

INTRODUÇÃO

No âmbito do V Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde, da Universidade de Évora a decorrer em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, é elaborada esta dissertação de mestrado subordinada ao tema da Supervisão Clínica na Integração Profissional de Enfermeiros Anestesiastas.

A abordagem desta temática justifica-se uma vez que, em enfermagem perioperatória, e particularmente na área da anestesiologia, existe uma lacuna a nível de conhecimentos adquiridos e competências específicas desenvolvidas durante o Curso de Licenciatura em Enfermagem. Ou seja, quer os conhecimentos quer as competências não são suficientes para a prática de enfermagem de anestesiologia. Não existe também formação de especialização que dê resposta às necessidades dos profissionais que exercem nesta área complexa, de grande rigor técnico e científico. Assim, para que as competências sejam adquiridas, recorre-se ao método da supervisão clínica que, na prática implica que o enfermeiro integrando seja atribuído a um enfermeiro integrador, responsável pelo processo formativo que decorre num período de tempo variável de instituição para instituição.

Ao enfermeiro responsável pelo processo de prática tutelada não são exigidas competências específicas de supervisão clínica ou de formação. Acrescendo ao facto de não existir um referencial de competências a alcançar pelo enfermeiro supervisionado, podemos afirmar que, hoje em dia, este período de integração decorre de forma aleatória, muitas vezes sem controlo e sem avaliação formal intercalar do que foi aprendido e do que falta aprender. Baseia-se principalmente no desenvolvimento de competências através da aquisição empírica do conhecimento tácito e menos através do conhecimento explícito. A não uniformização, a falta de controlo e de avaliação contribuem para um risco de erro aumentado, num ambiente (perioperatório) que já por si implica um nível de stress elevado. Podemos ainda acrescentar que estes factores também poderão estar associados a uma maior desmotivação e desistência por parte do integrando ao ser confrontado com valores conflitantes e com tarefas para as quais não se sentem preparados, sem conseguir tomar o rumo da sua própria formação. São, desta forma, esperados tempos prolongados de integração, que além de contribuírem para os riscos supra citados, contribuem também para o aumento dos custos organizacionais associados à presença de profissionais ainda não autónomos.

A integração profissional é, assim, um processo fundamental no início de actividade de qualquer indivíduo, especificamente num serviço de saúde e, de forma geral, na organização hospitalar. Corresponde ao período de tempo durante o qual o profissional vai assumindo autonomia de forma gradual até ser considerado suficientemente competente para assumir na plenitude o seu novo papel, com o mínimo de riscos para o próprio, para o doente, para a equipa multidisciplinar e em última instância para a instituição. A Ordem dos Enfermeiros (2010) salienta que este período de prática supervisionada “visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a protecção da pessoa e a segurança dos cuidados” (p.5).

Sendo o domínio da investigação, a Supervisão Clínica na Integração Profissional de Enfermeiros Anestesiastas, pensamos que estes problemas expostos poderiam ser solucionados, ou pelo menos atenuados, através da existência de um referencial de competências a alcançar por parte do enfermeiro integrando durante a fase de indução profissional. Este referencial poderia ser útil na gestão da supervisão clínica por parte do integrador, na medida em que seria um documento uniformizador e orientador da formação. Permitiria a realização de avaliações claras, frequentes e sempre actuais ao longo do período de integração, fornecendo assim maior controlo ao enfermeiro integrando sobre que conhecimentos adquirir e que competências desenvolver ao longo do tempo. De facto, teria a vantagem de permitir “objectivar as críticas, de possibilitar o traçado do perfil evolutivo do formando, de permitir focar a avaliação num aspecto específico” (Alarcão, 1987, p.123), permitindo desta forma “ajudar o formando ao ritmo do seu desenvolvimento” (Alarcão, 1987, p.125). A uniformização e o controlo poderiam, assim, contribuir para uma organização mais rentável do tempo de integração e, conseqüentemente, diminuir o risco para o paciente e para os profissionais envolvidos. Acerca deste aspecto, Berggren & Severinsson (2006) acrescentam que um modelo supervisivo estruturado é essencial para fornecer o sentimento de segurança (p.640). A diminuição do tempo de integração poderia ter ainda um efeito benéfico sobre os custos organizacionais associados ao desempenho dos profissionais não autónomos.

Sendo uma temática actual, realizável e importante para a disciplina, e assumindo como questão preliminar: “quais as competências a alcançar pelos enfermeiros anestesiastas?”, foi delineado o seguinte objectivo geral: Elaborar um referencial de competências a atingir pelos enfermeiros anestesiastas durante a integração profissional e validar o referencial de competências do supervisor clínico definido pela Ordem dos Enfermeiros.

Foram ainda delineados os seguintes objectivos específicos:

- Identificar as competências do supervisor clínico responsável pela integração profissional de enfermeiros anestesiastas, na perspectiva dos inquiridos;

- Identificar as competências gerais e específicas a atingir pelos enfermeiros anestesiastas durante a integração profissional, na perspectiva dos inquiridos;
- Identificar as competências gerais e específicas que são determinantes e devem ser incluídas num referencial de competências a atingir na integração profissional de enfermeiros anestesiastas, na perspectiva dos inquiridos;
- Verificar se as competências gerais e específicas a atingir na integração profissional de enfermeiros anestesiastas variam em função do tempo de exercício profissional e desempenho profissional em bloco operatório de cirurgia programada, urgente ou ambulatória.

Decorrendo dos objectivos estabelecidos foi enunciada como questão de investigação de partida: *na perspectiva dos inquiridos, que competências fundamentais deve possuir o supervisor clínico no âmbito da enfermagem de anestesiologia e que competências devem ser alcançadas pelo enfermeiro anestesiasta durante o período de integração até ser considerado autónomo?* Desta questão geral surgiram as seguintes questões de investigação específicas:

- *Na perspectiva dos inquiridos, que competências deve possuir um supervisor clínico responsável pela integração profissional de enfermeiros anestesiasta?*
- *Na perspectiva dos inquiridos, que competências gerais e específicas devem ser atingidas pelos enfermeiros anestesiastas durante a integração profissional?*
- *Na perspectiva dos inquiridos, que competências gerais e específicas são determinantes e devem ser incluídas num referencial de competências a atingir pelos enfermeiros anestesiastas durante a integração profissional?*
- *Que competências gerais e específicas a incluir no referencial de competências a atingir na integração profissional são mais valorizadas pelos enfermeiros competentes, proficientes e peritos?*
- *Que competências gerais e específicas a incluir no referencial de competências a atingir na integração profissional são mais valorizadas pelos enfermeiros em exercício em bloco operatório de cirurgia programada, urgente e ambulatória?*

Procurando dar resposta às questões de investigação mencionadas, foi elaborado um estudo de investigação que a seguir se apresenta da seguinte forma: na primeira secção, a revisão da literatura pertinente, nomeadamente, modelos de supervisão clínica; perfil e competências do supervisor clínico; desenvolvimento de competências durante a integração profissional; reconhecimento, validação e certificação de competências; e competências de enfermeiros anestesiastas. Na segunda secção, as questões de investigação e objectivos gerais e específicos decorrentes da revisão de literatura prévia. Na terceira secção, a metodologia de investigação, seguida da recolha e análise de dados na quarta. A quinta secção diz respeito à discussão dos resultados e a sexta às limitações do estudo. A sétima secção reporta-se às conclusões e considerações finais do estudo e a oitava ao plano de intervenção sócio-organizacional

decorrente. Terminamos com as referências bibliográficas na secção nona e anexos pertinentes na secção décima.

1. REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Modelos de Supervisão Clínica

A supervisão clínica corresponde a um processo durante o qual a prática de um profissional supervisionado é tutelada por outro profissional mais experiente com vista a promover a autonomia do primeiro. Este processo é influenciado por diversos factores, que incluem, naturalmente, a individualidade dos profissionais envolvidos. De facto, cada indivíduo envolvido no processo de supervisão encontra-se num determinado nível de desenvolvimento pessoal e profissional, que influencia as suas vivências enquanto supervisor ou supervisionado. Alarcão (1987) refere-se a este aspecto como uma “dinâmica recíproca, assimétrica e helicoidal” (p. 47). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010, p. 4) referindo-se a diversos autores (Wilson-Barnett et al, 1995; Neavy et al, 1994, in Pfiel, 1999),

Outros factores têm sido apontados como geradores de diversidade em torno das práticas de supervisão: a ausência de consenso em torno dos conceitos; a deficiente apropriação por parte dos agentes promotores e dinamizadores de práticas de supervisão; a diversidade de contextos e de finalidades com que é utilizada; o facto de se ter desenvolvido já em diversas disciplinas e em diferentes momentos históricos (com diferentes paradigmas associados). Por outro lado parece existir uma utilização indiscriminada e indiferenciada dos termos “preceptor”; “supervisor clínico”; “mentor”; “assessor”; “coordenador”, para referências a um mesmo papel.

De forma geral, e de um ponto de vista psicológico, podemos referir a existência de três abordagens à prática da supervisão, nomeadamente, supervisão desenvolvimental, supervisão cognitiva e supervisão reflexiva (Oliveira-Formosinho, 2002, p.60). Por outro lado, do ponto de vista histórico da enfermagem, podemos referir a existência de três tipos de abordagem na supervisão clínica, sendo eles o “preceptorship”, a “clinical supervision” e o “mentoring” ou “mentorship”.

Relativamente ao ponto de vista psicológico, importa distinguir as abordagens, desenvolvimental (Glickman, 1985), cognitiva (Costa e Garmston, 1994) e reflexiva

(Pajak, 1993). A abordagem desenvolvimental assume como premissa o facto de que os “adultos progridem através de um *continuum* de estádios” (Oliveira-Formosinho, 2002, p.50). O mesmo autor acrescenta que nesta abordagem “um supervisor pode facilitar o desenvolvimento através destes estádios em direcção a níveis mais elevados de compromisso” (Oliveira-Formosinho, 2002, p.50). A abordagem cognitiva de Costa e Garmston reporta a um “quadro de referência que, simultaneamente, promove e serve como guia para a reflexão. (...) Deriva de uma aliança entre os teóricos cognitivistas e humanístico-existencialistas” (Oliveira-Formosinho, 2002, p.51). O mesmo autor esclarece que “o treino cognitivo alarga as possibilidades profissionais em termos de exploração e experimentação ao desenvolver a capacidade para reenquadrar e reexaminar padrões familiares da instrução e para reconsiderar as premissas subjacentes que dirigem a acção” (Oliveira-Formosinho, 2002, p.51). A abordagem cognitiva de Costa e Garmston assume três objectivos fundamentais, nomeadamente

(1) estabelecer e manter a confiança (isto é, a autoconfiança, a confiança na relação de treino, no processo de treino e no contexto organizacional no sentido de este proporcionar um apoio contínuo enquanto se desenvolve em direcção a uma cultura colaborativa e de auto-renovação); (2) facilitar a aprendizagem, concebida como reestruturação ou alteração dos processos mentais; e (3) promover o crescimento em direcção à holonomia (...) concebida como o atingir por parte do indivíduo de um equilíbrio entre, por um lado, a autonomia e a autoria e, por outro, o funcionamento colaborativo e interdependente (Oliveira-Formosinho, 2002, p.51).

A abordagem reflexiva de Pajak “oferece cinco focagens diferentes que perspectivam a prática reflexiva como o processo que possui o maior potencial para desenvolver a sensibilidade moral, ética e social necessárias para a excelência” (Oliveira-Formosinho, 2002, p.55) As cinco perspectivas da abordagem reflexiva são: a formação reflexiva de Schon, a acção reflexiva de Zeichner e Liston, a centração reflexiva da supervisão clínica de Garman, a consciência crítica de Smyth e Retallick e a supervisão culturalmente responsiva de Bowers e Flinder (Oliveira-Formosinho, 2002, p.55). Estes modelos utilizam um processo sequencial de supervisão que inclui uma reunião prévia à observação, recolha de dados a partir da observação, uma reunião prévia à observação, recolha de dados a partir da observação, uma reunião de pós-observação, análise de dados e feedback. De acordo com Oliveira-Formosinho (2002), “esta reconstrução da experiência é subjectiva, baseada nas percepções e auto-análises do indivíduo. (...) é altamente contextual, baseada na cultura institucional e nas variáveis envolvidas com o acontecimento específico” (p.55).

Relativamente ao ponto de vista histórico das abordagens supervisivas, torna-se premente distinguir “preceptorship”, “clinical supervision” e “mentoring” ou “mentorship”. O preceptorship surgiu, no âmbito da enfermagem, inicialmente nos EUA quando na década de 1960, início de 1970, Kramer detectou um elevado número de enfermeiros recém-formados que abandonavam a profissão por, no contexto da socialização, serem confrontados com alguns aspectos geradores de *stress* e *burnout* (Pfeil, 1999, p. 13). O mesmo autor refere que estes “não estavam preparados para lidar com as diferenças entre a cultura universitária/académica, por um lado e a prática clínica em contexto profissional por outro” (Pfeil, 1999, p.13). Neste contexto, foi desenvolvido um programa para estudantes de enfermagem que visava o contacto prévio com a realidade clínica sob a supervisão de enfermeiros mais experientes, denominados *Preceptors*. Bain (1996) referindo-se a Morrow (1984) define então preceptorship como sendo um período de exercício profissional que visa apoiar o Enfermeiro (preceptee) na transição para a prática profissional ou socialização a um novo papel (p. 105). O mesmo autor, acrescenta ainda que “neste período, o preceptee conta com o apoio de um preceptor, descrito como um enfermeiro que apoia, ensina, aconselha, inspira e desempenha um papel de modelo ao desenvolvimento do preceptee, por um fixado e limitado período de tempo.” (p. 105).

A clinical supervision surgiu na década de 1950 por parte de investigadores da Universidade Harvard na tentativa de propor um modelo de supervisão no qual “o supervisionado fosse ele próprio o agente dinâmico, relegando para o supervisor a missão de o ajudar a analisar e repensar o seu próprio ensino” (Alarcão, 1987, p. 29). Alarcão (1987) referindo-se a John Smith, afirma que na supervisão é necessário ajudar os supervisionados “to penetrate their everyday experiences in more practical and insightful ways” o que pressupõe prestar-lhes ajuda em “obtaining meaning out of confusion, extracting understanding from repetition, uncovering intentions behind actions, replacing prejudice with sensitivity, in short, it involves articulating an ideology to making sense of one’s worlds” (p. 136). Hadfield (2000) reitera que na supervisão clínica o supervisionado é quem assume o papel central do processo formativo e que é ele quem traz a experiência ao supervisor para que juntos criem e partilhem compreensão sobre o mesmo (p. 30). O mesmo autor acrescenta que a relação supervisiva é útil no desenvolvimento de boas práticas e que os ingredientes necessários para a sua realização são a segurança, imparcialidade, suporte, confiança e respeito (Hadfield, 2000, p. 30). A reflexão acerca dos pensamentos, sentimentos e acções permite efectuar o *debriefing*, desafiar e compreender as situações (Hadfield, 2000, p. 30). É esperado dos supervisionados que estes desenvolvam a capacidade de “fazer com que se interroguem sobre o quê, o como e o porquê do que aconteceu na (relação/acção de cuidados), a capacidade de evoluírem e de, na sua evolução, mudarem a natureza dos cuidados que prestam e a própria realidade institucional” (Smith in Alarcão, 1987, p.138). A supervisão clínica

assume assim uma conotação de acção, reflexão e colaboração entre supervisorado e supervisor ao invés da simples fiscalização.

O mentoring ou mentorship surgiu associado à enfermagem em 1980, não havendo no entanto um consenso relativo a este conceito. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010) este facto está associado ao

uso indiscriminado de diferentes termos para se referirem a um mesmo papel, ou do termo 'mentor' para se referirem a papéis diferentes; mas também, e no Reino Unido, a emissão de diferentes orientações (ao longo do tempo), por parte do English National Board for Nursing (ENB) relativas ao papel do mentor (p.52).

Inicialmente visto como um conselheiro (1987), o mentoring ou mentorship veio posteriormente a ser encarado como supervisor e avaliador (1988) e mais tarde (1989) como alguém a ser seleccionado pelo aluno para "o assistir, amparar, orientar, avisar e aconselhar, e que não estaria normalmente envolvido na supervisão formal ou avaliação desse estudante em particular" (Watson, 1999 e Andrews, 1999 in Ordem dos Enfermeiros, 2010 p. 52). Hoje em dia, mentoring

is a teaching-learning process acquired through personal experience within a one-to-one, reciprocal, career development relationship between two individuals diverse in age, personality, life cycle, professional status, and/or credentials. The nurse dyad relies on the relationship in large measure for a period of several years for professional outcomes, such as research and scholarship; an expanded knowledge and practice base; affirmative action; and/or career progression. Mentoring nurses tend to repeat the process with other nurses for the socialization as scholars and scientists into the professional community, and for the proliferation of a body of nursing knowledge. (Stewart and Krueger, 1996 in Mills, 2005, p.3).

A selecção de uma abordagem supervisiva, do ponto de vista histórico ou do ponto de vista psicológico torna-se uma questão fundamental que guiará a acção dos profissionais na prática e sobre a qual é fundamental reflectir. Sergiovanni e Starrat (1988) afirmam que "a escolha, interpretação e aplicação de um modelo depende, em larga medida, de diversas variáveis, nomeadamente, de iniciação, mediação e eficácia" (Oliveira-Formosinho, 2002, p.61). No que diz respeito à iniciação, incluem-se como variáveis o sistema de construção de significado do próprio supervisor e as suas premissas, crenças e valores acerca da identidade profissional, do papel da supervisão, do nível motivacional da equipa técnica e das expectativas da instituição. Relativamente

à mediação, as variáveis incluem os sistemas de construção de significado da equipa técnica, as suas atitudes relativamente ao trabalho, à instituição, ao papel da supervisão e o seu nível de compromisso. As variáveis de eficácia incluem dados qualitativos e quantitativos acerca da organização, como os níveis de satisfação da equipa técnica relativamente ao seu trabalho e níveis de desempenho (Oliveira-Formosinho, 2002, p.61).

A Ordem dos Enfermeiros refere então que, relativamente ao ponto de vista histórico dos três tipos de abordagem de supervisão em enfermagem, e numa linha de pensamento desenvolvimental, optou por definir um dos modelos que mais revelasse a realidade da enfermagem, de forma a orientar a relação entre supervisor e supervisionado. Embora enquadrado na realidade do Modelo de Desenvolvimento Profissional, mas ainda assim adequado também a este trabalho de investigação que diz respeito ao período de integração profissional sob prática tutelada de enfermeiros anestesiastas, podemos, neste contexto, definir Supervisão Clínica como sendo um “processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a protecção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.5).

A mesma autora, referindo-se a Hyrkas & Paunonen-Ilonen (2001), afirma que “a supervisão é um processo sistemático e contínuo que apoia e encoraja a melhoria da prática profissional”. Acrescenta ainda que, “estudos acerca dos efeitos da supervisão clínica mostraram que esta influencia a qualidade dos cuidados e como tal, pode ser considerada uma intervenção para melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.6). Esta definição vai de encontro ao documento “Vision for the future” do National Health Service Management Executive que se refere à supervisão clínica como sendo um “processo formal de sustentação da prática que permite aos enfermeiros adquirirem conhecimentos, competências e consciencializarem-se da responsabilidade da prática clínica, realça a protecção dos clientes e incrementa a segurança das práticas nas situações clínicas mais complexas”. Neste documento, é ainda referido que “é central para o processo de aprendizagem, para o desenvolvimento da prática e deve ser encarada como um meio de incentivo para a auto-avaliação e para o desenvolvimento das capacidades analíticas e reflexivas” (Cruz, 2008, p. 200). Oliveira-Formosinho (2002) resume que existem três funções principais da supervisão, nomeadamente: melhoramento da prática, desenvolvimento do potencial individual para a aprendizagem e promoção da capacidade de auto-renovação da organização (p.24).

Desta forma, podemos afirmar que a supervisão clínica correspondendo a um período de prática tutelada, é portanto um processo fundamental durante o desenvolvimento profissional, principalmente na aquisição de conhecimentos conducentes a um novo papel, permitindo maior qualidade e maior segurança na prática para todos os envolvidos.

1.2 Perfil e Competências do Supervisor Clínico

A supervisão clínica centra-se na acção em contexto profissional, reflexão sobre a acção e colaboração entre supervisor e supervisionado, permitindo assim a autonomização progressiva deste último. Ao primeiro é solicitado que reconheça e aja, não só mas também dependendo do papel e desempenho do supervisionado. A Ordem dos Enfermeiros reforça que deve ainda “adequar a sua atitude e estilo de supervisão às diferentes situações, sejam elas diferentes supervisionados, ou diferentes momentos no processo de desenvolvimento de um mesmo supervisionado” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 5).

Alarcão (1987) citando Glickman refere que existem três estilos de supervisão relativamente às estratégias utilizadas, atribuindo grande valor às relações e aspectos inter-relacionais da supervisão clínica. São eles: o não-directivo, o de colaboração e o directivo (p.89).

O estilo não-directivo corresponde aquele que “manifesta desejo e capacidade de atender ao mundo do supervisionado, de o escutar, de esperar que seja ele a tomar as iniciativas”. Acrescenta ainda que, neste estilo, o supervisor “sabe calar-se para ouvir o supervisionado falar, é capaz de verbalizar as ideias e os sentimentos que este, explicita ou implicitamente, lhe vai manifestando, sabe encorajá-lo, ajudar a clarificar as suas ideias e os seus sentimentos, pede-lhe informações complementares” (Alarcão, 1987, p.89) sempre que necessário e pertinente.

Relativamente ao supervisor do estilo de colaboração, o autor afirma que “verbaliza muito o que o supervisionado lhe vai dizendo, faz sínteses das sugestões e dos problemas apresentados, ajuda a resolvê-los” (Alarcão, 1987, p.89).

No estilo directivo, o supervisor “concentra as suas preocupações em dar orientações, em estabelecer critérios e condicionar as atitudes do supervisionado” (Alarcão, 1987, p.89)

Durante a integração profissional, o supervisor, poderá então adequar o estilo de supervisão não só à individualidade da pessoa supervisionada mas também ao momento do processo em que se encontram. Num período de indução profissional em que o enfermeiro terá menos conhecimentos específicos sobre a área em estudo, será útil um estilo mais directivo, por oposição ao final da integração na qual o profissional já se encontra mais autónomo e, conseqüentemente, apto a prestar cuidados com menor grau de risco. Segundo Oliveira-Formosinho (2002) este modelo de Glickman “é altamente contextual e especialmente atento quer à complexidade da prática do ensino, quer às

diferentes necessidades” dos supervisados (p.50). O mesmo autor refere que o modelo “integra o trabalho de teóricos desenvolvimentais como Loevinger (1976), Kohlberg (1971), Hunt (1971) e Piaget (1948, 1952), tendo como base a premissa de que os adultos progridem através de um *continuum* de estádios” (Oliveira-Formosinho, 2002, p. 50). Acrescenta ainda que Glickman “acredita que um supervisor pode facilitar o desenvolvimento através destes estádios em direcção a níveis mais elevados de compromisso” (Oliveira-Formosinho, 2002, p.50).

A par do estilo de supervisão seleccionado, o acto de supervisão requer algumas competências específicas. Oliveira-Formosinho (2002), citando Leithwood e Steinbach (1993), afirma que “as funções, papéis e propósitos aos quais as práticas de supervisão se dirigem necessitam tanto de competências técnicas como de liderança”, e acrescenta que “embora se possa presumir que as competências gerais de liderança sejam adequadas para níveis elevados de qualidade, a supervisão profissionalmente responsável é um tema em aberto” (p.151).

Alarcão (1987) refere que não sendo possível identificar todas as competências e tarefas do supervisor, é possível indicar algumas imprescindíveis a qualquer situação das quais se destacam:

- Estabelecer e manter um bom clima afectivo-relacional;
- Criar condições para que o supervisado se desenvolva humana e profissionalmente;
- Desenvolver o espírito de reflexão, auto-conhecimento e inovação;
- Identificar os problemas e dificuldades que vão surgindo;
- Determinar os aspectos a observar e estabelecer as estratégias de observação;
- Observar;
- Analisar e interpretar os dados observados;
- Avaliar os processos de ensino-aprendizagem;
- Definir os planos de acção a seguir (p.62).

As tarefas supracitadas são gerais e dependendo do supervisor e supervisado em causa seriam definidas outras mais específicas. O mesmo autor resume o papel do supervisor “como alguém, com mais experiência e com conhecimentos mais claros e reflectidos sobre situações, dificuldades e problemas semelhantes, que é antes de mais um colega, numa relação adulta de ajuda, dialogante, aberta, espontânea, autêntica, cordial, empática” (Alarcão, 1987, p. 65). Acrescenta ainda que “as situações de supervisão se devem caracterizar por uma relação interpessoal dinâmica, encorajante e facilitadora de um processo de desenvolvimento e aprendizagem consciente e comprometido” (Alarcão, 1987, p.85).

Alarcão (1987) referindo-se a Mosher e Purpel (1972) aborda seis áreas de características que devem ser manifestadas pelo supervisor, nomeadamente: sensibilidade para se aperceber dos problemas e das suas causas; capacidade de

analisar, dissecar e conceptualizar os problemas e hierarquizar as causas que lhes deram origem; capacidade de estabelecer uma comunicação eficaz a fim de perceber e exprimir as opiniões e os sentimentos; competência em desenvolvimento curricular, em teoria e prática; skills de relacionamento interpessoal (p.87). Salieta ainda, de forma mais específica, a “capacidade de prestar atenção e o saber escutar (...), capacidade de compreender, de manifestar uma atitude de resposta adequada, de comunicar verbal e não-verbalmente, de parafrasear e interpretar, de cooperar, de interrogar” (Alarcão, 1987, p.87).

Neste contexto, Glickman (1985) citado por Alarcão (1987) refere que “são os *skills* interpessoais que emergem como fundamentais” e estes encontram-se definidos em dez categorias, especificamente: prestar atenção, clarificar, encorajar, servir de espelho, dar opinião, ajudar a encontrar soluções para os problemas, negociar, orientar, estabelecer critérios e condicionar (p.87).

A par das competências do supervisor, Alarcão (1987) reporta-se ainda a alguns objectivos que o supervisor deve manter durante a relação supervisiva. Desta forma, as suas competências e tarefas devem incidir no objectivo de desenvolver nos supervisados as seguintes capacidades e atitudes:

- Espírito de auto-formação e desenvolvimento;
 - Capacidade de identificar, aprofundar e integrar os conhecimentos subjacentes ao exercício;
 - Capacidade de resolver problemas e tomar decisões acertadas;
 - Capacidade de experimentar e inovar numa dialética entre a prática e a teoria;
 - Capacidade de reflectir e fazer críticas e autocríticas de modo construtivo;
 - Entusiasmo pela profissão que exerce e empenhamento nas tarefas inerentes
- (Alarcão, 1987, p. 86)

A supervisão desenvolvimental encontra-se patente no Modelo de Desenvolvimento Profissional, sendo a que mais se enquadra no contexto específico desta investigação. Neste âmbito, a Ordem dos Enfermeiros (2010) afirma que o supervisor “incita o supervisado a tornar-se um agente dinâmico comprometido com o seu próprio processo de aprendizagem e de mudança positiva, assumindo a missão de o ajudar a analisar e a repensar, dando feedback contínuo e periódico do seu progresso” (p. 6). Severinsson & Hallberg (1996) reiteram esta afirmação ao referir que no processo de supervisão clínica, o supervisor deve encorajar o supervisado a reflectir emocional e cognitivamente acerca dos cuidados de enfermagem que presta (p.159). Ou seja, uma das responsabilidades do supervisor reside em desafiar o supervisado com a intenção de suportar o seu crescimento pessoal e o seu desenvolvimento como enfermeiro.

Relativamente ao papel do supervisor, a Ordem dos Enfermeiros (2010) afirma ainda que este assume

a missão de facilitar e apoiar a socialização do supervisado, na equipa multiprofissional e ao seu novo papel, e simultaneamente o de garantir que este o assume de forma gradual, segura e responsável. Deve para isto compreender e adequar com o supervisado as melhores estratégias, o ritmo e a forma (p.6).

A mesma autora refere também que o supervisor “promove a tomada de decisão e a gradual autonomia no exercício, valorizando sempre a protecção da pessoa e a segurança e a excelência dos cuidados de enfermagem prestados” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.7).

Além de contribuir para o processo de aprendizagem do supervisado, este processo de supervisão clínica é activo e dinâmico, implicando também para o supervisor uma auto-aprendizagem. Este “deve consciencializar-se das suas capacidades e potencialidades mas também dos seus limites e constrangimentos. Deve ter a capacidade de investir, superar-se e pedir ajuda se tal for necessário” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.7).

Podemos ainda afirmar que o supervisor, além das competências acima descritas, deve ser um profissional com reconhecida qualidade no seu exercício do dia-a-dia. De facto, o conhecimento, experiência e qualificações do supervisor são centrais para o desenvolvimento do supervisado e da sua identidade profissional. Independentemente do estilo supervisivo, a experiência do supervisor deve facilitar a integração dos conhecimentos teóricos e práticos por parte do supervisado (Berggren & Severinsson, 2006, p.640).

A Ordem dos Enfermeiros (2010) identificou um perfil de supervisor clínico que conduziu à criação de um referencial de competências para o mesmo. Este referencial permitiu, por sua vez estabelecer critérios de selecção de supervisores clínicos com vista a uma supervisão de qualidade no âmbito do Modelo de Desenvolvimento Profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.18). Desse perfil delineado, as seguintes características poderão adequar-se também ao supervisor na área da anestesiologia a que este estudo de investigação diz respeito:

- Tenha motivação e disponibilidade pessoal para ajudar outros no seu processo de desenvolvimento e aprendizagem e constituir-se num recurso para apoio e suporte;
- Seja um modelo de exercício profissional no quadro dos referenciais da profissão que conhece e domina;
- Demonstre competências na resolução de problemas, na tomada de decisão, delegação e responsabilidade profissional;
- Esteja motivado e envolvido na profissão – sentido de pertença profissional;
- Tenha sentido de responsabilidade em relação ao papel de supervisor que está a desempenhar;

- Tenha capacidade, sensibilidade e empatia, para reconhecer o Outro na sua individualidade e compreender a sua problemática;
- Tenha conhecimentos sobre o processo, as estratégias e os instrumentos a utilizar na supervisão clínica;
- Tenha a capacidade de seleccionar as melhores estratégias e adequa-las a cada situação em particular – adequar o estilo de supervisão;
- Seja flexível, na gestão de situações, cumprindo os referenciais da situação;
- Tenha interesse e consiga analisar questões de forma aprofundada e abrangente;
- Consiga fazer a leitura e interpretação dos fenómenos na sua complexidade;
- Tenha sensibilidade para se aperceber dos problemas e das suas causas;
- Tenha capacidade de analisar, dissecar e conceptualizar os problemas e hierarquizar as causas que lhe deram origem;
- Consiga situar e interpretar a acção no universo simbólico do supervisionado;
- Ajude a interpretar os fenómenos à luz dos instrumentos reguladores da profissão;
- Envolver e comprometa o supervisionado no seu processo de aprendizagem e mudança;
- Promova uma mudança positiva, monitorizando, recomendando, desafiando, pesquisando e desenvolvendo o espírito crítico do supervisionado;
- Acompanhe e problematiza a prática profissional do supervisionado à luz dos referenciais da profissão;
- Valorize o trabalho do supervisionado;
- Dê ao supervisionado feedback contínuo e periódico do seu progresso;
- Garanta a autonomização gradual e segura do supervisionado assistindo-o nesse processo;
- Tenha competências de comunicação e relação interpessoal, saiba: prestar atenção; escutar; compreender; comunicar verbal e não verbalmente; parafrasear; interpretar, cooperar; questionar; manifestar uma atitude de resposta adequada;
- Promova o espírito de colaboração num ambiente afectivo-relacional favorável entre supervisor e supervisionado;
- Estabeleça uma comunicação eficaz a fim de perceber as opiniões e os sentimentos do supervisionado e exprimir as suas próprias opiniões e sentimentos;
- Consiga dar suporte e promover segurança, confiança, motivação e bem-estar no supervisionado;
- Facilite a socialização do supervisionado ao seu novo papel profissional e à equipe multiprofissional do contexto de cuidados;
- Tenha consciência de que, no processo de Supervisão Clínica, também ele se encontra em aprendizagem e desenvolvimento profissional e no papel de supervisor;

- Reconheça a cada momento o seu potencial e os seus limites enquanto enfermeiro e enquanto supervisor clínico e tenha a capacidade de investir, superar-se e pedir ajuda.

Este perfil delineado implica que o supervisor clínico possua, além das suas competências de enfermeiro de cuidados gerais, competências específicas de supervisão clínica. Adaptando a realidade do Modelo de Desenvolvimento Profissional ao supervisor clínico na área da anestesiologia durante a integração profissional podemos referir que é esperado que este assuma como competências específicas as seguintes:

- Proporciona aprendizagens e promove o desenvolvimento do supervisionado ou seja, “ser agente facilitador de aprendizagens e promotor de percursos formativos pertinentes (...) promove o seu desenvolvimento pessoal e profissional” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.22).

