

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos: um lugar onde os profissionais de saúde aprendem¹

EMÍLIA BÁRTOLO

ebartolo5@gmail.com

Enfermeira. Membro da Equipa Técnico-pedagógica do Serviço de Gestão da Formação do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE — Hospital de Dona Estefânia. Docente na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa — Pólo Artur Ravara.

RESUMO:

O texto foi elaborado a partir das principais conclusões de um estudo etnográfico realizado numa unidade de cuidados intensivos pediátricos; teve como objectivo caracterizar percursos e processos formativos de enfermeiros e médicos e, paralelamente, desenvolver a função formativa do contexto de trabalho, numa articulação estreita entre a prática clínica e a prática formativa. Centrou-se na vivência dos próprios actores, nas suas características e interacções, nas estratégias de aprendizagem e no modo como desenvolvem a sua formação. Partimos do pressuposto de que estes profissionais de saúde são portadores de saberes que adquiriram no contexto de trabalho, através da experiência, da reflexão sobre a prática, das aprendizagens informais e não formais. Desenvolvemos a pesquisa em torno da questão central: Como se formam enfermeiros e médicos numa unidade de cuidados intensivos pediátricos? Por outras palavras, como é que enfermeiros e médicos aprendem cuidados intensivos pediátricos? Na tentativa de dar resposta a esta questão, apresentam-se os percursos e processos de formação do *aprender fazendo* destes profissionais de saúde.

PALAVRAS-CHAVE:

Formação em Contexto de Trabalho, Aprendizagem Experiencial, Estudo Etnográfico, Cuidados Intensivos Pediátricos.

Bártolo, Emília (2008). Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos: um lugar onde os profissionais de saúde aprendem. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, 05, pp. 7-18.

Consultado em [mês, ano] em <http://sisifo.fpce.ul.pt>

NOTA INTRODUTÓRIA

A descrição de determinada realidade é tanto mais objectiva, se pudermos compreender a formação do adulto no contexto da sua vida, e nas relações que estabelece com o meio. O desenvolvimento da formação no contexto de trabalho permite rentabilizar saberes, espaços, integrando na prática clínica uma dinâmica formativa, que se opõe radicalmente à exterioridade que tem caracterizado a formação das unidades de saúde; por outro lado, permite delinear estratégias, encontrar alternativas que façam coincidir tempos e espaços de trabalho e de formação. Nesta perspectiva, o indivíduo forma-se porque experimenta, vive, reflecte, *aprende cuidando e cuida aprendendo*.

Assim, no âmbito de uma dissertação de mestrado, a partir da qual foi publicado um livro (Bártolo, 2007), procurámos responder a questões do tipo “o que aprendem”, “como aprendem”, “com quem aprendem”, através de um conhecimento profundo e exaustivo dos momentos e situações formativas.

O objecto de estudo da investigação é a formação em contexto de trabalho de enfermeiros e médicos, e centra-se nas aprendizagens específicas do desempenho, que resultam do próprio exercício do trabalho num contexto particular. A estratégia metodológica utilizada foi o estudo etnográfico numa unidade de cuidados intensivos pediátricos de um hospital central.

A recolha de informação empírica integrou duas técnicas nucleares — a observação participante, e a

entrevista semi-estruturada, complementadas com a análise documental. O trabalho de campo decorreu ao longo de nove meses, onde fomos desenvolvendo diferentes descrições dos vários actores, momentos, e situações observadas (e participadas), e das quais produzimos diferentes registos. Estes deram origem a um *corpus* de análise constituído por todo o material recolhido no terreno: memorando de campo, relatórios de observação, conversas informais, diários de actor e entrevistas. Para o tratamento de dados utilizámos a técnica de análise de conteúdo.

A sistematização dos principais resultados conduziu a uma identificação das actividades e interacções do contexto da prática clínica, que sustentam os percursos e os processos de formação dos actores, percorrendo, também nós, um *contínuum* de aprendizagem: *da formação inicial ao contexto, da prática clínica à formação contínua, da formação ao desenvolvimento de saberes e competências*.

