

# Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s)

Nursing care: how to develop the competence(ies)

Atención en Enfermería: cómo desarrollar esa(s) competencia(s)

Maria Teresa Pereira Serrano\*

Arminda da Silva Mendes Carneiro da Costa\*\*

Doutora Nilza Maria Vilhena Nunes da Costa\*\*\*

## Resumo

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

Considerando os processos de mudança pretendeu-se estudar o modo como os enfermeiros desenvolvem as competências do cuidar em enfermagem e quais as determinantes desse processo.

O estudo qualitativo e etnometodológico privilegiou a presença do investigador no contexto. Na colheita de dados utilizámos a observação participante, entrevistas etnográficas e semi-estruturadas a enfermeiros e outros informantes privilegiados, além de análise documental.

Conclusões: o desenvolvimento de competências resulta da articulação entre os actores (equipa de saúde), o contexto e os saberes através das díades. Estas desenvolvem-se nos sistemas micro e meso com influência do sistema exo e macro. Tem por base: estratégias promotoras de um processo reflexivo sobre a prática de enfermagem; a construção da experiência, um *habitus* de cuidar caracterizado pelo conhecimento colectivo e um processo de supervisão clínica.

**Palavras-chave:** enfermagem; competências; *habitus*; supervisão clínica.

## Abstract

Nursing is related to competence, professional practice and context. Technological innovation and changes in work organization are leading to new business logic. Nurses are key players in the process of change and the contexts are important in skills development.

In terms of the processes of change, the intention was to investigate how nurses develop the skills of nursing care and what are the determinants of this process. The qualitative and ethnomethodological study focused on the presence of the researcher in the context. For data collection we used participant observation, semi-structured ethnographic interviews with nurses and other key informants and document analysis.

Conclusions: Competency development is the result of interactions between the actors (health team), the context and knowledge across dyads. They develop in micro-and meso-systems influenced by exo-and macro systems.

It is based on: strategies to promote a process of reflection on nursing practice, the construction of the experience, a *habitus* of care characterized by collective knowledge and a process of clinical supervision.

**Keywords:** nursing; competencies; *habitus*; nursing clinical supervision.

\* Professora coordenadora. Vice presidente do Instituto Politécnico de Santarém - Escola Superior de Saúde. Doutoramento em Didáctica - Universidade de Aveiro. (Dezembro de 2008). Mestre em Ciências de Enfermagem (1995). Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [serranomariateresa@hotmail.com].

\*\* Professora Coordenadora com Agregação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (orientadora) [armindamcosta@gmail.com].

\*\*\* Professora Catedrática da Universidade de Aveiro (co-orientadora) [nilzacosta@ua.pt].

## Resumen

La enfermería relaciona competencia, ejercicio profesional y contexto. La innovación tecnológica y las alteraciones en la organización del trabajo han hecho emerger nuevas lógicas empresariales. Los enfermeros son actores del proceso de cambio y los contextos son un imperativo en el desarrollo de competencias.

Considerando los procesos de cambio se pretendió estudiar el modo cómo los enfermeros desarrollan competencias de la atención en enfermería y cuáles son las determinantes de ese proceso.

El estudio cualitativo y etno-metodológico privilegió la presencia del investigador en el contexto. En la recolección de datos utilizamos la observación-participante, entrevistas etnográficas y semi-estructuradas a enfermeros y otros informantes privilegiados, además del análisis documental.

Conclusiones: el desarrollo de competencias resulta de la articulación entre los actores (equipo de salud), el contexto y los saberes adquiridos día tras día. Estas se desarrollan en los sistemas micro – e incluso – con influencia del sistema exo y macro. Tienen por base: estrategias promotoras de un proceso reflexivo sobre la práctica de enfermería; la construcción de la experiencia, un *habitus* de cuidar caracterizado por el conocimiento colectivo y un proceso de supervisión clínica.