- Garante uma indução segura e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, ou seja, “demonstra sentido de responsabilidade no acompanhamento dos processos de indução profissional e/ou assunção de novos papéis profissionais do supervisionado” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.22).

- Promove uma relação de colaboração e de suporte ao supervisionado, ou seja, “promove uma relação de colaboração favorável ao desenvolvimento” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.22).

Estas competências específicas dividem-se em unidades de competência e correspondem a determinados critérios de avaliação, também estes aplicáveis ao estudo em causa, conforme mostra a tabela adaptada em anexo (Anexo I).

De forma geral, o papel de supervisor e respectivas competências têm vindo a assumir novas orientações enquadradas nas organizações em constante mutação que encontramos nos dias de hoje. Oliveira-Formosinho (2002) afirma que “qualquer esforço no sentido de influenciar a organização deverá dar uma forte ênfase às relações que se processam no seio da organização” (p.110). O mesmo autor acrescenta ainda que a teoria sistémica, que “tem por base a noção de que qualquer sistema inclui níveis de relações (ou sistemas dentro dos sistemas), cada uma delas influenciando e sendo influenciada por outra, torna-se uma heurística psicológica básica para a supervisão enquanto desenvolvimento organizacional” (Oliveira-Formosinho, 2002, p.110). Esta capacidade de entender as organizações como sistemas dinâmicos e a supervisão segundo a teoria sistémica “abre novos caminhos de acção para os indivíduos em posições de supervisão. O supervisor torna-se um ecologista social que se foca nos recursos da organização de modo a aumentar a capacidade do sistema para a adaptação e para a aprendizagem contínua” (Oliveira-Formosinho, 2002, p.111). Esta perspectiva, implica, por um lado, um supervisionado não só direccionado para a sua aprendizagem e interesses, mas também direccionado para os interesses

organizacionais. Por outro lado, o supervisor “deverá estar familiarizado com a pedagogia e ser competente ao nível dos cambiantes psicológicos das intervenções mediadas”, entendendo as organizações como “sistemas que influenciam e são influenciados pelas escolhas e acções dos indivíduos que os compõem” (Oliveira-Formosinho, 2002, p.111). Oliveira-Formosinho (2002), resume, afirmando que “dentro de uma organização, ou de um sistema, o desenvolvimento do *self* é interdependente do desenvolvimento do outro” (p.111). O mesmo autor acrescenta ainda que,

Ao ser sensível às necessidades e cambiantes do sistema, e de si próprios dentro desse sistema, os supervisores orientados para o sistema alargam a base e as funções da supervisão. Eles trabalham no sentido da dissolução da fragmentação, da competição e da reactividade, alimentando a colaboração, a experimentação e a reflexão profissional. A supervisão, enquanto ecologia social, torna-se a “jardinagem” do sistema através de um conjunto de energias dirigidas ao desenvolvimento de organizações de aprendizagem (Oliveira-Formosinho, 2002, p.111).

Neste contexto, o desenvolvimento de capacidades, práticas e políticas organizacionais implica “um ciclo contínuo de reflexão teórica, conceptualização da prática, acção, avaliação e reflexão sobre a acção” sendo, para o efeito, fundamental o estabelecimento da “visão, valores, centração em objectivos, competências de generalização, interpretação e uso de dados, capacidade para iniciar e gerir a adaptação, recolher e focar recursos, e desenvolver e encorajar a interdependência” (Garmston e Wellman *in* Oliveira-Formosinho, 2002, p.112). O novo papel do supervisor enquadrado nestas organizações dinâmicas evolui assim, no sentido de “dirigir os recursos para o desenvolvimento da comunidade, promovendo a prática reflexiva e aumentando a capacidade do sistema no sentido da adaptação e do crescimento” (Oliveira-Formosinho, 2002. p.112).

Podemos então inferir que o supervisor clínico, integrado em organizações hospitalares em constante mutação, no momento de indução profissional de enfermeiros anestesiastas, a que diz respeito este estudo de investigação, poderá possuir um perfil e competências específicas pelo menos idênticas ou semelhantes às supra citadas para o supervisor clínico definido pela Ordem dos Enfermeiros para outros momentos do percurso profissional nos quais se encontra prevista a prática tutelada, nomeadamente no âmbito do Modelo de Desenvolvimento Profissional.

1.3 Desenvolvimento de Competências durante a Integração Profissional

A gestão de competências é uma temática actual que tem assumido cada vez mais relevo com a tomada de consciência da importância dos recursos humanos nas organizações. De facto, as suas qualificações e competências, associadas a um espírito de motivação, abertura e mudança, são componentes essenciais para o sucesso e perpetuação da empresa. Podemos referir que o capital humano é dos bens mais valiosos das organizações e deve ser valorizado como tal.

Segundo Ceitil (2007), a abordagem das competências pode ser efectuada segundo quatro perspectivas: competências como atribuições, competências como qualificações, competências como traços ou características pessoais e competências como comportamentos ou acções, de tal forma que,

nas perspectivas 1 e 2, as competências são consideradas como elementos extra-pessoais e são definidas como atributos. Na perspectiva 3, as competências são consideradas como características intra-pessoais e são definidas como capacidades. Na perspectiva 4, as competências são consideradas como fenómenos inter-pessoais e são definidas como resultados de desempenho ou modalidades de acção (p.24).

Clarificando as perspectivas acima mencionadas, podemos afirmar que ao objectivar as competências como atribuições, implica que nos referimos a competências extra pessoais, relacionadas com uma função ou papel dentro da organização. Num sentido ainda extra pessoal, mas mais abrangente que o anterior, podemos objectivar as competências como qualificações. Isto implica os conhecimentos que são adquiridos, “seja por via do sistema formal de ensino, seja por via da formação profissional, seja ainda (...) por outras modalidades de aprendizagem ao longo da vida” (Ceitil, 2007, p.25).

A terceira perspectiva corresponde à corrente de David McClelland. Para este autor, aquilo que “diferencia uma pessoa com elevada performance de uma outra pessoa que é apenas boa para não ser despedida não é, tanto, o seu perfil de capacidades, mas os modos concretos que utiliza para mobilizar as suas capacidades para acções concretas” (Ceitil, 2007, p.29). Ou seja, não é tanto o perfil de capacidades que diferencia os profissionais mas antes os resultados obtidos por cada um. As competências são definidas por este autor como algo intrínseco que as diferencia e as conduz, precisamente, aos melhores ou piores resultados. Segundo Ceitil (2007),

Boyatzis (1982) corrobora esta afirmação ao referir que uma competência é “uma característica intrínseca de uma pessoa que resulta em efectiva ou superior performance na realização de uma actividade” (p.30). Acrescenta ainda que por ser algo intrínseco, a competência poderá ajudar a prever o comportamento do indivíduo em diversas situações.

A quarta perspectiva das abordagens das competências objectiva estas como comportamentos ou acções. Ceitil (2007) clarifica ao referir que as competências são apresentadas como “resultados concretos de um desempenho ou como acções concretas que as pessoas desenvolvem no seu quotidiano profissional”. Acrescenta ainda que ao serem “concebidas como um produto de interacções e como resultados de desempenho, elas só existem e só fazem sentido na e pela acção” (p.36)

Quando falamos de projectos de intervenção, não podemos dizer que uma perspectiva é mais correcta do que a outra, mas antes que é essencial efectuar uma análise de cada caso. Não o fazendo, corremos o risco de “uma provável confusão conceptual poder gerar incongruências técnicas que, naturalmente, prejudicarão a desejada eficácia dos projectos de intervenção” (Ceitil, 2007, p.37).

Independentemente da abordagem com que se perspectivam as competências, é fundamental definir o conceito de competências.

Inicialmente visto como inerente ao contexto de trabalho, o conceito de competência tem evoluído e diz respeito, hoje em dia, a um ambiente mais alargado. A sua aplicação ao desenvolvimento de recursos humanos iniciou-se com David McClelland. Este autor, afirmava que o que distinguia “os profissionais mais bem sucedidos daqueles que ‘eram apenas suficientemente bons para conservar o emprego’ eram as competências “ (Ceitil, 2007, p.92).

Boyatzis também efectuou diversos estudos relacionados com a temática e definiu este conceito como “as características de fundo de um indivíduo, que guardam uma relação causal com o desempenho efectivo ou superior no posto”. Acrescenta ainda que é “uma característica intrínseca de uma pessoa que resulta em efectiva ou superior performance na realização de uma actividade” (Ceitil, 2007, p.93). O mesmo autor distingue as competências centrais (ou críticas) das mínimas (ou básicas), sendo as primeiras as que conduzem a um desempenho diferenciado no trabalho e as segundas a um desempenho médio ou baixo. Boyatzis refere que as competências se dividem em 5 categorias, nomeadamente; a motivação; traços de carácter; conceito que tem de si próprio; conhecimentos; competências cognitivas e comportamentais. Clarifica que a motivação corresponde à “necessidade subjacente que conduz, dirige e selecciona o comportamento do indivíduo”. Os traços de carácter são a “forma de se comportar ou responder”, enquanto que o conceito que tem de si próprio corresponde às atitudes e valores, à ideia do que fazem ou gostariam de fazer. Os conhecimentos são as “noções, procedimentos técnicos e experiências pessoais”. Finalmente define as competências

comportamentais e cognitivas que “podem ser mais visíveis (escuta activa e relacionamentos interpessoais) ou menos visíveis (raciocínio dedutivo ou indutivo” (Ceitil, 2007, p.97). Este autor salienta que, de forma a alcançar uma elevada performance, é necessário conjugar as características atrás mencionadas. São as características pessoais (motivações, traços de carácter, conceito de si próprio e conhecimento) que delimitam a intenção de fazer algo, enquanto que o comportamento (competência) delimita a acção propriamente dita e se traduz num resultado de desempenho de elevada performance (Ceitil, 2007, p.97).

Outros autores que se dedicaram ao desenvolvimento das competências foram Lyle Spencer Jr. e Signe Spencer (1993). No mesmo sentido dos autores anteriores, estes assumem “diferenças entre as competências entendidas como características ou traços das pessoas e as competências concebidas como performances concretas”. Acrescentam que existem “relações estreitas entre as duas, no entanto, consideram que estas são todavia diferentes assim como a sua respectiva dinâmica de funcionamento” (Ceitil, 2007, p.93). Estes autores clarificam esta ideia ao comparar as competências a um iceberg, sendo a parte visível o comportamento ou a performance e a parte invisível, mais difícil de desenvolver, as características das pessoas, nomeadamente o auto-conceito, atitudes, valores e motivos. Desta forma, definem competências como “uma característica intrínseca de um indivíduo que apresenta uma relação de causalidade com critérios de referência de efectiva e superior performance, numa dada actividade ou situação” (Ceitil, 2007, p.94).

Ceitil (2007) refere que LeBoyer (1997) também se dedicou ao estudo das competências e as definiu como “repertórios de comportamentos que algumas pessoas e organizações dominam, ou que as faz destacar de outras em contextos específicos” (p.107). Esta definição relaciona, no mesmo sentido das anteriores, a competência com a excelência no desempenho.

Não podemos abordar o tema das competências sem nos reportarmos à existência de dois tipos de competências: transversais e específicas.

As competências transversais assumem duas características, nomeadamente a transversalidade e a transferibilidade. A transversalidade “refere-se à não contextualização das competências, ou seja, ausência de especificidades e adaptação a contextos particulares”, enquanto que a transferibilidade diz respeito ao facto de serem “adquiridas no âmbito de uma actividade ou de uma disciplina mas passíveis de serem exercidas espontaneamente num domínio diferente” (Ceitil, 2007, p.108). Estas características são comuns a vários contextos, não sendo, por isso, específicas de uma determinada situação ou profissão.

Por oposição às anteriores, as competências específicas estão “directamente relacionadas com a actividade profissional, sendo hierarquizadas, ao contrário das competências transversais” (Ceitil, 2007, p.109).

Para que sejam delineadas as competências de um perfil, de forma a desenvolver determinados comportamento específicos, importa esclarecer que as competências possuem cinco componentes. Estes são os seguintes:

- Saber: integra o conjunto de conhecimentos que permitem ao titular da função realizar os comportamentos associados às competências.

- Saber-Fazer: integra o conjunto de habilidades e destrezas que fazem com que a pessoa seja capaz de aplicar os conhecimentos que possui na solução de problemas que surgem no contexto do seu trabalho.

- Saber-Estar: não é suficiente desempenhar as tarefas de uma forma eficiente e eficaz no posto de trabalho, é também necessário que os comportamentos estejam de acordo com as normas e regras da organização em geral, e do seu grupo de trabalho em particular. O saber-estar está relacionado com as atitudes e interesses do titular da função.

- Querer-Fazer: o titular da função deverá querer realizar e desenvolver os comportamentos que compõem as competências. O querer-fazer está relacionado com aspectos motivadores.

- Poder-Fazer: significa dispor na organização de todos os meios e recursos necessários ao desempenho dos comportamentos associados às competências.

Ceítíl (2007), refere que “cada comportamento associado a uma determinada competência é produzido pelo efeito dos cinco componentes anteriormente descritos” (p.110).

Após definir o conceito de competências torna-se pertinente abordar a forma como estas são adquiridas.

A aquisição de competências dá-se, como já referimos, ao longo de toda a vida, no entanto, toma principal relevância durante o período de integração profissional, aquando da assunção de um novo papel ou função. Este período de aquisição e desenvolvimento de competências durante a integração profissional influencia, e é influenciado, não só pela equipa multidisciplinar mas também pela organização em questão.

A nível particular da equipa multidisciplinar, podemos referir que enquanto elemento não autónomo, o profissional em integração afecta o sucesso da equipa em que se encontra inserido, a nível do desempenho e da produtividade. Ou seja, este sucesso é definido, não só, pelo contexto organizacional mas também pelo contexto da equipa “em termos da sua dinâmica interna e das suas oportunidades e ameaças externas que afecta a sua capacidade em ser produtiva, de estimular e manter a motivação dos seus elementos e de assegurar a sua coordenação” (Neves et al, 2008, p.239).

Neste contexto, Neves et al (2008), referindo-se a Steiner (1972) afirma que este sugere uma equação reveladora do desempenho de uma equipa. Esta equação

corresponde a: $PA=PP+S-AD$, na qual PA corresponde à produtividade actual, PP à produtividade potencial, S à sinergia e AD às ameaças ao desempenho (p. 239). Isto significa que a produtividade da equipa é afectada por três condicionantes. O mesmo autor clarifica que

o potencial de produtividade (PP) da equipa que depende das exigências da tarefa, dos recursos necessários e disponíveis para a concretizar e do processo usado pela equipa para realizar a tarefa, a sinergia (S), definida na base do princípio segundo o qual o todo é maior do que a soma das partes e as ameaças ao desempenho (AD) entendidas como tudo aquilo que dificulta ou funciona mal na actuação em equipa (problemas de coordenação, de motivação, de esforço, de competências, etc) (Neves et al, 2008, p.240).

Podemos, desta forma, afirmar que a integração profissional deve, garantindo o desenvolvimento de todas as competências intrínsecas, ser o mais breve possível, diminuindo assim os efeitos negativos da presença de um profissional não autónomo no desempenho e na produtividade da equipa. A nível hospitalar, nomeadamente de cuidados de saúde em anestesiologia, podemos mesmo referir que esta afecção do desempenho e da produtividade se poderá reflectir não só nos custos organizacionais mas também num aumento da morbilidade e da mortalidade perioperatória.

Como foi referido anteriormente, a integração profissional assume também uma influência e é influenciada pela organização em que se insere. Este facto encontra-se intimamente relacionado com a socialização do novo indivíduo na instituição. Feldman (1976) citado por Caetano et al (2007) define a socialização organizacional como “um processo através do qual os novos membros passam de elementos externos a membros efectivos e participativos da organização” (p.305). O mesmo autor faz referência a Louis (1980), afirmando que este define a socialização “como o processo através do qual os novos membros de uma organização compreendem e apreciam os valores, aptidões, comportamento esperado e conhecimento social essenciais para assumirem um papel organizacional e para participarem como membros da organização” (Caetano et al, 2007, p.305).

O processo de socialização envolve três fases: socialização antecipatória, encontro, mudança e aquisições (Caetano et al, 2007, p.309). A socialização antecipatória é a primeira fase e corresponde ao fornecimento de informações ao novo profissional sobre a organização e a função que irá desempenhar. O encontro, implica a tutela do profissional por outro até ao fim do período experimental. Caetano et al (2007) refere que a adaptação à organização durante esta fase, se encontra condicionada por factores ambientais, nomeadamente “a receptividade dos colegas, as atitudes do

superior hierárquico imediato, as normas e regulamentos internos, os modos de orientação, etc” (p.311). Acrescenta ainda que de todos os factores, “a orientação e acompanhamento iniciais poderão ser mais facilmente controláveis. Assim, é desejável que a organização defina previamente um programa com esse fim. Nesse sentido, estar-se-á a contribuir para aumentar as probabilidades de sucesso na adaptação do indivíduo”. Na terceira fase, respeitante à mudança e aquisições, é esperado do novo profissional uma mudança de atitudes que vá de encontro aos objectivos organizacionais. Caetano et al (2007) refere ainda que “é nesta fase de aquisição e mudança que a organização passa a considerar o recém-admitido como um membro efectivo” (p.322).

Podemos assim referir que a organização assume ela também um papel determinante na socialização e integração do novo profissional, e que este período de adaptação funcional poderá ser agilizado através de um planeamento que vise a orientação e acompanhamento do indivíduo. Este planeamento torna-se ainda mais premente quando se trata de profissionais que desconhecem o seu papel ou assumem tarefas complexas, como no âmbito da enfermagem perioperatória e, particularmente, da anestesiologia.

Reportando esta realidade da socialização profissional à especificidade da enfermagem, não podemos deixar de referir as fases de integração e competências intrínsecas esperadas em cada uma, definidas no modelo Dreyfus. Segundo Benner (2005), o modelo Dreyfus “estabelece que, na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, um estudante passa por cinco níveis sucessivos de competências: iniciado, iniciado-avançado, competente, proficiente e perito” (p.39). A transição de um nível para outro centra-se em mudanças individuais que se originam na aquisição de uma competência, sendo elas:

a passagem de uma confiança em princípios abstractos à utilização, a título de paradigma, de uma experiência passada concreta; (...) a modificação da maneira como o formando se apercebe de uma situação – não a vê tanto como um conjunto de elementos fragmentados, mas como um todo no qual só algumas partes são relevantes; (...) a passagem de observador desligado a executante envolvido. (Benner, 2005, p.39)

Benner (2005) efectuou um estudo da aplicabilidade do modelo Dreyfus à enfermagem, de forma a “constatar e compreender as diferenças de comportamento em matéria de competência clínica e de apreciação da situação entre iniciadas e peritas” (p.39). O estudo compreendeu entrevistas feitas a pares de enfermeiras, de todas as categorias definidas anteriormente, pertencentes a três hospitais onde enfermeiras tutoras orientavam enfermeiras recém-diplomadas. Cada enfermeira tutora e cada

enfermeira tutelada foram entrevistadas sobre as mesmas situações, mas separadamente. A estas entrevistas acresceram entrevistas e observações de campo realizadas a 51 enfermeiras experientes, 11 recém-diplomadas e 5 estudantes do último ano, “com o objectivo de afinar e de melhor descrever as características das acções executadas por enfermeiras em fases diferentes de aquisição de competências” (Benner, 2005, p.40).

Benner (2005) define então uma enfermeira iniciada como não possuindo experiência das situações com que possam ser confrontadas (p.45). Acrescenta que para as ensinar, “e permitir que adquiram a experiência tão necessária ao desenvolvimento das suas competências, são-lhes descritas situações em termos de elementos objectivos (...). São-lhes igualmente ensinadas as normas, independentemente do contexto, para conduzir os seus actos em função dos diversos elementos” (Benner, 2005, p.45). As regras limitam a actuação das enfermeiras iniciadas, mas permitem-lhes saber como actuar perante a sua ausência de experiência. A autora salienta que a aplicação de actos independentemente do contexto pode não significar um comportamento correcto na medida em que estas enfermeiras não sabem o que é mais indicado numa situação específica. São consideradas enfermeiras iniciadas todas as estudantes que entram num serviço, mas também todas as experientes que iniciam funções num novo serviço, onde os aspectos particulares dos cuidados lhes são desconhecidos.

O nível de iniciada avançada é aquele no qual o desempenho é considerado aceitável, uma vez que “já fizeram frente a situações reais em número suficiente para notar (elas próprias ou sob a supervisão de um orientador) os factores significativos que se reproduzem em situações idênticas” (Benner, 2005, p.46). A mesma autora refere que a dificuldade destas enfermeiras reside no facto de darem a mesma importância a todos os aspectos, ou seja, necessitam de ajuda “em matéria de prioridades porque vão agir em função dos critérios gerais, e começam agora a conhecer situações repetitivas que são características do quadro da prática diária” (Benner, 2005, p.48).

Relativamente à enfermeira competente, esta desempenha funções há dois ou três anos no mesmo serviço. Benner (2005) refere que se torna competente “quando começa a aperceber-se dos seus actos em termos objectivos ou dos planos a longo prazo dos quais está consciente” (p.49). Ou seja, já sabe quais os aspectos a priorizar em cada situação e estabelece um plano baseado numa “análise consciente, abstracta e analítica do problema” (Benner, 2005, p.49), permitindo obter eficiência e organização nos cuidados.

A enfermeira proficiente “percepciona as situações na sua globalidade e não de forma fragmentada, e as suas acções são guiadas por máximas” (Benner, 2005, p.50). Acrescenta ainda que “a enfermeira proficiente aprende pela experiência quais os acontecimentos típicos que vão suceder numa determinada situação e como se pode

reconhecer que o que era previsto não se vai concretizar” (Benner, 2005, p.51). Ao contrário das enfermeiras dos níveis anteriores, esta já visualiza a situação no seu todo e sabe quais os aspectos que são mais importantes e prioritários. Neste nível, tal como no de enfermeira perita, estas são identificadas como um desempenho sem risco. A autora refere que as enfermeiras proficientes encontram-se no mesmo serviço há 5 anos, no entanto, além do factor tempo, existem outros que poderão atrasar a passagem da enfermeira competente para este nível.

O estado 5 corresponde à enfermeira perita que “já não se apoia sobre um princípio analítico (regra, indicação, máxima) para passar do estado de compreensão da situação ao acto apropriado” (Benner, 2005, p.54) Acrescenta ainda que “a perita, que tem uma enorme experiência, compreende agora de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder por um largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis” (Benner, 2005, p.54). Estas enfermeiras não têm em conta as regras, mas antes a sua intuição, “são maleáveis e mostram um nível elevado de adaptabilidade e de competências” (Dreyfus, 1977 in Benner, 2005, p. 54). Salienta-se no entanto, que quando confrontada com uma nova situação ou experiência, a enfermeira perita necessita de analisar os acontecimentos, tal como nos níveis anteriores.

1.4 Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências

O reconhecimento e a validação de competências constituem desafios na sociedade actual e são dois conceitos diferentes mas que se complementam e articulam. Segundo Pires (2005) citando Aubret e Gilbert, estes termos referem-se a “uma dupla faceta da mesma realidade: uma faceta pessoal (reconhecimento pessoal ou reconhecimento ‘por si’ e/ou ‘para si’) e a faceta institucional ou social (reconhecimento ‘pelo outro’ e ou ‘para o outro’)” (p.372).

A faceta pessoal a que nos referimos encontra-se relacionada com a auto-avaliação que o próprio efectua da sua aquisição e desenvolvimento de competências, dependendo dos objectivos traçados a nível pessoal, social ou profissional.

A faceta institucional diz respeito à hetero-avaliação que outros (instituições) fazem das competências do indivíduo, dependendo das “normas, critérios, regras de conduta admitidas pela colectividade a partir de uma cultura dominante da sociedade” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.26).

Colardyn, citado por Pires (2005) corrobora estas definições ao afirmar que “o reconhecimento é um processo mais difuso, mas vital para um sistema de formação ao longo da vida, enquanto a validação diz respeito a um processo institucional e administrativo, enquadrado em normas previamente definidas” (p.373).

O European Centre for the Development of Vocational Training refere que a validação diz respeito a um processo flexível que procura reconhecer/atribuir um estatuto formal às competências detidas pelas pessoas (Charraud, p.21). Pires (2005), reportando-se a Aubert e Gilbert acrescenta ainda que “é o acto que atesta a conformidade dos adquiridos em relação a exigências fixadas e regulamentadas. É simultaneamente o acto que serve de garantia de valor em relação a uma utilização determinada” (p.373). O mesmo autor referindo-se a Cohrs e Revat refere que “a validação é um acto de carácter jurídico que confere um valor legal à apreciação das aprendizagens anteriores” (Pires, 2005, p.374).

No âmbito da validação de competências, ou seja, a avaliação institucional das competências de um indivíduo, importa referir a vantagem que reside no facto dos elementos implicados na relação supervisiva poderem ter conhecimento dos itens a avaliar, como um referencial de objectivos ou de competências. Alarcão (1987) refere que quando os itens são discutidos e clarificados pelo supervisor e formando “têm a vantagem de objectivar as críticas, de possibilitar o traçado do perfil evolutivo do formando, de permitir focar a avaliação num aspecto específico” e acrescenta que estes itens deveriam ser organizados de forma à actuação ser “ser progressivamente focada em aspectos cada vez mais específicos, mais finos, mais exigentes” (p.123).

O mesmo autor salienta que “este processo hierárquico de focar a avaliação teria a vantagem de ser sistemático, progressivo, lógico e inteligível e de mais facilmente poder ajudar o formando ao ritmo do seu desenvolvimento e da sua aprendizagem” (Alarcão, 1987, p.124). Acrescenta ainda que para isso, “seria necessário encontrar uns tantos itens bastante gerais que englobassem os aspectos mais abrangentes e depois ir progressivamente focando e desdobrando” (Alarcão, 1987, p.125).

No contexto do reconhecimento e validação de competências podemos ainda reportarmo-nos ao conceito de certificação. Usualmente este é compreendido como sendo uma confirmação das competências do indivíduo através da atribuição de um título. Pires (2005) referindo-se a Bjornavolt e Tissot afirma que é “um acto oficial e a confirmação formal dos conhecimentos e das qualificações, a ratificação do sucesso adquirido num curso de formação ou num exame. É um acto formal de confirmação social, administrativa e legal, o que implica uma sanção, ratificação” (p.375). Esta certificação de competências é normalmente atribuída por uma instituição de carácter público.

A Ordem dos Enfermeiros (2010) refere que “a certificação no contexto da formação é um processo que garante, autentica e legaliza as competências de uma

pessoa”. Acrescenta ainda que “é geralmente entendida como uma confirmação formal e oficial em termos sociais, administrativos e legais, tendo como referência uma norma formalizada, e finaliza-se num documento com valor jurídico (diploma, certificado)” (p. 27).

A validação distingue-se da certificação por compreender também as competências que são adquiridas em contextos não formais. Por oposição, a certificação apenas diz respeito às competências que se encontram formalizadas e institucionalizadas. Pires (2005) referindo-se a Colardyn também efectua esta distinção ao referir que “a validação é um processo distinto do da certificação formal, pois reconhece um leque mais alargado de competências e de saberes adquiridos em contextos que não os formais” (p.374).

Em contextos formais, e designadamente na realidade portuguesa, a certificação de competências implica sempre uma validação prévia das mesmas. A Ordem dos Enfermeiros (2010) afirma que no Sistema Nacional de Certificação Profissional “o termo ‘certificação’ é utilizado e encontra-se de acordo com a finalidade do sistema – a certificação profissional” (p.28). Acrescenta ainda que em Portugal se utilizam “os termos reconhecimento, validação e certificação de competências” (p.28).

No âmbito do Modelo de Desenvolvimento Profissional, a Ordem dos Enfermeiros (2010) preconiza a existência destes três processos: reconhecimento, validação e certificação de competências. Refere ainda que visando um mesmo fim, estes processos devem ser sequenciais pela ordem supra citada. Enquanto o reconhecimento e a validação de competências se encontram directamente relacionados e dependentes da prática tutelada, o processo de certificação é da competência da Ordem dos Enfermeiros, entidade responsável por regular a profissão (p.28).

A certificação toma, assim, sentido enquanto processo essencial para atribuição dos títulos de Enfermeiro e Enfermeiro Especialista. No entanto, para o período de início da actividade e integração profissional, não é esperada a atribuição formal de um título. São, contudo, espectáveis e desejáveis, os outros dois processos que lhe precedem: o reconhecimento e a validação. Ou seja, é esperado que um enfermeiro em integração profissional efectue a auto-avaliação das aprendizagens e competências adquiridas e desenvolvidas de forma a poder reconhecer e dirigir o seu processo formativo. É também esperado que os seus pares, nomeadamente, o supervisor clínico efectuem a hetero-avaliação que permitirá adequar o percurso formativo às normas, critérios e regras de conduta da cultura em que se encontram.

1.5 Competências de Enfermeiros Anestésistas

Actualmente, para exercer enfermagem em Portugal, é necessário um curso de licenciatura em enfermagem e uma cédula profissional da responsabilidade da entidade reguladora da profissão, a Ordem dos Enfermeiros. Os enfermeiros podem exercer em qualquer serviço como enfermeiros de cuidados gerais, estando disponíveis 6 cursos de pós licenciatura de especialização em enfermagem, nomeadamente Comunitária, Saúde Infantil e Pediatria, Médico-Cirúrgica, Reabilitação, Saúde Materna e Obstetrícia e Saúde Mental e Psiquiatria. Os enfermeiros que optam por exercer enfermagem perioperatória não possuem portanto conhecimentos específicos, uma vez que não se encontram contemplados nos conteúdos programáticos do curso de licenciatura e nos cursos de especialidade na profundidade necessária e suficiente

A Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas é uma organização profissional com âmbito nos cuidados de enfermagem perioperatórios. Esta associação definiu competências para os enfermeiros perioperatórios de cuidados gerais e para os enfermeiros perioperatórios especialistas.

Encontram-se, assim, definidas oito áreas de competências, nomeadamente: prestação de cuidados; comunicação; educação/formação; advogado do doente; análise e investigação; gestão; desenvolvimento da pessoa como profissional; e liderança. “Para cada uma das competências foi definido o objectivo geral, os conhecimentos e aptidões necessários, assim como os critérios básicos e de excelência” (AESOP, 2006, p.172).

Ao efectuar uma análise do documento relativo às competências do enfermeiro perioperatório definidas pela Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas, podemos verificar que o conceito de enfermeiro perioperatório é bastante abrangente, pois é definido como aquele que “desenvolve a sua actividade profissional no bloco operatório, na unidade de cirurgia do ambulatório, na unidade de cuidados pós anestésicos (UCPA), no serviço de esterilização e em outros serviços técnicos (endoscopia, cateterismo, radiologia)” (AESOP, 2006, p.172). Podemos também verificar que as competências definidas, os respectivos objectivos gerais, conhecimentos, aptidões e critérios são generalistas, não possuindo aspectos específicos para a área da anestesiologia.

À semelhança do que ocorre noutros países nos quais a enfermagem de anestesiologia é uma área de desempenho e especialidade por si só, recorreremos às competências do enfermeiro anestésista por eles definidas e que poderiam enquadrar-se na nossa realidade nacional.

A American Association of Nurse Anesthetists elaborou um documento de orientação para as instituições e para os profissionais que acompanham os enfermeiros

anestesiastas ao longo do seu processo formativo (AANA, 2007). Este documento refere-se às responsabilidades associadas à prática da anestesia e salienta que a prática dos enfermeiros anestesiastas inclui mas não se limita a:

- Realizar e documentar uma abordagem pré anestésica e avaliação do paciente incluindo estudos diagnósticos e requisição de consultas; selecção, obtenção, requisição e administração de medicação pré anestésica e fluidos; obtenção do consentimento informado para o acto anestésico.

- Desenvolver e implementar um plano anestésico.

- Iniciar a técnica anestésica que pode incluir: geral, regional, local e sedação.

- Seleccionar, aplicar e inserir monitorização invasiva e não invasiva apropriada para avaliação contínua do estado físico.

- Seleccionar, obter e administrar os anestésicos, adjuvantes e drogas acessórias, e fluidos necessários ao manejo anestésico.

- Gestão da via aérea e estado pulmonar.

- Facilitar a emergência e a recuperação anestésica seleccionando, obtendo, requisitando e administrando medicação, fluidos e suporte ventilatório.

- Dar alta ao paciente da Unidade de Cuidados Pós Anestésicos e providenciar avaliação e cuidados e follow up pós anestésico.

- Implementar modalidades de gestão da dor aguda e crónica.

- Responder a situações de emergência providenciando gestão da via aérea, administração de drogas e fluidos de emergência, e usando técnicas de suporte de vida básico ou avançado (AANA, 2007, p.1).

A American Association of Nurse Anesthetists elaborou também standards de actuação que permitissem a avaliação da qualidade dos cuidados, providenciasse uma base comum de actuação para os profissionais, fornecesse aos pacientes uma compreensão do que esperar do profissional e ainda suportasse e preservasse os seus direitos (AANA, 2007, p.3):

- Standard I: realizar uma abordagem pré anestésica completa. Neste standard é referida a responsabilidade do enfermeiro anestesiasta desde a abordagem pré anestésica, assumindo este a obrigação de uma avaliação completa, excepto em situações de emergência.