PERCURSOS DE FORMAÇÃO

DA FORMAÇÃO INICIAL AO CONTEXTO

A *formação inicial* é marcada pela ausência da componente prática e muito concretamente da aprendizagem de técnicas comportamentais. Os médicos referem que a preocupação exclusivamente académica da procura de resultados (não com o objectivo de aprender, mas de concluir determinado curso, de obter um diploma) deixa muitas lacunas e uma

preparação inadequada do futuro profissional de saúde para o contacto directo com o doente. Esta perspectiva está de acordo com a aquisição de qualificações e não com o desenvolvimento de competências (Bellier, 2000; Canário, 1998).

As razões que determinaram a escolha dos actores para o ingresso na unidade de cuidados intensivos pediátricos prendem-se com a experiência anterior adquirida noutras unidades de cariz mais generalista, experiência essa que confere maior segurança e acaba por gerar conhecimento, através das pontes conceptuais que se estabelecem entre os diferentes contextos (Kolb, 1984).

A complexidade e o criticismo dos doentes internados, a falência funcional e a necessidade de um controlo rigoroso são-nos apresentadas como as maiores especificidades, referências que nos reenviam para a componente tecnológica destas unidades, concretamente para a ventilação artificial que, além de tecnicamente exigente, tem ancorado todas as consequências emocionais, éticas, morais, e relacionais, onde se apela à coordenação da equipa de saúde. A unidade apresenta-se ainda como um *contexto* de trabalho marcado pela insegurança, pelo imprevisto, pela constante adaptação a novas situações, onde não se conhece a rotina. Outro aspecto referido é o carácter fechado da unidade, algo que, aliado a situações clínicas críticas, propicia o cansaço e o stresse profissionais. A intensidade da vida de uma unidade de cuidados intensivos pediátricos é associada a uma equipa de saúde jovem (principalmente de enfermagem), devido ao ritmo e exigências da componente técnica. E se muitas das características apontam para a exigência da técnica e da relação, outras são reveladores da satisfação pessoal e profissional das suas equipas.

A vida da unidade caracteriza-se pelas inúmeras actividades realizadas, pelas interacções que se estabelecem, pela gestão de emoções e relações, e pelos modos de gestão da unidade, preocupação manifestada essencialmente pelos enfermeiros. A gestão de enfermagem assenta na partilha de responsabilidades e objectivos, na colaboração no processo de decisão, dinâmica que está de acordo com as noções de compromisso e envolvimento da equipa para o desenvolvimento organizacional (Senge, 1990). Esta gestão apela ainda à participação e à inovação, algo que contribui para o

processo de socialização na adaptação constante do profissional ao meio social onde está inserido (Rocher, 1989).

As *relações interpessoais* caracterizam cada ambiente de trabalho, tornando-o único e diferente de qualquer outro sistema social. Esta dimensão emerge nos cuidados de saúde prestados, nas actividades realizadas, em todas as interacções, condicionando toda a vida da unidade. As relações de trabalho e a participação dos indivíduos nas actividades colectivas revestem-se de extrema importância, na medida em que contribuem para a construção da identidade profissional e social (Dubar, 1997).

As opiniões dividem-se quanto às relações intra-equipa; ou são positivas, como a valorização do espírito de grupo/equipa, ou negativas, como a desvalorização profissional.

Os enfermeiros revelam dificuldade de relacionamento com a equipa médica, traduzida no acesso a um esclarecimento, a uma resposta para determinada situação. Esta percepção poderá estar associada a uma certa inexperiência e imaturidade profissionais, aspecto que não obtém confirmação na vertente apresentada por um dos enfermeiros mais antigos na unidade. Por outro lado, pode ser interpretado como a ausência de reconhecimento por parte da equipa médica das competências que o enfermeiro possui, pois tal como defende Le Boterf (2003), apesar de se atingir determinado objectivo, a competência não se obtém sem o reconhecimento por terceiros.

