659/13802>. Acesso em: 31 out. 17.

MARCOMINI, E.K. et al. Influência da simulação realística no ensino e aprendizado da enfermagem. **Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde**, Cascavel/PR, v.3, n.2, p.233-240, 2017. Disponível em: <http://e-vesta.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/17687/12260>. Acesso em: 15 dez. 2017.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Metodologia Científica**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MASSAROLI, R. et. al. Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência. **Esc Anna Nery [online]**, v.19, n.2, p.252-258, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000200252. Acesso em: 01 mar. 2018.

MERIGHI, M.A.B. et al. Ensinar e aprender no campo clínico: perspectiva de docentes, enfermeiras e estudantes de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília/DF, v.67, n.4, p.505-511, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000400505&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 fev. 2018.

MIRI, C; LORENZINI, C. Enfermagem e suas relações grupais em unidade de terapia intensiva adulto. **Rev enferm UFPE On Line.**, Recife/PE, v.9, p.1, p.121-7, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10315/10994>. Acesso em: 16 nov. 2017.

MOLINA CHAILAN, P. M.; JARA CONCHA, P. del T. El saber práctico en Enfermería. **Rev Cubana Enfermería** [en línea], v.26, n.2, p.37-43, 2010. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n2/enf05210.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2015.

MOREIRA, A.O.; SOUZA, H.A.; RIBEIRO, J.A. Vivências e estratégias defensivas dos enfermeiros frente ao cuidado em UTI. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria/RS, v.3, n.1, p.102-111, 2013.

MORGAN, S.; PULLON, S.; MCKINLAY, E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. **Int J Nurs Stud.**, England, UK, v.52, n.7, p.1217-30, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25862411>>. Acesso em: 16 nov. 2017

MOURA, G.M.S.S. et al. Expectativas da equipe de enfermagem em relação à liderança. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo/SP, v.26, n.2, p.198-204, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-1002013000200015>. Acesso em: 12 nov. 2017.

MOURA JÚNIOR, D.F.; LASELVA, C.R.; GUASTELLI, L.R. Estrutura e Organização. In: KNOBEL, E. **Terapia Intensiva: enfermagem.** São Paulo: Atheneu, 2009. p. 3-13.

NASCIMENTO, J.D. **A vivência do cuidado em casas transitórias de apoio por familiares de crianças em pós-transplante de células tronco hematopoiéticas.** 2014. 156f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curitiba, PR, 2014.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1984.

NOGUEIRA, L.S., et al. Clinical characteristics and severity of the patients admitted to the public and private ICUS. **Text Context Nursing**, Florianópolis/SC, v. 21, n. 1, p. 59-67, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/en_a07v21n1.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2018.

NYATANGA, B.; VOCHT, H. Intuition in clinical decision-making: a psychological penumbra. **Int J Palliat Nurs**, London, UK, v.14, n.10, p.492-6, 2008.

OLIVEIRA, P.V.N.; VALENTE, G.S.C. O enfermeiro novato na unidade de terapia intensiva: nexos com a segurança do paciente. **Revista Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro/RJ, v.80, p.63-66, 2017.

OLIVEIRA, W.A. de. Enfermagem: os desafios e dificuldades no início da carreira. **Revista de Enfermagem da Faciplac.** Brasília/DF, v.2, n.2, 2017. Disponível em: <<http://revista.faciplac.edu.br/index.php/REFACI/article/view/267>>. Acesso em 24 fev. 2018.

OPIYO, E. **Nurse's perception of their knowledge and expertise in breast cancer care.** 2012. 57f. Thesis (Degree programme in Nursing) - University of Applied Sciences, Unit of Health, Welfare and Culture, Munique, GER, 2012.

PAIM, C.C.; ILHA, S.; BACKES, D.S. Educação permanente em saúde em unidade de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros. **J. res.: fundam. care. online**, v.7, n.1, p.2001-2010, 2015. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3586/pdf_1443>. Acesso em: 07 fev. 2018

PASSOS, S.S.S. et al. O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro/RJ, v.23, n.3, p.368-74, 2015.

PAYNE, L.K. Toward a Theory of Intuitive Decision–Making in Nursing. **Nurs Sci Q** [online], v.28, n.3, p.223-8, 2015. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0894318415585618>>. Acesso em: 17 dez. 2015.

PEÑA, A. The dreyfus model of clinical problem-solving skills acquisition: a critical perspective. **Med Educ Online.**, v.15, não p., 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc2887319/>>. Acesso em: 13 set 2015.

PERUZZO, H.E. et al. Influência do sexo, idade e tempo de atuação na percepção sobre o trabalho em equipe. **REME – Rev Min Enferm.** [online], v.21, p.e-1011, 2017. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1147>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

PINTO, M.R.; SANTOS, L.L.S. A Grounded Theory como abordagem metodológica: relatos de uma experiência de campo. **Organ Soc.** [online], v.19, n.62, p.417-436, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-92302012000300003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 03 mar 2015.

POLIT, D.F; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PUGGINA, A. N. Percepção da comunicação, satisfação e necessidades dos familiares em Unidade de Terapia Intensiva. **Esc Anna Nery** [online], v.18, n.2, p.277-283, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000200277&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 06 fev. 2018.

QUEIRÓS, P.J.P The knowledge of expert nurses and the practical-reflective rationality. **Invest Educ Enferm**, Medellín, COL, v.33, n.1, p.83-91, 2015.

REIS, C.C.A.; SENA, E.L.S.; FERNANDES, M.H. Humanização do cuidado nas unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. **J. res.: fundam. care. online**, v. 8, n.2, p. 4212-4222, 2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3983/pdf_1860>. Acesso em: 03 fev. 2018.