- Standard II: obter o consentimento informado para a intervenção anestésica planeada do paciente ou responsável legal. Ou seja, deve obter ou verificar a obtenção do consentimento informado, após discutir opções anestésicas e riscos com o paciente ou responsável legal numa linguagem que este compreenda.

- Standard III: formular um plano anestésico específico para o paciente. Corresponde à realização de um plano de cuidados baseado numa abordagem compreensiva do paciente, análise do problema, procedimento cirúrgico ou terapêutico antecipado, preferência do paciente e cirurgia, e princípios anestésicos correntes.

- Standard IV: implementar e ajustar o plano de cuidados baseado na resposta fisiológica do paciente. Refere-se ao facto do enfermeiro anestesiasta dever induzir e manter a anestesia nos níveis requeridos. Deve verificar continuamente a resposta do paciente à intervenção anestésica e cirúrgica e intervir de acordo para manter o paciente em condição fisiológica satisfatória.

- Standard V: monitorizar a condição fisiológica do paciente para o tipo de anestesia e necessidades específicas

A- Monitorizar a ventilação continuamente. Verificar a intubação da traqueia por auscultação, excursão do tórax, e confirmação do dióxido de carbono no gás expirado. Monitorizar continuamente o EtCO₂ durante ventilação controlada ou assistida incluindo qualquer técnica que implique via aérea artificial. Monitorizar espirometria e pressão ventilatória como indicado.

B- Monitorizar continuamente a oxigenação pela observação clínica, oximetria de pulso e se necessário, gasimetria arterial.

C- Monitorizar continuamente o estado cardiovascular pelo ECG e sons cardíacos. Avaliar TA e FC pelo menos de 5 em 5 minutos.

D- Monitorizar a temperatura corporal continuamente em todos os pacientes pediátricos sob anestesia geral e quando indicado, em todos os outros pacientes.

E- Monitorizar função e estado neuromuscular quando são administrados relaxantes musculares.

F- Monitorizar e verificar posicionamento do paciente e medidas protectoras.

- Standard VI: deve existir informação pertinente completa e actual no processo clínico. Ou seja, deve documentar todas as intervenções anestésicas e respostas do paciente.

- Standard VII: transferir a responsabilidade dos cuidados para outro profissional qualificado de forma a assegurar a continuidade dos cuidados e a segurança do paciente. O enfermeiro anestesiasta deve avaliar o estado do paciente e determinar quando é seguro transferir a responsabilidade de cuidados para outros profissionais. Deve reportar a condição do paciente e toda a informação essencial para o profissional que assume a responsabilidade.

- Standard VIII: aderir a precauções de segurança apropriadas, conforme estabelecido pela instituição, de forma a minimizar os riscos de fogo, explosão, choque eléctrico e disfunção do equipamento. Documentação no processo clínico da verificação do ventilador e equipamentos. Antes do uso, deve inspeccionar o ventilador e monitor de acordo com as guidelines estabelecidas. Deve verificar prontidão, disponibilidade, limpeza e condição de trabalho de todo o equipamento a ser utilizado na administração dos cuidados de anestesia.

- Standard IX: utilizar precauções para minimizar o risco de infecção do paciente e profissionais de saúde.

- Standard X: os cuidados anestésicos devem ser verificados para assegurar a sua qualidade e contribuição para os *outcomes* positivos do paciente.

- Standard XI: deve respeitar e manter os direitos básicos do paciente.

A acrescentar aos documentos acima referidos, e na tentativa de regular as competências fundamentais para o exercício profissional dos enfermeiros anestesiastas, a American Association of Nurse Anesthetists, definiu as competências base que deviam ser desenvolvidas para os períodos pré, intra e pós anestésicos (AANA, 2005, p2). Estas incluem, sem limitação:

- Preparação e avaliação pré anestésica

- Obter uma história de saúde apropriada
- Conduzir uma abordagem apropriada no exame físico
- Recomendar ou requerer estudos diagnósticos pertinentes à avaliação
- Seleccionar, obter, prescrever e administrar medicação pré anestésica
- Documentar a avaliação pré anestésica e obter um consentimento

informado para o acto anestésico

- Cuidados intra-operatórios

- Obter, preparar e usar todo o equipamento, monitores, fármacos usados para a administração da anestesia e sedação, realizar e prescrever as verificações conforme necessário.

- Seleccionar, obter ou administrar anestésicos, fármacos adjuvantes, fármacos acessórios, fluidos e produtos sanguíneos necessários para a gestão anestésica.

- Realizar todos os aspectos da gestão da via aérea, incluindo intubação com fibra óptica.

- Realizar e gerir técnicas de anestesia regional incluindo, mas não somente, bloqueios subaracnoideus, epidurais e caudais; bloqueios de nervos periféricos, maiores e plexos; bloqueios intra capsulares, intercostais e oculares.

- Providenciar monitorização invasiva e não invasiva utilizando técnicas actuais.

- Reconhecer respostas anormais durante a anestesia, seleccionar e implementar medidas correctivas e requerer apoio quando necessário.

- Avaliar a resposta durante a emergência da anestesia e instituir tratamento farmacológico ou de suporte para assegurar a estabilidade e segurança do paciente durante o transferência.

- Cuidados pós anestésicos:

- Providenciar seguimento pós anestésico e avaliação da resposta do paciente à experiência anestésica e cirúrgica, tomar medidas correctivas apropriadas e requerer apoio quando indicado.

- Iniciar e administrar suporte respiratório para assegurar ventilação e oxigenação adequadas no período pós-operatório.

- Iniciar e administrar fármacos ou fluidos de suporte ao sistema cardiovascular durante o período pós anestésico para prevenir a morbidade e a mortalidade.

- Iniciar técnicas de gestão da dor aguda pós operatória.

- Dar alta aos pacientes da área de cuidados pós anestésicos.

Este documento apresenta ainda as funções clínicas de suporte que devem ser adquiridas e desenvolvidas pelos enfermeiros anestésistas, nomeadamente:

- Inserção de cateteres endovenosos periféricos e centrais.

- Inserção de cateteres de artéria pulmonar.

- Inserção de cateteres arteriais e realização de punção arterial para obtenção de amostras de sangue arterial.

- Gestão de situações de emergência, incluindo início ou participação em manobras de ressuscitação cardiopulmonar.

- Providenciar apoio e implementação de cuidados respiratórios e ventilatórios.

- Gestão da dor intervencional, utilizando fármacos, técnicas de anestesia regional ou outras modalidades aceites para alívio da dor.

- Utilizar apoio quando apropriado, seleccionar, obter, requerer e/ou administrar medicação ou tratamentos relacionados com o cuidado do paciente.

- Aceitar responsabilidades adicionais que se encontrem na esfera de competências do enfermeiro anestésista e sejam apropriadas à prática clínica.

Além do supra citado, estes enfermeiros podem ainda assumir outras responsabilidades não clínicas, relacionadas com a administração/gestão, a qualidade, a formação e a investigação.

A American Association of Nurse Anesthetists definiu ainda, para o nível de mestrado, um programa formativo que preconiza a aquisição de conhecimentos e competências relativamente à segurança do paciente, gestão perianestésica, pensamento crítico, comunicação e papel profissional (AANA, 2006, p.195). Este programa formativo preconiza o seguinte:

a) Segurança do paciente demonstrada pela habilidade de:

- Ser vigilante no cuidado ao paciente

- Proteger pacientes de complicações iatrogénicas

- Participar no posicionamento do paciente para prevenir dano

- Completar um *check up* do equipamento

- Utilizar precauções *standard* e medidas de controlo de infecção apropriadas

b) Gestão perianestésica, demonstrada pela habilidade de:

- Providenciar cuidados ao longo do contínuo perianestésico
- Usar várias técnicas anestésicas, agentes, drogas adjuvantes e equipamento
- Administrar anestesia geral a pacientes de todas as idades e condições físicas para uma variedade de procedimentos cirúrgicos e terapêuticos
- Providenciar anestesia a todos os pacientes, incluindo trauma e casos emergentes
- Administrar uma variedade de anestésicos regionais
- Funcionar como uma pessoa de recurso na gestão da via aérea e ventilação
- Possuir o curso de suporte avançado de vida
- Possuir o curso de suporte avançado de vida pediátrico
- Prestar cuidados perianestésicos competentes durante a experiência anestésica

c) Pensamento crítico demonstrado pela habilidade de:

- Aplicar a teoria à prática nas tomadas de decisão e solução de problemas
- Providenciar cuidados baseados em princípios e na evidência científica
- Realizar uma abordagem pré anestésica e formular um plano de cuidados anestésicos
- Identificar e agir adequadamente quando confrontados com disfunções do equipamento anestésico
- Interpretar e utilizar dados obtidos de monitorização invasiva e não invasiva
- Calcular, iniciar e gerir fluidos e componentes sanguíneos
- Reconhecer e agir adequadamente a complicações anestésicas durante o período perianestésico
- Ter aproveitamento no exame do Council on Certification of Nurse Anesthetists

d) Comunicação demonstrada pela habilidade de:

- Comunicar efectivamente com todos os indivíduos que influenciam os cuidados do paciente
- Utilizar comunicação verbal, não verbal e escrita apropriada na prestação de cuidados perianestésicos

e) Papel profissional demonstrado pela habilidade de:

- Participar em actividades que melhorem os cuidados anestésicos
- Funcionar de acordo com os requerimentos legais enquanto enfermeira, aceitando responsabilidade pela sua prática
- Interagir com integridade a nível profissional
- Ensinar outros
- Participar em actividades de educação contínua para adquirir novos conhecimentos e melhorar a sua prática.

Encontram-se também definidas as competências a adquirir por um enfermeiro anestesiasta ao nível de doutoramento (AANA, 2006, p.197). Estas competências são, especificamente: na área dos sistemas biológicos, homeostasia e patogenia; área do papel profissional; área da melhoria dos cuidados de saúde; área investigação prática; área da tecnologia e informática; área de políticas públicas e sociais; área da gestão de sistemas de saúde e na área da ética.

Pelo que podemos verificar da análise da informação acima referida, os enfermeiros anestesiastas, nos Estados Unidos da América, necessitam de um curso de especialidade nessa área para prestar cuidados anestésicos. Encontram-se preconizadas competências a adquirir a nível do curso de especialização propriamente dito, mas também de cursos de desenvolvimento profissional a nível de mestrado e doutoramento. Os cuidados prestados vão muito além daquela que é a realidade em Portugal. De facto, podemos afirmar que nos Estados Unidos da América, o enfermeiro anestesiasta efectua muito do que em Portugal é esperado do médico anestesiasta.

Esta realidade não é muito diferente daquela que ocorre na Europa, em alguns países, nomeadamente na Suécia. A National Association for Anaesthesia and Intensive Care elaboraram, em conjunto com a Swedish Nurses' Association, uma descrição das competências para os enfermeiros especialistas em cuidados anestésicos (Nilsson, et al, 2008, p.4). Este documento visava garantir que eram fornecidos aos pacientes, cuidados anestésicos seguros e apoiar as famílias durante o processo de cuidados; clarificar o papel profissional e competências do enfermeiro anestesiasta que iniciam a profissão e aqueles que já exercem e respectivos colegas; apoiar as organizações que contratam enfermeiros especialistas; apoiar as universidades que leccionam a especialidade em cuidados anestésicos; apoiar políticos e outros tomadores de decisão no planeamento e prática de cuidados de anestesia.

A enfermagem de anestesiologia ocorre durante o período perioperatório e envolve o seguinte (Nilsson, et al, 2008, p.5):

- Após prescrição pelo anestesiólogista, planear e independentemente administrar anestesia geral a pacientes ASA ⁽¹⁾ I e II para cirurgia electiva.

- Planear e, em colaboração com o anestesiólogista, administrar anestesia geral de pacientes ASA III a V para cirurgia electiva.

⁽¹⁾ A classificação ASA avalia o estado físico relativamente à gravidade das doenças sistémicas, disfunção fisiológica e anormalidades anatómicas:

- ASA 1: paciente saudável e normal
- ASA 2: paciente com discreta doença sistémica
- ASA 3: paciente com doença sistémica severa que limita a actividade mas não é incapacitante
- ASA 4: paciente com doença sistémica severa que seja uma constante ameaça à vida
- ASA 5: paciente moribundo sem expectativa de sobrevivência nas 24h com ou sem cirurgia
- ASA 6: paciente declarado em morte cerebral, cujos órgãos são removidos para fins de doação

- Planear e, em colaboração com o anesthesiologista, administrar anestesia geral a pacientes ASA I a V para cirurgia urgente.

- Planear e monitorizar em casos de anestesia local e regional para intervenções cirúrgicas, exames e tratamentos.

Este documento refere ainda que o enfermeiro anesthesiologista deve alcançar, de forma geral, as seguintes competências e capacidades:

- Criar uma sensação de segurança e confiança no paciente e na família;
- Ser responsável por consultar o paciente e família de forma a identificar necessidades perioperatórias de enfermagem, para estabelecer um plano de enfermagem e para conduzir e avaliar as medidas implementadas;

- Anestésiar de acordo com as circunstâncias específicas do paciente, da cirurgia, do tratamento ou do exame;

- Estabelecer e manter a via aérea do paciente e monitorizar, assistir ou ventilar o paciente;

- Monitorizar, observar, documentar e seguir a ventilação do paciente, circulação, profundidade anestésica e temperatura;

- Monitorizar, administrar, documentar e seguir as necessidades do paciente em termos de sangue e fluidos, em conjunto com o tratamento de fluidos;

- Administrar os fármacos anestésicos e os fármacos usuais do paciente, observar, documentar e seguir os efeitos causados;

- Em conjunto com a enfermeira circulante, ser responsável pelo posicionamento do paciente, prevenção de pressão e danos por constrição;

- Efectuar observações relevantes da condição pré, intra e pós operatória do paciente e, com base nessas observações, abordar, avaliar e tirar conclusões nos recursos e necessidades,

- Agir, estabelecer prioridades e efectuar rápidas decisões em casos de efeitos adversos agudos;

- Reportar, documentar e avaliar criticamente, de forma verbal e escrita, os cuidados perioperatórios;

- Prevenir complicações, identificar e abordar desvios do decorrer normal de eventos perioperatórios;

- Actuar preventivamente para a melhor recuperação pós operatória possível;

- Trabalhar, participar e organizar o trabalho em equipa em torno do paciente;

- Gerir equipamento médico técnico de acordo com os estatutos recentes e regulamentos de segurança;

- Trabalhar na base das regulamentações de higiene e provisões, e prevenir infecção e disseminação de infecção.

Neste documento é ainda feita referência ao Código de Ética do International Council of Nurses que deve guiar a actuação de todos os enfermeiros anestesiastas na sua acção e comportamento e deve estar patente em todas as competências.

Os enfermeiros anestesiastas assumem ainda a responsabilidade de contribuir para a investigação e desenvolvimento da profissão, fazendo face às constantes mutações do conhecimento científico. Devem ainda, ser capazes de ocupar posições de liderança, planeando e desenvolvendo trabalho no seu serviço e agindo em cooperação com outros responsáveis, mas também, desenvolver competências de comunicação e pedagogia para cuidar e abordar o paciente e para auxiliar na formação de outros profissionais.

Relativamente ao período perioperatório propriamente dito, a National Association for Anaesthesia and Intensive Care elaborou um modelo de trabalho ideal que orienta a actuação do enfermeiro anestesiasta para com o paciente. Ou seja, o enfermeiro anestesiasta está conscientemente envolvido com o paciente, criando segurança, aliviando a ansiedade e medo, e ajudando a preservar a sensação de não perda de controlo sob o seu corpo em conjunto com a intervenção cirúrgica. Salienta ainda que é criada uma continuidade entre enfermeiro anestesiasta e paciente que permite manter a unidade dos cuidados e proteger a integridade do paciente. Enquanto parte da equipa multidisciplinar, o enfermeiro anestesiasta torna-se uma parte natural dos cuidados. Ao enfermeiro anestesiasta deve ainda ser dada a oportunidade de assumir responsabilidade para o desenvolvimento de novos conhecimentos durante os cuidados perioperatórios (Nilsson, et al, 2008, p.8).

Relativamente à realidade do Reino Unido, esta é distinta da Suécia, apesar de ambos os países pertencerem à Europa. Podemos referir que os enfermeiros que tenham intenção de desempenhar funções no âmbito da anestesiologia devem tirar um curso de pós graduação em anestesia, sendo denominados de Anestesiastas Assistentes. O National Health Service elaborou um portfolio de competências para os Anestesiastas Assistentes de forma a orientar a sua avaliação de desempenho, o seu desenvolvimento contínuo e ainda para orientar as instituições que providenciam cursos de anestesia (NHS, 2007, p.1). Este documento está dividido em duas partes. Na primeira, são apresentadas dez competências essenciais à formação e treino dos Anestesiastas Assistentes, de forma a garantir a sua competência. A segunda parte do documento contém mais dez competências, específicas para as especialidades cirúrgicas e anestésicas. Estas últimas, serão apenas esperadas daqueles que desempenham funções nas respectivas especialidades. Neste documento, é feita ainda referência ao tempo esperado até à autonomização do profissional. Assim, durante 1 mês, este deve ser um elemento supranumerário; nos meses 2 e 3, o seu trabalho deve ser desenvolvido durante o dia sob prática tutelada; nos meses 3 a 9, deve manter a

supervisão durante o dia sempre que sentir necessidade e deve ser submetido a prática tutelada no desempenho nocturno; a partir do mês 9, deve ser feita a confirmação das competências, completado o treino e adquirir a capacidade de prática independente. Algumas competências estão sujeitas a guidelines locais, mas devem ser adquiridas durante o período de prática tutelada. Estas incluem, o curso de suporte imediato de vida; o curso de inserção de cateter endovenoso; o de administração medicamentosa endovenosa e analgesia controlada pelo paciente; e o curso de inserção de máscara laríngea (NHS, 2007, p.3) A supervisão é da responsabilidade de um outro Anestesiasta Assistente, com experiência em formação e que se encontra nomeado pelo hospital e aprovado pelo Scottish Multiprofessional Anaesthetic Assistants Development Group (SMAAD). Em conjunto com o enfermeiro supervisionado, são responsáveis pela aquisição de todas as competências incluídas no portfólio. Existe um espaço disponível para registo das competências adquiridas, incluindo a evidência (através de alguns exemplos práticos) e a reflexão sobre o processo formativo. Antes de abordar as competências, o portefólio do National Health Service estabelece nove temas que visam facilitar a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas que se seguem no documento. Os nove temas são os seguintes (NHS, 2007, p.10):

-Tema 1: cuidado ao paciente – assegura cuidados satisfatórios e individualizados a cada paciente.

-Tema 2: comunicação – assegura a comunicação concisa e actual dentro da equipa.

-Tema 3: controlo de infecção – a prática baseia-se na importância do controlo de infecção para a saúde e segurança do profissional e do paciente.

-Tema 4: consentimento para o tratamento - assegura que o paciente forneceu consentimento informado para o tratamento ou procedimento proposto.

-Tema 5: manuseio do paciente - assegura manobras de posicionamento adequadas.

-Tema 6: papel profissional – segue guidelines profissionais, nacionais e locais para assegurar uma prática segura.

-Tema 7: capacidades clínicas – utiliza capacidades clínicas para providenciar apoio aos anestesiastas.

-Tema 8: descontaminação – compreende o processo de descontaminação.

-Tema 9: saúde e segurança – segue os princípios da legislação da saúde e da segurança

Após desenvolver estes temas segundo os respectivos indicadores referidos no portfólio, o enfermeiro passa então a centrar a sua atenção no desenvolvimento das dez competências base ou comuns. Cada uma destas competências é subdividida em subcompetências e é também avaliada segundo indicadores. Resumidamente, as competências gerais centram-se nas seguintes áreas:

- Competência 1: Preparação de pacientes para o bloco operatório
- Competência 2: Aspectos do cuidado ao paciente.
- Competência 3: Envolvimento em procedimentos anestésicos comuns.
- Competência 4: Envolvimento na gestão da via aérea.
- Competência 5: Cuidados com o ventilador, monitorização e equipamento relacionado.
- Competência 6: Cuidados com o equipamento relevante para a anestesia.
- Competência 7: Participação nos cuidados intra-operatórios ao paciente.
- Competência 8: Envolvimento com fármacos e fluidos terapêuticos de rotina.
- Competência 9: Participação nos cuidados pós operatórios.
- Competência 10: Envolvimento na gestão de situações de emergência.

Após o desenvolvimento destas competências, o enfermeiro centra-se nas competências específicas relacionadas com a sua área de desempenho, nomeadamente:

- Competência 11: Anestesia e analgesia obstétrica.
- Competência 12: Anestesia em otorrinolaringologia.
- Competência 13: Anestesia cardíaca.
- Competência 14: Anestesia torácica.
- Competência 15: Anestesia neurocirúrgica.
- Competência 16: Anestesia pediátrica.
- Competência 17: Anestesia em locais remotos.
- Competência 18: Anestesia maxilo-facial.
- Competência 19: Anestesia em queimados
- Competência 20: Transferência inter-hospitalar de pacientes adultos

Uma vez que o documento referente ao portfólio do National Health Service é bastante extenso e tornar-se-ia exaustivo a sua colocação integral como revisão bibliográfica, foi colocada uma versão resumida (que não inclui os indicadores de competência) como anexo II, estando desta forma disponível para um melhor entendimento e desenvolvimento dos temas e das competências comuns e específicas.

Como podemos verificar, a realidade dos enfermeiros anestesiastas no Reino Unido é mais próxima da realidade Portuguesa em termos das competências a alcançar e desempenho esperado no seu dia-a-dia. No entanto, é fundamental ressaltar que o exercício profissional não é guiado, em Portugal, por um programa formativo uniforme e estruturado como exigência base.

Outra realidade europeia que é interessante rever no âmbito da enfermagem de anestesiologia, é a francesa. Os enfermeiros que pretendem exercer anestesiologia necessitam de um curso e de um diploma, passando a ser denominados de Enfermeiros Anestesiastas com Diploma de Estado (Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État, 2009). Esta

certificação atribui-lhes diversas funções, nomeadamente de intervir no cuidado do paciente fornecendo anestesia geral e anestesia regional após determinação pelo anestesista, re-injecções quando o dispositivo foi colocado por um anestesista e ressuscitação cardiopulmonar. O médico anestesista encontra-se responsável por 2 ou 3 salas operatórias, enquanto que um enfermeiro anestesista permanece em cada sala, com o objectivo de administrar ou participar na administração da anestesia, manter e controlar a anestesia até ao período de recuperação. Assumem ainda funções de supervisão em unidades de recuperação pós operatória, unidades de cuidados intensivos e unidades de emergência.

Para obter esta certificação, os enfermeiros possuem uma formação básica em enfermagem, devem possuir dois anos de experiência (preferencialmente em cuidados críticos ou intensivos) e passar o exame de admissão ao programa de formação em enfermagem de anesthesiologia. Este programa de formação dura 2 anos de teoria, prática e estágios, com avaliações periódicas (Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État, 2009). No final do primeiro ano, é esperado que o aluno seja capaz de cuidar de pacientes em fase pré, peri e pós intervenção em qualquer tipo de anestesia, ou seja:

- Lidar com os problemas específicos do paciente em vias de ser anestesiado.
- Preparar a pré anestesia, anestésiar e supervisionar pós a intervenção.
- Participar no acolhimento do paciente.
- Participar numa anestesia geral, local ou loco regional e suas pós intervenções específicas.
- Diferenciar as técnicas de anestesia em função do local, tipo de cirurgia e grau de urgência.
- Identificar os diferentes tempos de uma anestesia.
- Supervisionar e participar na reanimação do paciente no decorrer de uma anestesia.
- Despistar complicações e participar no tratamento em período peri anestésico e pós anestésico imediato.
- Organizar as suas acções com método.

No final do segundo ano de formação, é esperado que o aluno seja capaz de:

- Participar no cuidado do paciente independentemente da técnica anestésica, do local, do grau de urgência e da especialidade.
- Actuar especificamente em reanimação.
- Gerir os cuidados em colaboração com a restante equipa em reanimação e urgência.
- Participar, em casos de urgência, nos cuidados ao paciente com traumatismo, efectuar a vigilância e prestar cuidados durante o transporte.
- Participar no acolhimento hospitalar das urgências.

O *Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État* (2009) refere ainda o conteúdo teórico a abordar durante o período de formação, especificando para o primeiro e para o segundo ano. A conclusão do curso com aproveitamento nas diversas avaliações e o sucesso no exame nacional final permite obter o diploma de estado.

Esta realidade difere da portuguesa, mais uma vez pelo nível de responsabilidade exigida ao enfermeiro anestesiasta, mas também pela formação que é intrínseca e fundamental para o exercício profissional.

Outro país Europeu onde é exigida uma formação específica para exercer como enfermeiro anestesiasta é a Dinamarca. Para ser admitido à formação para enfermeiro anestesiasta é necessário possuir autorização para exercer como enfermeiro e ter dois anos de experiência clínica, bem como seis meses introdutórios numa unidade anestésica. É ainda necessário, um contrato de emprego com a unidade de anestesia em questão de um ano e meio, compreendendo treino teórico e clínico sistemático supervisionado. A formação decorre por dezoito meses e consiste numa combinação de treino teórico e clínico, de seis e doze meses, respectivamente. A primeira parte da formação, centra-se principalmente na componente teórica, num total de 200 horas organizadas em blocos de teoria com pequenos períodos de componente prática que decorrem, em paralelo, numa unidade de anestesia, uma a duas horas por semana. A segunda parte da formação, correspondente a doze meses, decorre em duas unidades anestésicas diferentes e numa unidade de recuperação, compreendendo também uma a duas horas de treino teórico por semana. No final, é necessário passar um exame nacional, sendo então obtida a certificação que atribui o título de Enfermeiro Especialista em Anestesia (National Board of Health, 1997, p.1).

A Associação Dinamarquesa de Enfermeiros Anestesiastas e de Cuidados Críticos regula esta especialidade e assume um papel fundamental na profissão. Em conjunto com o Ministério do Interior e o Ministério da Saúde elaboraram uma circular relativa à formação específica de enfermeiros anestesiastas (National Board of Health, 1997, p.2). Este documento menciona especificamente, os aspectos a serem incluídos na componente teórica da formação, e inclui o sistema nervoso central; respiração e circulação; abordagem pré cirúrgica; monitorização, preparação para anestesia; farmacologia; fluidos e terapia sanguínea; posicionamentos e anestesia clínica; anestesia para pacientes com condições médicas específicas e grávidas; anestesia para crianças e idosos; anestesia em ambulatório; anestesia em procedimentos especiais; observação, cuidado e tratamento na fase de emergência e recuperação; complicações peri e pós cirúrgicas e ocorrências inadvertidas; aspectos legais e éticos; assistência anestésica em emergências e transporte de pacientes; documentação e desenvolvimento da qualidade. O documento detalha em pormenor cada um destes

tópicos e refere que após completar a formação, é esperado que o enfermeiro anestesiasta forneça cuidados pré, peri e pós anestésicos, incluindo:

- Preparação/participação física e psicológica de pacientes para cirurgia
- Observação e apoio de pacientes na fase anestésica
- Administração de anestesia de acordo com a prescrição do anestesiasta ou de acordo com as indicações da unidade de anestesiologia
- Tratamento de potenciais complicações na fase anestésica, em consulta com o anestesiasta
- Avaliação do decorrer da anestesia
- Participação na supervisão e manutenção de equipamento especial
- Observação e monitorização de pacientes no período pós anestésico, bem como administração de terapia analgésica pós cirúrgica
- Certificação de documentação suficiente relativa à observação e tratamento
- Participação na criação da continuidade de cuidados ao paciente
- Participação no transporte inter e intra hospitalar
- Participação em situação de emergência dentro e fora do hospital
- Iniciação e participação no desenvolvimento da enfermagem de anestesiologia
- Supervisão e monitorização de enfermeiros em formação
- Participação no desenvolvimento constante da qualidade dos programas de tratamento e enfermagem
- Participação em acções de formação internas e externas
- Cooperação dentro da unidade, com o resto do hospital bem como com outros hospitais para assegurar o serviço anestésico.

Como podemos verificar, as funções esperadas do enfermeiro anestesiasta na Dinamarca, são muito semelhantes à situação francesa já mencionada e difere mais uma vez da realidade portuguesa pela exigência de formação específica em anestesiologia e pelo grau de responsabilidade nos cuidados prestados.

Desta revisão bibliográfica das competências dos enfermeiros anestesiastas em diversos países, podemos concluir que as suas funções variam de acordo com realidades específicas, no entanto, mantém-se como factor comum a necessidade de formação especializada, bem como a respectiva avaliação, reconhecimento, validação e certificação de competências. Estes passos tornam-se fundamentais no sentido de uniformizar os processos de formação para quem forma e para quem é formado, sendo assim possível assumir cuidados anestésicos com menor grau de risco, maior responsabilidade e excelência no cuidar.

2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJECTIVOS

Na conjuntura actual deparamo-nos com uma lacuna a nível de conhecimentos adquiridos e competências específicas desenvolvidas durante o Curso de Licenciatura em Enfermagem no que diz respeito à área de anesthesiologia. Ou seja, os conhecimentos e as competências não são suficientes para a prática em anesthesiologia. A acrescentar, salienta-se o facto de não existir formação de especialização que dê resposta às necessidades dos profissionais que exercem nesta área complexa, de elevado rigor técnico e científico. Por outro lado, ao enfermeiro responsável pela prática tutelada não são exigidas competências específicas de supervisão clínica ou formação. Este processo formativo decorre sem uma linha orientadora de competências a atingir, sendo o carácter aleatório, muitas vezes sem controlo e sem avaliação intercalar do que foi aprendido e do que falta aprender. Este facto contribui para o aumento do risco de erro clínico e para a desmotivação e desistência dos supervisados. Assume ainda influência no prolongar do tempo de integração e no aumento dos custos organizacionais associados à presença de profissionais ainda não autónomos.

Decorrendo da revisão de literatura prévia, denota-se que na relação supervisiva, é fundamental ter em conta os vários factores que a afectam e que vão influenciar o tipo de abordagem a utilizar. Do ponto de vista psicológico, poderão optar por uma abordagem desenvolvimental, por uma cognitiva ou reflexiva (Oliveira-Formosinho, 2002, p. 60), enquanto que do ponto de vista histórico da enfermagem poderão optar pelo “preceptorship”, “clinical supervision” ou “mentoring”. Neste estudo de investigação, enveredamos pela supervisão clínica num contexto desenvolvimental. Independentemente da abordagem seleccionada, o supervisor poderá ainda adoptar estratégias supervisivas directivas, de colaboração ou não-directivas. (Alarcão, 1987, p. 89). Estas estratégias variam dependendo da fase do processo de integração em que se encontram e também dos próprios elementos envolvidos e da situação clínica em causa.

Vários autores sugerem competências do supervisor, incluindo a Ordem dos Enfermeiros que optou por definir no Modelo de Desenvolvimento Profissional uma abordagem de linha de pensamento desenvolvimental, que se poderá enquadrar também na integração dos enfermeiros anestesiastas. Este referencial de competências é, neste estudo, adaptado a questionário, de forma a permitir a averigação da sua aplicabilidade ao contexto dos supervisores em enfermagem de anesthesiologia.

Relativamente ao desenvolvimento de competências por parte do supervisado, importa referir o modelo de Dreyfus que se reporta às várias fases pelas quais os

enfermeiros passam durante a integração profissional: iniciado, iniciado-avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2005, p. 39). A transição de um nível para outro centra-se em mudanças individuais que se originam na aquisição de uma competência, sendo elas:

a passagem de uma confiança em princípios abstractos à utilização, a título de paradigma, de uma experiência passada concreta; (...) a modificação da maneira como o formando se apercebe de uma situação – não a vê tanto como um conjunto de elementos fragmentados, mas como um todo no qual só algumas partes são relevantes; (...) a passagem de observador desligado a executante envolvido (Benner, 2005, p.39).

Ou seja, conforme vão sendo desenvolvidas competências, o enfermeiro vai evoluindo para níveis superiores de experiência e vivência das situações. Importa perceber quais as competências a alcançar para que esta aprendizagem possa ser focalizada e o processo acelerado. No entanto, estas competências que deverão ser desenvolvidas e que permitem o percurso de iniciado a perito variam de país para país dependendo da actuação esperada enquanto enfermeiro anestesiasta autónomo. O reconhecimento, validação e certificação destas competências passa, nalguns países, por cursos de especialização ou cursos de pós graduação, e na maioria por períodos de prática supervisiva. A realidade de actuação profissional de enfermeiros anestesiastas que mais se adequa à portuguesa é a do Reino Unido, onde é exigido um curso de pós graduação e onde existe um referencial de competências a alcançar durante o período de integração que implica prática supervisada. A aplicabilidade de algumas ou todas as competências deste referencial é um dos aspectos a analisar neste estudo.

A existência de um documento como referência de competências a alcançar, aplicado aos enfermeiros anestesiastas portugueses poderia colmatar a lacuna actualmente existente e teria a vantagem de permitir “objectivar as críticas, de possibilitar o traçado do perfil evolutivo do formando, de permitir focar a avaliação num aspecto específico” (Alarcão, 1987, p.123), permitindo desta forma “ajudar o formando ao ritmo do seu desenvolvimento” (Alarcão, 1987, p.125).