**Palabras clave:** enfermería; competencias; *habitus*; supervisión clínica.

Recebido para publicação em: 22.09.10

Aceite para publicação em: 15.02.11

## Introdução

A Enfermagem é uma profissão centrada em interações onde cada pessoa, por vivenciar um projecto de saúde, se torna singular, única e indivisível num momento único de cuidado. O avanço tecnológico tem determinado alguma centralidade nas técnicas. O desenvolvimento e as mudanças importantes nos locais de trabalho, relacionados com a inovação tecnológica e as alterações na organização do trabalho, fazem emergir as novas lógicas empresariais em que se procura valorizar o factor humano nas organizações a par com o desenvolvimento tecnológico. O processo de cuidar, muitas vezes desligado da pessoa, enquanto corpo sujeito, coloca o desafio no desenvolvimento de capacidades, conhecimentos e recursos, ou seja, no desenvolvimento de competências. Na prática, vários estudos na área de enfermagem efectivam a relação entre competências e exercício profissional. Os profissionais são os actores do processo de mudança e os contextos são um imperativo ao desenvolvimento de competências. Estes pressupostos levaram-nos a colocar as seguintes questões: como desenvolvem os enfermeiros as competências do cuidar em enfermagem e quais as determinantes desse processo? Como o contexto profissional promove o processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros? A resposta a estas questões, na nossa perspectiva, assume um interesse particular, uma vez que, pode constituir um contributo para: a reflexão, *a análise da influência do contexto da prática; a análise dos eixos estratégicos utilizados e a identificação de determinantes no desenvolvimento de competências na dimensão pessoa - enfermeiro, organização e contexto, numa unidade de medicina hospitalar.*

## Quadro teórico

### O saber profissional e o contexto de cuidados

A profissionalização dos cuidados de enfermagem, a especificidade do saber e a resposta aos desafios dos modelos de gestão, têm colocado o conceito de competência na centralidade das novas lógicas das organizações.

A multi-profissionalidade na complexidade de respostas a problemas de saúde e a imprescindibilidade

dos cuidados de enfermagem exigem a resposta de um profissional competente. Sabemos que a interdisciplinaridade numa equipa de saúde não exclui nem a independência, e a autonomia de cada profissional, nem um referencial próprio que precise a contribuição específica no vasto domínio da saúde.

A resposta à variedade de relações que se estabelecem nos comportamentos observados, sustentados pelos vários paradigmas, e a existência de vários tipos de saberes mobilizados pela enfermagem (saber empírico ou ciência de enfermagem, saber do domínio do conhecimento científico; saber ético; saber pessoal; saber estético ou arte de enfermagem), mobilizam no enfermeiro competências cognitivas (raciocínio lógico, resolução de problemas); competências afectivas (a arte de cuidar); e competências estéticas e reflexivas (o conhecimento de si e a transferência para outras situações).

Na análise de competências, a referência aos profissionais e a sua relação com as organizações é praticamente inevitável, quanto mais não seja pela influência que ambas têm no desenvolvimento da própria organização.

A partir da década de 70 assiste-se a um aumento do desenvolvimento teórico sobre as profissões. Surge a *teoria interaccionista* (Andrew Abbot, 1988) com uma abordagem sistémica e dinâmica do estudo das profissões que introduz o princípio de que as profissões não existem isoladamente, mas organizam-se num sistema de interdependências com área jurisdicional definida, sustentada na natureza do trabalho que cada profissional controla. Faz parte da natureza do trabalho profissional a capacidade de resolução de problemas, associado à legitimação, investigação e instrução resultante de um conhecimento académico específico. Para Carvalho (2006), a construção da imagem social e a visibilidade do trabalho na intervenção em situações complexas contribui para a consolidação da jurisdição. Esta pode ser reivindicada pelo sistema legal, que permite o controlo formal do trabalho, pela opinião pública, com construção de imagens que pressionem o sistema legal no próprio local de trabalho. É neste último que ocorre a complexidade das interações profissionais e se estrutura o trabalho entre as diferentes profissões, intersectadas pela lógica da organização, em que se desempenham as tarefas extra profissionais e se cede a outros grupos muitas das tarefas que caracterizam cada profissão (Carvalho, 2006).

No contexto da saúde e, especificamente, da enfermagem em contexto hospitalar, dado o aumento da quantidade de trabalho profissional, as muitas tarefas delegadas (pertencentes à jurisdição de enfermagem), principalmente as de natureza mais rotineira, possibilitam a aprendizagem no local de trabalho (por exemplo, nas auxiliares de acção médica), por transferência de conhecimentos e assimilação. Há, naturalmente, manifestações de natureza linguística ou simbólica que podem conduzir à precariedade da jurisdição da profissão (neste caso da enfermagem). Amendoeira (2006) constatou que, em Portugal, a década de 70 foi marcada por uma abordagem funcionalista, identificando as funções independentes e dependentes dos enfermeiros e a sua adequação ao tipo de serviço definido. A partir do final da década de 80 começou a formar-se um profissional mais reflexivo, salientando-se a importância de uma perspectiva interaccionista, onde a pessoa passa a ser o centro dos cuidados, atendendo-se à particularidade e singularidade do sujeito de cuidar.