RISCHEL, V.; LARSEN, K.; JACKSON, K. Embodied dispositions or experience? Identifying new patterns of professional competence. **J Adv Nurs**, England, UK, v.61, n.5, p.512-21, 2008.

ROBERT, R.R.; TILLEY, D.S.; PETERSEN, S. A power in clinical nursing practice: concept analysis on nursing intuition. **Medsurg Nurs.**, New Jersey, US, v.23, n.5, p. 343-9, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26292448>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

RODRIGUES, I.L., et al. Difficulties and facilities in intensive care work: a nursing staff's perspective. **J. res.: fundam. care. online**, v. 8, n.3, p.4757-4765, 2016. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3881/pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2018.

SANTOS, C.A. Andrew McKie under-graduate nursing ethics student essay prize: No ethics without meta-ethics – For more Benner and less Beauchamp. **Nursing Ethics** [online], v.22, n.2, p.261–3, 2015. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0969733014564916?journalCode=nej>>. Acesso em: 13 mar. 2016.

SANTOS, J.L.G.; ERDMANN, A.L.; SOUZA, F.G.M. et al. Perspectivas metodológicas para o uso da teoria fundamentada nos dados na pesquisa em enfermagem e saúde. **Esc Anna Nery** [online], v.20, n.3, p.e 20160056, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160056.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2018.

SANTOS, J.L.G, LIMA, M.A.D.S.; PESTANA, A.L. et al. Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. **Rev Gaúcha Enferm** [online], v.37, n.1, p.:e50178, 2016. Acesso em: 16 nov. 2017. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/141481/000991423.pdf?sequence=1>>

SARFIELD, E. Differences between novices' and experts' solving ill-structured problems. **Public Health Nurs.**, Massachusetts, US, v.31, n.5, p.444–453, 2014.

SEDGWICK, M.G.; GRIGG, L.; DERSCH, S. Deepening the quality of clinical reasoning and decision-making in rural hospital nursing practice. **Rural Remote Health** [online], v.14, n.3, p.2858, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25209421>>. Acesso em: 19 jan. 2018.

SHABAN, R.Z. et al. Case study and case-based research in emergency nursing and care: Theoretical foundations and practical application in paramedic pre-hospital clinical judgment and decision-making of patients with mental illness. **Australasian Emergency Nursing Journal** [online], v.20, n.1, p.17–24, 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1574626717300022>>. Acesso em: 17 nov. 2017.

SILVA, D.S. et al. A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v.16, n.1, p.211-9, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.5216/ree.v16i1.19615>>. Acesso em: 20 nov. 17.

SILVA, E.M.; MOREIRA, M.C.N. Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro/RJ, v.20, n.10, p.3033-3042, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63042187010>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

SILVA, E.F.L. et al. Profile of the egress of the graduation in nursing: an integrative review. **J Nurs UFPE On Line.**, Recife/PE, v.10, n.3, p.1483-97, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/issue/view/1282>> Acesso em: 26 out. 2017.

SILVA, J.C. et al. Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. **Acta Paul Enferm** [online], v.28, n.2, p.132-8, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307038016007>>. Acesso em: 22 fev. 2018.

SILVA, R.C.; FERREIRA, M.A. Clínica do cuidado de enfermagem na terapia intensiva: aliança entre técnica, tecnologia e humanização. **Rev Esc Enferm USP** [online], v.47, n.6, p.1325-1332, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/0080-6234-reeusp-47-6-01325.pdf>>. Acesso em: 06 fev. 2018.

SILVA, R.C.; FERREIRA, M.A. Tecnologia no cuidado de enfermagem: uma análise a partir do marco conceitual da Enfermagem Fundamental. **Rev Bras Enferm**, Brasília/DF, v.67, n.1, p.111-118, jan./fev. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0111.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2018.

SILVA, R.C.; FERREIRA, M.A. Tecnologia na terapia intensiva e suas influências nas ações do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo/SP, v.45, n.6, p.1403-11, 2011.

SILVA, R.M.O. et al. Contribuição do curso especialização, modalidade de residência para o saber profissional. **Acta paul. enferm.** [online], São Paulo, v.27, n. 4, p.362-366, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 fev. 2018.

SILVEIRA, R.S. et al. Percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca da satisfação no contexto do trabalho na UTI. **Enfermagem em Foco**, Brasília/DF, v.3, n.2, p.93-96, 2012. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/262>> Acesso em 02 mar. 2018.

SITUAÇÃO. In: **DICIONÁRIO PRIBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA** [online]. 2008-2013. Disponível em: <<https://www.priberam.pt/dlpo/SITUA%C3%87%C3%83O>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

SITZMAN, K.L.; EICHELBERGER, L.W. **Understanding the Work of Nurse Theorists: A Creative Beginning**. 2.ed. Massachusetts, US: Jones and Bartlett Publishers, 2010.

SOUSA, L.D et al. The scientific nursing production about the clinic: an integrativa review. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo/SP, v.45, n.2, p.494-500, 2011.

SOUZA, M.F.G. de; SANTOS, A.D.B. dos; MONTEIRO, A.I. O processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de um hospital de ensino. **Rev Bras Enferm**, Brasília/DF, v.66, n.2, p.167-72, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267028666003>>. Acesso em: 27 fev. 2018.

SOUZA, L.P.S. et al. Os desafios do recém-graduado em enfermagem no mundo do trabalho. **Revista Cubana de Enfermería** [online], v.30, n.1, 2014. Disponível em: <<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/127/79>>. Acesso em: 24 fev. 2018.

STALPERS, D. et al. Nurse-perceived quality of care in intensive care units and associations with work environment characteristics: a multicentre survey study. **J Adv Nurs.**, England, UK, v.73, n.6, p.1482-1490, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28000300>>. Acesso em: 07 fev. 2018.