Ou seja, na relação supervisiva “o supervisor e o formando cumprem as suas funções e continuam a desenvolver-se e a aprender no interior de um processo de que eles próprios devem ser os principais dinamizadores” (Pires, 2005, p.66). O supervisor clínico deve possuir um perfil e competências específicas que o permitam reconhecer e agir em função do papel e desempenho do supervisado. No mesmo sentido, e à semelhança de outros países, o supervisado beneficia de objectivos específicos que orientem o seu processo formativo, amenizando o confronto com os valores conflitantes e com tarefas para as quais não se sentem preparados. Berggren & Severinsson (2006)

acrescentam ainda que um modelo supervisivo estruturado é essencial para fornecer o sentimento de segurança (p. 640).

Perante esta problemática, tendo em consideração o acima referido, e assumindo como questão preliminar: “quais as competências a alcançar pelos enfermeiros anestesiastas?”, foi delineado o seguinte objectivo geral: Elaborar um referencial de competências a atingir pelos enfermeiros anestesiastas durante a integração profissional e validar o referencial de competências do supervisor clínico definido pela Ordem dos Enfermeiros.

Foram ainda delineados os seguintes objectivos específicos:

- Identificar as competências do supervisor clínico responsável pela integração profissional de enfermeiros anestesiastas, na perspectiva dos inquiridos;
- Identificar as competências gerais e específicas a atingir pelos enfermeiros anestesiastas durante a integração profissional, na perspectiva dos inquiridos;
- Identificar as competências gerais e específicas que são determinantes e devem ser incluídas num referencial de competências a atingir na integração profissional de enfermeiros anestesiastas, na perspectiva dos inquiridos;
- Verificar se as competências gerais e específicas a atingir na integração profissional de enfermeiros anestesiastas variam em função do tempo de exercício profissional e desempenho profissional em bloco operatório de cirurgia programada, urgente ou ambulatória.

Decorrendo dos objectivos estabelecidos foi enunciada como questão de investigação de partida: na perspectiva dos inquiridos, *que competências fundamentais deve possuir o supervisor clínico no âmbito da enfermagem de anesthesiologia e que competências devem ser alcançadas pelo enfermeiro anestesiasta durante o período de integração até ser considerado autónomo?* Desta questão geral surgiram as seguintes questões de investigação específicas:

- Na perspectiva dos inquiridos, *que competências deve possuir um supervisor clínico responsável pela integração profissional de enfermeiros anestesiastas?*
- Na perspectiva dos inquiridos, *que competências gerais e específicas devem ser atingidas pelos enfermeiros anestesiastas durante a integração profissional?*
- Na perspectiva dos inquiridos, *que competências gerais e específicas são determinantes e devem ser incluídas num referencial de competências a atingir pelos enfermeiros anestesiastas durante a integração profissional?*
- *Que competências gerais e específicas a incluir no referencial de competências a atingir na integração profissional são mais valorizadas pelos enfermeiros competentes, proficientes e peritos?*
- *Que competências gerais e específicas a incluir no referencial de competências a atingir na integração profissional são mais valorizadas pelos enfermeiros em exercício em bloco operatório de cirurgia programada, urgente e ambulatória?*

Procurando dar resposta às questões de investigação referidas, foi estruturada uma metodologia de investigação que se explana na secção seguinte e que incorpora o método quantitativo num estudo de nível II descritivo-correlacional.

3. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

3.1 Método de Investigação

Tendo em conta o problema em estudo, que reside na identificação das competências do supervisor clínico e na identificação das competências a alcançar pelo enfermeiro anestesista em integração, foi seleccionado como método de investigação o método quantitativo, que se distingue do qualitativo, essencialmente na recolha de dados e na forma como estes são analisados. Este método pressupõe,

a observação de fenómenos, a formulação de hipóteses explicativas desses mesmos fenómenos, o controlo de variáveis, a selecção aleatória dos sujeitos de investigação (amostragem), a verificação ou rejeição das hipóteses mediante uma recolha rigorosa de dados, posteriormente sujeitos a uma análise estatística e uma utilização de modelos matemáticos para testar essas mesmas hipóteses (Carmo e Ferreira, 1998, p.178)

Segundo Carmo e Ferreira (1998), o objectivo desta metodologia consiste no “estabelecimento de relações causa-efeito e a previsão de fenómenos” (p. 178). O mesmo autor acrescenta ainda que “os objectivos da investigação quantitativa consistem essencialmente em encontrar relações entre variáveis, fazer descrições recorrendo ao tratamento estatístico de dados recolhidos, testar teorias” (Carmo e Ferreira, 1998, p.178).

No que diz respeito à classificação desta investigação a nível de conhecimentos existentes, podemos classificá-la como um estudo de nível II, descritivo-correlacional. Esta classificação decorre do nível de conhecimentos e da questão de investigação colocada, que condicionam o tipo de investigação que deve decorrer. Segundo Fortin (2003) “os estudos descritivos fornecem uma descrição dos dados, quer seja sob a forma de palavras, de números ou de enunciados descritivos de relações entre variáveis” (p. 135). Num nível mais avançado de conhecimentos, a mesma autora faz referência aos estudos correlacionais que “servem para examinar a covariação das variáveis e a associação de uma variável com outras variáveis” (Fortin, 2003, p.135). Acrescenta ainda que num “estudo descritivo-correlacional, o investigador tenta explorar e

determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações (...). O principal objectivo do estudo descritivo-correlacional é a descoberta de factores ligados a um fenómeno” (Fortin, 2003, p.174).

Ou seja, neste estudo, após ter sido colocada como questão de partida: *na perspectiva dos inquiridos, que competências fundamentais deve possuir o supervisor clínico no âmbito da enfermagem de anestesiologia e que competências devem ser alcançadas pelo enfermeiro anestesista durante o período de integração até ser considerado autónomo?* foram formuladas como questões de investigação específicas: *“Na perspectiva dos inquiridos, que competências deve possuir um supervisor clínico responsável pela integração profissional de enfermeiros anestesistas?”*; *“Na perspectiva dos inquiridos, que competências gerais e específicas devem ser atingidas pelos enfermeiros anestesistas durante a integração profissional?”*; *“Na perspectiva dos inquiridos, que competências gerais e específicas são determinantes e devem ser incluídas num referencial de competências a atingir pelos enfermeiros anestesistas durante a integração profissional?”*, *“Que competências gerais e específicas a incluir no referencial de competências a atingir na integração profissional são mais valorizadas pelos enfermeiros competentes, proficientes e peritos?”* e *“Que competências gerais e específicas a incluir no referencial de competências a atingir na integração profissional são mais valorizadas pelos enfermeiros em exercício em bloco operatório de cirurgia programada, urgente ou ambulatória?”*. Com estas questões, pretende-se, a nível descritivo, descrever as competências do supervisor clínico durante a integração profissional de enfermeiros anestesistas e descrever as competências gerais e específicas a atingir pelo supervisionado que devem ser incluídas num referencial de competências a atingir durante esse período. A nível correlacional, pretende-se identificar as competências gerais e específicas a atingir pelo supervisionado que são mais valorizadas em função do tempo de exercício e desempenho profissional em bloco operatório de cirurgia programada, urgente ou ambulatória.

3.2. População e Amostra

A população ou universo corresponde ao “conjunto de elementos abrangidos por uma mesma definição. Esses elementos têm, obviamente, uma ou mais características comuns a todos eles” (Carmo e Ferreira, 1998, p.191). Além da população alvo, Fortin (2003) refere-se à população acessível e define-a como sendo representativa da população alvo e “constituída pela porção da população alvo que é acessível ao

investigador” (p. 202). Neste estudo, a população alvo corresponde aos enfermeiros perioperatórios portugueses e a população acessível, corresponde aos enfermeiros perioperatórios portugueses a exercer no distrito de Lisboa.

Pelo tamanho demasiado grande da população alvo e acessível em causa, torna-se difícil a inclusão de todos os elementos neste estudo. Assim, opta-se por aplicar uma técnica de amostragem que “conduz à selecção de uma parte ou subconjunto de uma dada população ou universo” (Carmo e Ferreira, 1998, p.191). Fortin corrobora esta afirmação ao referir que “a amostra é um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população” (Fortin, 2003, p.202). Por se tratar de uma investigação quantitativa, a amostra deve ser de grandes dimensões. Este facto é referido por Carmo e Ferreira (1998) ao afirmarem que “a investigação quantitativa tem como base amostras de maiores dimensões (...), enquanto a investigação qualitativa tipicamente focaliza-se em amostras relativamente pequenas, ou mesmo casos únicos” (p. 191).

Relativamente aos métodos de amostragem, devido a contingências de tempo, recursos materiais e humanos disponíveis, foi seleccionada a amostragem por conveniência ou accidental. Este tipo de amostragem assume como vantagem o facto de implicar participação voluntária. Desta forma, no contexto desta investigação, ao pretender estudar uma amostra de enfermeiros perioperatórios de entre as organizações do distrito de Lisboa, foram seleccionados hospitais acessíveis que, pelo conhecimento do investigador teriam elementos com os seguintes critérios de inclusão na amostra: exercício em enfermagem perioperatória, nomeadamente, área de anestesia, há pelo menos 2 anos; desempenho actual em bloco operatório de cirurgia programada, urgente ou ambulatoria; disponibilidade e voluntariedade para participação no estudo entre Dezembro 2010 e Janeiro 2011. A inclusão de elementos com pelo menos 2 anos de exercício profissional em enfermagem perioperatória visa a aplicabilidade do modelo Dreyfus que aborda a questão da socialização e integração profissional e que “estabelece que, na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, um estudante passa por cinco níveis sucessivos de competências: iniciado, iniciado-avançado, competente, proficiente e perito” (Benner, 2005, p. 39). A selecção de enfermeiros competentes prende-se com o facto destes se encontrarem no serviço há dois ou três anos e de já se aperceberem “dos seus actos em termos objectivos ou dos planos a longo prazo dos quais está consciente” (Benner, 2005, p.49). Ou seja, já sabe quais os aspectos a priorizar em cada situação e estabelece um plano baseado numa “análise consciente, abstracta e analítica do problema” (Benner, 2005, p.49), permitindo obter eficiência e organização nos cuidados. Os enfermeiros proficientes encontram-se no serviço há mais de 5 anos e percebem as situações na sua globalidade e não de forma fragmentada, e as suas acções são guiadas por máximas” (Benner, 2005, p.50). Benner (2005) acrescenta ainda que “a enfermeira proficiente aprende pela experiência

quais os acontecimentos típicos que vão suceder numa determinada situação e como se pode reconhecer que o que era previsto não se vai concretizar” (p.51). Ao contrário das enfermeiras dos níveis anteriores, esta já visualiza a situação no seu todo e sabe quais os aspectos que são mais importantes e prioritários. O enfermeiro perito encontra-se no serviço há mais de 8 anos e “já não se apoia sobre um princípio analítico (regra, indicação, máxima) para passar do estado de compreensão da situação ao acto apropriado” (Benner, 2005, p.54). Benner (2005) acrescenta ainda que “a perita, que tem uma enorme experiência, compreende agora de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder por um largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis” (p.54). Estes enfermeiros não têm em conta as regras, mas antes a sua intuição, “são maleáveis e mostram um nível elevado de adaptabilidade e de competências” (Dreyfus, 1977 *in* Benner, 2005).

Tendo em consideração que este é um estudo descritivo-correlacional, existem variáveis em estudo que devem ser contempladas nos elementos da amostra para efectuar essa análise. Ou seja, uma vez que uma das variáveis consiste no desempenho profissional em diferentes tipos de bloco operatório, nomeadamente de cirurgia programada, cirurgia urgente e cirurgia ambulatória, devem ser incluídos na amostra elementos que façam face a esta exigência. Desta forma, de acordo com o conhecimento do investigador, foram seleccionados blocos operatórios com essa variedade, nomeadamente do Hospital da Luz, Hospital dos Lusíadas, Hospital São Francisco Xavier, Hospital de Santa Maria, Clínica Parque dos Poetas, Hospital Curry Cabral e Hospital Egas Moniz. Outra variável a ter em consideração nos elementos da amostra é o tempo de exercício profissional. Ou seja, a cada um dos hospitais referidos anteriormente é aplicado o questionário a profissionais com pelo menos dois anos de exercício em enfermagem perioperatória que serão agrupados como competentes (superior a dois anos), proficientes (superior a cinco anos) e peritos (superior a 8 anos), até obtermos o limite mínimo de cem elementos na amostra.

Após a aprovação pelos Conselhos de Administração dos diversos hospitais, foram efectuados contactos com as chefias dos blocos operatórios a quem foram explanados os objectivos do estudo e os critérios de inclusão na amostra, tendo então recebido os questionários e assumido responsabilidade pela sua disponibilização para preenchimento individual, anónimo e confidencial.

3.3. Instrumento de Colheita de Dados

A selecção do instrumento de colheita de dados encontra-se intimamente relacionado com o tipo de investigação que se pretende desenvolver. O presente estudo, ao ser descritivo-correlacional, pretende descrever variáveis e estabelecer relações entre as mesmas. Fortin (2003) refere que nestes estudos, os métodos de colheita de dados devem ser mais estruturados como “o questionário, as observações e as entrevistas estruturadas e semi-estruturadas” (p.240).

Os dados podem ser colhidos através de medidas objectivas e de medidas subjectivas. Enquanto as primeiras “não deixam lugar à interpretação”, as segundas “são fornecidas pelo observador (investigador) ou pelos sujeitos” (Fortin, 2003, p.240). Neste estudo, optou-se por uma medida subjectiva, mais especificamente, o questionário. Fortin (2003), refere que o questionário permite “colher informações junto dos participantes, relativas aos factos, às ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes” (p.245). A mesma autora, acrescenta ainda que o questionário “traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa” (Fortin, 2003, p.249).

A construção de um questionário obedece a determinadas etapas que importa referir. Fortin (2003), ressalva que “antes de empreender a construção de um questionário, o investigador deve consultar a literatura a fim de descobrir a existência de instrumentos de medida correspondendo às grandes linhas do objecto visado pela sua investigação” (p.250). Apesar de pudermos existir questionários que se apliquem aos diversos estudos, é muitas vezes necessário traduzi-los e ainda retirar ou acrescentar questões “a fim de satisfazer as exigências da investigação” (Fortin, 2003, p.250). Para este estudo de investigação, na ausência de um questionário já elaborado e testado, foi construído um, a partir do referencial de competências do supervisor clínico no âmbito do Modelo de Desenvolvimento Profissional definido pela Ordem dos Enfermeiros e ainda a partir de um referencial de competências a atingir pelos Enfermeiros Anestesiastas em integração no Reino Unido, onde a prática clínica parece ser semelhante à portuguesa. Na adaptação dos referenciais a questionários foram seguidas as etapas definidas por Fortin (2003, p.250):

- 1) A delimitação da informação pertinente a recolher;
- 2) A formulação das questões;
- 3) O estabelecimento da sequência das questões e do seu formato;
- 4) A revisão do esboço do questionário;
- 5) O pré-teste do questionário;

6) A redacção da introdução e das directrizes

A primeira etapa, referente à delimitação da informação pertinente a recolher, implica que o investigador, a partir dos objectivos enunciados, constitua categorias, temas a estudar e determine “um número de questões ou de enunciados para cada um dos temas escolhidos” (Fortin, 2003, p.250). Fortin (2003), refere que “as questões de investigação são os principais indicadores do conteúdo a desenvolver num questionário. Todos os enunciados de um questionário devem incidir directamente no objectivo e nas questões da investigação empreendida” (p.250). Indo ao encontro desta etapa, neste estudo de investigação, foram seleccionados referenciais que incorporassem as questões que pretendíamos estudar, adequadas aos objectivos delineados, ou seja, contêm informação referente quer às competências do supervisor clínico quer às competências a alcançar pelo enfermeiro anestesista supervisionado em integração.

Na etapa seguinte, correspondente à formulação das questões, é fundamental ter em consideração que estas “devem ser compreendidas pelos sujeitos e estes devem ser capazes de lhes responder” (Fortin, 2003, p.250). As questões a elaborar podem ser de escolha fixa ou de resposta livre. As primeiras “são as que fornecem ao sujeito uma serie de respostas entre as quais ele faz a sua escolha, são incluídas nesta categoria as questões dicotómicas, as de escolha múltipla ou as de gradação ou em contínuo” (Fortin, 2003, p.251). As vantagens das questões de escolha fixa, além de serem simples de utilizar, são várias, incluindo o facto de “permitir codificar as respostas facilmente e de propiciar uma análise rápida e pouco custosa; estas questões são uniformes e reforçam assim a fidelidade dos dados; fornecem um quadro de referência ao sujeito, o que evita respostas inapropriadas e não comparáveis” (Fortin, 2003, p.252). Nesta etapa de construção do questionário, procedeu-se à tradução das competências que se encontravam em inglês no portfolio original, de forma a serem facilmente compreendidas por todos os respondentes. Cada uma das competências, quer do supervisor clínico, quer a alcançar pelo supervisionado, foi transformada em questão de escolha fixa, especificamente de gradação com escala de Likert. A cada grupo de competências foi ainda adaptada uma questão de resposta livre de forma a permitir a inclusão de competências não listadas que o respondente considere pertinentes neste processo formativo.

Relativamente à terceira etapa, ou seja, ao estabelecimento da sequência das questões e do seu formato, Fortin (2003) afirma que “a ordem das questões no questionário pode ter influência nas pessoas que a ele respondem. As questões que dizem respeito a um mesmo tema devem ser agrupadas em conjunto”. A mesma autora acrescenta ainda que “é melhor começar o questionário por questões de ordem geral e ir progressivamente para as questões mais específicas” (p. 252). Desta forma, o questionário foi elaborado de forma a começar com as questões referentes aos respondente e que permitem caracterizar a amostra, seguido das competências do

supervisor clínico e por fim as competências a atingir pelo enfermeiro anestesiasta em integração. Estas últimas estão enunciadas de forma a abordar inicialmente as competências gerais e posteriormente as competências específicas.

Na fase de revisão do esboço do questionário, este é submetido à crítica de peritos do seu conteúdo. Desta forma foi entregue o questionário a 20 enfermeiros anestesiastas para que estes averiguassem a compreensão de termos específicos e das questões. Foi também o momento de detectar e corrigir eventuais erros gramaticais.

Segue-se o pré teste do questionário que “consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada (entre 10 a 30 sujeitos), a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas” (Fortin, 2003, p.253). Fortin (2003) ressalva que “esta etapa é de todo indispensável e permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redacção e a ordem das questões” (p.253). O pré teste deste questionário foi efectuado a 20 enfermeiros anestesiastas e permitiu introduzir alterações que anteriormente não tinham sido detectadas. Após o pré-teste seguiu-se a última etapa correspondeu à redacção da introdução e das directrizes.

Resumindo, de forma a dar resposta aos objectivos previamente delineados, optou-se por elaborar um questionário constituído por uma primeira parte que compreende questões de escolha múltipla e uma segunda parte que compreende questões de gradação. Na primeira parte estão incluídas as questões relativas aos aspectos pessoais do sujeito (idade, sexo, tempo de exercício profissional, etc). Na segunda parte do questionário estão incluídas questões relativas às competências do enfermeiro supervisor (conforme preconizado pela Ordem dos Enfermeiros no Modelo de Desenvolvimento Profissional) e às competências dos enfermeiros anestesiastas em integração sendo, para o efeito, feita uma tradução do portfolio de competências para os Anestesiastas Assistentes elaborado pelo National Health Service no Reino Unido. A selecção deste documento prende-se com a semelhança de actuação do enfermeiro anestesiasta inglês com o português. A cada competência o sujeito pode atribuir uma classificação de acordo com a escala de Likert. A utilização de uma escala permite “situar a pessoa num ponto preciso de um continuum ou numa serie ordenada de categorias” (Fortin, 2003, p.254). A escala de Likert, em particular, “consiste em pedir aos sujeitos que indiquem se estão mais ou menos de acordo ou em desacordo relativamente a um certo número de enunciados, escolhendo entre cinco respostas possíveis” (Fortin, 2003, p.257). Cada grupo de competências incorpora ainda uma questão de resposta livre que permite ao respondente incluir competências não listadas que para o próprio sejam pertinentes neste processo formativo. O questionário utilizado neste estudo de investigação encontra-se em anexo (Anexo III), bem como as cartas enviadas aos Conselhos de Administração (Anexo IV) e respectivas autorizações de aplicação dos mesmos nas diversas organizações hospitalares (Anexo V).

3.4. Tratamento de Dados

De forma a efectuar a previsão e tratamento dos dados, torna-se pertinente a distinção dos tipos de variáveis em estudo, ou seja, distinguir as variáveis discretas das contínuas. Fortin (2003) afirma que as variáveis discretas correspondem aquelas cujos valores são facilmente enumeráveis enquanto as variáveis contínuas “compreendem as variáveis medidas sobre as escalas de intervalos, de razão ou visual analógica, e os scores” (p.275). A mesma autora ressalva a utilidade de um caderno de códigos, enquanto “tabela na qual aparecem as informações que dizem respeito às variáveis em causa num estudo” (Fortin, 2003, p.276). Nesta tabela é também efectuada a distinção das variáveis consoante a sua escala de medida. Relativamente a este aspecto, Fortin (2003) reporta-se a Stevens (1946) para quem toda a variável pode ser classificada segundo quatro tipos de medida: escala nominal, escala ordinal, escala de intervalos, ou escala de razão ou proporção. Na escala nominal, são utilizados números para classificar os sujeitos numa categoria, sendo que estes valores são códigos arbitrários. A escala ordinal “difere na escala nominal pelo facto de que as diferentes categorias compreendidas na escala estão ordenadas, segundo uma ordem graduada. Este tipo de medida permite, portanto, classificar os sujeitos segundo a sua posição relativa face a uma certa característica” (Fortin, 2003, p.272). Na escala de intervalos, o “espaçamento entre dois números dados é uma unidade conhecida” e todos os intervalos entre os números são de igual grandeza (Fortin, 2003, p.272). A escala de razão ou de proporção “tem um zero absoluto, permitindo o cálculo de rácio” (Fortin, 2003, p.272). Existem ainda outras escalas de medida como a de Likert, na qual “a diferença entre dois quaisquer valores consecutivos da escala é conceptualmente equivalente e interpretável” (Fortin, 2003, p.273).

O caderno de códigos referente ao presente estudo é apresentado na tabela que se segue:

Nome	Significado	Código	Tipo de Escala
Idade	Idade do sujeito		Razão (contínua)
Sexo	Sexo do sujeito	1 = Feminino 2 = Masculino	Nominal (discreta)
Tempo de	Tempo de	1 = Competente (entre 2 e 4 anos)	Ordinal

exercício profissional	exercício profissional como enfermeiro perioperatório (competente, proficiente ou perito)	2 = Proficiente (entre 5 e 7 anos) 3 = Perito (superior a 8 anos)	(discreta)
Local actual de exercício profissional	Local actual de exercício profissional (bloco operatório de cirurgia programada, urgente ou ambulatória)	1 = Cirurgia programada 2 = Cirurgia urgente 3 = Cirurgia ambulatória	Nominal (discreta)
Especialidades cirúrgicas no local onde exerce	Especialidades cirúrgicas no local onde exerce	1 = Cirurgia Geral 2 = Neurocirurgia 3 = Oftalmologia 4 = Otorrinolaringologia 5 = Plástica e reconstrutiva 6 = Maxilo-Facial 7 = Cardíaca 8 = Torácica 9 = Ginecologia 10 = Obstetrícia 11 = Urologia 12 = Pediatria 13 = Queimados	Nominal (discreta)
Competências do supervisor	Competências do supervisor clínico durante a integração profissional de enfermeiros anestesiastas	1 = Totalmente em desacordo 2 = Em desacordo 3 = Indeciso 4 = De acordo 5 = Totalmente de acordo	Likert (discreta)
Competências gerais e específicas do	Competências gerais e específicas a	1 = Totalmente em desacordo 2 = Em desacordo 3 = Indeciso	Likert (discreta)

supervisado	atingir durante a integração profissional de enfermeiros anestesiastas	4 = De acordo 5 = Totalmente de acordo	
-------------	--	---	--

Por ser um estudo do tipo descritivo correlacional, torna-se fundamental a análise dos dados pela utilização de estatísticas descritivas “que permitem descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos pela medida das variáveis” (Fortin, 2003, p.277). Fortin (2003) refere que as estatísticas descritivas “incluem as distribuições de frequência, as medidas de tendência central e as medidas de dispersão” (p.277). A mesma autora acrescenta que “as estatísticas descritivas servem também para caracterizar as relações entre duas ou mais variáveis com ajuda de quadros de contingência e de coeficientes de correlação. A escolha do tipo de estatística descritiva a utilizar depende do tipo da variável” (Fortin, 2003, p.277).

Relativamente às distribuições de frequência, Fortin (2003) afirma que se podem dividir em distribuição discreta (variável nominal e ordinal) e em distribuição contínua (variável contínua) e que consistem num “arranjo sistemático dos valores numéricos, dos mais pequenos para os maiores, ao qual se junta o número de vezes que cada valor foi obtido” (p.278). As distribuições de frequência traduzem-se através de um quadro de frequência e o respectivo histograma de frequência.

As medidas de tendência central incluem a média, a mediana e a moda. “Para uma variável contínua, a medida de tendência central mais usual é a média das observações, dita também, média amostral” (Fortin, 2003, p.280). Esta calcula-se, dividindo a soma das observações pelo tamanho da amostra. A mesma autora salienta que “a média é muito sensível aos valores extremos, particularmente quando o tamanho da amostra é pequeno” pelo que nestas situações “a mediana é frequentemente uma melhor medida da tendência central”. (Fortin, 2003, p. 280). No que diz respeito à mediana, esta consiste no “valor que divide em dois a distribuição de uma variável, quer dizer, o valor sob o qual se situam 50% dos sujeitos observados” (Fortin, 2003, p.280). Segundo Fortin (2003), a “moda é o valor numérico ou o score que aparece mais frequentemente numa distribuição”. Acrescenta ainda que “é a medida de tendência central mais apropriada para o tratamento de dados nominais” (p.281).

As medidas de dispersão correspondem às “medidas das diferenças individuais entre os membros de uma amostra” e “fornecem indicações sobre a maneira como os scores se repartem à volta da média” (Fortin, 2003, p.282). Estas incluem a amplitude, a variância, o desvio padrão e o coeficiente de variação. A amplitude consiste na diferença entre o limite inferior e o superior. A variância “é uma medida da dispersão das

observações em relação à média” ou seja, é “uma média da distância de cada observação em relação à média” (Fortin, 2003, p.282). O desvio padrão é a medida de dispersão mais usual para variáveis contínuas e “calcula-se extraindo a raiz quadrada da variância, a fim de respeitar a unidade de medida da variável estudada” (Fortin, 2003, p.282). O coeficiente de variação “permite comparar a variabilidade de duas variáveis, mesmo se elas não têm a mesma unidade de medida”, sendo utilizada, principalmente em situações de meta-análises (Fortin, 2003, p.283).

Apesar das estatísticas descritivas acima referidas serem fundamentais por resumirem e descreverem os dados da investigação, as estatísticas inferenciais são fulcrais na medida em que permitem a “generalização dos resultados à população de onde a amostra foi retirada” através da verificação de hipóteses (Fortin, 2003, p.283). A selecção das análises estatísticas inferenciais a aplicar a um determinado estudo dependem de diversos factores, incluindo o “objectivo do estudo, o tipo de dados, as questões de investigação e as hipóteses” (Fortin, 2003, p.289). Fortin (2003), apresenta uma figura adaptada de Knapp (1985) que sumariza o tipo de testes estatísticos, dependendo do estudo a efectuar que se encontra como anexo VI (p. 291). A mesma autora refere que “existem 2 grandes categorias de análises estatísticas: os testes paramétricos e os testes não paramétricos”. Acrescenta ainda que os primeiros requerem a “distribuição normal das variáveis na população, a estimação de pelo menos um parâmetro e medidas de nível métrico”, sendo os mais utilizados o “t de student para amostras independentes e para amostras emparelhadas, a correlação r de Pearson, a análise de variância, as análises de regressão, a covariância” (Fortin, 2003, p.289). Relativamente aos testes não paramétricos, ou seja “aqueles que não correspondem aos postulados de normalidade” os mais utilizados são “o teste da mediana, o teste do sinal, o teste de Kendall Tau, o teste Kruskal-Wallis, o qui-quadrado” (Fortin, 2003, p.290). De forma a verificar se segue ou não a curva normal, é inicialmente aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov.

De forma a responder ao objectivo que diz respeito à comparação dos grupos em função do tempo de exercício profissional e do exercício em bloco operatório de cirurgia programada, urgente ou ambulatoria, é aplicado o teste Mann-Whitney para dois grupos independentes.

Para a análise quantitativa das questões de resposta fechada supracitadas, foi utilizado o programa informático Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 18.0, de forma a permitir uma aceleração do processo de cálculo, sendo os dados posteriormente organizados em tabelas e gráficos, para facilitar a visualização e compreensão dos mesmos.

3.5 Procedimentos e Considerações Éticas

Tendo delineado o método de investigação adequado, seleccionada a população a estudar e o método de amostragem a aplicar, foram enviadas cartas aos Conselhos de Administração de várias organizações hospitalares que, segundo conhecimento do investigador, teriam blocos operatórios de cirurgia programada, urgente e/ou ambulatória.

Após deliberação acerca da aplicação do questionário em causa e respectiva aprovação, foram efectuados contactos com as chefias dos blocos operatórios, a quem foram explanados os objectivos do estudo e os critérios de inclusão na amostra. Foi ressalvada a voluntariedade dos participantes, bem como a confidencialidade e anonimato dos dados colhidos de forma a manter a regência do presente estudo segundo as considerações éticas inerentes a cada processo de investigação. Foram entregues dois invólucros, um com os questionários por preencher e outro para colocar os questionários preenchidos. Foi ainda assumido o compromisso de devolução dos resultados deste estudo de investigação.

Os dados foram posteriormente recolhidos, codificados e tratados estatisticamente pelo investigador, tendo sido utilizados unicamente no presente estudo.

4. ANÁLISE DE DADOS

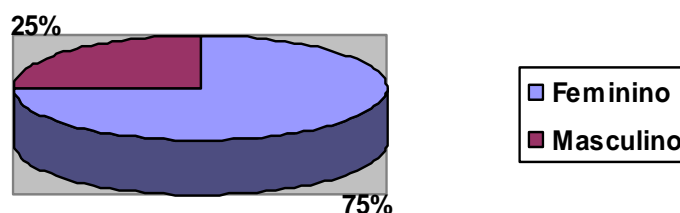
4.1 Caracterização da Amostra

Este estudo de investigação inclui 107 respondentes, todos enfermeiros perioperatórios com pelo menos dois anos de exercício perioperatório na área de anestesiologia. Destes, 80 são do sexo feminino (74,8%) e 27 do sexo masculino (25,2%), conforme demonstram abaixo o quadro 1 e o gráfico 1.

Quadro 1 – Distribuição dos elementos da amostra pelo sexo

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Feminino	80	74,8	74,8	74,8
Masculino	27	25,2	25,2	100,0
Total	107	100,0	100,0	

Gráfico 1 – Distribuição dos elementos da amostra pelo sexo



Relativamente à idade dos elementos da amostra, a mínima é de 24 anos e a máxima de 52 anos, com uma média de 33,16 e um desvio padrão de 7,501, conforme demonstra o quadro 2.

Quadro 2 – Média e Desvio padrão das idades dos elementos da amostra

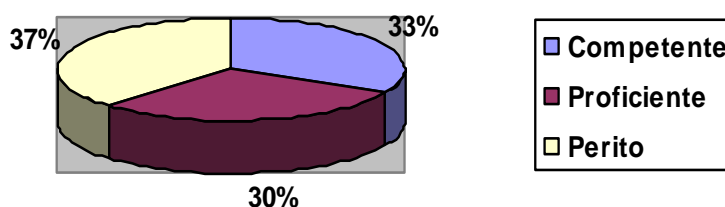
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	107	24	52	33,16	7,501
N	107				

Dos 107 enfermeiros inquiridos, 35 possuem entre 2 e 4 anos de exercício profissional em enfermagem perioperatória, correspondendo a uma percentagem de 32,7%. Os enfermeiros entre os 5 e os 7 anos constituem 32 elementos da amostra, correspondente a 29,9% e os enfermeiros com mais de 8 anos de exercício constituem 40 elementos da amostra, correspondente a 37,4%. De acordo com Benner (2005, p. 39), estes correspondem, respectivamente, a enfermeiros competentes, proficientes e peritos.

Quadro 3 – Distribuição dos elementos da amostra pelo tempo de exercício profissional em enfermagem perioperatória

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Competente (entre 2 e 4 anos)	35	32,7	32,7	32,7
Proficiente (entre 5 e 7 anos)	32	29,9	29,9	62,6
Perito (superior a 8 anos)	40	37,4	37,4	100,0
Total	107	100,0	100,0	

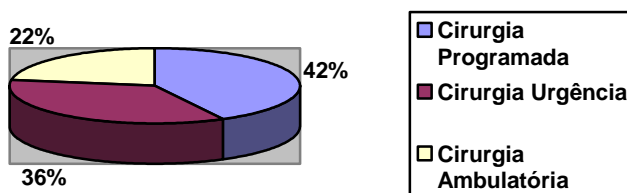
Gráfico 2 – Distribuição dos elementos da amostra pelo tempo de exercício profissional em enfermagem perioperatória



Dos 107 enfermeiros que constituem a amostra, 45 exercem maioritariamente em cirurgia programada (42,1%), 38 em cirurgia de urgência (35,5%) e 24 em cirurgia ambulatória (22,4%).