Na década de 90 é aprovado o regime legal da carreira de enfermagem e a regulação da profissão efectuada desde 1996 com a publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros que clarifica os conceitos, intervenções e áreas de actuação, bem como, as regras básicas e os direitos e deveres dos enfermeiros. Este processo culmina em 1998 com a criação da Ordem dos Enfermeiros que se constitui enquanto “entidade reguladora da profissão de enfermagem, deve assumir um papel preponderante na definição dos padrões de qualidade, no perfil de competências profissionais e, por conseguinte, assumir-se como a entidade acreditadora” (Ordem Enfermeiros, 2003, p. 176). Este processo constituiu-se como fundamental na construção da identidade profissional. Nesta continuidade, salientamos a definição do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Este refere-se a um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades. Define como competência do enfermeiro de cuidados gerais “um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar” (Ordem Enfermeiros, 2003, p. 188). O perfil de competências é constituído por cinco domínios – prática profissional informada pela ética; abordagem

holística dos cuidados e integração do conhecimento; relações interpessoais; organização e gestão dos cuidados; e desenvolvimento pessoal e profissional (Ordem Enfermeiros, 2003, p. 247).

A enfermagem vivencia uma construção interactiva e contínua entre a pessoa e o meio. Esta interacção é influenciada pelo conjunto de saberes do enfermeiro e a sua aplicação no processo de cuidar. Deste processo resulta “o agir comunicacional” (e não instrumental), central no processo de socialização, o qual faz depender a lógica da socialização das formas institucionais da construção do Eu e, nomeadamente, das relações comunitárias, no qual Mead, citado por Coulon (1995), enfatiza os “símbolos significativos” como uma linguagem utilizada e um modelo de comunicação. É neste processo de interacção com um “universo simbólico e cultural” e um “saber sobre o mundo” que se constitui, numa primeira fase, a socialização primária que incorpora alguns saberes de base. Costa (2002) constatou que, no decurso da vida, a escola assume uma dimensão importante no processo de socialização primária. Neste sentido, a escola assegura a legitimação dos saberes e a sua relação com o mundo profissional, que se inicia ainda durante a formação, através de uma formação em alternância. A socialização faz-se, não só, pelos saberes de base incorporados, mas também pelas diferentes relações com a escola e o contexto profissional. Como refere Dubar (1997, p. 95) “a chave essencial de compreensão dos mecanismos e dos resultados da socialização primária é, assim, a valorização que é feita dos diferentes saberes pelos diferentes (...) *“socializadores” e das relações que estabelecem com os diversos “socializados”*. Como podemos constatar, este é um processo nunca acabado que coloca a questão da socialização secundária, na vivência do espaço específico, ou espaços institucionais especializados e a aquisição de saberes e de papéis articulados com o trabalho. Assim, a socialização secundária constrói-se a partir da socialização primária.

“Neste sentido, a formação e o trabalho são indutores de transformações identitárias. A formação comporta a legitimação de novas formas de identidade pela alteração do corpo dos saberes e das relações no trabalho” (Abreu, 2007, p. 68).

É na socialização, através do *babitus*, que o cuidado ao ser humano, enquanto ser-no-mundo, pode ser integrado, apreendido, individualizado, em suma, ser um cuidado hermenêutico. Este, como em qualquer

campo de acção, depende do poder existente entre o conjunto de actores individuais ou colectivos. O poder encontra-se nas estruturas pré-existentes do espaço de acção, acentua a natureza relacional, é inseparável da relação através da qual se exerce e implica a cooperação de outras pessoas (dimensão instrumental) e a negociação.

Como refere Abreu (2007), o profissional revela-se num processo contínuo de construção e reconstrução, de confronto com patrimónios individuais e colectivos, de significações e de aprofundamento de cenários. Existem esquemas de acção que, integrados, permitem ao profissional adaptar-se apenas naquilo que ele inova para a atribuição da singularidade da acção. Estamos no âmbito dos saberes procedimentais, ou seja, saberes sobre os procedimentos, que se incorporam às rotinas e ampliam o *habitus* e se tornam “conhecimento-em-acção”. No caso em que a adaptação é mais forte, se reproduz em situações semelhantes e se estabiliza, criam-se novos esquemas de acção, enriquecendo o *habitus*. A tomada de consciência, como um trabalho sobre si próprio, mobilizado no momento adequado, pode favorecer a mudança de *habitus*. Este permite, em tempo certo e com técnicas adequadas, criar, desenvolver ou promover novos esquemas de acção que podem transformar o profissional e o próprio contexto. É nesta interacção e num contexto específico, como no caso de um serviço hospitalar como o serviço de medicina, que a enfermagem assegura a existência, a circulação e a criação de um saber prático - experiência, valores, estratégias e intuição.