STAYT, L.C.; SEERS, K.; TUTTON, E. Patients' experiences of technology and care in adult intensive care. **J Adv Nurs.**, England, UK, v.71, n.9, p.2051-2061, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25868064>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques**. California, US: Sage, 1991

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. Porto Alegre/RS: Artmed; 2008.

TARDIF, J. **L'évaluation des compétences: documenter le parcours de développement**. Montréal, CAN: Chenelière-Éducation, 2006.

TAROZZI, M. **O que é grounded theory: metodologia de pesquisa e de teoria fundamentada nos dados**. Tradução de: LUSSI, C. Petrópolis/RJ: Vozes, 2011,

VAUGHN, S. The Competency Model for Professional Rehabilitation. *Rehabil Nurs.*, Philadelphia/US, v. 41, n.1, p. 33-44, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26395123>>. Acesso em: 14 dez. 2017.

VIANA, R.A.P.P. et al. **Enfermagem em Terapia Intensiva: práticas e vivências**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

VIANA, R.A.P.P. et al. Perfil do enfermeiro de terapia intensiva em diferentes regiões do Brasil. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis/SC, v.23, n.1, p.151-159, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072014000100151&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em: 12 fev. 2018.

VIEIRA, T.D.P.; RENOVATO, R.D.; SALES, C.M. Compreensões de liderança pela equipe de enfermagem. **Cogitare enferm**, Curitiba/PR, v.18, n.2, p.253-260, 2013.

WAINWRIGHT, S.F. et al. Factors That Influence the Clinical Decision Making of Novice and Experienced Physical Therapists. **Physical Therapy [online]**, v.91, n.1, p.87-101, 2011. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ptj/article/91/1/87/2735103>>. Acesso em: 30 out. 2017.

WOODFINE, P. Tome a una enfermera “novata” bajo su tutela. **Nursing (Ed.española)** [*em línea*], v.29, n.10, p.37-39, 2011. Disponível em: <<http://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-tome-una-enfermera-novata-bajo-90065238>>. Acesso em: 03 out. 2015.

ZANONI, C.S. et al. Contribuições da residência em enfermagem na atuação profissional de egressos. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina/PR, v. 36, n. 1 supl., p. 215-224, 2015. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/19283>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

ZARIFIAN, P. **O modelo da competência:** trajetória histórica, desafios atuais e propostas. Tradução de : HENEULT, E.R.R. São Paulo: SENAC São Paulo, 2003.
ZARIFIAN, P. **Objetivo competência:** por uma nova lógica. Tradução de: TRYLINSKI, M.H.C.V. São Paulo: Atlas, 2015.

APÊNDICE 1 - QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA

Conte-me sobre a sua rotina de trabalho como enfermeira na UTI (conduzir a entrevista de acordo com este relato).

Como foi para você iniciar seu trabalho como enfermeira na UTI?

O que significou essa trajetória inicial?

Como é para você fazer a avaliação de um paciente? Como você se organiza? Em que se baseia para avaliá-lo?

Como é para você decidir na UTI?

O que você considera? Em que se baseia?

APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

<p>1. Identificação Código identificador: _____ Idade: _____ Sexo: _____</p>
<p>2. Titulação</p> <p>2.1. Graduação Ano: _____ Tempo de formado: _____ ano(s) _____ mês(es)</p> <p>2.2 Fez residência? () Sim. Que área: _____ Ano: _____ () Não</p> <p>2.3 Tem especialização? () Lato sensu. Área: _____ Ano: _____ () Mestrado. Área: _____ Ano: _____ () Doutorado. Área: _____ Ano: _____ () Pós-Doutorado. Área: _____ Ano: _____ () Outros. Qual? _____ Área: _____ Ano: _____</p>
<p>3. Atuação na área como técnica/auxiliar de enfermagem</p> <p>Atua ou já atuou como auxiliar ou técnico de Enfermagem? () Atuo. Em que área? _____ Há quanto tempo: _____ () Já atuei. Em que área? _____ Há quanto tempo: _____ () Nunca atuei.</p>
<p>4. Atuação como enfermeira</p> <p>4.1. Tempo de atuação como enfermeira? Assistencial: _____ Docente: _____ Gerente: _____ Pesquisador: _____ Em que área? _____</p> <p>4.2. Tempo de atuação em UTI Assistencial: _____ Docente: _____ Gerente: _____ Pesquisador: _____</p>
<p>5. Atuação como enfermeira neste hospital</p> <p>5.1. Tempo como enfermeira neste hospital: _____ 5.2. Tempo como enfermeira em UTI neste hospital : _____</p> <p>5.3. Aos que já atuaram na UTI: Qual sua função atual: _____ Qual o motivo que o levou a não estar mais na UTI: _____ _____ _____</p> <p>5.4. Aos que atuaram em outros locais antes da UTI Qual foi o motivo que o trouxe até a UTI? _____ _____ _____</p> <p>6. Descreva um ou dois caso de sua prática clínica que tenha marcado sua trajetória profissional ou que você acha que fez a diferença no cuidado ao paciente. _____ _____ _____</p>

APÊNDICE 3 – COMPETÊNCIA CLÍNICA E PRÁTICA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO DA TERAPIA INTENSIVA

Tatiana Braga de Camargo
Maria Ribeiro Lacerda
Jessica Alline Pereira Rodrigues
Jaqueline Dias do Nascimento
Elizabeth Bernardino
Solena Ziemer Kusma
Danieli Parreira da Silva Stalisz da Paixão

Resumo

Background: Pouco se tem discutido sobre o perfil de enfermeiros que atuam em Unidades de Terapia Intensiva em hospitais universitários, bem como a possível relação entre suas competências e as ações relacionadas à prática clínica.