Quadro 4 – Distribuição dos elementos da amostra pelo local de exercício

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Cirurgia Programada	45	42,1	42,1	42,1
Cirurgia Urgência	38	35,5	35,5	77,6
Cirurgia Ambulatória	24	22,4	22,4	100,0
Total	107	100,0	100,0	

Gráfico 3 – Distribuição dos elementos da amostra pelo local de exercício

Foram ainda questionados relativamente às especialidades cirúrgicas nas quais se sentiam autônomos, uma vez que estas influenciam as competências específicas a alcançar no âmbito da anestesiologia. A maioria dos respondentes assume autonomia em várias especialidades, sendo que à exceção da obstetrícia e dos queimados, existe sempre uma percentagem superior a metade elementos da amostra, conforme se verifica pelo quadro 5

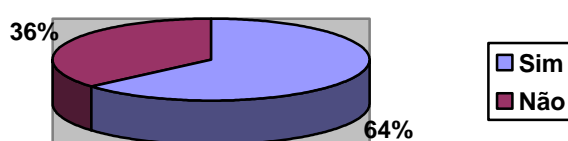
Quadro 5 – Distribuição dos elementos da amostra pelas especialidades cirúrgicas

Especialidades	Frequência	Porcentagem
Cirurgia Geral	105	98,1
Neurocirurgia	97	90,7
Oftalmologia	68	63,6
Otorrinolaringologia	82	76,6
Plástica e reconstrutiva	105	98,1
Maxilo-facial	89	83,2
Cardíaca	59	55,1
Torácica	72	67,3
Ginecologia	99	92,5
Obstétrica	34	31,8
Urologia	89	83,2
Pediatria	98	91,6
Queimados	30	28,0

Relativamente à experiência como supervisor clínico, 68 dos enfermeiros da amostra responderam afirmativamente (63,6%), por oposição a 39 elementos que responderam negativamente (36,4%) conforme demonstra o quadro e gráfico abaixo.

Quadro 6 – Elementos da amostra com experiência profissional em supervisão clínica

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Sim	68	63,6	63,6	63,6
Não	39	36,4	36,4	100,0
Total	107	100,0	100,0	

Gráfico 4 – Elementos da amostra com experiência profissional em supervisão clínica

4.2 Apresentação dos Resultados

4.2.1 Competências do Supervisor Clínico

Uma das questões de investigação deste estudo visa a validação das competências do supervisor clínico definidas pela Ordem dos Enfermeiros, sendo de relevar o facto da maioria dos inquiridos (63,6%) ter afirmado já ter sido supervisor clínico neste âmbito de actividade e a totalidade dos inquiridos ter passado obviamente pela experiência de ter sido supervisionado. Verifica-se que a análise da consistência interna do questionário, relativamente às competências do supervisor clínico apresenta um α Cronbach de 0,972.

Relativamente ao primeiro domínio das competências do supervisor clínico, que consiste em “Reconhecer e agir em função da centralidade do papel do supervisionado”, podemos denotar, conforme demonstra o quadro 7, que a maioria das competências assume uma média acima do valor 4, o que significa que os inquiridos estão de acordo com estas. A mais valorizada consiste em “Envolver e comprometer o supervisionado como principal agente do seu processo de aprendizagem e desenvolvimento”, com uma média de 4,54. É de salientar que apenas a última competência que se reporta a “Considerar o

universo simbólico do supervisionado e as suas idiossincrasias” manifesta uma média inferior a 4, sendo também responsável pelo maior desvio padrão deste domínio.

Quadro 7 – Reconhecer e agir em função da centralidade do papel do supervisionado

	N	Média	Desvio Padrão
Conhecer o supervisionado e o seu projecto de aprendizagem	107	4,38	,609
Envolver e comprometer o supervisionado como principal agente do seu próprio processo de aprendizagem e desenvolvimento	107	4,54	,619
Agir em função do percurso e das necessidades de aprendizagem do supervisionado	107	4,45	,618
Ser empático e sensível à problemática do supervisionado	107	4,35	,646
Considerar o universo simbólico do supervisionado e as suas idiossincrasias	107	3,96	,699
N	107	4,34	

O segundo domínio que consiste em “Seleccionar e adequar as melhores estratégias e estilos de supervisão a cada situação particular” demonstra, como se encontra no quadro 8, médias que rondam o valor 4, o que permite inferir que a maioria dos inquiridos se encontra em acordo com a manifestação destas competências por parte do supervisor clínico durante o período de integração profissional.

Quadro 8 – Seleccionar e adequar as melhores estratégias e estilos de supervisão a cada situação particular

	N	Média	Desvio Padrão
Conhecer o processo, as estratégias e os instrumentos a utilizar na supervisão clínica	107	4,40	,612
Ser flexível na gestão das situações tendo por referências o projecto de aprendizagem do supervisionado e os instrumentos reguladores da profissão	107	4,43	,674
N	107	4,42	

O terceiro domínio respeita a “Acompanhar e problematizar a prática profissional do supervisionado criando oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento do programa formativo” e assume em todas as competências o valor 4, ou seja os inquiridos encontram-se em acordo com estas competências por parte do supervisor clínico. A mais valorizada, assumindo uma média de 4,48, consiste em “Orientar e apoiar o supervisionado na pesquisa autónoma, no aprofundamento dos conhecimentos e no aproveitamento dos

casos tipo”. A competência com menor média, assumindo um valor de 4,23 consiste em “Ajudar a interpretar os fenómenos à luz dos instrumentos reguladores e conceptuais da profissão”.

Quadro 9 – Acompanhar e problematizar a prática profissional do supervisionado criando oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento do programa formativo

	N	Média	Desvio Padrão
Mobilizar os recursos locais para proporcionar experiências de aprendizagem pertinentes e adequadas ao projecto do supervisionado	107	4,39	,670
Apreender e interpretar os fenómenos na sua complexidade	107	4,27	,667
Ter sensibilidade para se aperceber dos problemas e das suas causas	107	4,35	,631
Analisar as questões de forma aprofundada e abrangente	107	4,35	,631
Analisar, dissecar e conceptualizar os problemas e hierarquizar as causas que lhe deram origem	107	4,29	,659
Ajudar a interpretar os fenómenos à luz dos instrumentos reguladores e conceptuais da profissão	107	4,23	,623
Promover uma mudança positiva, monitorizando, recomendando, desafiando, pesquisando e desenvolvendo o espírito crítico do supervisionado	107	4,45	,618
Identificar e transmitir os saberes tidos por fundamentais para o supervisionado desenvolver competências de acordo com o seu projecto	107	4,46	,571
Orientar e apoiar o supervisionado na pesquisa autónoma, no aprofundamento dos conhecimentos e no aproveitamento dos casos tipo	107	4,48	,572
N	107	4,36	

O domínio seguinte diz respeito a “Enquadrar o exercício profissional do supervisionado nos referenciais da profissão” e demonstra uma média de valor 4, ou seja os inquiridos manifestaram-se em acordo com estas competências. De salientar, no entanto que o desvio padrão da segunda é ligeiramente superior ao da primeira.

Quadro 10 – Enquadrar o exercício profissional do supervisionado nos referenciais da profissão

	N	Média	Desvio Padrão
Orientar o supervisionado na adequação do seu projecto de aprendizagem aos referenciais da profissão	107	4,31	,503
Acompanhar e problematizar o exercício profissional do supervisionado à luz do enquadramento profissional	107	4,31	,621
N	107	4,31	

O quinto domínio consiste em “Garantir uma autonomização gradual e segura do supervisionado, assistindo-o nesse processo”, tendo os respondentes assumido estar em acordo com todos os itens, revelando uma média superior a 4. A mais valorizada, com uma média de 4,56 corresponde a “Reflectir e confirmar o exercício profissional do supervisionado dando feedback contínuo do seu progresso”. A competência com menor média (4,35) e também com maior desvio padrão (0,778) corresponde a “Constituir-se numa referência profissional para o cliente, adequando o seu grau de intervenção junto deste em função da autonomia do supervisionado”.

Quadro 11 – Garantir uma autonomização gradual e segura do supervisionado, assistindo-o nesse processo

	N	Média	Desvio Padrão
Constituir-se referência e mediar a integração do supervisionado na equipa multidisciplinar e na assunção do seu novo papel profissional	107	4,50	,539
Reconhecer, a cada momento, o nível de desenvolvimento profissional do supervisionado	107	4,53	,538
Discutir e adequar com o supervisionado, na medida do seu desenvolvimento, as melhores estratégias, o ritmo e a forma de assunção gradual de autonomia na tomada de decisão e no exercício profissional	107	4,46	,587
Reflectir e confirmar o exercício profissional do supervisionado dando feedback contínuo do seu progresso	107	4,56	,535
Constituir-se numa referência profissional para o cliente, adequando o seu grau de intervenção junto deste em função da autonomia do supervisionado	107	4,35	,778
N	107	4,48	

Dando resposta ao domínio “Estabelecer uma comunicação eficaz”, os elementos da amostra manifestaram-se no sentido das respostas anteriores, como uma média superior ao valor 4, ou seja, em concordância com as competências.

Quadro 12 – Estabelecer uma comunicação eficaz

	N	Média	Desvio Padrão
Saber: prestar atenção; escutar; compreender; comunicar verbal e não verbalmente; parafrasear; interpretar; cooperar; questionar; manifestar uma atitude de resposta adequada	107	4,47	,520
Aceder às opiniões e aos sentimentos do supervisionado e exprimir as suas próprias opiniões	107	4,29	,644
N	107	4,38	

Relativamente ao domínio “Promover uma relação de colaboração num ambiente afectivo-relacional favorável”, os respondentes mantiveram a média superior a 4, em concordância com todas as competências.

Quadro 13 – Promover uma relação de colaboração num ambiente afectivo-relacional favorável

	N	Média	Desvio Padrão
Promover uma relação de ajuda mútua recíproca, autêntica e empática com o supervisionado	107	4,40	,564
Constituir-se como recurso para apoio e suporte em situações de dificuldade e stress pessoal e emocional, proporcionando segurança, confiança e bem-estar	107	4,43	,568
N	107	4,42	

O último domínio das competências do supervisor clínico diz respeito a “Reconhecer-se como aprendiz na relação de supervisão”, tendo os inquiridos manifestado concordância relativamente às competências. Verifica-se a média mais elevada (4,60) e desvio padrão menor (0,530) associados à competência “Conseguir identificar as suas potencialidades e fragilidades enquanto supervisor”, enquanto que a média mais baixa (4,31) e desvio padrão maior (0,706) estão associados a “Reconhecer e aprofundar o valor epistemológico da profissão”.

Quadro 14 – Reconhecer-se como aprendiz na relação de supervisão

	N	Média	Desvio Padrão
Encarar a supervisão como oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento profissional	107	4,57	,585
Reflectir e autoavaliar-se no seu papel de supervisor clínico	107	4,52	,620

Conseguir identificar as suas potencialidades e fragilidades enquanto supervisor	107	4,60	,530
Tomar medidas para superar as suas fragilidades e procurar ajuda se necessário	107	4,54	,537
Reconhecer e aprofundar o valor epistemológico da supervisão	107	4,31	,706
N	107	4,51	

De forma geral, pode afirmar-se que os inquiridos se encontram em concordância com todas as competências previstas no questionário, ou seja, o supervisor clínico deve ter estas adquiridas e desenvolvidas de forma a permitir um período de integração eficaz e seguro para todos os envolvidos. Os domínios que assumiram médias gerais mais elevadas consistem em “Garantir uma autonomização gradual e segura do supervisionado, assistindo-o nesse processo” (4,48) e “Reconhecer-se como aprendiz na relação de supervisão” (4,51), enquanto que o domínio com média geral mais baixa consiste em “Enquadrar o exercício profissional do supervisionado nos referenciais da profissão” (4,31).

4.2.2 Competências a atingir pelo Enfermeiro Anestesiasta em Integração

É também questão de investigação deste estudo a identificação das competências a atingir pelos enfermeiros anestesiastas durante a integração profissional. Neste âmbito podemos salientar competências gerais a ser alcançadas por todos os enfermeiros anestesiastas e competências específicas a ser alcançadas pelos profissionais que exercem nessas especialidades anestésicas. Verifica-se que a análise da consistência interna do questionário, relativamente às competências gerais apresenta um α Cronbach de 0,991, e relativamente às competências específicas um α Cronbach de 0,986.

No primeiro domínio das competências gerais que incorpora a “Preparação do paciente para o bloco operatório”, os enfermeiros manifestaram-se em concordância com todos os itens. A competência com média mais elevada (4,65) e menor desvio padrão (0,497) consiste em “Conhecer princípios relacionados com a abordagem de uma via aérea potencialmente difícil para intubação e/ou ventilação”, enquanto que a competência com média mais baixa (4,42) consiste em “Compreender a abordagem, significado e limitações do score ASA”.

Quadro 15 – Preparação do paciente para o bloco operatório

	N	Média	Desvio Padrão
Compreender a abordagem, significado e limitações do score ASA	107	4,42	,583
Conhecer factores anestésicos na abordagem pré operatória	107	4,59	,531
Conhecer princípios relacionados com a abordagem de uma via aérea potencialmente difícil para entubação e/ou ventilação	107	4,65	,497
Indicar guidelines de jejum e respectivos aspectos clínicos	107	4,50	,620
Compreender as consequências anestésicas da obesidade	107	4,50	,556
Compreender o significado das investigações pré operatórias e demonstrar um nível básico de interpretação	107	4,45	,553
Compreender os princípios envolvidos na pré medicação e na terapia pré operatória	107	4,47	,555
Conhecer os papéis e responsabilidades da equipa do bloco operatório	107	4,63	,505
N	107	4,53	

O segundo domínio está relacionado com “Aspectos do cuidado ao paciente”, tendo os inquiridos manifestado concordância com todas as competências. A competência com média mais elevada (4,74) e desvio padrão mais baixo (0,467) corresponde a “Manter o conforto e dignidade do paciente durante o período perioperatório”, enquanto que a competência com média mais baixa (4,45) e desvio padrão mais elevado (0,690) corresponde a “Compreender os aspectos legais relacionados com o consentimento informado para anestesia e cirurgia”.

Quadro 16 – Aspectos do cuidado ao paciente

	N	Média	Desvio Padrão
Completar checklist pré operatória de rotina	107	4,66	,494
Compreender os aspectos legais relacionados com o consentimento informado para anestesia e cirurgia	107	4,45	,690
Abordar, planear, implementar e avaliar os cuidados perioperatórios	107	4,59	,549
Manter o conforto e dignidade do paciente durante o período perioperatório	107	4,74	,462
Reconhecer sinais de ansiedade, descrever os seus efeitos adversos e garantir segurança	107	4,60	,530

Demonstrar responsabilidade pessoal e profissional relativamente ao papel de enfermeiro anestesista	107	4,66	,513
Cuidar de pacientes confusos ou com incapacidade	107	4,60	,530
Abordar e cuidar de pacientes com dificuldades de aprendizagem	107	4,58	,550
Reconhecer a importância do controlo de infeção para a segurança e saúde do profissional e do paciente	107	4,73	,467
Abordar e cuidar de pacientes pediátricos e idosos	107	4,52	,649
N	107	4,61	

O próximo domínio está relacionado com “Envolvimento em procedimentos anestésicos comuns”. À exceção da primeira competência, todas as outras competências são significativas para os respondentes, tendo estes se manifestado em concordância. A primeira competência diz respeito a “Assistir o médico anestesista durante o estabelecimento de um acesso endovenoso periférico”, tendo os enfermeiros manifestado, na generalidade, indecisão por uma média de valor 3,90. De salientar, no entanto, que o desvio padrão deste item é elevado quando comparado com os restantes. A competência com média mais elevada (4,64) e menor desvio padrão (0,503) corresponde a “Compreender os princípios e riscos da sedação endovenosa”.

Quadro 17 – Envolvimento em procedimentos anestésicos comuns

	N	Média	Desvio Padrão
Assistir o médico anestesista durante o estabelecimento de um acesso endovenoso periférico	107	3,90	1,273
Imobilizar um cateter endovenoso ou de anestésico local	107	4,25	,912
Colocar um cateter endovenoso periférico	107	4,56	,517
Assistir o médico anestesista durante o estabelecimento de monitorização invasiva	107	4,44	,716
Compreender os princípios e riscos da sedação endovenosa	107	4,60	,530
Assistir no cuidado do paciente submetido a procedimentos sob sedação	107	4,64	,503
Conhecer anatomia básica relevante para anestesia espinha, epidural ou outra regional	107	4,53	,555
Assistir o médico anestesista durante o estabelecimento de anestesia regional	107	4,51	,589
Compreender os princípios da avaliação da extensão do bloqueio anestésico regional	107	4,57	,585
N	107	4,44	

O domínio seguinte incorpora o “Envolvimento na gestão da via aérea”, tendo os inquiridos, manifestado concordância com todas as competências, com uma média superior a 4. A competência com média mais elevada (4,64) e desvio padrão menor (0,503) corresponde a “Conhecer o protocolo de entubação difícil inesperada e entubação falhada”. De relevar que o item “Demonstrar habilidade para colocar uma máscara laríngea num paciente adulto”, apesar de assumir uma média de 4,01 tem um desvio padrão elevado (1,137) o que implica respostas menos uniformes.

Quadro 18 – Envolvimento na gestão da via aérea

	N	Média	Desvio Padrão
Reconhecer o papel do enfermeiro anestesista no estabelecimento da via aérea	107	4,60	,530
Conhecer a anatomia da via aérea superior	107	4,55	,570
Desobstruir a via aérea em situação de obstrução da via aérea superior	107	4,37	,734
Preparar o material e assistir o médico anestesista numa entubação traqueal de rotina	107	4,59	,513
Compreender as características dos equipamentos de fornecimento de oxigénio	107	4,55	,536
Conhecer detalhadamente características, indicações e modo de uso dos equipamentos/dispositivos de via aérea	107	4,52	,604
Calcular o tamanho e comprimento de tubos endotraqueais	107	4,21	,740
Descrever as características do insuflador manual, prepará-lo e usá-lo	107	4,49	,556
Preparar um trolley de entubação difícil	107	4,54	,537
Conhecer o protocolo de entubação difícil inesperada e entubação falhada	107	4,64	,503
Participar na indução de sequência rápida, incluindo pressão efectiva na cricóide	107	4,60	,530
Demonstrar habilidade para realizar qualquer uma das funções na ventilação manual com máscara a duas pessoas	107	4,54	,587
Preparar e assistir com anestesia local para, e no desempenho subsequente de, entubação por fibra óptica	107	4,45	,618
Assistir na indução inalatória	107	4,56	,535
Demonstrar habilidade para colocar uma máscara laríngea num paciente adulto	107	4,01	1,137
Assistir durante a cricotiroidotomia	107	4,42	,599

Assistir na gestão do paciente com coluna cervical instável	107	4,50	,589
N	107	4,48	

No domínio “Cuidados com a máquina anestésica, monitorização e equipamentos relacionados”, as competências assumem uma média superior ao valor 4, o que implica concordância por parte dos respondentes. A competência com média mais elevada (4,64) corresponde a “Preparar a máquina anestésica, efectuar os testes de funcionamento e segurança e registar esta informação” a par da competência “Conhecer os aspectos de segurança da máquina anestésica”. A competência com média mais baixa corresponde a “Descrever princípios de cálculo de perdas hemáticas intra-operatórias”.

Quadro 19 – Cuidados com a máquina anestésica, monitorização e equipamentos relacionados

	N	Média	Desvio Padrão
Preparar a máquina anestésica, efectuar os testes de funcionamento e segurança e registar esta informação	107	4,64	,519
Conhecer os aspectos de segurança da máquina anestésica	107	4,64	,503
Identificar sistemas ventilatórios comuns, referir a classificação Mapleson e suas características funcionais, verificar e assegurar para uso	107	4,38	,654
Compreender indicações e características da máquina ventilatória anestésica	107	4,51	,521
Identificar cilindros de gás, saber manuseá-los e armazená-los em segurança	107	4,43	,660
Conectar e desconectar em segurança os aportes de gás, manusear válvulas de emergência	107	4,51	,620
Identificar e corrigir problemas da máquina anestésica que possam ocorrer durante o uso	107	4,49	,664
Demonstrar habilidade para estabelecer correctamente uma monitorização de rotina	107	4,61	,579
Compreender gráficos e tendências anestésicas, registar dados fisiológicos	107	4,50	,620
Descrever princípios de monitorização da profundidade anestésica, incluindo aspectos de prevenção de awareness	107	4,36	,804
Descrever princípios de cálculo de perdas hemáticas intra-operatórias	107	4,33	,697

Conhecer aspectos de segurança eléctrica	107	4,44	,617
Descrever e implementar medidas de segurança necessárias durante o uso cirúrgico de equipamento de laser ou raios-X	107	4,50	,573
N	107	4,49	

O domínio seguinte engloba os “Cuidados com equipamento relevantes para a anestesia”, tendo as competências associadas sido assumidas como importantes ao assumirem uma média superior a 4. A competência com média mais elevada (4,67) e menor desvio padrão (0,471) corresponde a “Preparar equipamento para uma infusão endovenosa” enquanto que a competência com média menor (4,19) e desvio padrão superior (0,870) corresponde a “Gerir a introdução sistemática e cuidado de novos equipamentos anestésicos”.

Quadro 20 – Cuidados com equipamento relevantes para a anestesia

	N	Média	Desvio Padrão
Gerir a introdução sistemática e cuidado de novos equipamentos anestésicos	107	4,19	,870
Implementar precauções standard de controlo de infecção durante o manuseio de equipamento anestésico	107	4,53	,520
Compreender os factores a considerar no agendamento de manutenção de rotina do equipamento	107	4,32	,608
Identificar e gerir equipamento partido ou estragado	107	4,22	,769
Conhecer características e manusear seringas, agulhas e outros cortantes	107	4,62	,488
Preparar equipamento para uma infusão endovenosa	107	4,67	,471
Conhecer equipamento associado ao sangue e aos produtos de transfusão sanguínea	107	4,63	,486
Preparar um transdutor de pressão invasiva	107	4,51	,538
Descrever os princípios associados à avaliação da monitorização do bloqueio neuromuscular (TOF)	107	4,48	,588
Preparar e aplicar um estimulador de TOF	107	4,24	,787
Conhecer princípios da estimulação nervosa durante a anestesia local	107	4,31	,650
Avaliar glicemia capilar e descrever os riscos associados aos valores anormais	107	4,58	,550
Aplicar em segurança um eléctrodo diatérmico e removê-lo quando já não é necessário	107	4,38	,639
Descrever aspectos anestésicos de pacemakers	107	4,29	,752

Assistir na colocação de tubos nasogástricos	107	4,39	,749
Preparar, aplicar e monitorizar o uso de equipamento de garrote arterial	107	4,49	,620
N	107	4,43	

O próximo domínio implica a “Participação nos cuidados intra-operatórios ao paciente” e denota-se concordância com todas as competências. A competência com valor de média mais elevado (4,56) e menor desvio padrão (0,499) corresponde a “Compreender os princípios de, e participar na, manutenção da normotermia do paciente no intra operatório”, enquanto que a competência com menor média (4,41) e maior desvio padrão (0,739) corresponde a “Usar a mesa operatória e seus apoios”.

Quadro 21 – Participação nos cuidados intra-operatórios ao paciente

	N	Média	Desvio Padrão
Conhecer princípios de, e participar na, manutenção da normotermia do paciente no intra operatório	107	4,53	,520
Compreender os princípios de, e participar na, manutenção do balanço hídrico do paciente no intra operatório	107	4,56	,499
Usar a mesa operatória e seus apoios	107	4,41	,739
Conhecer a anatomia relevante para, e partilhar conhecimento, de riscos do posicionamento do paciente	107	4,53	,520
Posicionar pacientes em segurança para a cirurgia, incluindo transferência para a mesa operatória usando equipamento apropriado	107	4,55	,553
Enquanto membro da equipa perioperatória, reposicionar o paciente em posição supina ou decúbito lateral	107	4,47	,649
Compreender os riscos da trombose venosa profunda, os princípios da profilaxia e os equipamentos envolvidos	107	4,51	,589
Quantificar a viabilidade tecidual e implementar estratégias apropriadas de redução do risco	107	4,45	,648
N	107	4,50	

No domínio “Envolvimento com fármacos de rotina/fluidoterapia” os inquiridos continuaram a manifestar concordância em todos os itens, com médias sempre superiores a 4. A competência com média mais elevada (4,60) e menor desvio padrão (0,511) corresponde a “Compreender as indicações clínicas, necessidades de armazenamento, preparação clínica, etiquetagem e eliminação de fármacos relevantes

para a prática de anestesia”, enquanto que a competência com menor média (4,35) e maior desvio padrão (0,963) corresponde a “Calcular dosagens e concentrações apropriadas para uso clínico”.

Quadro 22 – Envolvimento com fármacos de rotina/fluidoterapia

	N	Média	Desvio Padrão
Aderir a políticas aprovadas de armazenamento de manuseio seguro de medicamentos, incluindo fármacos controlados	107	4,53	,538
Compreender os princípios de rotatividade do stock de fármacos para minimizar gastos	107	4,43	,568
Conhecer os riscos de poluição por agentes anestésicos	107	4,50	,539
Compreender a diferença clínica entre cristalóides e colóides	107	4,44	,602
Compreender os princípios envolvidos na administração segura de sangue e produtos sanguíneos a pacientes adultos e pediátricos	107	4,56	,517
Manter registos claros, recentes e completos de fármacos usados	107	4,55	,518
Calcular dosagens e concentrações apropriadas para uso clínico	107	4,35	,963
Compreender os princípios básicos da farmacologia	107	4,49	,589
Compreender as indicações clínicas, necessidades de armazenamento, preparação clínica, etiquetagem e eliminação de fármacos relevantes para a prática de anestesia	107	4,60	,511
Compreender os princípios da infusão controlada para anestesia e sedação (TCI)	107	4,48	,572
Preparar e usar equipamento de infusão controlada (TCI)	107	4,49	,538
Compreender os princípios da analgesia controlada pelo paciente (PCA)	107	4,42	,567
Preparar equipamento para analgesia controlada pelo paciente (PCA)	107	4,43	,601
Preparar equipamento para administração de fármacos por nebulização	107	4,45	,553
Preparar equipamento para infusão epidural	107	4,54	,537
N	107	4,48	

No domínio “Participação nos cuidados pós-operatórios ao paciente”, os respondentes manifestaram concordância com a totalidade das competências, com

médias superiores a 4. A competência com maior média (4,64) e menor desvio padrão (0,521) corresponde a “Transferir um paciente para a unidade de recuperação pós anestésica, sumariar aspectos clínicos relevantes dos cuidados pré e intra operatórios”, enquanto que a competência com menor média (4,06) e maior desvio padrão (1,097) corresponde a “Remover uma máscara laríngea”.

Quadro 23 – Participação nos cuidados pós-operatórios ao paciente

	N	Média	Desvio Padrão
Transferir um paciente para a unidade de recuperação pós anestésica, sumariar aspectos clínicos relevantes dos cuidados pré e intra operatórios	107	4,64	,521
Abordar sistematicamente o paciente na unidade de cuidados pós anestésicos respeitando ABC e usando monitorização apropriada	107	4,48	,678
Avaliar a dor pós operatória	107	4,51	,664
Avaliar as náuseas e vômitos pós operatórios	107	4,51	,678
Compreender as condições importantes que devem estar presentes antes da alta no dia da anestesia	107	4,47	,649
Inserir uma via aérea orofaríngea quando indicado e confirmar a sua eficácia	107	4,45	,704
Remover uma máscara laríngea	107	4,06	1,097
Assistir na remoção de um tubo endotraqueal	107	4,57	,585
N	107	4,46	

O último domínio das competências gerais a alcançar pelo enfermeiro anestesiasta em integração engloba o “Envolvimento na gestão da emergência”. Os inquiridos manifestaram-se em concordância com todos os itens, com médias superiores a 4. A competência com média mais elevada (4,68) e menor desvio padrão (0,525) corresponde a “Compreender os princípios da gestão do paciente em shock” enquanto que a competência com média mais baixa (4,27) e desvio padrão maior corresponde a “Descrever os princípios da transferência intra-hospitalar segura para exames ou tratamentos”.

Quadro 24 – Envolvimento na gestão da emergência

	N	Média	Desvio Padrão
Contactar profissionais experientes para auxílio	107	4,62	,543
Compreender os princípios da gestão do paciente em shock	107	4,68	,525

Compreender a gestão de: cianose, estridor/espasmo laríngeo, broncoespasmo, disritmias cardíacas, pneumotorax, espasmo do músculo masseter	107	4,62	,560
Implementar protocolos locais para gestão de hemorragia aguda grave	107	4,43	,660
Descrever detalhadamente a gestão do paciente com alergia ao latex	107	4,52	,538
Compreender a hipertermia maligna	107	4,54	,537
Realizar suporte imediato de vida	107	4,58	,533
Preparar um dreno sub aquático para tratamento de pneumotorax	107	4,47	,619
Reconhecer um incidente clínico ou quase falha e reportar por meios de informação local	107	4,46	,634
Compreender a importância das especificidades de situações emergentes nas diversas especialidades cirúrgicas e assumir uma abordagem sistemática	107	4,49	,556
Descrever os princípios da transferência intra-hospitalar segura para exames ou tratamentos	107	4,27	,734
N	107	4,52	

Relativamente às competências específicas a alcançar pelo enfermeiro anestesiasta em integração, o primeiro domínio está relacionado com a “Anestesia e analgesia obstétrica”. Responderam 89 inquiridos que manifestaram concordância com todas as competências, sendo a “Analgesia em trabalho de parto” que assume a média mais elevada (4,36) e um desvio padrão menor (0,626). A competência com menor média (4,22) consiste na relativa ao “Parto assistido (fórceps, ventosas)”.

Quadro 25 – Anestesia e analgesia obstétrica

	N	Média	Desvio Padrão
Fisiologia da gravidez	89	4,31	,667
Analgesia em trabalho de parto	89	4,36	,626
Profilaxia antiácida na paciente grávida e fármacos oitóticos	89	4,28	,674
Cesariana sob anestesia espinhal/epidural	89	4,31	,684
Cesariana sob anestesia geral	89	4,27	,670
Indicações para parto urgente	89	4,24	,723
Hipertensão/eclâmpsia induzidas pela gravidez	89	4,26	,666
Parto assistido (fórceps, ventosas)	89	4,22	,719
N	89	4,28	

O domínio seguinte diz respeito à “Otorrinolaringologia” ao qual responderam 95 enfermeiros. Denota-se concordância com a totalidade das competências, com valores de média superiores a 4. A competência com média mais elevada (4,36) corresponde a “Descrever a gestão anestésica da via aérea partilhada” enquanto que a competência com média menor (4,23) e com maior desvio padrão (0,831) corresponde a “Descrever os aspectos anestésicos da cirurgia laríngea, incluindo tubos Montandon (para cirurgia de cabeça e pescoço em pacientes traqueostomizados)”.

Quadro 26 - Otorrinolaringologia

	N	Média	Desvio Padrão
Descrever a gestão anestésica da via aérea partilhada	95	4,36	,582
Descrever as características, modo de uso e complicações associadas ao abre boca Boyle-Davis	95	4,27	,626
Descrever a gestão anestésica da traqueostomia, incluindo características de tubos de traqueostomia com e sem cuff	95	4,29	,770
Descrever os aspectos anestésicos da cirurgia laríngea, incluindo tubos Montandon (para cirurgia de cabeça e pescoço em pacientes traqueostomizados)	95	4,23	,831
Descrever aspectos anestésicos da cirurgia do ouvido interno	95	4,35	,579
Preparar equipamento para broncoscopia/microlaringoscopia	95	4,32	,640
N	95	4,30	

O próximo domínio relaciona-se com a “Anestesia cardíaca” ao qual responderam 90 inquiridos, sendo todas as competências valorizadas como importantes de adquirir. A competência com média mais elevada (4,48) e menor desvio padrão (0,545) corresponde a “Descrever os princípios de anticoagulação durante cirurgia cardíaca, incluindo monitorização e reversão”, enquanto que a competência que revelou menor média (4,22) e maior desvio padrão (0,715) corresponde a “Compreender como preparar cardioplegia”.

Quadro 27 – Anestesia cardíaca

	N	Média	Desvio Padrão
Conhecer aspectos anestésicos do bypass cardiopulmonar	90	4,34	,673

Compreender como preparar cardioplegia	90	4,22	,715
Descrever as características e gestão de arritmias major	90	4,33	,581
Descrever monitorização invasiva para cirurgia cardíaca	90	4,42	,580
Descrever os princípios de anticoagulação durante cirurgia cardíaca, incluindo monitorização e reversão	90	4,48	,545
Descrever aspectos anestésicos de cirurgia CAVG (coronary artery vein graft), cirurgia valvular e cirurgia de transplante	90	4,42	,636
N	90	4,39	

O domínio seguinte engloba aspectos de “Anestesia torácica” ao qual responderam 99 inquiridos que se manifestaram em concordância com todas as competências a alcançar. A competência com média mais elevada (4,46) corresponde a “Descrever aspectos anestésicos da anestesia a um só pulmão” enquanto que a que apresenta menor média (4,36) e maior desvio padrão (0,597) corresponde a “Descrever técnicas e equipamentos necessários para cirurgia torácica minor (ex. broncoscopia rígida)”.