Os contextos, enquanto ambiente, influenciam e são influenciados pela subjectividade de cada um, pelas singularidades no colectivo, que se articulam para reinventar um novo colectivo que, quando contextualizadas e consciencializadas, promovem aprendizagens ao longo da vida.

Assim, a aprendizagem experiencial é por natureza interactiva e de interacção intra-pessoal, da pessoa consigo própria e interpessoal, da interacção com a realidade exterior e as pessoas que a rodeiam (Alarcão, 2000). Constata-se que a pessoa aprende no dia a dia, das mais diversas formas, e com tudo o que a rodeia, tornando-a aprendente ao longo do curso da vida.

A aprendizagem ao longo da vida (*lifelong learning*) não é apenas mais um dos aspectos da educação e da aprendizagem; ela deve tornar-se o princípio director que garante a todos o acesso às ofertas de educação e de formação, numa grande variedade dos contextos

de aprendizagem (*Commission of the European Communities*, 2000, p. 3).

Estudos efectuados na área da formação em saúde revelam a existência de formação directamente relacionada com os contextos, com as relações profissionais, com a complexidade dos problemas, com as relações sociais e com a cultura organizacional. A formação emerge como resposta às mutações existentes e às mudanças a gerir. No entanto, constatamos que para existir aprendizagem pela experiência é necessário que exista intencionalidade por parte dos actores nas situações de trabalho, ou seja, que a interacção com essa situação faça sentido. É necessário reabilitar a intuição e a inteligência prática, baseada em saberes científicos sólidos, e fazer a sua reintegração no seio da competência profissional; mobilizar a flexibilidade cognitiva; e mobilizar o próprio processo de integração, enquanto sujeito que aprende. A supervisão incide sobre indivíduos em interacção e o supervisor faz apelo à inteligibilidade das relações existentes de forma dinâmica. O supervisor faz apelo à inteligibilidade das relações existentes de forma dinâmica. Este facto transporta-nos para uma abordagem a partir do todo e não das partes e como nos diz Morin (2000), o pensamento complexo é como que uma viagem que busca um modo de pensamento capaz de respeitar a multidimensionalidade, a riqueza e o mistério do real.

## Metodologia

Para responder a esta perspectiva, considerámos um estudo de caso, o serviço de medicina hospitalar, e o caso, os enfermeiros do serviço. O trabalho empírico baseou-se num estudo de cariz qualitativo e interaccionista da construção da realidade cujo foco se situou nas interacções entre os diferentes intervenientes no processo de cuidar e no significado subjectivo para os participantes. Como método de colheita de dados utilizámos a observação participante, privilegiando a presença do investigador no contexto; as entrevistas etnográficas e entrevistas semi-estruturadas a enfermeiros e outros informantes privilegiados; além de análise documental.

Seleccionámos, como contexto, um serviço de medicina que, pela longa permanência dos doentes, nos possibilitava a observação repetitiva de situações; como actores, enfermeiros com experiência

profissional, ou seja, o enfermeiro que mobiliza a competência; como enfermeiros competentes, os enfermeiros que trabalhavam há mais de 2 anos no mesmo serviço (Benner, 2001). Mobilizámos, ainda, outros intervenientes na colheita de dados para o mesmo objectivo, pois este facto permitiu-nos garantir a validade interna do estudo, pela abrangência de sujeitos sobre os mesmos conceitos em estudo (Durand; Blais, citados por Gauthier, 2003, p. 192).

O estar no terreno e a proximidade com os sujeitos permitiu apreender a subjectividade do ponto de vista estético, emocional, além do cognitivo, e apreciar a melhor “arte” de cuidar.

O modo como os actores pensam, sentem, interpretam e constroem significados, constituíram, como referem Lincoln e Denzin (1994, p. 157) o “empenhamento claro do humanismo para estudar o mundo social com base na perspectiva do indivíduo que interage”. Esta forma de estar na investigação, permitiu compreender as perspectivas das pessoas, as suas experiências,

explorar a natureza e dimensão dos seus interesses e o modo como interpretam e constroem a sua acção.

### Procedimentos de recolha de informação

O planeamento da recolha de informação, dado tratar-se de uma investigação etnometodológica, exigiu uma fusão completa com o objecto em estudo e a focalização nas actividades do dia a dia, na sua execução e na construção de um contexto de interacções (Flick, 2005). Foi um processo que se efectuou a par e passo com a ordenação e análise, característica do estudo etnometodológico.

A fase inicial deste processo começou com o planeamento dos instrumentos da recolha de dados. Partimos para o contexto, considerando as diferentes fontes de dados (Quadro1), com uma postura de abertura e confiantes no entusiasmo e na criatividade que o processo representava.