Objetivos: Delinear o perfil profissional de enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva e correlacionar seu nível de competência, segundo o referencial de Benner, a variáveis da prática clínica.

Métodos: estudo quantitativo, observacional e transversal, realizado com 47 enfermeiros de cinco UTI de um hospital universitário do Sul do Brasil. Utilizou-se um questionário semiestruturado para coleta de dados, aplicado de novembro a dezembro de 2015, sendo a análise realizada com auxílio do *Software Statistical Package for the Social Sciences* SPSS® 19.0. Para a correlação entre as variáveis, utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson.

Resultados: Dos enfermeiros, 61,7% eram graduados entre seis e 14 anos, 34% proficientes, 91,5% das titulações foram especialização e 78,7% destas em áreas não relacionadas à UTI; 44,8% atuam na assistência entre cinco e 14 anos e 85,1% não possuem experiência em pesquisa. Houve correlações moderadas positivas entre o nível de competência do enfermeiro e tempo de atuação no hospital em estudo ($r = 0,537$), tempo de atuação como enfermeira assistencial em UTI ($r = 0,514$), tempo de formação ($r = 0,508$) e idade ($r = 0,506$).

Conclusions: Os enfermeiros desenvolvem, especialmente, atividades assistenciais, ficando as demais dimensões da prática profissional como secundárias. Idade, tempo de formação, atuação no hospital em estudo e assistência em UTI possuem correlação significativa com o desenvolvimento de competência.

Introdução

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma “área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada contínua”¹. Em 2009, na Europa, o número de internamentos nas UTIs foi de 73.585, e em 2010-2011, nos EUA, foi de 77.809^{2,3}. No Brasil, este quantitativo em 2010 somava 47.449 e em 2015 se elevou para 281.719.⁴ Salienta-se a necessidade de enfermeiros competentes, pois os cuidados a pacientes graves, de maior complexidade são sua responsabilidade⁵.

O desenvolvimento desta competência acontece por meio da aprendizagem experiencial nos contextos de cuidado^{6,7}. O enfermeiro contribui com a recuperação

da saúde do paciente, redução do tempo de internamento e de custos para o sistema de saúde, especialmente em UTI.

Benner elenca cinco níveis de competência : Noviça: sem experiência prévia, não visualiza o todo, necessita de normas e rotinas; Iniciante avançada: identifica os fatores significativos que se repetem em situações semelhantes; Competente: sabe planejar, lidar com imprevistos e priorizar; Proficiente: pensamentos articulados; utiliza máximas; identifica “sinais de alarme precoce” e decide rápida e eficazmente; Expert: visão global profunda, conhecimento intuitivo, sua experiência é a mais completa e complexa, capaz de sustentar uma teoria^{6,7}.

O paciente crítico tem direito ao cuidado qualificado e o enfermeiro necessita de atualizações contínuas; o que salienta a necessidade de identificar o perfil dos enfermeiros de UTI bem como seu nível de competência⁸. Delinear o perfil e estabelecer possível relação entre seu nível de competência e variáveis da prática pode motivar reflexões acerca de aspectos relacionados à formação destes profissionais^{8,9}, ou à capacitação em serviço. O objetivo deste estudo é delinear o perfil de enfermeiros que atuam em UTI e correlacionar seu nível de competência à variáveis da prática clínica.

Métodos

Estudo quantitativo, observacional e transversal. Realizado coleta de dados com 47 enfermeiros que atuam em UTI, sendo elas: UTI I, UTI II, UTI Cardíaca, Neonatal e Pediátrica, perfazendo 88,2% do total de enfermeiros atuantes nas UTI de um hospital universitário localizado no Sul do Brasil, entre novembro e dezembro de 2015. Critérios de inclusão: ser enfermeiro do hospital e atuar ou já ter atuado em UTI há, no máximo, três anos.

Para coleta de dados foi utilizado questionário semiestruturado. Envolve questões como sexo, idade, tempo de formação, ano de graduação, tempo médio de experiência, motivo que os levou a atuar em UTI, nível de competência e titulação. Para identificar seu nível de competência, foi solicitada a descrição de um caso da prática clínica do enfermeiro, seguindo trabalho anterior⁵.

Os dados foram analisados pelo *Software Statistical Package for the Social Sciences* SPSS® 19.0. Os resultados obtidos pela análise descritiva foram expressos por gráficos e para avaliação da correlação entre variáveis foi estabelecido o coeficiente de correlação de Pearson.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética Nacional responsável, sob parecer 1.145.640, CAAE 45743415.0000.0102. Foram respeitados os preceitos éticos estabelecidos na Declaração de Helsinki.

Resultados

Dos 47 participantes, 85,1% (n=40) eram do sexo feminino, média de idade 38 anos e tempo médio de formação 12 anos; 10,6% (n=5) eram graduados entre 25 e 30 anos, 19,1% (n=9) entre 15 e 24 anos, 61,7% (n=29) entre seis e 14 anos, e 8,5% (n=4) nos últimos cinco anos.

Houve enfermeiros com mais de um título. Predominou a especialização (91,5%), seguida do mestrado (23,4%) e do doutorado e mestrado em andamento (6,4% cada). A residência representou 2,1%. Quanto à especialidade da titulação, a maioria foi não relacionada à UTI 78,7%, embora 40,4% seja em de UTI e 14,9% em Urgência e Emergência (UE). Todas as titulações relacionadas à UTI e a UE foram

do tipo especialização *latu sensu*. Mestrado e doutorado apenas temáticas não relacionadas à UTI.

Sobre o início do trabalho em UTI, 57,4% foi por afinidade com a especialidade, 19,1% por determinação do hospital e 23,4% por outros motivos, como pedido de movimentação, necessidade de troca de turno, entre outros.