Quadro 28 – Anestesia Torácica

	N	Média	Desvio Padrão
Descrever aspectos anestésicos da anestesia a um só pulmão	99	4,46	,577
Descrever aspectos anestésicos da analgesia torácica (ex. bloqueio epidural, paravertebral e intercostal)	99	4,42	,573
Identificar e descrever características dos tubos de duplo lúmen	99	4,41	,535
Descrever técnicas e equipamentos necessários para cirurgia torácica minor (ex. broncoscopia rígida)	99	4,36	,597
N	99	4,41	

No domínio das competências anestésicas específicas relacionadas com “Neurocirurgia”, responderam 96 inquiridos que mantiveram a concordância com a totalidade dos itens. A competência que apresenta média mais elevada (4,38) corresponde a “Descrever princípios envolvidos na gestão do aumento da PIC”, enquanto que a que apresenta menor média (4,28) corresponde a “Descrever a gestão de aneurismas”.

Quadro 29 - Neurocirurgia

	N	Média	Desvio Padrão
Descrever princípios envolvidos na gestão do aumento da PIC	96	4,38	,729
Descrever a prevenção de dano cerebral secundário	96	4,30	,756
Descrever a gestão de aneurismas	96	4,28	,721
N	96	4,32	

No domínio “Pediatria” surgiram 105 respostas, demonstrando concordância com a totalidade das competências a alcançar, com valor de média sempre superior a 4. A competência que apresenta média mais elevada (4,45) e menor desvio padrão (0,554) corresponde a “Compreender aspectos pediátricos de monitorização (incluindo temperatura)”, enquanto que a competência que apresenta menor média (4,34) corresponde a “Preparar equipamento para broncoscopia/microlaringoscopia pediátrica”.

Quadro 30 – Pediatria

	N	Média	Desvio Padrão
Compreender aspectos pediátricos de gestão da via aérea	105	4,41	,661
Compreender aspectos pediátricos da máquina anestésica	105	4,37	,576
Compreender aspectos pediátricos de monitorização (incluindo temperatura)	105	4,45	,554
Compreender aspectos clínicos da gestão de fluidos em pacientes pediátricos	105	4,43	,569
Compreender aspectos anestésicos de condições cirúrgicas emergentes específicas em neonatos	105	4,41	,567
Preparar equipamento para broncoscopia/microlaringoscopia pediátrica	105	4,34	,618
N	105	4,40	

Relativamente ao domínio “Anestesia em locais remotos” ao qual responderam 101 inquiridos, apesar da média se manter acima do valor 4, ou seja, em concordância com as competências, surgem vários itens nos quais o desvio padrão é elevado ao contrário do encontrado nas outras questões do estudo. Este facto pode levar a ponderar a eventual possibilidade de problemas na interpretação nestes itens de anestesia praticada em locais remotos, ou seja, fora do local de exercício habitual do profissional. A competência com valor de média mais elevado (4,36) e menor desvio padrão (0,626)

corresponde a “Ter consciência do aumento do risco para o paciente em áreas remotas, relativamente ao aporte de oxigénio”, enquanto que a competência que assume menor média (4,07) corresponde a “Ter consciência da lei sobre Saúde Mental (consentimento, direitos, confidencialidade) ”.

Quadro 31 – Anestesia em locais remotos

	N	Média	Desvio Padrão
Descrever os problemas associados à anestesia em locais isolados	101	4,28	,680
Descrever os princípios de anestesia para imagiologia por ressonância magnética	101	4,21	,739
Descrever as dificuldades do cuidado perioperatório em locais isolados	101	4,29	,739
Ter consciência do aumento do risco para o paciente em áreas remotas, relativamente ao aporte de oxigénio	101	4,36	,626
Descrever os princípios de segurança durante procedimentos com raios-X	101	4,26	,702
Ter consciência da lei sobre Saúde Mental (consentimento, direitos, confidencialidade)	100	4,07	,832
Compreender os riscos físicos para o paciente que vai receber terapia electroconvulsiva	100	4,28	,726
Compreender a resposta fisiológica à terapia electroconvulsiva	100	4,21	,756
Demonstrar consciência dos requisitos de acreditação para terapia electroconvulsiva	100	4,10	,847
N	100	4,23	

O domínio seguinte relaciona-se com os aspectos anestésicos inerentes à cirurgia “Maxilo-facial” e incorpora apenas uma competência relativamente à qual responderam 103 inquiridos, em concordância com a mesma, com uma média de 4,37.

Quadro 32 – Maxilo-facial

	N	Média	Desvio Padrão
Conhecer aspectos anestésicos relevantes de cirurgia por dano facial	103	4,37	,594
N	103	4,37	

Ao domínio da anestesia relacionado com pacientes “Queimados” foram obtidas 86 respostas que revelaram concordância com as competências propostas. A competência com média mais elevada (4,30) corresponde a “Descrever a fisiologia de pacientes queimados (incluindo inalação de fumo)”, enquanto que a que revelou menor média (4,28) e maior desvio padrão (0,697) corresponde a “Compreender os princípios da administração de analgesia a pacientes queimados”.

Quadro 33 – Queimados

	N	Média	Desvio Padrão
Descrever a fisiologia de pacientes queimados (incluindo inalação de fumo)	86	4,30	,687
Compreender os princípios da administração de analgesia a pacientes queimados	86	4,28	,697
Descrever os princípios da gestão de fluidos em pacientes queimados	86	4,29	,648
N	86	4,29	

O último domínio das competências específicas engloba a “Transferência inter e intra-hospitalar do paciente adulto” ao qual responderam 104 inquiridos que mantiveram a concordância em todos os itens, com valores de média superior a 4. A competência com maior valor de média (4,42) corresponde a “Compreender a importância da comunicação associada à transferência inter hospitalar de pacientes”, enquanto que a competência com menor média (4,20) corresponde a “Descrever os princípios anestésicos da transferência de pacientes por ar”.

Quadro 34 – Transferência inter e intra-hospitalar do paciente adulto

	N	Média	Desvio Padrão
Descrever os princípios da preparação e estabilização do paciente adulto antes da transferência	104	4,38	,543
Descrever os princípios e dificuldades de monitorização do paciente adulto criticamente doente durante a transferência inter e intra hospitalar	104	4,36	,520
Descrever os princípios anestésicos da transferência de pacientes por estrada	103	4,23	,645
Descrever os princípios anestésicos da transferência de pacientes por ar	103	4,20	,691

Compreender a importância da comunicação associada à transferência inter hospitalar de pacientes	103	4,42	,569
N	103	4,32	

Das competências gerais e específicas a atingir pelo enfermeiro anestesiasta em integração pode afirmar-se que, na generalidade, os inquiridos concordam com todas as propostas, apesar de existirem alguns itens relativamente aos quais houve menos uniformização das respostas, revelando um desvio padrão superior. A menor uniformização nestes itens pode estar relacionada com aspectos muito específicos que, na realidade portuguesa, não são praticados pela maioria dos enfermeiros ou em outros casos pode estar associada a dificuldade na interpretação de uma ou outra competência descrita com termos demasiado técnicos. Verifica-se ainda que as competências gerais assumem médias gerais superiores às competências específicas. Salienta-se como domínio das competências gerais o relativo aos “Aspectos do cuidados ao paciente” com média geral de 4,61 e como domínio das competências específicas, o relativo à “Anestesia torácica” com média geral de 4,41.

4.2.3 Competências gerais e específicas determinantes que devem ser incluídas num Referencial de Competências a atingir durante a Integração Profissional de Enfermeiros Anestesiastas

Outra questão de investigação deste estudo visa a identificação das competências gerais e específicas que, na perspectiva dos inquiridos, são determinantes e devem ser incluídas num referencial de competências a atingir na integração profissional de enfermeiros anestesiastas. Para este efeito procedeu-se à análise factorial que consiste numa “técnica de análise exploratória de dados que tem por objectivo descobrir e analisar a estrutura de um conjunto de variáveis interrelacionadas de modo a construir uma escala de medida para factores (intrínsecos) que de alguma forma (mais ou menos explícita) controlam as variáveis originais” (Moroco, 2003, p.261). Pode ainda afirmar-se que a análise factorial “usa as correlações observadas entre as variáveis originais para estimar o(s) factor(es) comum(ns) e as relações estruturais que ligam os factores (latentes) às variáveis” (Moroco, 2003, p.261).

Para verificar se as correlações entre as variáveis originais são suficientemente elevadas para que a análise factorial tenha utilidade na estimação de factores comuns, é utilizado o teste de esfericidade de Bartlett que testa a hipótese nula de que a matriz de correlação original é uma matriz de identidade (Moroco, 2003, p.267). Uma vez que este

teste é sensível à dimensão da amostra, é adicionalmente utilizado outro teste que permite avaliar a qualidade dos dados, nomeadamente a medida da adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Este teste é uma medida da homogeneidade das variáveis que compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis (Moroco, 2003, p.267). De forma geral, são aceites como valores de KMO os seguintes (Moroco, 2003, p.268):

Valor de KMO	Recomendação relativamente à análise factorial
]0,9 – 1,0]	Excelente
]0,8 – 0,9]	Boa
]0,7 – 0,8]	Média
]0,6 – 0,7]	Medíocre
]0,5 – 0,6]	Mau mas ainda aceitável
≤ 0,5	Inaceitável

Após obtenção das matrizes, sua rotação pelo método Varimax, para ser possível interpretar os factores comuns, redistribuindo a variância pelos mesmos e estimação das comunalidades, são seleccionados os componentes a reter segundo a regra do valor próprio (Eigenvalue) superior a 1 e pelo Scree Plot, retendo os factores que se encontram antes da inflexão da curva.

Relativamente às competências a atingir pelo enfermeiro anestesista em integração verificamos a existência de apenas um factor na maioria dos domínios, com testes de Bartlett sempre inferiores a 0,000 e KMO superiores a 0,7 suportando desta forma o formato do referencial já existente.

No primeiro domínio relativo à “Preparação do paciente para o bloco operatório” verifica-se um valor de KMO de 0,877 e Bartlett de 0,000, existindo um factor que explica 66,6% da variância total como se verifica no quadro seguinte:

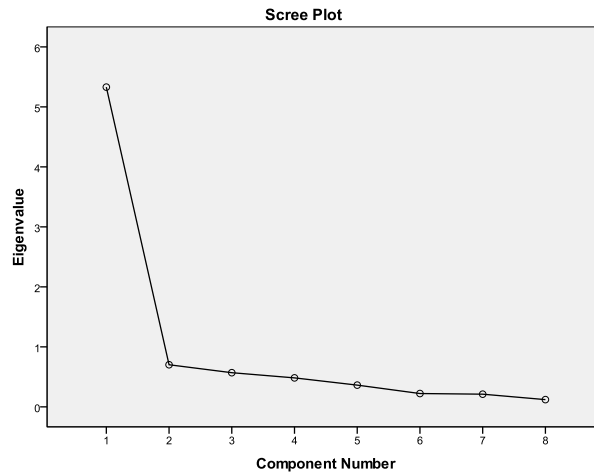
Quadro 35 – Variância Total de Preparação do paciente para o bloco operatório

Componente	Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% de Variância	% Acumulada
1	5,329	66,617	66,617

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Ao analisar o gráfico Scree Plot, confirma-se a existência do referido factor a reter antes da inflexão da curva:

Gráfico 5 – Scree Plot de Preparação do paciente para o bloco operatório



Verifica-se a manutenção de todos os itens do questionário no referido factor, pelo que relativamente a este domínio, na perspectiva dos inquiridos, são mantidas todas as competências.

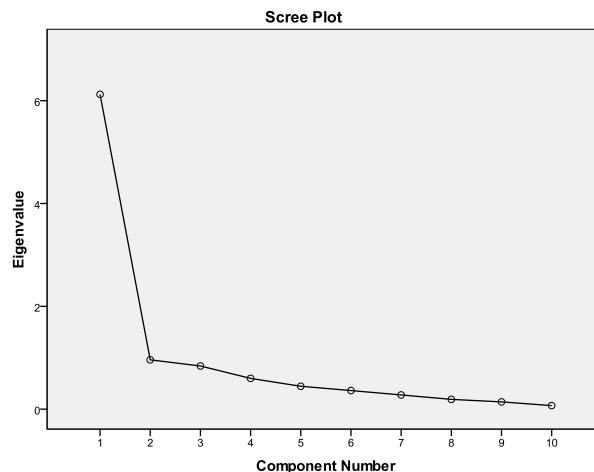
O segundo domínio relativo a “Aspectos do cuidado ao paciente” evidencia um valor de KMO de 0,876 e de Bartlett de 0,000, verificando-se a existência de um factor que explica 61,2% da variância total existente como se verifica no quadro seguinte:

Quadro 36 – Variância Total de Aspectos do cuidado ao paciente

Componente	Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% de Variância	% Acumulada
1	6,122	61,222	61,222

Ao analisar o gráfico Scree Plot, confirma-se a existência do referido factor a reter antes da inflexão da curva:

Gráfico 6 – Scree Plot de Aspectos do cuidado ao paciente



Confirma-se a inclusão de todos os itens do questionário, não sendo possível, na perspectiva dos inquiridos, reduzir o nível de competências a atingir relativas a este domínio.

No terceiro domínio “Envolvimento em procedimentos anestésicos comuns” que evidencia um valor de KMO de 0,854 e Bartlett de 0,000, verifica-se a existência de dois factores que explicam 76,8% da variância total existente como se verifica no quadro seguinte:

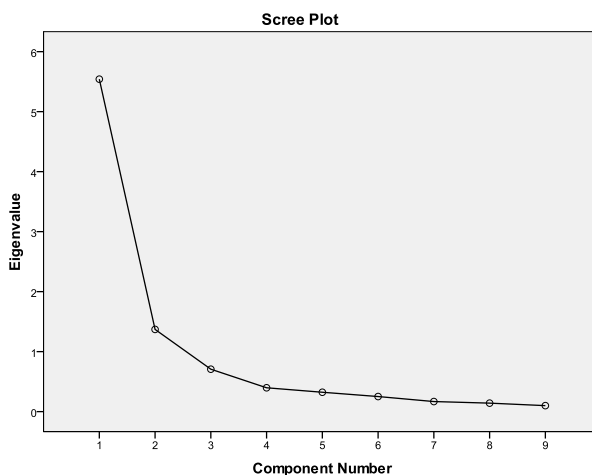
Quadro 37 – Variância Total de Envolvimento em procedimentos anestésicos comuns

Componente	Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% de Variância	% Acumulada
1	4,447	49,408	49,408
2	2,465	27,392	76,800

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Ao analisar o gráfico Scree Plot, confirma-se a existência dos referidos dois factores a reter antes da inflexão da curva:

Gráfico 7 – Scree Plot de Envolvimento em procedimentos anestésicos comuns



Na matriz rodada verifica-se que o primeiro factor engloba 6 itens mais direccionados para a **Vertente teórica** e o segundo factor engloba os restantes itens mais direccionados para os **Cuidados directos ao paciente**, não havendo, na perspectiva dos inquiridos, exclusão de competências relativas a este domínio.

Quadro 38 – Matriz Rodada de Envolvimento em procedimentos anestésicos comuns

	Componente	
	1	2
Compreender os princípios e riscos da sedação endovenosa	,878	
Compreender os princípios da avaliação da extensão do bloqueio anestésico regional	,865	
Assistir no cuidado do paciente submetido a procedimentos sob sedação	,856	
Conhecer anatomia básica relevante para anestesia espinha, epidural ou outra regional	,837	
Assistir o médico anestesiasta durante o estabelecimento de anestesia regional	,771	
Colocar um cateter endovenoso periférico	,770	
Assistir o médico anestesiasta durante o estabelecimento de um acesso endovenoso periférico		,913
Imobilizar um cateter endovenoso ou de anestésico local		,890
Assistir o médico anestesiasta durante o estabelecimento de monitorização invasiva		,669

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 3 iterations.

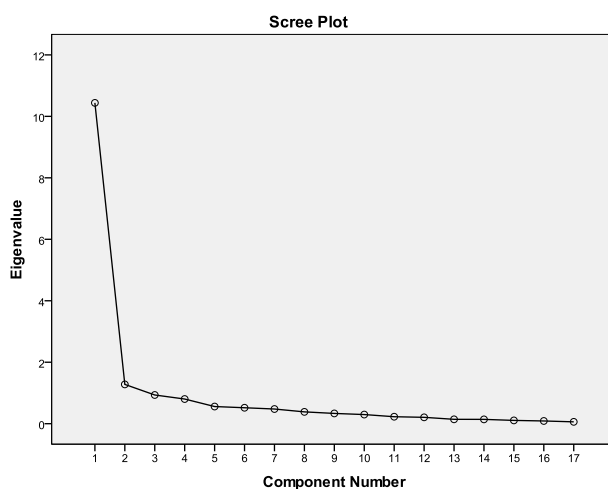
No quarto domínio relativo ao “Envolvimento na gestão da via aérea”, que denota um valor de KMO de 0,893 e Bartlett de 0,000, verifica-se a existência de dois factores que explicam 68,926% da variância total existente.

Quadro 39 – Variância Total de Envolvimento na gestão da via aérea

Componente	Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %
1	7,051	41,475	41,475
2	4,667	27,451	68,926

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Ao analisar o gráfico Scree Plot, confirma-se a existência dos referidos dois factores a reter antes da inflexão da curva:

Gráfico 8 – Scree Plot de Envolvimento na gestão da via aérea

Na matriz rodada verifica-se que o primeiro factor engloba 9 itens mais relacionados com **Funções fundamentais** e o segundo engloba 4 itens mais relacionado com **Funções avançadas** que não são rotineiramente efectuadas mas que podem ser úteis em situações emergentes. Alguns itens demonstram correlação com ambos os factores.

Quadro 40 – Matriz Rodada de Envolvimento na gestão da via aérea

	Componente	
	1	2
Preparar o material e assistir o médico anestesista numa entubação traqueal de rotina	,850	
Participar na indução de sequência rápida, incluindo pressão efectiva na cricóide	,827	
Reconhecer o papel do enfermeiro anestesista no estabelecimento da via aérea	,806	
Preparar um trolley de entubação difícil	,787	
Demonstrar habilidade para realizar qualquer uma das funções na ventilação manual com máscara a duas pessoas	,781	
Assistir na indução inalatória	,739	
Compreender as características dos equipamentos de fornecimento de oxigénio	,678	,534
Assistir durante a cricotiroidotomia	,651	,520
Conhecer o protocolo de entubação difícil inesperada e entubação falhada	,641	,618
Preparar e assistir com anestesia local para, e no desempenho subsequente de, entubação por fibra óptica	,634	
Assistir na gestão do paciente com coluna cervical instável	,618	
Conhecer a anatomia da via aérea superior	,560	

Demonstrar habilidade para colocar uma máscara laríngea num paciente adulto		,903
Calcular o tamanho e comprimento de tubos endotraqueais		,732
Conhecer detalhadamente características, indicações e modo de uso dos equipamentos/dispositivos de via aérea		,730
Descrever as características do insuflador manual, prepará-lo e usá-lo	,524	,653
Desobstruir a via aérea em situação de obstrução da via aérea superior		,594

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 3 iterations.

A análise factorial do domínio “Cuidados com a máquina anestésica, monitorização e equipamentos relacionados” revelou um valor de KMO 0,889 e Bartlett de 0,000 e verifica-se a existência de dois factores que explicam 73,8% da variância total existente.

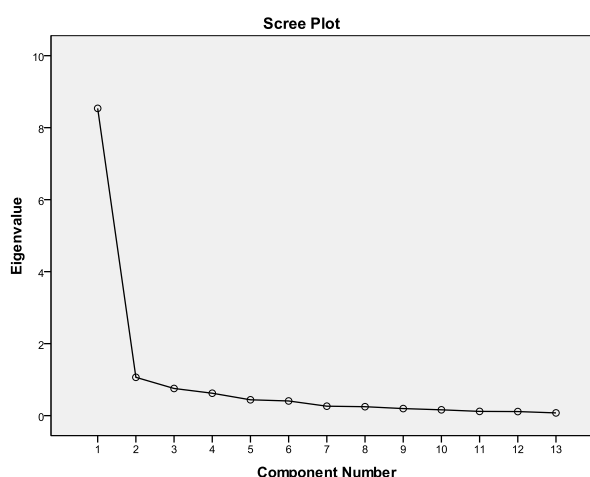
Quadro 41 – Variância Total de Cuidados com a máquina anestésica, monitorização e equipamentos relacionados

Componente	Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %
1	5,794	44,570	44,570
2	3,807	29,285	73,854

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Ao analisar o gráfico Scree Plot, confirma-se a existência dos referidos dois factores a reter antes da inflexão da curva:

Gráfico 9 – Scree Plot de Cuidados com a máquina anestésica, monitorização e equipamentos relacionados



Na matriz rodada verifica-se que o primeiro factor engloba 7 itens mais relacionados com aspectos de **Segurança de equipamentos** e o segundo factor engloba 3 itens mais direccionados para os aspectos de **Segurança do paciente**. Alguns itens demonstram correlação com ambos os factores.

Quadro 42 – Matriz Rodada de Cuidados com a máquina anestésica, monitorização e equipamentos relacionados

	Componente	
	1	2
Identificar cilindros de gás, saber manuseá-los e armazená-los em segurança	,886	
Conhecer aspectos de segurança eléctrica	,822	
Conectar e desconectar em segurança os aportes de gás, manusear válvulas de emergência	,811	
Descrever e implementar medidas de segurança necessárias durante o uso cirúrgico de equipamento de laser ou raios-X	,798	
Identificar e corrigir problemas da máquina anestésica que possam ocorrer durante o uso	,705	,550
Demonstrar habilidade para estabelecer correctamente uma monitorização de rotina	,694	,557
Conhecer os aspectos de segurança da máquina anestésica	,684	
Compreender indicações e características da máquina ventilatória anestésica	,679	
Compreender gráficos e tendências anestésicas, registar dados fisiológicos	,665	,601
Preparar a máquina anestésica, efectuar os testes de funcionamento e segurança e registar esta informação	,643	
Descrever princípios de monitorização da profundidade anestésica, incluindo aspectos de prevenção de awareness		,858
Descrever princípios de cálculo de perdas hemáticas intra-operatórias		,817
Identificar sistemas ventilatórios comuns, referir a classificação Mapleson e suas características funcionais, verificar e assegurar para uso		,681

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 3 iterations.

O domínio “Cuidados com equipamento relevantes para a anestesia” revelou um valor de KMO de 0,892 e Bartlett 0,000 e verifica-se a existência de dois factores que explicam 69,3% da variância total existente conforme mostra o seguinte quadro:

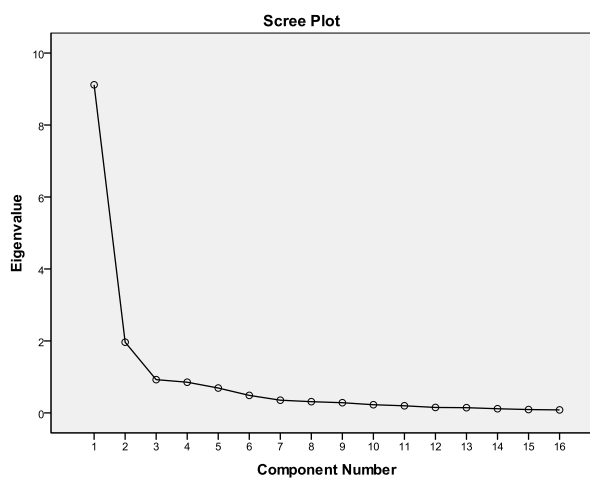
Quadro 43 – Variância Total de Cuidados com equipamento relevantes para a anestesia

Componente	Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% de Variância	% Acumulada
1	7,985	49,908	49,908
2	3,097	19,357	69,265

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Ao analisar o gráfico Scree Plot, confirma-se a existência dos referidos dois factores a reter antes da inflexão da curva:

Gráfico 10 – Scree Plot de Cuidados com equipamento relevantes para a anestesia



Na matriz rodada verifica-se que o primeiro factor engloba 12 itens mais relacionados com a **Gestão diária do equipamento** e o segundo com 4 itens mais relacionados com a **Identificação de danos, manutenção e introdução de novos equipamentos**.

Quadro 44 – Matriz Rodada de Cuidados com equipamento relevantes para a anestesia

	Componente	
	1	2

Conhecer equipamento associado ao sangue e aos produtos de transfusão sanguínea	,894	
Avaliar glicemia capilar e descrever os riscos associados aos valores anormais	,881	
Preparar, aplicar e monitorizar o uso de equipamento de garrote arterial	,862	
Preparar equipamento para uma infusão endovenosa	,838	
Conhecer características e manusear seringas, agulhas e outros cortantes	,829	
Preparar um transducer de pressão invasiva	,809	
Descrever os princípios associados à avaliação da monitorização do bloqueio neuromuscular (TOF)	,798	
Aplicar em segurança um eléctrodo diatérmico e removê-lo quando já não é necessário	,778	
Implementar precauções standard de controlo de infecção durante o manuseio de equipamento anestésico	,765	
Preparar e aplicar um estimulador de TOF	,715	
Conhecer princípios da estimulação nervosa durante a anestesia local	,703	
Assistir na colocação de tubos nasogástricos	,592	
Gerir a introdução sistemática e cuidado de novos equipamentos anestésicos		,925
Identificar e gerir equipamento partido ou estragado		,873
Compreender os factores a considerar no agendamento de manutenção de rotina do equipamento		,680
Descrever aspectos anestésicos de pacemakers		,546

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 3 iterations.

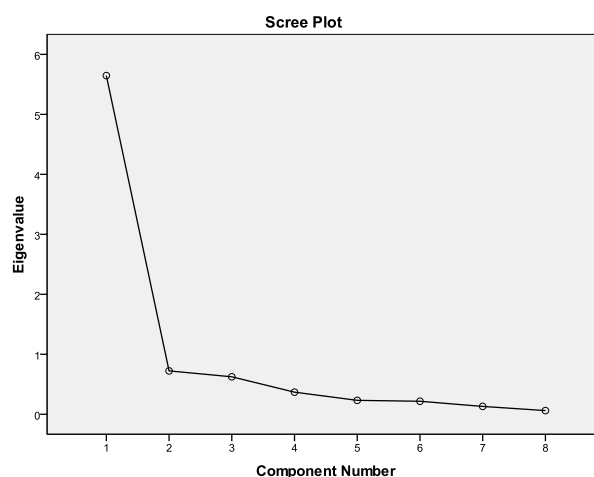
A análise factorial do domínio “Participação nos cuidados intra-operatórios ao paciente” evidenciou um valor de KMO de 0,858 e Bartlett de 0,000 e verifica-se a existência de um factor que explica 70,6% da variância total existente.

Quadro 45 – Variância Total de Participação nos cuidados intra-operatórios ao paciente

Componente	Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% de Variância	% Acumulada
1	5,646	70,575	70,575

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Ao analisar o gráfico Scree Plot, confirma-se a existência do referido factor a reter antes da inflexão da curva:

Gráfico 11 – Scree Plot de Participação nos cuidados intra-operatórios ao paciente

Confirma-se a inclusão de todos os itens do questionário, não sendo possível, na perspectiva dos inquiridos, reduzir o nível de competências a atingir relativas a este domínio.

A análise factorial do domínio “Envolvimento com fármacos de rotina/fluidoterapia” evidenciou um valor de KMO de 0,893 e Bartlett de 0,000 e verifica-se a existência de dois factores que explicam 77,1% da variância total existente

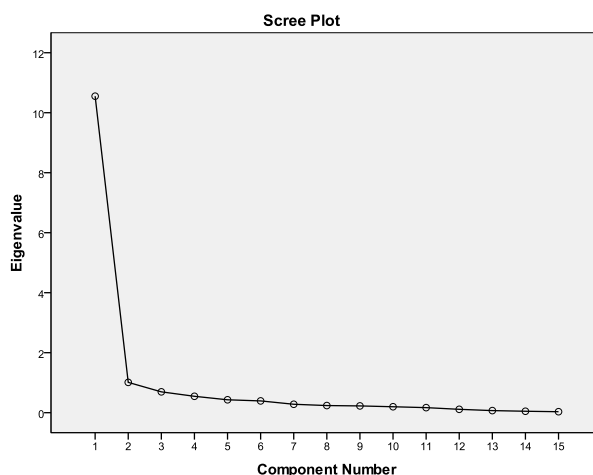
Quadro 46 – Variância Total de Envolvimento com fármacos de rotina/fluidoterapia

Componente	Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %
1	6,213	41,417	41,417
2	5,350	35,663	77,081

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Ao analisar o gráfico Scree Plot, confirma-se a existência dos referidos dois factores a reter antes da inflexão da curva:

Gráfico 12 – Scree Plot de Envolvimento com fármacos de rotina/fluidoterapia



Na matriz rodada verifica-se que o primeiro factor engloba 4 itens mais relacionados com a **Preparação de equipamento** e o segundo com 4 itens mais relacionados com **Conhecimentos e registos de fármacos**. Alguns itens demonstram correlação com ambos os factores.

Quadro 47 – Matriz Rodada de Envolvimento com fármacos de rotina/fluidoterapia

	Componente	
	1	2
Compreender os princípios da analgesia controlada pelo paciente (PCA)	,926	
Preparar equipamento para analgesia controlada pelo paciente (PCA)	,874	
Preparar e usar equipamento de infusão controlada (TCI)	,820	
Preparar equipamento para administração de fármacos por nebulização	,811	
Compreender os princípios da infusão controlada para anestesia e sedação (TCI)	,703	,542
Compreender os princípios de rotatividade do stock de fármacos para minimizar gastos	,685	,504
Preparar equipamento para infusão epidural	,657	,639
Compreender a diferença clínica entre cristalóides e colóides	,602	,592
Compreender os princípios envolvidos na administração segura de sangue e produtos sanguíneos a pacientes adultos e pediátricos		,802
Calcular dosagens e concentrações apropriadas para uso clínico		,790
Aderir a políticas aprovadas de armazenamento de manuseio seguro de medicamentos, incluindo fármacos controlados		,732
Conhecer os riscos de poluição por agentes anestésicos	,555	,707
Manter registos claros, recentes e completos de fármacos usados		,702
Compreender os princípios básicos da farmacologia	,551	,665
Compreender as indicações clínicas, necessidades de armazenamento, preparação clínica, etiquetagem e eliminação de fármacos relevantes para a prática de anestesia	,541	,592

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 3 iterations.

No domínio “Participação nos cuidados pós-operatórios ao paciente”, a análise factorial revelou um valor de KMO de 0,824 e Bartlett de 0,000 e verifica-se a existência de dois factores que explicam 74,5% da variância total existente.

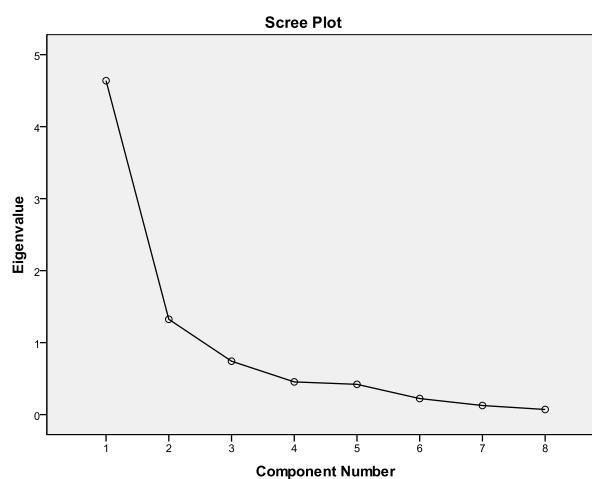
Quadro 48 – Variância Total de Participação nos cuidados pós-operatórios ao paciente

Component	Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3,813	47,657	47,657
2	2,150	26,873	74,530

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Ao analisar o gráfico Scree Plot, confirma-se a existência dos referidos dois factores a reter antes da inflexão da curva:

Gráfico 13 – Scree Plot de Participação nos cuidados pós-operatórios ao paciente



Na matriz rodada verifica-se que o primeiro factor engloba 4 itens mais relacionados com a **Avaliação sistémica** e o segundo com 3 itens mais relacionados com a **Gestão da via aérea**. Um item demonstra correlação com ambos os factores.

Quadro 49- Matriz Rodada de Participação nos cuidados pós operatórios ao paciente

	Componente	
	1	2
Avaliar as náuseas e vômitos pós operatórios	,948	
Avaliar a dor pós operatória	,921	
Compreender as condições importantes que devem estar presentes antes da alta no dia da anestesia	,918	
Abordar sistematicamente o paciente na unidade de cuidados pós anestésicos respeitando ABC e usando monitorização apropriada	,808	
Transferir um paciente para a unidade de recuperação pós anestésica, sumariar aspectos clínicos relevantes dos cuidados pré e intra operatórios	,567	,510
Inserir uma via aérea orofaríngea quando indicado e confirmar a sua eficácia		,830
Remover uma máscara laríngea		,797
Assistir na remoção de um tubo endotraqueal		,643

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 3 iterations.