QUADRO 1 – Fonte de dados correspondentes e eixos em análise

Fonte dos dados	Eixos em análise		
	Actores	Contexto	Saberes
Observação participante	Equipa saúde	Enfermaria Salas de trabalho Copa	Enfermeiros
Entrevistas etnográficas	Equipa de saúde	Equipa de saúde	Equipa de saúde
Entrevistas especialistas	Director do hospital Enfermeira chefe Enfermeira directora		Enfermeira chefe Enfermeira directora
Entrevistas semi estruturadas	Enfermeiros	Enfermeiros	Enfermeiros
Documentos	Legislação; Normas e procedimentos	Legislação, Normas e procedimentos	

Neste sentido, planeámos as diversas etapas de forma rigorosa, ainda que flexíveis, tendo em consideração constrangimentos relacionados com o contexto de investigação ou com o próprio investigador. Considerámos o registo sistemático dos dados; o recurso a estratégias diversas de recolha de informação; e a análise sistemática dos dados e sua validação.

A análise global dos dados teve por base a matriz de categorização da observação participante e modelo de análise da investigação centrada na matriz das competências dos enfermeiros (Ordem Enfermeiros, 2003), aspecto central da nossa investigação em articulação com o meio, como Pires (2005, p. 306) refere, “as competências desenvolvem-se na articulação / intersecção entre diferentes domínios,

numa perspectiva integrativa e de recomposição”, ou seja, consideramos que as competências dos enfermeiros se desenvolvem no sistema micro, em articulação com o sistema meso, exo e macro.

Os diferentes recursos utilizados, a consciência de centrar a nossa visão numa abordagem sistémica e complexa, permitiu-nos efectuar a análise com leitura e releituras de modo a extrair unidades de análise – observações – ilustrativas de momentos observados e descritivos. A redução em análises significativas pelo uso da intuição, paixão, imaginação e liberdade visaram, numa primeira fase, a categorização *a posteriori*, passando em seguida a ser uma categorização *a priori*, pelo sistemático processo de categorização efectuado com base nas diferentes teorias.

## Resultados

O processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros (Diagrama 1) em contexto de trabalho, especificamente no serviço de medicina hospitalar,

centrou-se na articulação de três dimensões: os actores, o contexto e os saberes, num processo dinâmico, interactivo e sistémico com os diferentes sistemas – micro, meso, exo e macro (Bronfenbrenner e Morris, 1998).

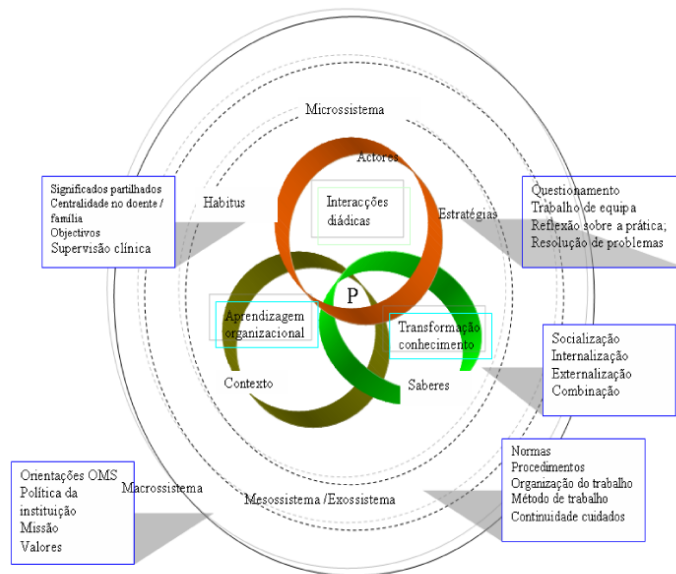


DIAGRAMA 1 – Eixos determinantes do desenvolvimento de competência

Existe uma responsabilidade partilhada entre o profissional enfermeiro e as condições/organização do contexto, a construção e o desenvolvimento de competências profissionais, como nos foi referido *“tem a ver com a personalidade de cada pessoa (...) que também influencia muito”; “É preciso ver se estamos todos para o mesmo, o que às vezes não acontece”; “mas cada um tem o seu lugar”, “na equipa de saúde tentamos colaborar uns com os outros de forma a restabelecer o equilíbrio do doente/família (...) mas, de uma forma geral, conseguimos entrar em consenso em prol do bem-estar do doente-família”* (entrevista semi-estruturada E). Como refere Morin (2000), tudo depende de nós, dependendo de cada um a escolha de ficarmos à margem da correnteza ou mergulhar nela.