Quanto às dimensões da prática profissional de enfermagem (PPE), tempo de atuação nessas dimensões e especialidade de atuação, ressalta-se que houve enfermeiros com atuação em duas instituições concomitantemente, e ambas as atuações foram consideradas. Para a atuação em pesquisa, considerou-se participação em atividades de pesquisa na pós-graduação, para a contabilização do tempo foi considerado o período mínimo de seis meses.

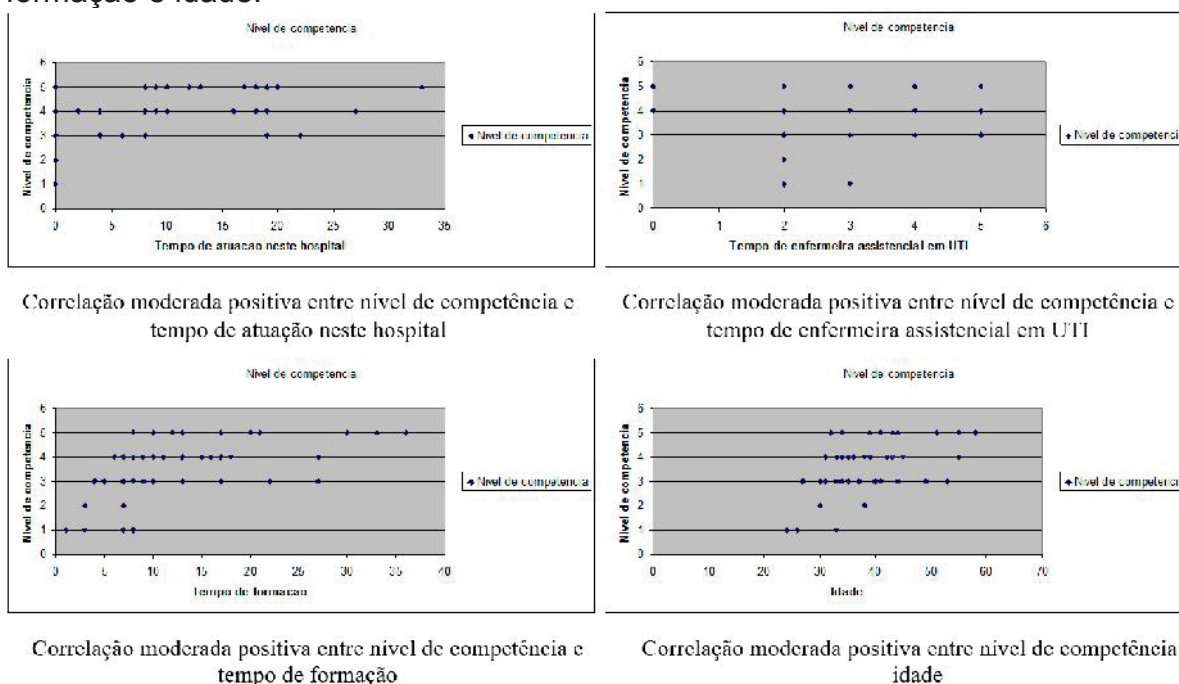
O tempo médio de experiência em UTI foi de 6,5 anos: enfermeiro assistencial representou 8,3 anos, docente 1,5 anos, gerente 0,8 anos e pesquisador 0,6 anos. O tempo médio de experiência no hospital foi de 7,9 anos. Atuaram na assistência os 47 enfermeiros, e destes, 23 em duas instituições concomitantemente. Todos os enfermeiros participaram de atividades que envolvem pesquisa e 15 o fizeram mais de uma vez. Na docência, 31 atuaram e na gerência, 24.

Quanto à dimensão da prática profissional e à especialidade de atuação, a assistência na especialidade UTI foi predominante ($n=31$), seguida de áreas não relacionadas à enfermagem ($n=30$) e da UE ($n=9$). Tanto na docência quanto na gerência predominou o trabalho em outras temáticas, sendo UTI a segunda mais citada, docência ($n=11$) e gerência ($n=10$). Na participação em pesquisa, os enfermeiros atuaram predominantemente na UE ($n=47$) e em menor representatividade na UTI ($n=5$).

Quanto ao nível de competência desses enfermeiros 8,5% ($n=4$) foram classificados como novíços, 4,3% ($n=2$) iniciantes avançados, 29,8% ($n=14$) competentes, 34% ($n=16$) proficientes e 23,4% ($n=11$) *experts*.

As variáveis utilizadas para fazer a correlação com o nível de competência foram: idade; tempo de formação; titulação; tempo de experiência como enfermeiro assistencial, docente, gerente e pesquisador; tempo de atuação em UTI como enfermeiro assistencial, docente, gerente e pesquisador; tempo de atuação neste hospital e tempo de atuação em UTI neste hospital. A correlação entre nível de competência e tempo de experiência em pesquisa em UTI foi íntima negativa ($r = -0,006$); as correlações fracas positivas foram entre o nível de competência e titulação ($r = 0,442$), nível de competência e tempo de enfermeiro docente ($r = 0,308$), nível de competência e tempo de enfermeiro gerente ($r = 0,308$), nível de competência e tempo de enfermeiro assistencial ($r = 0,221$), nível de competência e tempo de enfermeiro pesquisador ($r = 0,148$). As correlações moderadas positivas encontram-se nos gráficos da Tabela 2.

Tabela 2. Variáveis com correlações moderada positivas: competência e tempo de atuação neste hospital, tempo de enfermeira assistencial em UTI, tempo de formação e idade.



Discussão

A predominância do sexo feminino (85,1%) e de idade média de 38 anos corrobora com outros estudos, com pequenas variações^{8,11-12}. Uma revisão integrativa de perfil profissional do enfermeiro de UTI apresenta que 28,5% dos artigos elencam que o enfermeiro possui idade inferior a 40 anos⁹.