A análise factorial do domínio “Envolvimento na gestão da emergência” revelou um valor de KMO de 0,890 e Bartlett de 0,000 e verifica-se a existência de um factor que explica 61,1% da variância total existente.

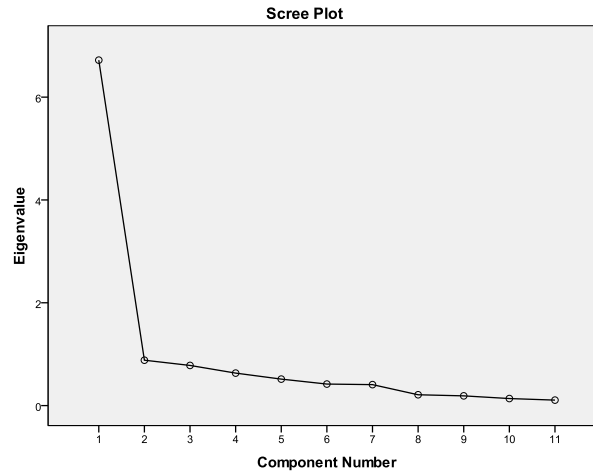
Quadro 50 – Variância Total de Envolvimento na gestão da emergência

Componente	Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% de Variância	% Acumulada
1	6,720	61,088	61,088

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Ao analisar o gráfico Scree Plot, confirma-se a existência do referido factor a reter antes da inflexão da curva:

Gráfico 14 – Scree Plot de Envolvimento na gestão da emergência



Confirma-se a inclusão de todos os itens do questionário, não sendo possível, na perspectiva dos inquiridos, reduzir o nível de competências a atingir relativas a este domínio.

A análise factorial do domínio “Anestesia e analgesia obstétrica” revelou um valor de KMO de 0,872 e Bartlett de 0,000 e verifica-se a existência de um factor que explica 84,9% da variância total existente.

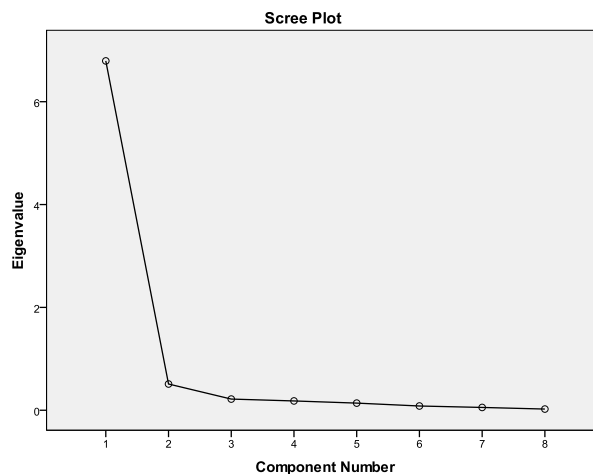
Quadro 51 – Variância Total de Anestesia e analgesia obstétrica

Componente	Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% de Variância	% Acumulada
1	6,793	84,914	84,914

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Ao analisar o gráfico Scree Plot, confirma-se a existência do referido factor a reter antes da inflexão da curva:

Gráfico 15 – Scree Plot de Anestesia e analgesia obstétrica



Confirma-se a inclusão de todos os itens do questionário, não sendo possível, na perspectiva dos inquiridos, reduzir o nível de competências a atingir relativas a este domínio.

A análise factorial do domínio “Otorrinolaringologia” revelou um valor de KMO de 0,703 e Bartlett de 0,000 e verifica-se a existência de um factor a que explica 66,9% da variância total existente.

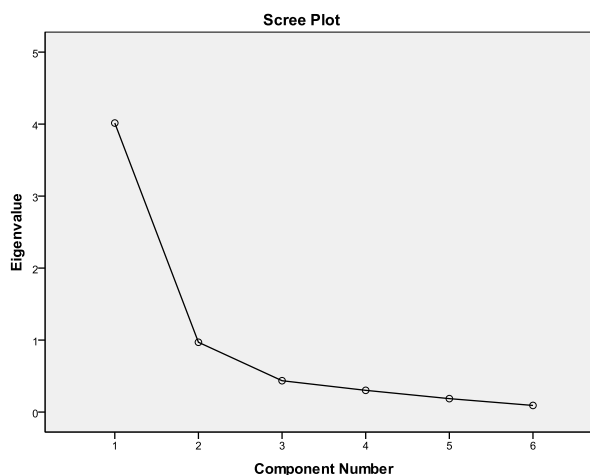
Quadro 52 – Variância Total de Otorrinolaringologia

Componente	Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% de Variância	% Acumulada
1	4,015	66,911	66,911

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Ao analisar o gráfico Scree Plot, confirma-se a existência do referido factor a reter antes da inflexão da curva:

Gráfico 16 – Scree Plot de Otorrinolaringologia



Confirma-se a inclusão de todos os itens do questionário, não sendo possível, na perspectiva dos inquiridos, reduzir o nível de competências a atingir relativas a este domínio.

A análise do domínio “Anestesia cardíaca” revelou um valor de KMO de 0,847 e Bartlett de 0,000 e verifica-se a existência de um factor que explica 80,5% da variância total existente.

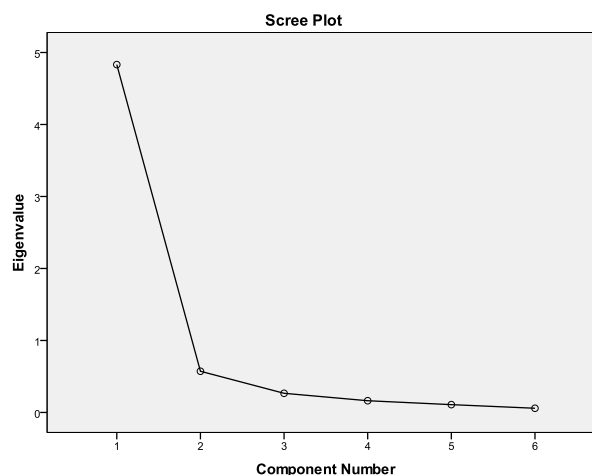
Quadro 53 – Variância Total de Anestesia Cardíaca

Componente	Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% de Variância	% Acumulada
1	4,832	80,528	80,528

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Ao analisar o gráfico Scree Plot, confirma-se a existência do referido factor a reter antes da inflexão da curva:

Gráfico 17 – Scree Plot de Anestesia Cardíaca



Confirma-se a inclusão de todos os itens do questionário, não sendo possível, na perspectiva dos inquiridos, reduzir o nível de competências a atingir relativas a este domínio.

A análise factorial do domínio “Anestesia torácica” revelou um valor de KMO de 0,865 e Bartlett de 0,000 e verifica-se a existência de um factor que explica 85,9% da variância total existente.

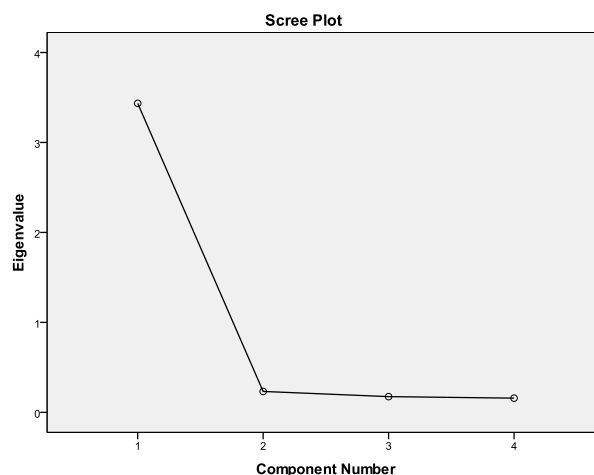
Quadro 54 – Variância Total de Anestesia torácica

Componente	Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% de Variância	% Acumulada
1	3,435	85,866	85,866

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Ao analisar o gráfico Scree Plot, confirma-se a existência do referido factor a reter antes da inflexão da curva:

Gráfico 18 – Scree Plot de Anestesia Torácica



Confirma-se a inclusão de todos os itens do questionário, não sendo possível, na perspectiva dos inquiridos, reduzir o nível de competências a atingir relativas a este domínio.

A análise factorial do domínio “Neurocirurgia” revelou um valor de KMO de 0,754 e Bartlet de 0,000 e verifica-se a existência de dois factores que explicam 89,1% da variância total existente.

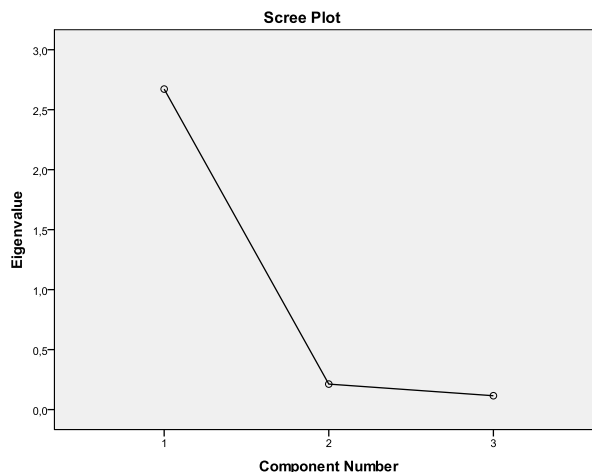
Quadro 55 – Variância Total de Neurocirurgia

Componente	Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% de Variância	% Acumulada
1	2,672	89,066	89,066

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Ao analisar o gráfico Scree Plot, confirma-se a existência do referido factor a reter antes da inflexão da curva:

Gráfico 19 – Scree Plot de Neurocirurgia



Confirma-se a inclusão de todos os itens do questionário, não sendo possível, na perspectiva dos inquiridos, reduzir o nível de competências a atingir relativas a este domínio.

A análise factorial do domínio “Pediatria” revelou um valor de KMO de 0,848 e Bartlett de 0,000 e verifica-se a existência de um factor que explica 81,1% da variância total existente.

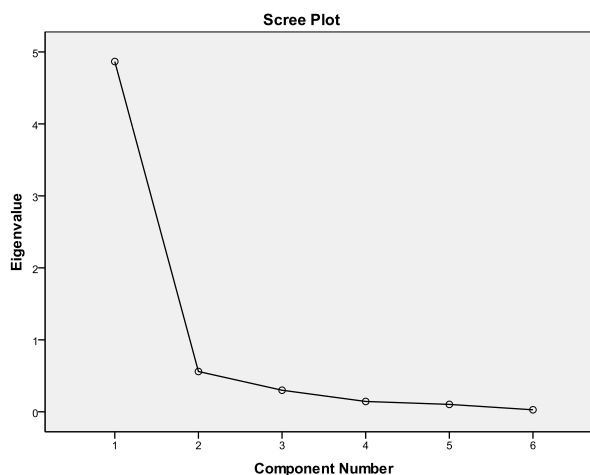
Quadro 56 – Variância Total de Pediatria

Componente	Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% de Variância	% Acumulada
1	4,866	81,106	81,106

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Ao analisar o gráfico Scree Plot, confirma-se a existência do referido factor a reter antes da inflexão da curva:

Gráfico 20 – Scree Plot de Pediatria



Confirma-se a inclusão de todos os itens do questionário, não sendo possível, na perspectiva dos inquiridos, reduzir o nível de competências a atingir relativas a este domínio.

A análise factorial do domínio “Anestesia em locais remotos”, revelou um valor de KMO de 0,886 e Bartlett de 0,000 e verifica-se a existência de dois factores que explicam 89,9% da variância total existente, conforme demonstra o seguinte quadro:

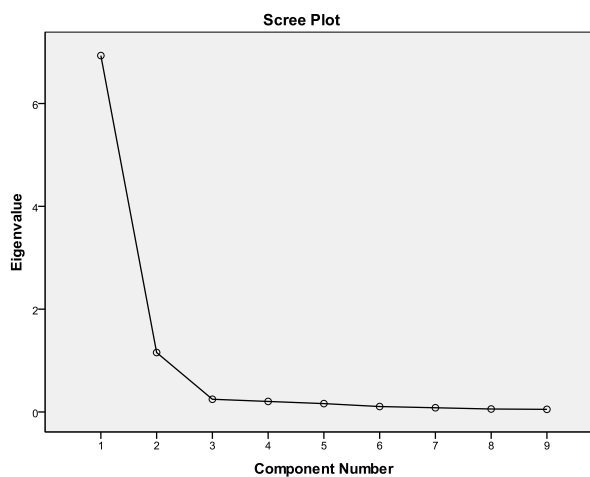
Quadro 57 – Variância Total de Anestesia em locais remotos

Componente	Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% de Variância	% Acumulada
1	4,337	48,188	48,188
2	3,752	41,688	89,876

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Ao analisar o gráfico Scree Plot, confirma-se a existência dos referidos dois factores a reter antes da inflexão da curva:

Gráfico 21 – Scree Plot de Anestesia em locais remotos



Na matriz rodada verifica-se que o primeiro factor engloba 5 itens mais relacionados com aspectos da **rotina diária** e o segundo factor com 4 itens mais relacionados com **aspectos específicos** que não fazem parte do desempenho habitual dos enfermeiros anestesiastas portugueses.

Quadro 58 – Matriz Rodada de Anestesia em locais remotos

	Componente	
	1	2
Ter consciência do aumento do risco para o paciente em áreas remotas, relativamente ao aporte de oxigénio	,903	
Descrever os princípios de segurança durante procedimentos com raios-X	,890	
Descrever os problemas associados à anestesia em locais isolados	,868	
Descrever os princípios de anestesia para imagiologia por ressonância magnética	,847	
Descrever as dificuldades do cuidado perioperatório em locais isolados	,827	
Demonstrar consciência dos requisitos de acreditação para terapia electroconvulsiva		,918
Ter consciência da lei sobre Saúde Mental (consentimento, direitos, confidencialidade)		,879
Compreender a resposta fisiológica à terapia electroconvulsiva		,842
Compreender os riscos físicos para o paciente que vai receber terapia electroconvulsiva		,841

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 3 iterations.

A análise factorial do domínio “Queimados” revelou um valor de KMO de 0,783 e Bartlett de 0,000 e verifica-se a existência de um factor que explica 94,4% da variância total existente.

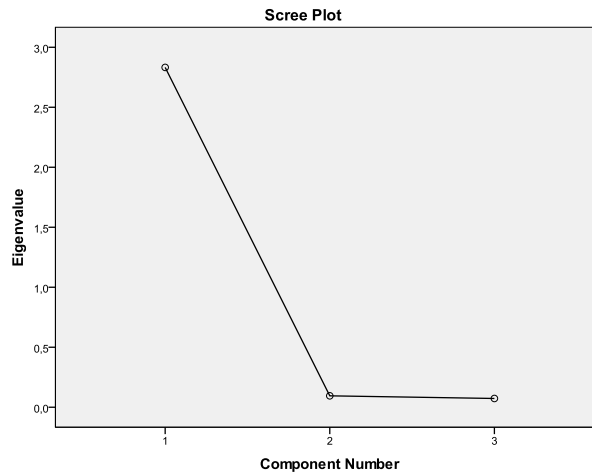
Quadro 59 – Variância Total de Queimados

Componente	Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% de Variância	% Acumulada
1	2,832	94,403	94,403

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Ao analisar o gráfico Scree Plot, confirma-se a existência do referido factor a reter antes da inflexão da curva:

Gráfico 22 – Scree Plot de Queimados



Confirma-se a inclusão de todos os itens do questionário, não sendo possível, na perspectiva dos inquiridos, reduzir o nível de competências a atingir relativas a este domínio.

A análise factorial do domínio “Transferência inter e intra-hospitalar do paciente adulto” revelou um valor de KMO de 0,820 e Bartlett de 0,000 e verifica-se a existência de um factor que explica 77,9% da variância total existente.

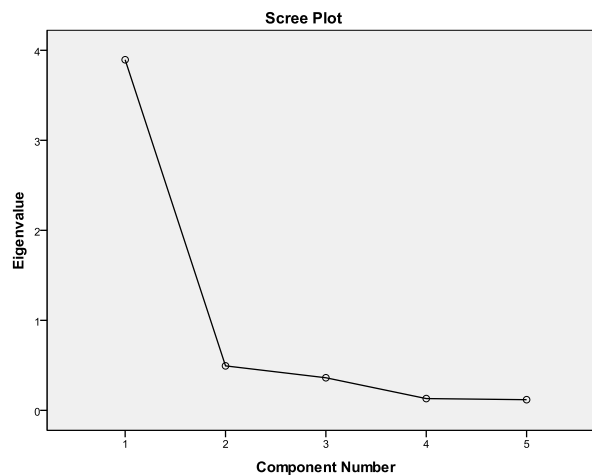
Quadro 60 – Variância Total de Transferência inter e intra-hospitalar do paciente adulto

Componente	Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% de Variância	% Acumulada
1	3,895	77,896	77,896

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Ao analisar o gráfico Scree Plot, confirma-se a existência do referido factor a reter antes da inflexão da curva:

Gráfico 23 – Scree Plot de Transferência inter e intra-hospitalar do paciente adulto



Confirma-se a inclusão de todos os itens do questionário, não sendo possível, na perspectiva dos inquiridos, reduzir o nível de competências a atingir relativas a este domínio.

Após efectuar a análise factorial das competências a alcançar pelos enfermeiros anestesiastas em integração denota-se valores de testes de Bartlett sempre inferiores a 0,000 e valores de KMO superiores a 0,7 salientando-se a existência de apenas um factor na maioria dos domínios, o que suporta desta forma o formato do referencial de competências já existente. Em alguns domínios verificou-se a existência de dois factores que permitem criar sub-domínios ao dividirem as competências segundo a respectiva correlação apresentada. É ainda de referir que algumas competências evidenciaram correlação com mais do que um factor.

4.2.4 Competências a atingir pelo Enfermeiro Anestesiasta em Integração em função do tempo de exercício profissional e desempenho profissional em bloco operatório de cirurgia programada, urgente ou ambulatoria

Uma das questões de investigação deste estudo visa verificar se as competências gerais e específicas a atingir pelos enfermeiros anestesiastas durante a integração profissional variam em função do tempo de exercício profissional e desempenho profissional em bloco operatório de cirurgia programada, urgente ou ambulatoria. Para decidir quais os testes estatísticos inferenciais a aplicar nesta vertente correlacional do estudo, é fundamental verificar a normalidade dos vários itens, utilizando o teste de Kolmogorov-Smirnov e estabelecendo como H0 a ausência de diferença face à normal e H1 a existência de diferença face à normal. É assumido como nível de significância $\alpha = 0,05$ para os 95% de confiança.

Uma vez que em todos os domínios e sub-domínios (factores) verificamos um nível de significância inferior a 0,05 (Anexo VII), rejeitamos H0, ou seja, existe diferença face à normal. Ao não seguir os postulados da normalidade, devem ser aplicados testes não paramétricos, nomeadamente o Kruskal-Wallis (Anexo VIII).

Analisando os quadros resultantes do teste Kruskal-Wallis, podemos verificar a inexistência de diferença entre os três grupos de tempo de exercício profissional (Anexo VIII). No entanto identificamos a diferença entre os três grupos de local de exercício

profissional em alguns domínios, pelo α inferior a 0,05. A estes itens é necessário aplicar o teste Mann-Whitney para comparar dois grupos independentes e identificar quais deles se diferenciam (Anexo VIII). Para este efeito consideramos, relativamente a cada item, o valor crítico de significância $\alpha = 0,017$, resultante de $\alpha = 0,05/3$, segundo correcção de Bonferroni. A aplicação do teste Mann-Whitney é fundamental uma vez que permite identificar as diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Desta forma, e conforme foi referido acima, analisando os factores em função do tempo de exercício profissional, verifica-se a inexistência de diferença significativa entre os três grupos de tempo de exercício profissional conforme se verifica pelos valores do teste Kruskal-Wallis no quadro seguinte:

Quadro 61 - Nível de significância de Kruskal-Wallis em função do tempo de exercício profissional

Factores	Kruskal Wallis	
1- Preparação do paciente para o bloco operatório	0,440	
2- Aspectos do cuidado ao paciente	0,899	
3- Envolvimento em procedimentos anestésicos comuns	3a- Vertente teórica	0,633
	3b- Cuidados directos ao paciente	0,316
4- Envolvimento na gestão da via aérea	4a- Funções fundamentais	0,856
	4b- Funções avançadas	0,925
5- Cuidados com a máquina anestésica, monitorização e equipamentos relacionados	5a- Segurança de equipamentos	0,912
	5b- Segurança do paciente	0,848
6- Cuidados com equipamento relevantes para a anestesia	6a- Gestão diária do equipamento	0,887
	6b- Identificação de danos, manutenção e introdução de novos equipamentos	0,852
7- Participação nos cuidados intra-operatórios ao paciente	0,787	
8- Envolvimento com fármacos de rotina/fluidoterapia	8a- Preparação de equipamentos	0,505
	8b- Conhecimentos e registos de fármacos	0,865
9- Participação nos cuidados pós-operatórios ao paciente	9a- Avaliação sistémica	0,402
	9b- Gestão da via aérea	0,258
10- Envolvimento na gestão da emergência	0,907	
11- Anestesia e analgesia obstétrica	0,891	
12- Otorrinolaringologia	0,911	
13-Anestesia cardíaca	0,436	

14- Anestesia torácica		0,588
15- Neurocirurgia		0,761
16- Pediatria		0,852
17- Anestesia em locais remotos	17a- Rotina diária	0,910
	17b- Aspectos específicos	0,737
18- Maxilo-facial		0,925
19- Queimados		0,861
20- Transferência inter e intra-hospitalar do paciente adulto		0,514

Analisando os factores em função do local de exercício profissional, verifica-se então diferença entre os três grupos na maioria dos domínios e sub-domínios. Aqueles que não evidenciam diferenciação são os seguintes: Aspectos do cuidado ao paciente; Envolvimento com fármacos de rotina/fluidoterapia – preparação de equipamentos; e Otorrinolaringologia, por evidenciarem um nível de significância superior a 0,05 no teste de Kruskal-Wallis (Anexo VIII). Aos restantes factores é aplicado o teste de Mann-Whitney, salientando-se diferença principalmente entre os profissionais que exercem em cirurgia de urgência quando comparados com os que exercem em cirurgia ambulatória de tal forma que os primeiros assumem uma valorização superior por atribuírem um valor de média mais elevado (Anexo X). Como se verifica nos quadros resumo abaixo, identificamos ainda diferença em alguns factores entre os profissionais de cirurgia programada quando comparados com os de cirurgia ambulatória, de tal forma que os primeiros atribuem maior valorização. Identifica-se também diferença em alguns factores entre os profissionais que exercem em cirurgia programada quando comparados com os de cirurgia de urgência, de tal forma que estes últimos assumem uma valorização superior.

Quadro 62 - Nível de significância de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney em função do local de exercício profissional

Factores	Kruskal Wallis	Mann-Whitney			
		Programada / Urgência	Programada / Ambulatória	Urgência / Ambulatória	
1- Preparação do paciente para o bloco operatório	0,010	0,652	0,017	0,002	
2- Aspectos do cuidado ao paciente	0,437	-	-	-	
3- Envolvimento em procedimentos anestésicos comuns	3a- Vertente teórica	0,004	0,022	0,269	0,001
	3b- Cuidados directos ao paciente	0,006	0,019	0,291	0,003
4- Envolvimento na gestão da via aérea	4a- Funções fundamentais	0,002	0,054	0,070	0,000

Supervisão Clínica na Integração Profissional de Enfermeiros Anestesiastas

	4b- Funções avançadas	0,000	0,423	0,000	0,000
5- Cuidados com a máquina anestésica, monitorização e equipamentos relacionados	5a- Segurança de equipamentos	0,046	0,024	0,703	0,053
	5b- Segurança do paciente	0,018	0,104	0,154	0,005
6- Cuidados com equipamento relevantes para a anestesia	6a- Gestão diária do equipamento	0,000	0,014	0,060	0,000
	6b- Identificação de danos, manutenção e introdução de novos equipamentos	0,001	0,194	0,005	0,000
7- Participação nos cuidados intra-operatórios ao paciente		0,010	0,042	0,285	0,002
8- Envolvimento com fármacos de rotina/fluidoterapia	8a- Preparação de equipamentos	0,235	-	-	-
	8b- Conhecimentos e registos de fármacos	0,001	0,190	0,009	0,000
9- Participação nos cuidados pós-operatórios ao paciente	9a- Avaliação sistémica	0,019	0,017	0,871	0,012
	9b- Gestão da via aérea	0,000	0,070	0,001	0,000
10- Envolvimento na gestão da emergência		0,041	0,196	0,120	0,014
11- Anestesia e analgesia obstétrica		0,001	0,000	0,549	0,026
12- Otorrinolaringologia		0,208	-	-	-
13- Anestesia cardíaca		0,007	0,153	0,050	0,001
14- Anestesia torácica		0,019	0,130	0,111	0,004
15- Neurocirurgia		0,001	0,001	0,561	0,001
16- Pediatria		0,002	0,166	0,017	0,000
17- Anestesia em locais remotos	17a- Rotina diária	0,000	0,007	0,182	0,000
	17b- Aspectos específicos	0,040	0,093	0,514	0,009
18- Maxilo-facial		0,001	0,057	0,050	0,000
19- Queimados		0,001	0,001	0,918	0,005
20- Transferência inter e intra-hospitalar do paciente adulto		0,002	0,049	0,083	0,000

Quadro 63 - Médias e Desvios Padrão em função do local de exercício profissional

Factores		Programada		Urgente		Ambulatória	
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
1- Preparação do paciente para o bloco operatório		4,5611	0,4839	4,6250	0,4110	4,2969	0,3570
2- Aspectos do cuidado ao paciente		4,5689	0,4776	4,6895	0,3547	4,5750	0,3893
3- Envolvimento em procedimentos anestésicos comuns	3a- Vertente teórica	4,5222	0,4628	4,7544	0,3732	4,3611	0,5399
	3b- Cuidados directos ao paciente	4,0519	0,9872	4,5351	0,5723	3,9306	0,8104
4- Envolvimento na gestão da via aérea	4a- Funções fundamentais	4,4972	0,5095	4,7204	0,3599	4,3690	0,4012
	4b- Funções avançadas	4,3407	0,6256	4,4298	0,6572	3,5694	0,6701
5- Cuidados com a máquina anestésica, monitorização e equipamentos relacionados	5a- Segurança de equipamentos	4,4095	0,5385	4,6955	0,3746	4,4702	0,4681
	5b- Segurança do paciente	4,3259	0,6494	4,5263	0,5832	4,1389	0,5639
6- Cuidados com equipamento relevantes para a anestesia	6a- Gestão diária do equipamento	4,4278	0,5111	4,7061	0,3815	4,2465	0,4358
	6b- Identificação de danos, manutenção e introdução de novos equipamentos	4,3111	0,5818	4,4342	0,5535	3,8646	0,6033
7- Participação nos cuidados intra-operatórios ao paciente		4,4417	0,5380	4,6842	0,4045	4,3281	0,4481
8- Envolvimento com fármacos de rotina/fluidoterapia	8a- Preparação de equipamentos	4,4167	0,5330	4,5526	0,5364	4,3333	0,4815
	8b- Conhecimentos e registos de fármacos	4,5111	0,5248	4,6776	0,4754	4,1875	0,5173
9- Participação nos cuidados pós-operatórios ao paciente	9a- Avaliação sistémica	4,3500	0,7768	4,7039	0,4186	4,4271	0,4573
	9b- Gestão da via aérea	4,3926	0,5786	4,6316	0,5358	3,8611	0,6210
10- Envolvimento na gestão da emergência		4,4828	0,4967	4,6292	0,4224	4,3977	0,3751
11- Anestesia e analgesia obstétrica		4,0724	0,6850	4,5662	0,4256	4,1838	0,6345
12- Otorrinolaringologia		4,2221	0,6331	4,4624	0,4901	4,2361	0,4050
13- Anestesia cardíaca		4,3864	0,5782	4,5747	0,4952	3,9804	0,4035
14- Anestesia torácica		4,3944	0,5603	4,5676	0,4589	4,1471	0,4926
15- Neurocirurgia		4,1057	0,8738	4,6140	0,4619	4,1765	0,3358

Supervisão Clínica na Integração Profissional de Enfermeiros Anestesiastas

16- Pediatria		4,4205	0,5362	4,5856	0,4489	4,0833	0,5036
17- Anestesia em locais remotos	17a- Rotina diária	4,1707	0,6994	4,5947	0,4866	3,9273	0,6189
	17b- Aspectos específicos	4,0625	0,8121	4,3684	0,7771	4,0000	0,4818
18- Maxilo-facial		4,3171	0,6869	4,6053	0,4954	4,0833	0,4083
19- Queimados		4,0721	0,7164	4,6354	0,4588	4,1176	0,6003
20- Transferência inter e intra-hospitalar do paciente adulto		4,2905	0,5378	4,5053	0,4937	4,0583	0,5227

A ausência de diferença nos factores quando são analisados em função do tempo de exercício profissional permite inferir que profissionais competentes, proficientes e peritos valorizam de forma igual as competências a atingir pelo enfermeiro anestesiasta durante a integração profissional. Apesar da actuação destes profissionais ser diferente na prática clínica, estes parecem estar uniformemente conscientes do que deve ser realmente exigido dos profissionais ainda não autónomos.

Verifica-se no entanto a existência de diferença em alguns factores quando estes são analisados em função do local de exercício profissional, o que permite reflectir que essas diferenças poderão estar essencialmente associadas ao risco cirúrgico e anestésico dos pacientes que é superior em cirurgia urgente e menor em cirurgia ambulatoria, mas também poderá estar associado às competências que são exigidas destes profissionais no seu desempenho diário.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo de investigação, reportando-se à matéria da supervisão clínica, visa identificar as competências fundamentais que devem ser possuídas pelo supervisor clínico no âmbito da enfermagem de anestesiologia e ainda identificar as competências gerais e específicas que devem ser alcançadas pelo profissional em integração até ser considerado autónomo e apto para desempenhar na plenitude o seu papel.

Enveredando por um estudo de nível II, descritivo-correlacional, de metodologia quantitativa, foi aplicado um questionário de carácter individual, anónimo e confidencial, a enfermeiros com mais de dois anos de exercício na área da anestesiologia em bloco operatório de cirurgia programada, urgente e ambulatoria. Após recolha e tratamento estatístico dos dados, torna-se fundamental a sua discussão através da comparação com os conhecimentos mais recentes e fundamentados.

A caracterização da amostra permite verificar uma predominância de profissionais do sexo feminino (74,8%) por oposição ao sexo masculino (25,2%), sendo este um facto que vai ao encontro da realidade da profissão de enfermagem. Relativamente à idade dos elementos da amostra, verificamos uma média de 33,16 com desvio padrão de 7,501. No que diz respeito à experiência profissional dos mesmos, verifica-se que 32,7% possuem mais de 2 anos de exercício profissional, 29,9% mais de 5 anos e 37,4% mais de 8 anos de exercício profissional, o que permitiu obter grupos estatísticos aproximadamente homogéneos em termos de enfermeiros competentes, proficientes e peritos. Relativamente ao local de exercício profissional, verifica-se que o grupo maior exerce em cirurgia programa, responsável por 42,1% da amostra, enquanto que 35,5% exercem em cirurgia de urgência e 22,4% em cirurgia ambulatoria. Esta distribuição vai ao encontro do facto da maioria das cirurgias ser efectuada em regime controlado e programado, enquanto que a cirurgia de urgência assume uma percentagem menor e a cirurgia ambulatoria ainda menor. Quando questionados relativamente às especialidades cirúrgicas nas quais se sentiam autónomos, uma vez que estas influenciam as competências específicas a alcançar no âmbito da anestesiologia, verifica-se uma maioria de profissionais com experiência em cirurgia geral e cirurgia plástica e reconstrutiva, um elevado número também com experiência em ginecologia, pediatria e neurocirurgia e um menor número em obstetrícia e queimados. Com valores medianos, mas ainda assim acima da média, verificam-se as especialidades de oftalmologia, otorrinolaringologia, maxilo-facial, cardíaca, torácica e

urologia. Tendo todos estes profissionais sido submetidos a prática tutelada enquanto eram integrados como enfermeiros perioperatórios, 63,6% assumiram também possuir experiência do papel de supervisor clínico.

Relativamente à primeira questão de investigação que visa a validação das competências do supervisor clínico definidas pela Ordem dos Enfermeiros, verifica-se que os inquiridos se encontram em concordância com todas as previstas, o que implica que o supervisor clínico na área da anestesiologia deve ter estas adquiridas e desenvolvidas de forma a permitir um período de integração eficaz e seguro para todos os envolvidos. Salienta-se o facto de dois domínios assumirem médias gerais mais elevadas, nomeadamente “Garantir uma autonomização gradual e segura do supervisionado, assistindo-o nesse processo” (4,48) e “Reconhecer-se como aprendiz na relação de supervisão” (4,51), enquanto que o domínio com média geral mais baixa consiste em “Enquadrar o exercício profissional do supervisionado nos referenciais da profissão” (4,31).