Os enfermeiros identificam deficiências ao nível do relacionamento profissional (algo que é utilizado para uma reflexão intra-equipa, e adequação de estratégias para com a equipa médica), e, ao nível da partilha de informação clínica (o médico sente que essa partilha acontece, enquanto que o enfermeiro sente que toda a informação que detém sobre o doente não é considerada). A exigência da técnica e da relação não comprometem a satisfação pessoal e profissional, porque o confronto com situações difíceis, nomeadamente a gestão do sofrimento dos pais, induz uma boa interacção e um relacionamento médico-enfermeiro muito positivos.

A complexidade e diversidade das práticas de uma unidade de cuidados intensivos são proporcionais a inúmeras interacções multidisciplinares e, simultaneamente, a múltiplas actividades

inter-relacionadas no contexto, que se articulam e complementam, no sentido de potenciar a aprendizagem.

A *prática clínica* envolve os actores numa multiplicidade de gestos, técnicas, procedimentos, atitudes, que podem associar-se em cuidados individuais e cuidados conjuntos: os cuidados individuais privilegiam a interação do enfermeiro ou médico com a criança doente; os cuidados conjuntos distinguem-se pela interação multidisciplinar, onde enfermeiro e médico se relacionam com os pares numa atitude de interdependência. Os cuidados conjuntos, partilhados, apelam igualmente a uma integração de saberes multidisciplinares. O facto de a equipa de saúde utilizar um único instrumento de registo, revela uma boa integração das duas actividades: enfermagem e medicina.

O momento da *passagem de turno* não se circunscreve a uma simples reunião de enfermeiros onde se transmitem informações clínicas sobre os doentes; a utilização deste período assume diferentes perspectivas, merecendo destaque a integração ao contexto dos cuidados intensivos pediátricos e a conseqüente aprendizagem de novas situações. Este momento permite aos enfermeiros um tempo de paragem para olhar, analisar, discutir e criticar a sua prática, o que segundo Hesbeen (2000) é condição essencial para que os enfermeiros desenvolvam as suas competências pessoais na prestação de cuidados.

A passagem de turno é utilizada para uma clarificação de toda a informação sobre as crianças internadas na unidade, o que origina a definição ou redefinição de estratégias; o final da passagem de turno pode ser utilizado para a partilha de informação técnica e científica, decorrente da participação em formação exterior.

A gestão do tempo das passagens de turno permite canalizar os actores para um momento não formal de aprendizagem, o que segundo Descy e Tessaring (2001), confere competências únicas e tem sido pouco valorizado. A diversidade de contextos e de oportunidades de aprendizagem impõe o reconhecimento desta modalidade, numa maior articulação entre aprendizagens formais e não-formais (Pires, 2002). Este momento é valorizado pelos actores na medida em que se constitui um momento privilegiado de aprendizagem, onde se integram

diferentes modalidades (não formais e informais) (Canário, 2000).

A disposição dos actores na *visita médica* não obedece a qualquer critério, e, muitas vezes, o momento é marcado pela informalidade. Na maior parte dos turnos não ocorre distribuição de doentes pelos médicos que entram de serviço, o que revela a necessidade da equipa médica em dominar todas as situações das crianças internadas.

O facto de os enfermeiros manterem uma participação activa numa actividade tradicionalmente exclusiva dos médicos merece destaque. O modo como o grupo reconhece o valor do trabalho dos pares favorece o investimento e o empenhamento pessoais (D'Espiney, 1997). Por outro lado, a criação de um ambiente que favoreça as aprendizagens em conjunto, proposto por Senge (1990) e Bolívar (1997), toma forma com a participação da equipa de enfermagem nessa mesma visita.

Tal como foi referido na passagem de turno, a visita médica também visa diferentes objectivos, nomeadamente, tornar-se um contributo importante para a integração dos novos médicos na prática clínica. Esta dimensão confirma as perspectivas de Grant (2002) porque, por um lado, considera o aprender a partir da supervisão e o receber “feedback” fundamentais para uma nova perspectiva da formação pós-graduada; por outro lado, porque apresentar e sistematizar a informação também se considera uma importante componente de aprendizagem.

Como acontece com outras actividades da unidade, quer a passagem de turno, quer a visita médica exercem múltiplas funções; muitas vezes, a troca de informações clínicas dá lugar a momentos de descontração, indispensáveis à gestão das emoções de uma unidade com estas características.