## Discussão

Tendo por base as dimensões referidas, passaremos à sua discussão tendo consciência de que as mesmas se constroem e interligam num processo recursivo

inerente aos sujeitos que os integram. Este facto constituiu, numa primeira fase, uma limitação ao estudo, no entanto, ao longo do processo tornou-o dinâmico e interactivo, facto que capitalizou os resultados. Assim, a discussão dos dados revelou ser um processo exaustivo, do qual pensamos dar a visão mais objectiva possível.

### Na dimensão Contexto

O serviço de medicina hospitalar constitui o microsistema onde ocorrem diferentes e múltiplas interacções que influenciam directamente o enfermeiro e promovem o desenvolvimento de competências. Este verifica-se pelas transições ecológicas, resultado de díades no sistema micro e meso, com influência do sistema exo e macro, o que está de acordo com a teoria de Bronfenbrenner e Morris (1998). Constatámos no serviço de medicina factores promotores do desenvolvimento de competências como: um *habitus* caracterizado por uma forma de pensamento e acção colectiva que ultrapassa a subjectividade individual;



por uma comunidade de significados partilhados no serviço, o qual determina o modo como se cuida. O *habitus* traduz-se na visibilidade do desempenho profissional, pela centralidade no doente/família; na resposta às necessidades e problemas do doente/família, definidas pelo sistema exo e macro e por um processo superviso interpessoal, definido no sistema micro. Como refere Antonello, 2005, o conhecimento emerge duma participação activa e da vivência diária do trabalho, sendo este propício a um processo de aprendizagem pelo fazer que num processo global conduz ao pensamento colectivo.

A organização dos cuidados, a nível da equipa de saúde, é mediada por um processo de supervisão. Tem como elemento de referência a enfermeira chefe que evidencia um conhecimento das políticas da organização (macrossistema); envolve o conhecimento dos diferentes elementos dos sistemas (meso, exo e macro); mobiliza a transformação do conhecimento explícito em tácito através da aplicação das normas (exossistema); promove a aprendizagem pela experiência centrada na resolução de problema, a tomada de consciência, a reflexão com base na situação vivida e a transferência para futuras situações; partilha as responsabilidades da gestão mobilizando um conhecimento específico, especializado e contextualizado.

O método de trabalho, método de enfermeiro responsável ou de enfermeiro de referência, operacionaliza o *processo de enfermagem*, enquanto um processo sistemático, dinâmico e complexo, suportado por interacções diádicas com diferentes elementos da equipa.

A passagem de turno constitui um momento de reflexão sobre e para a acção, envolve o conhecimento da individualidade do doente, do processo de doença, das necessidades e problemas e visa a continuidade dos cuidados. É caracterizada por um processo de análise, reconstrução e reformulação da prática, através do confronto dos problemas do doente partilhados no grupo, visando a tomada de decisão no planeamento e na continuidade de cuidados.

A aprendizagem organizacional acontece como uma aprendizagem não formal. A nível micro, o conhecimento produz-se dentro dos limites do próprio serviço - "*auto-produção*" - e engloba a comunicação das mais variadas formas – registos, informatização de dados e comunicação interpessoal. Tem foco na *socialização individual*, pela interacção consciente entre os indivíduos, troca de experiência

colectiva viabilizada por meio do consenso e de cognições partilhadas; tem foco em *processo-sistema* com processamento, interpretação e distribuição de informação pela organização (mesossistema), como se verificou com o processo de trabalho sobre a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

A reflexão sobre os problemas da prática enquadra a aprendizagem, por um lado, no *ciclo de aprendizagem triplo (deutero-learning)*. Nesta, o sujeito modifica a sua forma de aprender, com base nas aprendizagens efectuadas, reflectindo sobre os contextos que as proporcionam e perspectivando novas aprendizagens e, por outro lado, no *modelo colaborativo aberto*, enfatizando um trabalho colaborativo ao longo do tempo, com interferência de outros no grupo, com a existência de parcerias e redes de aprendizagem colaborativa, como se observa com a formação de estudantes e as parcerias existentes, nomeadamente, com o trabalho efectuado com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e Sistema de Apoio para a Prática de Enfermagem (SIPE / SAPE) e os protocolos com as instituições de formação (mesossistema).

A nível macro, a aprendizagem organizacional tem *foco em cultura*. Tem como objectivo criar um ambiente de aprendizagem entre os indivíduos e a organização; promove a interacção e fortalece a base de conhecimento, ou seja, existe um processo de transferência de conhecimento entre os níveis individual, grupal, organizacional e interorganizacional e o desenvolvimento de competências colectivas.