No Brasil a profissão é vista, majoritariamente, como feminina, uma vocação doméstica e com pouco status social¹³; é sabido, no entanto, que tais características se restringem ao Brasil e que a enfermagem ainda tem espaços a conquistar, mas avanços já tem acontecido, especialmente na UTI, onde o poder decisório do enfermeiro se mostra mais forte, possivelmente associado a exigência que a complexidade do cuidado requer do profissional.

O fato da maioria dos enfermeiros da UTI ser composta por adultos jovens pode estar relacionado à necessidade de preparo físico, mental, psicológico e intelectual. Um enfermeiro mais jovem tende a apresentar motivação e força física para suportar as exigências deste serviço.

O tempo médio de formação foi de 12 anos e de experiência em UTI de 6,5 anos. Revisão integrativa acerca de enfermeiros de UTI aponta, como tempo de formação, uma variação entre um e 25 anos e tempo médio de experiência em UTI superior a quatro anos⁹; estudo acerca da motivação dos enfermeiros indica que 45,2% de enfermeiros tem tempo de formação entre cinco e 14 anos¹².

Notou-se uma variação no tempo de formação, um estudo foi ao encontro dos resultados desta pesquisa e o outro apresenta variação de um a 25 anos de formação. Com tempo médio de experiência de 6,5 anos possivelmente o profissional deva ser competente. A permanência de enfermeiros mais experientes eleva as chances de se ter *experts* nestas unidades.

O enfermeiro de UTI necessita executar seu trabalho de maneira satisfatória e segura ao paciente, com base na articulação dos seus conhecimentos técnico e científico voltados à prática clínica a fim de cuidar com qualidade¹⁴. No hospital em estudo, 12,8% das enfermeiras da UTI foram identificadas como novilhas ou iniciantes avançadas. Em países em que a especialização ainda não é exigência, sugere-se, que o início da aprendizagem experiencial ocorra em áreas menos críticas; ou que fossem acompanhadas e treinadas por profissionais mais experientes.

Houve um quantitativo maior de enfermeiros titulados em relação a estudo realizado em três hospitais públicos de urgência e emergência de Pernambuco-CE (Brasil) sobre condições e motivações para o trabalho, no qual 83% tinham residência ou especialização, quase 5% mestrado ou doutorado e quase 12% não tinham pós-graduação¹². Pesquisa indica que 81% das enfermeiras tinham especialização, 5% mestrado e 0,3% doutorado em andamento¹¹, ao passo que nos dados aqui apresentados, há 6,4% de doutorado e 2,1% de residência.

As ações de educação continuada e permanente podem auxiliar na manutenção e desenvolvimento da competência na prática clínica¹⁴. O homem deve se responsabilizar por sua educação, com o intuito de desenvolver sua capacidade¹⁵. Este estudo demonstra uma busca pelo ensino formal, muitas vezes relacionada à necessidade do trabalho, ou pelo fato de os enfermeiros sentirem-se valorizados e reconhecidos¹⁶, além de que tais titulações lhes possibilitariam mais uma forma de instrumentalização para o cuidado de alta complexidade⁸, resultando em uma prática assistencial mais qualificada⁹.

O aproveitamento da titulação na prática é visto apenas na especialização, pois estão relacionadas à UTI ou a UE, mas as especialidades estudadas no *Stricto sensu* não envolvem UTI ou UE. Acredita-se que quanto maior a titulação, maior a probabilidade de envolvimento em pesquisas¹⁵, e conseqüentemente, maior avanço no conhecimento teórico e prático da Enfermagem nesta área.

Quanto ao motivo que levou os enfermeiros a iniciarem seu trabalho na UTI serem principalmente afinidade ou motivação pessoal, percebe-se que esses achados corroboram com outro estudo, em que 78% de enfermeiras optaram pela UTI por sentirem-se realizadas profissionalmente ou pela contribuição social do seu trabalho¹².

A UTI é um ambiente que lida com o sofrimento e mesmo assim os enfermeiros tem afinidade. Esta motivação possivelmente relaciona-se ao sentir-se valorizado com o sucesso do cuidado em um cenário complexo. Outra questão pode ser a visibilidade do enfermeiro de UTI, muitas vezes, associada à complexidade do conhecimento teórico e prático que a especialidade requer do profissional.

É notória a participação dos enfermeiros em todas as dimensões da PPE, mesmo na gerência, apesar da menor representatividade. Na pesquisa, como todos os enfermeiros possuem, ao menos, uma titulação, 100% dos enfermeiros participaram de alguma atividade. Contudo, não é possível considerá-los pesquisadores, visto que a maioria participou apenas de atividades de pesquisa durante a realização do trabalho de conclusão de curso na especialização.

Ao analisarmos as variáveis dimensão da PPE e especialidade, todos os enfermeiros possuem experiência em UTI. Na docência e gerência, observou-se que o foco primordial não é a UTI. As enfermeiras, por volta dos 40 anos buscam atividades de gestão e ensino, ou deixam a profissão¹⁷. No início da carreira, o profissional deseja adquirir experiência em um setor crítico⁹.

As correlações positivo moderadas foram entre as variáveis nível de competência e tempo de atuação no hospital, nível de competência e tempo de atuação como enfermeira assistencial em UTI, nível de competência e tempo de formação e nível de competência e idade. Quanto maior a experiência, maior é o desenvolvimento clínico, associado aos conhecimentos prático e teórico^{6,7}. Uma questão que pode associar-se à correlação entre o nível de competência e o tempo de atuação é apresentada pelo estudo com enfermeiros de um setor de emergência de um hospital público que aponta que a estabilidade é um fator de motivação para o exercício de sua função¹².