As *conversas com os pais* são momentos frequentes na unidade, e podem ocorrer de um modo informal ou formal, de acordo com a exigência de cada situação. A presença dos pais na unidade confere-lhes um estatuto de parceiros nos cuidados, algo que a partilha constante de informações/decisões confirmou. Os pais são chamados a pronunciarem-se inclusive nas situações complexas de investimento terapêutico, pois a complexidade e dificuldade que envolve a má notícia são atenuadas se se estabelecer comunicação empática e se este contacto for partilhado (Mueller, 2002).

Partilhar a má notícia entre colegas constitui uma estratégia da equipa, onde a boa articulação entre os seus membros é de vital importância, reforçando mais uma vez a comunicação com os pais, concretamente face à complexidade de uma má notícia. Esta perspectiva está de acordo com Hazinski (1997), que defende a comunicação frequente, clara e consistente com os pais das crianças internadas numa unidade de cuidados intensivos pediátricos.

PROCESSOS DE FORMAÇÃO

DA PRÁTICA CLÍNICA À FORMAÇÃO CONTÍNUA

As potencialidades formativas do contexto e da situação de trabalho são condicionadas pelo tipo de contexto, pelas relações existentes, pelas decisões tomadas, mas fortemente marcadas pela comunicação que se estabelece. Videira-Amaral (2001) refere-se a esta dimensão como território essencial da prática profissional. No contexto em estudo abordámos a comunicação no que se refere ao comunicar algo à família — evolução clínica, prognóstico, má notícia, e, por outro lado, a comunicação que se estabelece na equipa. No primeiro aspecto encontramos uma preocupação constante com a comunicação empática, traduzida na informação clara e sistemática à família. No segundo, verificou-se um bom relacionamento intra e inter-equipas, com lacunas ao nível da partilha de decisões.

Os *problemas e dificuldades da prática clínica* são percebidos pelos actores como constituindo o estímulo, o impulso, para que a aprendizagem ocorra no contexto e na situação de trabalho. As referências dos actores incidem quase exclusivamente na área das más notícias e nas estratégias que aprenderam a utilizar nesse confronto diário em contexto de trabalho, considerando essencial a resolução de problemas para aprender como agir no futuro. Mas acima de tudo são os problemas e dificuldades de carácter emocional que adquirem um maior peso no quotidiano da unidade; estes apontam para dois domínios: a relação com os pais e o investimento *versus* impotência.

Relativamente à relação com os pais, os maiores constrangimentos prendem-se com as más notícias e todas as fases que a situação encerra. Desenvolver a competência da comunicação empática, como

nos refere Mueller (2002), é uma tarefa fundamental mas difícil, uma vez que estes momentos são vividos com grande sofrimento por parte dos profissionais da unidade; pois, se por um lado se exige a aproximação dos pais, por outro lado é necessário distanciamento, algo que se traduz num dos maiores problemas a ultrapassar.

Outro problema do intensivismo prende-se com o investimento terapêutico, nomeadamente quando a equipa está em dissonância relativamente a decisões sobre situações limite. No caso dos cuidados intensivos pediátricos esta situação adquire um peso ainda maior, pelo facto de se ter que encarar o fim de vida num grupo etário em início de vida (Vale, 2001). O peso da componente técnica e o recurso à ventilação artificial adiam decisões clínicas de não investimento, que causam dilemas angustiantes nos médicos da unidade devido à impotência perante as situações mais difíceis. Esta perspectiva reforça a importância da dimensão holística do cuidado, e do acompanhamento de todo o ciclo de vida do indivíduo. Não é fácil para os profissionais de saúde aceitarem que deixar morrer também é cuidar do outro. E é a morte que se apresenta como o problema mais difícil de gerir pela equipa, não só pela carga emocional que envolve, mas pela referida impotência.

Além das dificuldades emocionais no lidar com situações críticas, os actores referem-se a problemas de relacionamento intra-equipa. Estes prendem-se com divergências quer nas decisões clínicas, quer nas técnicas utilizadas. A clarificação do tipo de problema de relacionamento prende-se com a ausência de uma linguagem de gestão comum, porque o bom relacionamento pessoal é a percepção dominante.