Podemos constatar a existência de diferentes aprendizagens no serviço caracterizadas por um conhecimento de "auto-produção" (Magalhães, 2005), ou seja, resultado de um sistema que contém dentro dos seus limites os mecanismos e processos que lhes permite produzir-se e reproduzir-se, tem uma "organização e estrutura própria, autonomia, fechamento operacional, auto referenciação e capacidade para se acoplar estruturalmente à envolvente circundante" (Magalhães, 2005, p.48).

## Na dimensão Actores

Os actores constituem-se intervenientes no processo de cuidar numa interacção dinâmica consigo próprio (intra pessoal), e com os outros

(interpessoal) no sistema micro, e em articulação com o sistema meso, exo e macro. Estes actores evidenciam desenvolvimento de competências através da capacidade de reflexão no processo de cuidar, explicando as competências tácitas na resolução das situações-problema e a transformação do conhecimento que os leva ao “*estar em situação*” e ao “*agir em contexto*”.

A nível intrapessoal verifica-se a *consciência de si* – conhece os parâmetros do comportamento humano de modo a evitar projecções e identificações ou outras transferências; *consciência do outro* – possui todas as informações sobre a pessoa de modo a ajudar a evoluir no seu processo de saúde/doença; *consciência das tarefas a executar* – conhece a missão, a finalidade e os objectivos – sabe o que fazer com a pessoa, o que implica: identificar a missão enquanto cuidador; a finalidade da intervenção; os objectivos específicos; definir as estratégias adequadas; avaliar a acção e proceder a ajustes; *consciência do contexto* – identifica os recursos físicos e o tempo necessário e adequado; *domínio de capacidades* promotor, na acção, de competências como - ouvir e compreender o outro, não apenas pela comunicação verbal, mas também por expressões e manifestações corporais como elementos fundamentais no processo de comunicação.

A nível *interpessoal* constatámos que quanto maior for o número de interacções existentes no contexto, por um lado, o número de situações complexas e de sistemas em análise, por outro, mais se apela à reflexão, à transformação e por consequência a um saber agir com pertinência, ou seja, ao agir com competência ao longo do tempo. Estes factos têm por base o estabelecimento de interacções complexas que, segundo a teoria de Maturana e Varela (1980), processando-se por assimilação e acomodação, constroem um estado de equilíbrio progressivo e de adaptação que conduzem à autonomia no interior do sistema.

Na prestação de cuidados o enfermeiro mobiliza no processo de cuidar comportamentos específicos, ou seja, os *outputs* de desempenho que, pela sua constância e regularidade, reflectem as competências. Estas são resultado de um saber agir, um querer agir e um poder agir (mecanismo pessoal), contextualizados nos objectivos do serviço e da organização - sistema meso e macro (sistema de suporte).

Na acção de cuidar, o desenvolvimento de competências caracteriza-se por um cuidado centrado na singularidade e na individualização do acto de

cuidar. O *habitus* integrado em cada enfermeiro permite inovar na singularidade de cada acção, flexibilizar em situações idênticas e, em situações novas, efectuar adaptações a novos esquemas.

## Na dimensão Saberes

Os saberes decorrem do conhecimento na acção e resultam de uma integração subjectiva e dinâmica da experiência, são identificados pela integração de esquemas, pela transformação de conhecimento e por um agir contextualizado, expressão de competência profissional. Nesta dimensão identificámos o enfermeiro como: Enfermeiro aprendiz - abre-se ao conhecimento integrando novas formas de interpretar a experiência; integra uma aprendizagem significativa, resultado de experiência vivida, reflectida e partilhada; desenvolve um processo de significados individuais e partilhados na equipa e mobiliza estratégias centradas na experiência e na reflexão; Enfermeiro formador - insere-se numa rede de comunicações e de relações, na interacção social influenciada pelo meio – organização, pelos objectivos – resultados esperados e pelas diferentes díades de actividades. Esta dinâmica sendo promotora de desenvolvimento de competências tem como indicadores: o confronto com o outro, os seus conhecimentos, valores e atitudes; um processo de cooperação, activo e dinâmico; conhecimentos, habilidades, estratégias e competências cognitivas e emocionais. Os vários indicadores visam o auto-conceito, a auto-aprendizagem, o desenvolvimento de transições ecológicas ou o auto cuidado da pessoa/família. Esta dimensão está de acordo com um estudo do Conselho de Enfermagem de NC Board of Nursing (2004), no qual a prática reflexiva é caracterizada por um processo para o desenvolvimento permitindo identificar, na prática, a procura de oportunidades de aprendizagem; a promoção de competências contínuas; a identificação de objectivos, ou seja, mover-se através do contínuo de “*noviço a perito*”.