A motivação é um dos principais determinantes para competência profissional¹⁸. Aliada a isto, tem-se o fato de ser hospital de alta complexidade. A permanência em ambiente complexo pode estar associada ao desenvolvimento de competência, posto que quanto maior a experiência, maior é o desenvolvimento clínico, associado aos conhecimentos prático e teórico^{6,7}.

A correlação entre nível de competência e tempo de atuação como enfermeira assistencial em UTI pode estar associada ao fato de que há enfermeiros que já atuavam em UTI antes de ingressarem no hospital. A experiência confere competência clínica à enfermeira^{6,7} e a atuação em UTI tem participação na formação dos enfermeiros, pois é na vivência de situações do cotidiano de trabalho que eles aprimoram seus conhecimentos teórico e prático¹⁶. Ainda, 57% dos enfermeiros atuam na UTI por afinidade. Esta pode ser uma motivação a estes profissionais para que desenvolvam competência e também justificaria a correlação entre as variáveis.

Quanto à correlação entre nível de competência e tempo de formação e idade, quanto maior o tempo de formação, provavelmente, maior o tempo de experiência, aprendizagem experiencial e nível de competência. Assim como a idade, pode ou não estar relacionada, neste estudo, a correlação foi positiva moderada.

Estudo realizado em hospital universitário da Pensilvânia (EUA) e na Catalunha (Espanha), com 167 enfermeiros, aponta que a cada ano de experiência, a enfermeira tem 15% de probabilidade de avançar um nível de competência, e que, após o quinto ano, ela pode ter iniciado o uso da percepção, o que a caracterizaria como uma proficiente¹⁹. Esta relação não é determinante, uma vez que o desenvolvimento de competência depende da enfermeira, dos recursos, da instituição e da receptividade que esta profissional vivencia no trabalho^{6,7}.

As limitações deste estudo foram: ter sido realizado em um único hospital; com população. Contribuições: identificar que ha noviços e iniciantes avançados que atuam em UTI; que os enfermeiros assistenciais da UTI atuam em outras dimensões da PPE; e, que o foco dos estudos *Stricto Sensu* está em aéreas não relacionadas à UTI. Sugere-se a inserção de enfermeiros competentes^{6,7} nas UTIs; no incentivo à associação da pesquisas à prática clínica, estimulando os enfermeiros a se envolverem com a temática Terapia Intensiva.

Conclusão

A articulação entre a assistência e as demais dimensões da PPE merece integração,. A contribuição de enfermeiros assistenciais, titulados, seria de maior valia, caso atuassem mais na docência. Destacam-se os achados referentes às correlações positivo moderadas, as quais apontam que a atuação prolongada, tanto

pela idade, como tempo de formado, em setor de alta complexidade, possuem relação significativa com o desenvolvimento do nível de competência da enfermeira.

Sugere-se pesquisas acerca do desenvolvimento de competência em UTI. As reflexões deste estudo tem impacto no cuidado ao paciente crítico, o qual exige ações complexas pelo enfermeiro a fim de minimizar o risco de morte e promover a vida. Acredita-se que sirva para a tomada de decisão institucional com relação ao dimensionamento e capacitação dos profissionais de enfermagem em UTI.

APÊNDICE 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Tatiana Braga de Camargo, aluna do doutorado em Enfermagem, da Universidade Federal do Paraná convido você, enfermeira da Terapia Intensiva a participar do estudo “Desenvolvimento de competência clínica da enfermeira da Terapia Intensiva”.

a) O objetivo desta pesquisa é compreender como as enfermeiras da Terapia Intensiva desenvolvem competência clínica.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário disponibilizar um tempo para que possa ser entrevistado pela pesquisadora.

c) Para tanto agendaremos um horário e um local de sua escolha para realizarmos a entrevista, a qual terá duração de em torno de 1 hora.

d) É possível que você experimente algum desconforto relacionado a situações constrangedoras que viveu em sua trajetória profissional e lembrará durante a entrevista.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser evidenciados, como o constrangimento relacionado à entrevista, se por ventura lembra-se de situações constrangedoras.

f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são que a Enfermagem poderá compreender profundamente como se desenvolve competência clínica e tendo consciência deste caminho, será mais fácil para se aplicar à realidade as estratégias para se tornar *expert*. Você não será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

g) Contato da pesquisadora: Tatiana Braga de Camargo, Rua Magdalena de Almeida, 224, apto37, torre 9, e-mail: tatikabraga@yahoo.com.br, tel. 9651-6786, no horário das 10h às 17h para esclarecimento de dúvidas.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, como pesquisador responsável e seu orientador. No entanto, na publicação dos resultados dessa pesquisa, sua identificação será codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade**

j) Caso tenha despesas, elas não serão de responsabilidade. Não lhe será pago valor em dinheiro para que participe desta pesquisa

k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código

l) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ____ de _____ de _____

Participante da Pesquisa

Dda Tatiana Braga de Camargo

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desenvolvimento de competência clínica da enfermeira da Terapia Intensiva

Pesquisador: TATIANA BRAGA DE CAMARGO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45743415.5.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.145.640

Data da Relatoria: 08/07/2015

Apresentação do Projeto:

Orientadora: Profª Drª Maria Ribeiro Lacerda

Pesquisa qualitativa, interpretativista, com referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), a qual denota um conjunto de categorias bem desenvolvidas (ex.: temas, conceitos) que são “sistematicamente interrelacionadas através de declarações de relação para formar uma estrutura teórica que explique alguns fenômenos relevantes sociais, psicológicos, educacionais, de enfermagem ou outro” (STRAUSS; CORBIN, 2008). No caso desta pesquisa, será possível construir um modelo teórico que explicita um fenômeno relacionado a vivência das enfermeiras da Terapia Intensiva no desenvolvimento de competência clínica. Ao investigar processos da realidade social, o pesquisador parte de hipóteses que, reunidas, explicam o fenômeno, combinando abordagens indutivas e dedutivas alternadamente durante todo o processo investigativo (BUSCHER, 2008). Essa alternância de indução e dedução acontece durante a coleta e análise dos dados por meio da sensibilidade teórica do pesquisador, visto que ao elaborar as questões para as entrevistas, há o processo de indução e, frente aos dados, o pesquisador deduz para então formular novas perguntas e, então, sucede novamente a indução, e esses processos vão se alternando sucessivamente. As principais características da TFD são a sensibilidade teórica ou a análise comparativa constante dos dados. A análise comparativa é uma

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2ª andar

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 00.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.145.840

estratégia metodológica utilizada para a descoberta de uma teoria que se fundamenta em dados e que gera as teorias substantiva e teórica

(ERDMANN et al, 2007), ou seja, que gera o modelo teórico.

Objetivo da Pesquisa:

Elaborar uma teoria substantiva que explicita como enfermeiras da Terapia Intensiva desenvolvem competência clínica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Consta no projeto: os enfermeiros participantes da pesquisa correm o risco de experimentar algum desconforto durante a entrevista, principalmente relacionado a situações constrangedoras que viveram em sua trajetória profissional e que lembrará durante a entrevista.

A fim de minimizar riscos ou danos ao participante quanto ao constrangimento ou qualquer outro desconforto, será explicado ao entrevistado que o mesmo poderá interromper a entrevista ou desligar o gravador quando achar conveniente. Se for de interesse do entrevistado, será disponibilizado tempo externo à entrevista para que o mesmo relate o que achar necessário.

Quando aos benefícios, espera-se que haja uma contribuição com a Enfermagem enquanto profissão, pois pretende-se compreender profundamente como se desenvolve competência clínica da enfermeira da Terapia Intensiva, e tendo consciência deste caminho, será mais fácil para se aplicar à realidade as estratégias para se tornar uma expert. O participante não será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas contribuirá para o avanço científico da profissão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de abordagem qualitativa do tipo interpretativista e que utiliza como marco metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

Amostragem teórica e saturação teórica: Serão, inicialmente, 42 enfermeiras assistenciais lotadas em 06 Unidades de Terapia Intensiva (Neonatal, Pediátrica, Adulto e Cardiológica) de um hospital universitário, as quais fazem parte da amostragem.

Coleta das Informações: O instrumento de coleta das informações é a entrevista semiestruturada que será gravada, transcrita e analisada pela pesquisadora. Há um roteiro de perguntas iniciais ao primeiro grupo amostral, e a sequência de perguntas será estabelecida a partir da análise dos dados.

Codificação e Análise dos Dados: após a entrevista, haverá transcrição, leitura, análise, memorandos ou memos, que são as notas teóricas e metodológicas, hipóteses, pelo processo de

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2ª andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3380 7250

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.145.640

indução, e em seguida, a elaboração de novas perguntas por meio da dedução, baseada nas respostas dos sujeitos. Durante a análise, inicia-se a codificação. Após a leitura e a análise exaustivas dos dados, o pesquisador faz o recorte das unidades de análise dando origem aos códigos.

Codificação Aberta – Agrupando os primeiros códigos: Esta é a primeira etapa da codificação, na qual o pesquisador inicia o processo de comparação de cada incidente, analisando-o linha a linha e inicia simultaneamente o agrupamento dos códigos e a organização das subcategorias.

Codificação Axial: Na codificação axial, inicia-se a relação entre os conceitos e subcategorias que emergiram na codificação anterior, ou seja, os conceitos selecionados são analisados, reorganizados e dessa reorganização surge, então, uma ideia central e suas subordinações.

Codificação Seletiva: nesta etapa que emerge a categoria central, ocorre a abstração dos dados e o processo atinge seu fim frente à saturação teórica, ou seja, não há surgimento de dados relevantes ou novos ao fenômeno estudado. Após a compreensão do fenômeno, segue-se a explicação.

As entrevistas serão realizadas nas dependências do próprio hospital ou em outro local de preferência do participante. Para tanto será necessária a existência de um lugar em que não haja poluição sonora, o que é de fácil acesso no hospital em questão. Caso o participante indique outra localização, isto poderá ser discutido com o mesmo, a fim de que, ao escolher o recinto, possa considerar a necessidade de silêncio para a realização da entrevista.

Após aprovação pelo CEP, será entrado em contato com as gestoras de Enfermagem de cada Unidade Funcional que contém UTI para explanar sobre o objetivo e realização da pesquisa. Em seguida, a entrevistadora entrará em contato com cada enfermeira para explicar o objetivo da pesquisa, a relevância da sua participação e indagar se há ou não o interesse por parte desta em participar da pesquisa, deixando clara a não obrigatoriedade da mesma em participar da pesquisa.

Período: julho de 2015 a julho de 2017.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto traz todos dos documentos exigidos pelo CEP/SD.

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma

Endereço: Rua Padre Camargo, 260

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060 240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.145.610

Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS).

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Quando o projeto de pesquisa for realizado num todo ou em parte no Hospital de Clínicas da UFPR: O pesquisador deverá aguardar o Parecer Consubstanciado de Coparticipação do CEP/HC APROVANDO o projeto, para então dar início a pesquisa.. Se houver necessidade de alteração do Cronograma em virtude desse trâmite, solicitar prorrogação de prazo através de emenda, alterando o Cronograma no sistema PB.

CURITIBA, 10 de Julho de 2015

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-210

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360 7250

E-mail: cometica.saudo@ufpr.br