No entanto, segundo Dubar (1990), a aprendizagem que considera os problemas reais, encontrados no exercício do trabalho reveste-se da maior importância, conduzindo a uma situação formativa interdisciplinar.

As *estratégias de resolução de problemas* são geridas pelos actores de acordo com a experiência anterior e com a aprendizagem que vão realizando, quando confrontados com problemas/dificuldades em situação de trabalho (Kolb, 1984; Couceiro, 1996). Por exemplo, recorrendo à validação da informação com os pais no momento de uma má

notícia, ou procedendo a uma gestão individual de emoções, facto que os enfermeiros referem emotivamente. De um modo geral, enfermeiros e médicos referem recorrer aos colegas nalgumas estratégias de resolução de problemas e dificuldades, algo que é referido por Nóvoa (1988) como via para a própria *formação*, ou seja, trabalhar em conjunto em torno da resolução de problemas.

O recurso à mãe de uma criança para ensinar os profissionais a lidarem com um material diferente, apresenta-se como um dado curioso e inovador, reflectindo a dimensão formativa do relacionamento com o doente ou família, facto que Dominicé (1988) realça, pois não é o acontecimento em si que determina o processo formativo, mas as soluções encontradas, e o significado que o sujeito lhes atribui.

DA FORMAÇÃO AO DESENVOLVIMENTO DE SABERES E COMPETÊNCIAS

As estratégias e modos de *formação* utilizados distribuem-se por diferentes modalidades mas acima de tudo distanciam-se da mera transmissão de conhecimentos, escolarizada, escolarizante (Abreu, 1994) e desfasada da realidade. Do modo mais formal, como a formação exterior ao contexto, ou a própria formação em serviço, a um modo mais informal de conceber e desenvolver a formação — traduzida essencialmente na experiência e na formação em exercício —, os actores valorizam as potencialidades formativas da situação de trabalho. O recurso estratégico à equipa de trabalho, ao saber multiprofissional é bem patente no aprender em conjunto, quer a nível relacional, quer a nível técnico.

Os actores percebem o conceito de formação como uma estrutura dinâmica (Malglaive, 1995, 1997), muito associada à produção e desenvolvimento de competências, mas igualmente marcada pela necessidade de dar resposta aos requisitos do contexto, numa situação de trabalho em constante evolução como a do intensivismo pediátrico. O carácter informal da formação é valorizado pelos actores, já que as situações pouco estruturadas da actividade quotidiana, mesmo não conscientes, nem intencionais por parte dos destinatários, correspondem a situações potencialmente educativas (Canário, 2000). A mobilização de saberes em contexto e a sua aplicabilidade à situação de trabalho

são aspectos realçados pela equipa de saúde da unidade como essenciais à prática formativa.

A *autoformação* assenta muitas vezes na dimensão reflexiva que determinado actor imprime à sua prática, no sentido em que permite mobilizar uma disponibilidade de tempo e de energias, que não emergem habitualmente na actividade quotidiana (Couceiro, 1996). A dimensão autoformativa é clara no discurso de diferentes actores, ao nível da leitura, do estudo, da pesquisa nas mais variadas fontes. A constante actualização técnica e científica, que os cuidados intensivos pediátricos exigem, são notórias, como tal, os seus profissionais abordam esta preocupação no sentido da melhoria contínua, querendo aprender para fazer melhor. Uma perspectiva diferente, talvez mais completa, prende-se com a necessidade de estar actualizado, preparado para agir e, como tal, utilizando os diferentes recursos disponíveis — a literatura e o saber médico —, algo que segundo Canário (1997) resulta de uma confluência de diferentes fontes: a ciência, a experiência, a interacção (social) com pares, com outros profissionais e com doentes. As dificuldades, os problemas parecem relacionar-se com esta necessidade de formar-se a si próprio, de procurar respostas, soluções para os desafios técnicos, relacionais, emocionais, que a prática de cuidados intensivos pediátricos confere aos seus profissionais.