A manifestação de concordância com estas competências por parte dos inquiridos, não se encontra apenas de acordo com o previsto pela Ordem dos Enfermeiros mas também por diversos autores. Entre estes salienta-se Alarcão (1987) que também aborda a questão da autonomização gradual com a assistência necessária ao referir que o supervisor clínico “manifesta desejo e capacidade de atender ao mundo do supervisionado, de o escutar, de esperar que seja ele a tomar as iniciativas” (p.89). O mesmo autor acrescenta ainda que o supervisor “sabe calar-se para ouvir o supervisionado falar, é capaz de verbalizar as ideias e os sentimentos que este, explicita ou implicitamente, lhe vai manifestando, sabe encorajá-lo, ajudar a clarificar as suas ideias e os seus sentimentos, pede-lhe informações complementares” sempre que necessário e pertinente (Alarcão, 1987, p.89). A questão da auto-aprendizagem no processo de supervisão também é abordada por este autor ao ressaltar o desenvolvimento do espírito de reflexão, auto-conhecimento e inovação como uma das principais competências do supervisor (Alarcão, 1987, p.62).

De forma geral, encontramos também as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros e validadas nesta investigação quando nos reportamos a Mosher e Purpel (1972) que abordam seis áreas de características que devem ser manifestadas pelo supervisor, nomeadamente: sensibilidade para se aperceber dos problemas e das suas causas; capacidade de analisar, dissecar e conceptualizar os problemas e hierarquizar as causas que lhes deram origem; capacidade de estabelecer uma comunicação eficaz a fim de perceber e exprimir as opiniões e os sentimentos; competência em desenvolvimento curricular, em teoria e prática; skills de relacionamento interpessoal (Alarcão, 1987, p.87). Salientam ainda, de forma mais específica, a “capacidade de prestar atenção e o saber escutar (...), capacidade de compreender, de

manifestar uma atitude de resposta adequada, de comunicar verbal e não-verbalmente, de parafrasear e interpretar, de cooperar, de interrogar” (Alarcão, 1987, p.87).

Podemos então afirmar que a supervisão desenvolvimental, patente no Modelo de Desenvolvimento Profissional, é também a que mais se enquadra no contexto específico da enfermagem de anestesiologia e que as competências definidas no referencial vão ao encontro não só de diversos autores mas também dos dados manifestados pelos inquiridos no âmbito desta investigação. O supervisor clínico consiste assim no profissional que “incita o supervisionado a tornar-se um agente dinâmico comprometido com o seu próprio processo de aprendizagem e de mudança positiva, assumindo a missão de o ajudar a analisar e a repensar, dando feedback contínuo e periódico do seu progresso” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 6).

Outra questão de investigação deste estudo visa a identificação das competências gerais e específicas a atingir pelos enfermeiros anestesiastas durante a integração profissional. Em geral, pode afirmar-se que os inquiridos concordam com todas as propostas, apesar de existirem alguns itens relativamente aos quais houve menos uniformização das respostas, revelando um desvio padrão superior. A menor uniformização nestes itens pode estar relacionada com aspectos muito específicos que, na realidade portuguesa, não são praticados pela maioria dos enfermeiros ou em outros casos pode estar associada a dificuldade na interpretação de uma ou outra competência descrita com termos demasiado técnicos. Verifica-se ainda que as competências gerais assumem médias gerais superiores às competências específicas. Salienta-se como domínio das competências gerais o relativo aos “Aspectos do cuidado ao paciente” com média geral de 4,61 e como domínio das competências específicas, o relativo à “Anestesia torácica” com média geral de 4,41.

Apesar da concordância com todas as competências, este estudo visa ainda a identificação das competências gerais e específicas que, na perspectiva dos inquiridos, são determinantes e devem ser incluídas num referencial de competências a atingir na integração profissional de enfermeiros anestesiastas, pelo que foi necessário proceder à análise factorial. Os resultados evidenciaram testes de Bartlett sempre inferiores a 0,000 e valores de KMO superiores a 0,7, salientando-se a existência de apenas um factor na maioria dos domínios, o que suporta desta forma o formato do referencial de competências já existente. Em alguns domínios verificou-se a existência de dois factores que permitem criar sub-dominios ao dividirem as competências segundo a respectiva correlação apresentada. É ainda de referir que algumas competências evidenciaram correlação com mais do que um factor, implicando necessidade de investigação adicional. A não remoção destas competências do referencial de competências está associada à concordância demonstrada pelos inquiridos na questão anterior.

As competências gerais e específicas analisadas permanecem no referencial de competências a atingir pelos enfermeiros anestesiastas em integração e estão incluídas

não só no documento original do portfolio de competências dos Anestesiastas Assistentes elaborado pelo National Health Service do Reino Unido, mas também estão incluídas nos programas formativos de outros países, incluindo os Estados Unidos da América, Suécia, França e Dinamarca conforme explanado em revisão de literatura prévia. Apesar das funções e responsabilidades que lhes são exigidas poderem variar de acordo com realidades específicas e, em alguns casos, o grau de complexidade associado ao papel ser superior, as competências encontradas nesta investigação são fulcrais e encontram-se em todos os planos formativos revistos.

Além de identificar as competências gerais e específicas determinantes a serem alcançadas no período de integração pelos enfermeiros anestesiastas, também se pretende nesta investigação, verificar se essas variam em função do tempo de exercício profissional e desempenho profissional em bloco operatório de cirurgia programada, urgente ou ambulatoria. Os dados colhidos evidenciaram ausência de diferença nos factores quando são analisados em função do tempo de exercício profissional, o que permite inferir que profissionais competentes, proficientes e peritos valorizam de forma igual as competências a atingir pelo enfermeiro anestesiasta durante a integração profissional. Apesar da actuação destes profissionais ser diferente na prática clínica, estes parecem estar uniformemente conscientes do que deve ser realmente exigido dos profissionais ainda não autónomos. De facto, ao estudar a aplicabilidade do modelo Dreyfus à enfermagem, Benner (2005) constatou “as diferenças de comportamento em matéria de competência clínica e da apreciação da situação entre iniciadas e peritas” (p.39). Durante o percurso de integração, ao transitarem de iniciados, para iniciados-avanzados, competentes, proficientes e peritos, os enfermeiros vão passando por fases de aquisição de competências. A mesma autora explica que se torna competente “quando começa a aperceber-se dos seus actos em termos objectivos ou dos planos a longo prazo dos quais está consciente (Benner, 2005, p.49). Ou seja, já sabe quais os aspectos a priorizar em cada situação e estabelece um plano baseado numa “análise consciente, abstracta e analítica do problema” (Benner, 2005, p.49), permitindo obter eficiência e organização nos cuidados. Esta afirmação corrobora o presente estudo de investigação, uma vez que apesar das características das acções executadas ser diferentes nos vários estadios, verifica-se que, quando são considerados competentes, os enfermeiros já estão conscientes do que deve ser exigido durante o período de integração e a valorização atribuída é uniforme quando comparada com os grupos de enfermeiros proficientes e peritos.

Apesar da ausência de diferença nos factores quando são analisados em função do tempo de exercício profissional, ao efectuar a análise em função do local de exercício, verifica-se a existência de diferença entre os grupos o que permite reflectir que essas diferenças poderão estar essencialmente associadas ao risco cirúrgico e anestésico dos pacientes que é naturalmente superior em cirurgia urgente, menor em cirurgia

programada e ainda menor em cirurgia ambulatoria, mas também poderá estar associado às competências que são exigidas destes profissionais no seu desempenho diário. Apesar da valorização superior ou inferior de alguns grupos em determinadas competências, é de salientar que todas as competências são essenciais ao exercício profissional e que ao estarem incluídas no referencial, este é suficientemente flexível para permitir a adaptação exigida pelas particularidades de cada local. A supervisão clínica em anesthesiologia deverá centrar-se assim na acção em contexto profissional específico, orientada por um referencial de competências, reflexão sobre a acção e colaboração entre supervisor e supervisado, permitindo a autonomização progressiva deste último.

6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este trabalho de investigação apresenta algumas limitações inerentes aos próprios métodos seleccionados mas também algumas limitações que decorreram de imprevistos ao longo do seu desenvolvimento.

Uma limitação está inerente ao facto de enveredar por uma metodologia quantitativa quando esta é aplicada em ciências sociais uma vez que está ligada à própria natureza dos fenómenos estudados, como a “complexidade dos seres humanos; estímulo que dá origem a diferentes respostas de acordo com os sujeitos; grande numero de variáveis cujo controlo é difícil ou mesmo impossível; subjectividade por parte do investigador; medição que é muitas vezes indirecta” (Carmo e Ferreira, 1998, p.179).

Outra limitação que não pode ser ignorada encontra-se relacionada com o erro amostral presente em todos os estudos de investigação uma vez que é seleccionada uma parte da população para se conhecer a população em geral e algumas das características desta podem não estar presentes na amostra analisada. Fortin (2003) refere que o erro amostral consiste na “diferença que existe entre os resultados obtidos numa amostra e os que teriam sido obtidos na população alvo” e acrescenta que “mesmo que duas amostras fossem retiradas aleatoriamente de uma mesma população, elas poderiam não ser totalmente idênticas, dada a existência de variações atribuíveis ao acaso” (p.204). De forma a minimizar o grau de erro amostral e ser possível considerar os resultados fidedignamente, os elementos da amostra deste estudo de investigação foram seleccionados de forma aleatória (e voluntária), num número suficiente de elementos, definido à partida como superior a cem.

O próprio instrumento de colheita de dados pode apresentar alguns factores limitativos. Na parte do questionário relativa às competências do enfermeiro anestesista, sendo as questões adaptadas de um documento inglês, o conteúdo pode apresentar alguns pontos que não façam parte da realidade dos enfermeiros portugueses e apesar das funções dos enfermeiros anestesistas nestes países serem semelhantes, este facto pode tornar a interpretação das questões mais difícil. Na tentativa de contornar esta possível limitação, antes da aplicação do questionário à amostra seleccionada, este foi entregue a diversos enfermeiros anestesistas para que pudessem identificar possíveis aspectos indutores de falha interpretativa. Posteriormente foram efectuadas as devidas correcções, maioritariamente relacionadas com termos que seriam mais facilmente apercebidos pelos enfermeiros anestesistas portugueses, mas que ainda assim traduzissem o significado do documento original.

Outra limitação relacionada com o instrumento de colheita de dados reside no facto deste ser um questionário estruturado, uma vez que este “limita o sujeito às questões formuladas, sem que ele tenha a possibilidade de as alterar ou de precisar o seu pensamento”. Apesar da consciência deste possível sucedido, o questionário foi seleccionado por permitir um melhor controlo dos enviesamentos e a limitação foi contornada acrescentando um espaço para resposta aberta em cada questão no sentido de fornecer liberdade ao profissional para acrescentar competências não listadas que fossem consideradas pertinentes quer para o supervisor quer para o supervisionado.

Existem ainda possíveis limitações relacionadas com erros inerentes ao instrumento de medida que podem surgir independentemente do controlo do investigador mas acerca dos quais devemos estar conscientes. Estes erros podem ser aleatórios ou sistemáticos. Os primeiros ocorrem durante a colheita de dados e são atribuíveis a factores pessoais e transitórios, “tais como a fadiga, o humor, a fome, etc; a factores situacionais, como o calor, as distrações, a presença de outras pessoas (...), a faltas nos registos dos dados, no decurso da codificação ou na entrada dos dados no computador” (Fortin, 2003, p.225). Os segundos, denominados de erros sistemáticos, dizem respeito a “factores pessoais constantes: a inteligência, a escolaridade, os traços de carácter dos sujeitos” (Fortin, 2003, p. 225).

Outra limitação a considerar reside no período de tempo entre a entrega das cartas nas organizações hospitalares a solicitar aplicação dos questionários e a resposta por parte dos Conselhos de Administração que em alguns casos se tornou alargado, tendo demorado mais de dois meses. A fase seguinte do processo, relativa à obtenção de respostas por parte dos inquiridos também se tornou mais prolongada do que o esperado, tendo demorado mais de um mês. Para tentar contornar estas limitações e abreviar o tempo, foram sendo feitas várias tentativas de contacto no sentido de averiguar o estado de situação. De referir ainda a resposta negativa por parte de uma das organizações hospitalares, o que se traduziu na ausência de 12 potenciais inquiridos. Esta situação foi contornada, incluindo mais indivíduos dos outros locais já aceites, garantindo assim o número de indivíduos na amostra de pelo menos cem, como se encontrava planeado.

Por último não pode deixar de ser referida a inexperiência da investigadora sendo este facto contornado com leitura de bibliografia pertinente e com a orientação do Professor Doutor Manuel Agostinho durante todo o processo de estudo.

7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo de investigação reporta-se à questão da supervisão clínica durante o período de integração profissional de enfermeiros anestésistas e visava identificar as competências fundamentais a possuir pelo supervisor e ainda as competências a incluir num referencial de competências a atingir pelo profissional supervisionado para que este seja considerado autónomo.

A supervisão clínica corresponde a um processo durante o qual a prática de um profissional supervisionado é tutelada por outro profissional mais experiente com vista a promover a autonomia do primeiro. A Ordem dos Enfermeiros (2010) ressalva que é “um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a protecção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica” (p.5).

O acto da supervisão requer algumas competências específicas, não só técnicas mas também de liderança, sendo este um dos focos desta investigação. Assumindo como base as competências do supervisor clínico definidas pela Ordem dos Enfermeiros no âmbito do Modelo de Desenvolvimento Profissional, denota-se, na maioria das competências, médias acima do valor 4, com desvios padrão na ordem do valor 0,6, o que permite inferir concordância com as mesmas. Os domínios que assumiram médias gerais mais elevadas consistem em “Garantir uma autonomização gradual e segura do supervisionado, assistindo-o nesse processo” (4,48) e “Reconhecer-se como aprendiz na relação de supervisão” (4,51), enquanto que o domínio com média geral mais baixa consiste em “Enquadrar o exercício profissional do supervisionado nos referenciais da profissão” (4,31).

As conclusões relativas às competências a possuir pelo supervisor clínico vão de encontro não só às definidas pela Ordem dos Enfermeiros no âmbito do Modelo de Desenvolvimento Profissional, mas também às definidas por vários autores. De facto, como refere Alarcão (1987), existem competências imprescindíveis ao supervisor das quais se destacam “estabelecer e manter um bom clima afectivo-relacional; criar condições para que o supervisionado se desenvolva humana e profissionalmente; desenvolver o espírito de reflexão, auto-conhecimento e inovação; identificar os problemas e dificuldades que vão surgindo; determinar os aspectos a observar e estabelecer as estratégias de observação; observar; analisar e interpretar os dados observados; avaliar os processos de ensino-aprendizagem; definir os planos de acção a seguir” (p.62). O mesmo autor reportando-se a Mosher e Purpel (1972) refere ainda seis

áreas de características que devem ser manifestadas pelo supervisor e que também vão ao encontro dos resultados obtidos: sensibilidade para se aperceber dos problemas e das suas causas; capacidade de analisar, dissecar e conceptualizar os problemas e hierarquizar as causas que lhes deram origem; capacidade de estabelecer uma comunicação eficaz a fim de perceber e exprimir as opiniões e os sentimentos; competência em desenvolvimento curricular, em teoria e prática; skills de relacionamento interpessoal (Alarcão, 1987, p.87).

Relativamente às competências gerais e específicas a atingir pelo enfermeiro anestesista em integração, tendo como base o portfolio de competências dos Anestesiastas Assistentes elaborado pelo National Health Service do Reino Unido, verifica-se concordância com todas as propostas, pelas médias que rondam o valor 4, apesar de existirem alguns itens relativamente aos quais houve menos uniformização das respostas, revelando um desvio padrão superior. A menor uniformização nestes itens pode estar relacionada com aspectos muito específicos que, na realidade portuguesa não são comumente praticados pela maioria dos enfermeiros ou em outros casos pode estar associada a dificuldade na interpretação de uma ou outra competência descrita com termos demasiado técnicos. Verifica-se ainda que as competências gerais assumem médias gerais superiores às competências específicas. Salienta-se como domínio das competências gerais o relativo aos “Aspectos do cuidados ao paciente” com média geral de 4,61 e como domínio das competências específicas, o relativo à “Anestesia torácica” com média geral de 4,41.

Apesar da verificação da concordância com todos os itens a atingir pelos enfermeiros anestesistas em integração, a análise factorial permitiu identificar domínios e sub-domínios e ainda ressaltar as competências que seriam determinantes e fulcrais nesse processo de autonomização profissional. A existência de apenas um factor na maioria dos domínios, com testes de Bartlett sempre inferiores a 0,000 e KMO superiores a 0,7 suporta o formato do referencial já existente. No entanto, em alguns domínios verificou-se a existência de dois factores que permitem criar subdomínios ao dividirem as competências segundo a respectiva correlação apresentada. É ainda de referir que algumas competências evidenciaram correlação com mais do que um factor, implicando necessidade de investigação adicional. A não remoção destas competências do referencial de competências está associada à concordância demonstrada pelos inquiridos na questão anterior.

Procedeu-se à análise dos factores resultantes em função do tempo de exercício profissional e a ausência de diferença entre os grupos permite inferir que profissionais competentes, proficientes e peritos valorizam de forma igual as competências a atingir pelo enfermeiro anestesista durante a integração profissional. Apesar da actuação destes profissionais ser diferente na prática clínica, estes parecem estar uniformemente conscientes do que deve ser realmente exigido dos profissionais ainda não autónomos.

Verifica-se, no entanto, a existência de diferença em alguns factores quando estes são analisados em função do local de exercício profissional, o que permite inferir que essas diferenças poderão estar essencialmente associadas ao risco cirúrgico e anestésico dos pacientes que é superior em cirurgia urgente e menor em cirurgia ambulatoria, mas também poderá estar associado às competências que são exigidas destes profissionais no seu desempenho diário.

De forma geral, podemos induzir a aplicação das competências do supervisor clínico definidas pela Ordem dos Enfermeiros para o Modelo de Desenvolvimento Profissional, também no âmbito da anestesiologia, de tal forma que este reconheça e aja em função do papel e desempenho do supervisionado. Por outro lado, podemos aplicar o referencial de competências a alcançar pelos enfermeiros anestesiastas em integração obtido neste estudo (Anexo XI), colmatando a lacuna actualmente existente e assumindo como vantagens o facto de permitir “objectivar as críticas, de possibilitar o traçado do perfil evolutivo do formando, de permitir focar a avaliação num aspecto específico” (Alarcão, 1987, p.123). Este referencial de competências é abrangente e passível de ser adaptado ao desenvolvimento profissional específico de cada enfermeiro em termos de tempos de integração e de competências esperadas por especialidades anestésicas ou por local de exercício profissional (cirurgia urgente, programada ou ambulatoria). A existência deste modelo estruturado é essencial para fornecer o sentimento de segurança (Berggren & Severinsson, 2006, p.640). É ainda fundamental para orientar o processo formativo, amenizar o confronto com os valores conflitantes e com tarefas para as quais os supervisionados não se sentem preparados, permitindo “ajudar o formando ao ritmo do seu desenvolvimento” (Alarcão, 1987, p.125).

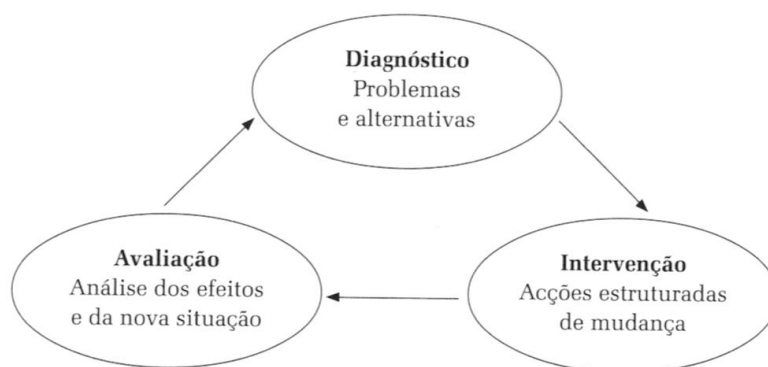
Terminamos as recomendações finais com eventuais direcções futuras para pesquisa, prática e teorização na área da supervisão clínica durante a integração profissional de enfermeiros anestesiastas, podendo ser sugerido um estudo com uma amostra mais abrangente, de forma a permitir a aplicabilidade do referencial de competências a um maior número de profissionais. Pode ainda ser sugerida a investigação sobre os indicadores que poderão denotar evidência das competências a alcançar, tornando assim o processo formativo ainda mais objectivo. Do ponto de vista organizacional podem ser efectuados estudos acerca da influência da prática de supervisão na criação de organizações auto-renováveis, com uma cultura de trabalho reflexiva e em constante mutação.

8. PLANO DE INTERVENÇÃO SÓCIO ORGANIZACIONAL

Decorrente das conclusões obtidas com este estudo de investigação, é proposto um plano de intervenção sócio-organizacional para o problema da supervisão clínica no âmbito dos enfermeiros anestesiastas em integração, contribuindo desta forma para a facilitação do desenvolvimento profissional dos intervenientes no processo.

A introdução deste plano de intervenção sócio-organizacional implica estratégias de mudança organizacional visando a adopção de novos comportamentos e atitudes bem como a assunção de novos valores e princípios. A mudança organizacional acarreta, inicialmente uma fase de diagnóstico, seguida de uma fase de intervenção e uma terceira de avaliação (Caetano, 2007, p.109).

Figura 1 – Fases do processo de mudança



Após o diagnóstico do problema da supervisão clínica na integração profissional de enfermeiros anestesiastas, são estruturadas acções direccionadas para o grupo em causa, visando a introdução e sedimentação das mudanças pretendidas. Para tal, é útil o “recurso a diversas abordagens e técnicas que implicam, habitualmente, processos de informação, discussão, decisão e formação” (Caetano, 2007, p.110). Neste sentido, após aprovação pelos Conselhos de Administração e respectivos enfermeiros chefes de cada bloco operatório, são agendadas acções de promoção da intervenção pretendida junto dos profissionais, nomeadamente enfermeiros perioperatórios no âmbito de actuação da anestesiologia, salientando a importância do seu envolvimento e participação no projecto que incide sobre integração profissional de enfermeiros anestesiastas tendo por base o

referencial de competências resultante do presente estudo (Anexo XI). Cabe aos enfermeiros chefes seleccionar os profissionais que além das competências gerais e específicas de anesthesiologia, possuam competências específicas de supervisão clínica, permitindo um processo formativo centrado no desenvolvimento do supervisado, através da observação, análise, interpretação, intervenção e reflexão das situações perianestésicas. A divulgação do projecto, da metodologia de supervisão seleccionada e o comprometimento dos envolvidos é fundamental para o sucesso do plano de intervenção, uma vez que se inicia nesse momento uma nova fase de autorenovação organizacional em termos destes recursos humanos de elevada especificidade. Em cada acção de promoção é fulcral fornecer espaço para a reflexão acerca do referencial de competências a atingir pelos enfermeiros anestesistas em integração e discussão acerca das possíveis adaptações em termos de tempo de integração, local (bloco operatório de cirurgia programa, urgente e/ou ambulatória) e de especialidades anestésicas que existam na organização hospitalar. É ainda fundamental esclarecer qualquer dúvida que possa existir em termos de nomenclatura ou definição de conceitos ao longo do referencial de competências, de forma a que a sua implementação seja o mais uniforme e objectiva possível.

Nesta fase de intervenção importa informar os intervenientes acerca de alguns aspectos particulares do projecto, especificamente que o referido plano de intervenção engloba a utilização das competências do supervisor clínico definidas pela Ordem dos Enfermeiros para selecção dos profissionais responsáveis pelo processo supervisivo. A este profissional responsável pelo período de prática tutelada passam, assim, a serem exigidas, além das competências da área da enfermagem de anesthesiologia, competências específicas de supervisão clínica e de formação. Engloba ainda o referencial de competências obtido como meio orientador do processo, permitindo que este seja menos aleatório e se tenha um maior controlo do que é aprendido e do que falta aprender, com avaliações intercalares formais objectivas. Para tal, o referencial de competências encontra-se dividido numa primeira parte que engloba competências gerais e comuns a alcançar por todos os enfermeiros anestesistas e, uma segunda parte que engloba competências específicas a alcançar posteriormente pelos enfermeiros que exerçam profissionalmente nessas áreas de actuação. O alcance de cada competência deve ser registado com data e assinado quer pelo supervisor quer pelo supervisado, e podem ainda ser acrescentados comentários pertinentes em cada domínio, facilitando desta forma a organização e avaliação do processo. Este documento pode, assim, ser útil para os momentos avaliativos e servir como evidência de formação contínua. Neste período de início de actividade e integração profissional, não é esperada a atribuição formal de um título, contudo é espectável e desejável que o reconhecimento quer a validação das competências. Ou seja, é esperado que um enfermeiro em integração profissional efectue a auto-avaliação das aprendizagens e competências adquiridas e

desenvolvidas de forma a poder reconhecer e dirigir o seu processo formativo. É também esperado que os seus pares, nomeadamente, o supervisor clínico, efectuem a hetero-avaliação que permitirá adequar o percurso formativo às normas, critérios e regras de conduta da cultura em que se encontram.

É ainda de salientar que, a par de um supervisor clínico com competências específicas para esse processo, o referencial de competências a alcançar pelo enfermeiro anestesiasta em integração é facilitador no sentido em que permite a este último gerir mais facilmente o processo formativo, contribuindo para um menor tempo de integração, associado a um menor risco de erro e a menos custos organizacionais relacionados com a presença de profissionais já autónomos. Corresponde a uma ferramenta de evidência de desenvolvimento profissional e permite uma uniformização das competências dos enfermeiros anestesiastas. Em última instância, e tal como refere a Ordem dos Enfermeiros (2010), a prática supervisionada “visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a protecção da pessoa e a segurança dos cuidados” (p.5).

Após a implementação do projecto de intervenção sócio-organizacional, torna-se fundamental proceder à avaliação do mesmo, “confrontando os resultados alcançados, quer com a situação de partida, quer com os objectivos da mudança” (Caetano, 2007, p.110). De salientar que “a fase de avaliação permite ainda identificar os progressos alcançados, os erros e constrangimentos no processo de mudança, os problemas que persistem e aqueles que entretanto surgiram em consequência das próprias mudanças implementadas” (Caetano, 2007, p.110). A análise cuidadosa do processo de mudança pretende-se que seja efectuada de acordo com uma abordagem multidimensional, ou seja, considerando os gestores de topo, gestores do serviço, enfermeiros supervisores clínicos e enfermeiros integrados, tendo sempre em atenção que alguns dos indicadores utilizados poderão necessitar de um período de tempo mais alargado que outros para que o seu efeito seja visível em termos organizacionais. Os critérios utilizados poderão ser *hard* e mais objectivos e outros *soft*, mais subjectivos e de carácter perceptivo. (Caetano, 2007, p.112). Os critérios *hard* reportam-se ao desempenho objectivo do projecto de mudança, são analisados pelos gestores de topo e gestores de serviço e incluem a comparação de alguns indicadores específicos com as tendências prévias à mudança. Os critérios *soft*, em formato de inquérito ou questionário, são aplicados aos colaboradores no processo de mudança, ou seja aos enfermeiros supervisores clínicos e enfermeiros integrados. O seguinte quadro resume os indicadores de avaliação a ter em consideração relativamente a este projecto de intervenção sócio-organizacional.

Quadro 64 - Critérios de Avaliação do Projecto de Intervenção Sócio-Organizacional

Critérios de avaliação	
Hard	Análise das taxas de erro clínico associado aos profissionais em processo de integração
	Análise dos custos organizacionais associados aos profissionais em processo de integração, nomeadamente recursos materiais, recursos humanos e morbi-mortalidade
	Análise da produtividade, lucro, volume de produção, absentismo e tempo médio de integração
Soft	Satisfação e atitude face ao processo de integração, motivação com as tarefas desempenhadas
	Percepções de mudanças comportamentais dos colaboradores no que se refere ao modo como realizam o trabalho, nomeadamente uniformização, controlo do processo e avaliações intercalares objectivas e frequentes
	Percepções de mudanças comportamentais dos colaboradores no que se refere à forma como se relacionam entre si e com os clientes
	Aprendizagem de novas técnicas ou conhecimentos decorrentes do programa de formação e mudança
	Percepções de mudanças no desempenho da organização hospitalar e bloco operatório em termos de produtividade, lucro, volume de produção, absentismo e tempo médio de integração relacionados com o projecto de intervenção

As abordagens, quantitativa e qualitativa, na linha taxonómica de Kirkpatrick (1959), incidindo sob todos os profissionais envolvidos permite uma complementaridade de métodos na análise da mudança organizacional (Caetano, 2007, p.112). Os primeiros indicadores permitem considerar os resultados específicos e verificar o seu alinhamento com os objectivos da organização, enquanto que os segundos permitem uma análise da cultura e dos processos que se desenvolveram nesse âmbito, considerando os colaboradores como factor determinante do sucesso (Caetano, 2007,p.112).

Assumindo a gestão de competências e qualificações, associadas a um espírito de motivação, abertura e mudança, como componentes essenciais para o sucesso e perpetuação da empresa, a organização hospitalar poderá assim, relativamente aos enfermeiros anestesiastas, desenvolver uma estratégia dinâmica de recursos humanos, centrada na autorenovação através da formação dos profissionais, tendo em consideração o actual contexto sócio-económico.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AESOP (2006). *Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Loures, Lusodidacta

Alarcão, I. (1978). *Supervisão da Prática Pedagógica. Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra, Livraria Almedina.

American Association of Nurse Anesthetists (n.d.). Competencies and Curricular Models

American Association of Nurse Anesthetists (2005). Guidelines for Core Clinical Privileges: Certified Registered Nurse Anesthetists

American Association of Nurse Anesthetists (2007). Scope and Standards for Nurse Anesthesia Practice

American Association of Nurse Anesthetists (2005) Standards for Office Based Anesthesia Practice

Bain, L. (1996). Preceptorship: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 104-107

Benner, P. (2005). *De iniciado a perito*. Coimbra, Quarteto

Berggren, I.; Severinsson, E. (2006). The significance of nurse supervisors' different ethical decision-making styles. *Journal of Nursing Management*, 14, 637-643.

Caetano, A. (2007). *Avaliação da formação – Estudos em organizações portuguesas*. Lisboa, Livros Horizonte

Caetano, A; Vala, J. (2007). *Gestão de recursos humanos – Contextos, processos e técnicas*. Lisboa, Editora RH

Carmo, H.; Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação: Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa, Universidade Aberta

Ceartil, M. (2007). *Gestão e desenvolvimento de competências*. Lisboa, Edições Sílabo

Charraud, A. (2002). *Validation of Competences and professionalization of teachers and trainers*. Luxemburgo, European Centre for the Development of Vocational Training

Cruz, S. (2008). A Supervisão Clínica em enfermagem como estratégia de qualidade no contexto da enfermagem avançada. *Servir*, 56 (5), 200-201

Field, A. (2005). Factor Analysis using SPSS. Disponível em <http://www.statisticshell.com/factor.pdf>. Acedido a 12/02/2011.

Fortin, M. (2003). *O processo de investigação. Da concepção à realização*. Loures. Lusociência

Garrido, M; Neves, J.; Simões, E. (2008). *Manual de competências pessoais, interpessoais e instrumentais – Teoria e Prática*. Lisboa, Edições Sílabo

Hadfield, D. (2000). Clinical Supervision: user's perspectives, *Journal of Child Health Care*, 4, 30-33.

Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État (2009) La fonction d'IADE (Infirmier Anesthésiste). Disponível em <http://www.infirmiers.com/votre-carriere/iade/la-fonction-d-infirmiere-anesthesiste.html>. Acedido a 20/11/2010.

International Federation of Nurse Anesthetists (2010). Disponível em <http://www.ifna-int.org/ifna/page?40>. Acedido a 20/11/2011.

Mills, JE; Francis KL; Bonner, A. (2005). Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses. A review of the literature. *Journal of Rural and Remote Health Research, Education, Practice and Policy*, 5, 1-10

Moraes, R. (1999). Análise de Conteúdo. Disponível em http://cliente.argo.com.br/~mgos/analise_de_conteudo_moraes.html. Acedido a 12/02/2011.

Moroco, J. (2003). *Análise estatística, com utilização do SPSS*. Lisboa, Edições Sílabo

National Health Service (2007) Portfolio of Core Competencies for Anaesthetic Assistants

National Board of Health (2006). Circular no. 63 on the special training for nurses in nurse anaesthesia

Nilsson, et al (2008). Description of Competence for Registered Nurse with Graduate Diploma in Specialist Nursing - Anaesthesia Care. National Swedish Board of Health and Welfare

Oliveira-Formosinho, J. (2002). *A Supervisão na Formação de Professores II: Da Organização à Pessoa*. Porto, Porto-Editora

Ordem dos Enfermeiros (2010). Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências

Ordem dos Enfermeiros (2010). Proposta de Princípios Enformadores de Regulamentação do Modelo de Desenvolvimento Profissional

Ordem dos Enfermeiros (2009). Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem. Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem. Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista

Pfeil, M (1999). Preceptorship: the progression from student to staff nurse. *Journal of Child Health Care*, 3, 13-18

Pires, A. (2005). *Educação e Formação ao longo da vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competências*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

Severinsson, E.; Hallberg, I. (1996). Clinical Supervisors' views of their leadership role in the clinical supervision process within nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 151-161

Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes (2010). Disponível em <http://www.snia.net/>. Acedido a 20/11/2010.

10. ANEXOS