## Conclusão

O desenvolvimento de competências do enfermeiro envolve como determinantes: os actores, os saberes e o contexto. Os actores evidenciam díades



desenvolvimentais no sistema micro envolvendo, progressivamente, sistemas cada vez mais complexos - meso, exo e macro. Os saberes são construídos pela aplicação do conhecimento a situações-problema identificadas no contexto da prestação de cuidados e mediado por uma prática reflexiva. O contexto possui um *habitus* articulado com o sistema exo e macro, caracterizado por significados colectivos partilhados, por rotinas integradas promotoras de assimilação e adaptação de esquemas de acção que permitem agir com pertinência em situações novas e complexas. A aprendizagem organizacional processa de acordo com os vários sistemas em presença, baseia-se num modelo de “auto-produção”, através da resolução de problemas da prática, é colaborativo e tem foco na cultura. Estes factores determinam um enfermeiro aprendente e formador. No entanto, os eixos identificados do desenvolvimento de competências, suportados pelas características inerentes a cada dimensão, não são, por si, determinantes. Fazem depender de si (pessoa), por características individuais de personalidade, motivação, imprevisibilidade, individualidade e pessoalidade, o modo como cada enfermeiro efectua o seu desempenho profissional. Estes dados permitem-nos afirmar que o contexto é determinante no desenvolvimento de competências, sendo a cultura do serviço, nas diferentes dimensões, factor a considerar, pelo que, em futuras investigações, se deva questionar a relação entre a cultura organizacional e o desenvolvimento de competências dos enfermeiros.

## Referências Bibliográficas

ABBOT, A. (1988) - *The system of professions. Na essay on the division of expert labour*. Chicago : University of Chicago Press.

ABREU, W. C. (2007) - *Formação e aprendizagem em contexto clínico*. Coimbra : Formasau.

ALARCÃO, I., org. (2000) - *Escola reflexiva e supervisão. Uma escola em desenvolvimento e aprendizagem*. Porto : Porto Editora.

AMENDOEIRA, J. (2006) - *Uma biografia partilhada da enfermagem*. Coimbra : Formasau.

ANTONELLO, C. S. (2005) - *A metamorfose da aprendizagem organizacional: uma revisão crítica*. In RUAS, R. ; ANTONELLO, C. S. ; BOFF, L. H. - *Aprendizagem organizacional e competências*. Porto Alegre : Bookman.

BENNER, P. (2001) - *De iniciado a perito*. Coimbra : Quarteto.

BRONFENBRENNER, U. ; MORRIS, P. (1998) - *The ecology of developmental process*. In DAMON, W. ; LERNER, R. M., ed. lit. - *Handbook of child psychology*. New York : Wiley. Vol. 1: *Theoretical Models of Human Development*. p. 993-1028.

CARVALHO, T. (2006) - *A nova gestão pública, as reformas no sector da saúde e os profissionais de enfermagem com funções de gestão em Portugal*. Aveiro : Universidade de Aveiro. Tese de doutoramento.

COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES (2000) - *A memorandum on lifelong learning*. Brussels : CEC.

COSTA, M. A. (2002) - *Formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Coimbra : Formasau.

COULON, A. (1995) - *Etnometodologia*. Petropoilis : Vozes.

DUBAR, C. (1997) - *A socialização. Construção das identidades sociais e profissionais*. Porto : Porto Editora.

FLICK, Uwe (2005) - *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid : Ediciones Morata.

GAUTHIER, B., org. (2003) - *Investigação social. Da problemática à colheita de dados*. Lisboa : Lusociência.

LINCOLN, Y. S. ; DENZIN, N. K. (1994) - *The fifth moment*. In DENZIN, N. ; LINCOLN, Y. S., ed. lit. - *Handbook of qualitative research*. London : Sage Publications.

MAGALHÃES, R. (2005) - *Fundamentos da gestão do conhecimento organizacional*. Lisboa : Edições Sílabo.

MATURANA, R.; VARELA, F. J. (1980) - *Autopoiesi and cognition - the realization of the living*. Dordrech : D. Reidel Publishing.

MORIN, E. (2000) - *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. São Paulo : Cortez Editora ; Brasília : UNESCO.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho de Enfermagem (2003) - *Do caminho percorrido e das propostas*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros.

PIRES, A. L. O. (2005) - *Educação e formação ao longo da vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagem de competências*. Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian ; Ministério da Ciência e do Ensino Superior.