A *formação em serviço* é prática cada vez mais frequente na unidade. Inicialmente dinamizada pela equipa de enfermagem, adquire hoje uma participação alargada de toda a equipa de saúde, e o carácter multiprofissional é tónica frequente em inúmeras sessões. Uma das causas identificadas para o impulso desta modalidade formativa é a presença de erros na prática clínica. O erro surge como um problema susceptível de resolução através da formação e, sendo algo muito concreto e específico, deve ser eliminado recorrendo ao contexto e aos próprios actores. Tal como refere Macdonald (cit. in Grant, 2002), o erro é uma componente importante na aprendizagem em contexto profissional, e esta equipa de saúde considera-o e valoriza-o. Apesar do carácter formalizado desta actividade, os conteúdos respondem a um problema concreto da prática, e o recurso à demonstração técnica facilita a aprendizagem da equipa. A formação em serviço é ainda utilizada para a partilha de experiências

adquiridas noutra contexto, valorizando a dimensão do conhecimento científico.

A *formação em exercício* assume cada vez maior importância na vida das unidades de saúde, pois concentra no mesmo espaço a actividade formativa e a prática de cuidados; os actores formam-se nos mesmos espaços e nos mesmos tempos, numa atitude reflexiva em situação de trabalho, associando acção e formação (Abreu, 1994). Esta modalidade valoriza a experiência do indivíduo, o exercício, a prática, fornecendo material de reflexão e preparando-os para uma aprendizagem mais específica (Newman & Peile, 2002) — vertente prática, que além de reconhecida, valorizada, é associada à situação de trabalho, no quotidiano da unidade.

Os actores reconhecem que o contexto de trabalho lhes fornece os problemas, as dificuldades, as novas situações, e é esse exercício do trabalho a matéria-prima para a aprendizagem (Barroso, 2003). No caso concreto da unidade de cuidados intensivos pediátricos, o facto de gerar grande quantidade de informação e experiências, constitui só por si um elemento básico de aprendizagem (Ruza Tarrío & Ortega, 2003).

As visitas diárias (de médicos e enfermeiros) onde se discutem os casos clínicos, o investimento terapêutico, as perturbações na relação (de pais e de técnicos), a decisão de reanimar ou não, assumem um papel fundamental, de carácter altamente formativo. Planear e realizar diferentes actividades no quotidiano de uma unidade de cuidados intensivos permite a médicos e enfermeiros — profissionais da relação, construir competências que dificilmente desenvolvem numa sala de formação, e que são acessíveis principalmente por esta via experiencial (Abreu, 1997), nomeadamente: a preparação e realização das visitas, a negociação (técnicos/família/doente), o planeamento e a gestão dos cuidados. Integrar um novo médico nos cuidados, no modo como intervém e fala para o grupo, reforça esta aprendizagem comportamental no exercício do trabalho. No entanto, a vertente técnica também é privilegiada através da formação em exercício.

A acumulação progressiva de experiências produz conhecimento científico (Ruza Tarrío & Ortega, 2003) e é precisamente na *experiência* que

enfermeiros e médicos colocam a tónica da sua aprendizagem; é na prática clínica e no contexto dos cuidados intensivos pediátricos que centram a mobilização de saberes. De acordo com Kolb (1984) a recursividade entre teoria e prática, as potencialidades do contexto e as competências do indivíduo, interagem de um modo integrado, dando origem à aprendizagem experiencial. Esta aprendizagem pela experiência é realçada pelos actores, nomeadamente na sua vertente técnica. No entanto, a vertente emocional também é referida pelos actores com um peso importante, no modo como as dificuldades da doença crítica e o mau prognóstico desenvolvem esta aprendizagem.

A experiência anterior de alguns actores é utilizada, no contexto actual, como estímulo de aprendizagem e desenvolvimento, reforçando um dos princípios de Knowles (1990), ao destacar o papel da experiência como o maior recurso para a aprendizagem, considerando o adulto portador das mais variadas experiências.

A reflexão sobre a prática em determinado contexto, e num determinado momento, é valorizada pelos actores, algo que confirma a teoria de Schön (1987). O nosso pensamento serve para reconstruir o que vamos fazer, enquanto o estamos a fazer. Nesta perspectiva considera-se determinante o papel da prática para a produção de competências, algo que é optimizado no trabalho com a criança criticamente doente e sua família.

A *formação exterior ao contexto* emerge de uma identificação de necessidades integrada na actividade profissional e da reflexão diária sobre os problemas da prática clínica, com o objectivo de desenvolver as competências necessárias para mobilizar, em situações concretas, os recursos teóricos e técnicos adquiridos durante a formação. Este recurso é valorizado pelos actores, adquirindo uma dimensão estratégica na vida da unidade, e a sua necessidade é justificada de diferentes modos: a comparação com a comunidade científica (Grant, 2002) é uma das dimensões valorizadas; a necessidade de saber, que caracteriza o aprender do adulto (Knowles, 1990) é importante na medida em que estes profissionais precisam conhecer as razões da aprendizagem e a sua utilidade; os desafios da prática, que desencadeiam nos actores o sentimento da necessidade de se formar; o facto de poderem reflectir fora do

contexto facilita a concentração no momento formativo; e finalmente, porque estes profissionais associam a formação exterior à aquisição da perícia científica (Benner, 2001).

Por outro lado, a formação exterior realizada não só preconiza a aquisição de conhecimentos científicos, mas a garantia da sua aplicabilidade à unidade; só deste modo os actores consideram que esse investimento tem retorno. Esta modalidade adquire muitas vezes a forma de estágio, quer de observação, quer de prática, aos quais os actores se referem como uma das situações mais ricas de aprendizagem e de aquisição de novos conhecimentos técnicos, científicos, organizativos. Para os actores, a formação realizada individualmente deve ser partilhada, favorecendo o crescimento da equipa e contribuindo para a gestão do conhecimento da organização (Senge, 1990).

O papel da *equipa* na aprendizagem é valorizado pelos actores e ocorre normalmente a nível informal. O recurso estratégico ao saber multiprofissional é bem patente neste aprender em conjunto, quer a nível relacional, quer a nível técnico.

A equipa de trabalho é reconhecida como apoio permanente à resolução de problemas, facto que é apresentado quer por enfermeiros, quer por médicos, e relatado na perspectiva do esclarecimento de dúvidas, mas também pressupondo uma postura aberta, humilde, marcada pela necessidade de aprender.

A intervenção da equipa é determinante no processo de integração na unidade. Os médicos consideram ser uma área de formação extremamente importante; os enfermeiros preocupam-se com um programa de integração de qualidade, que permita um processo de socialização rápido e eficaz, assumindo o procedimento de integração como um processo contínuo, dinâmico e para o qual contribuem os diferentes actores. O acompanhamento exigido e a figura do chefe de equipa adquirem neste contexto um papel primordial.

O recurso ao *grupo de trabalho* é cada vez mais utilizado na equipa de saúde da unidade; cumpre diferentes objectivos, que passam por aprofundar conhecimentos técnicos, científicos, relacionais. Esta prática contribui para a aprendizagem do grupo, no modo como enfermeiros e médicos cooperam para atingir objectivos comuns, algo que está

de acordo com a perspectiva de Argyris e Schön (cit. in Bolívar, 1997). Senge (1990) realça a ideia da obtenção de resultados extraordinários, num grupo de pessoas que trabalha em conjunto, devido aos objectivos comuns, à confiança estabelecida, e ao facto de se complementarem mutuamente, o que reenvia para a organização aprendente. A equipa de saúde da unidade, quer na prática quotidiana quer no grupo de trabalho formal e organizado, confirma esta disposição de aprendizagem em torno de objectivos comuns.

A unidade de cuidados intensivos pediátricos contribui fortemente para o processo de *desenvolvimento de saberes e competências*, na medida em que os seus profissionais colocam constantemente em acção saberes teóricos e saberes práticos, e é desta confluência que surgem as novas competências profissionais.

A *competência técnica* resulta de um conjunto de saberes mobilizados em situação de trabalho; no discurso dos actores emerge o seu carácter dinâmico, de realização na acção (Le Boterf, 1997). A equipa manifesta grande preocupação com o treino da competência técnica, para que os seus elementos se tornem peritos (Benner, 2001), concretamente no procedimento das manobras de reanimação; neste caso, a competência é interpretada com um elevado nível de especialização, associada a um posto de trabalho específico (Descy & Tessaring, 2001).

A avaliação rigorosa que a equipa de enfermagem emite sobre todos os procedimentos realizados e o conhecimento preciso da situação clínica das crianças traduzem a preocupação com o domínio técnico, tornando-se bons indicadores deste saber técnico produzido na unidade.

A *competência relacional* apresenta uma dimensão transversal a toda a pesquisa, combinando e mobilizando um conjunto de saberes e recursos. A unidade de cuidados intensivos pediátricos, contexto em constante evolução e, a própria natureza do trabalho, em mudança permanente, revelam competências e perfis profissionais relacionados com aspectos ou qualidades pessoais — o saber-ser ou estar (Pires, 2000). A comunicação intra-equipa desenvolve esta competência, o que está de acordo com a perspectiva de Le Boterf (2002), que defende a necessidade de saber interagir com os outros para

agir com competência; não são apenas os recursos individuais que dão origem à competência, mas a combinação desses recursos com os dos outros (conhecimentos, saber-fazer, qualidades, cultura, experiências). A competência relacional adquire o seu expoente máximo quando surge o confronto com situações complexas de resolução de problemas, a má notícia, o mau prognóstico, ou a morte. Este facto permite uma rentabilização de saberes adquiridos anteriormente.

A *responsabilidade* é uma das competências que os actores mais colocam em acção na unidade. O termo é utilizado indiscriminadamente, quer caracterizando o sujeito, quer na acção concreta; contudo, a preocupação com as boas práticas circunscreve-se ao domínio técnico.

As novas práticas de gestão abertas à participação dos profissionais estão presentes na unidade de estudo, como tal, a mobilização das competências transversais, como a autonomia e a criatividade, assumem um papel fundamental (Barroso, 1996). Nesta perspectiva insere-se o domínio dos limites de intervenção clínica, que são claros para alguns actores. A noção de delimitação de área de intervenção parece relacionar-se com os riscos que uma má prática possa envolver e são os próprios actores que reconhecem a importância da *autonomia*, mas uma autonomia responsável. O processo de integração na unidade contribui fortemente para esta aquisição progressiva de autonomia, como preconizam os programas de integração das equipas médica e de enfermagem.

As novas situações de trabalho e, mais ainda, as que envolvem maior complexidade, põem à prova a capacidade criativa da equipa de saúde. Cada etapa cria uma nova situação que requer uma avaliação, para dar início a novo percurso e, quanto mais difícil a situação, mais saberes são mobilizados: o recurso a saberes adquiridos anteriormente naquele ou noutro contexto faz desenvolver novas competências como a *criatividade*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação realizada realçou as potencialidades formativas de uma unidade de saúde particular, onde a prática de enfermeiros e médicos confirma a integração entre o campo da formação e o campo da acção, evidenciando uma maior articulação entre a situação de formação e a situação de trabalho. A participação e envolvimento na formação contínua são notórios na equipa de saúde da unidade. Enfermeiros e médicos utilizam diferentes estratégias, numa diversidade de recursos que se tornam complementares, valorizando o potencial pedagógico do intensivismo pediátrico.

A unidade de cuidados intensivos constitui um espaço de transformação de competências profissionais, num processo contínuo de formação, onde diferentes saberes são mobilizados na actividade do trabalho. As interacções dos seus profissionais, no quotidiano da unidade, constituem uma dinâmica formativa, donde emergem novos saberes práticos, adquiridos directamente pelo exercício do trabalho.

A formação profissional contínua tem sido nas instituições de saúde o motor de inúmeras transformações, e longe de nós esquecer esse valor inquestionável. No entanto, a forma tradicional e escolarizada, dependente de co-financiamento comunitário, começa a esgotar as potencialidades de desenvolvimento dos seus profissionais e da própria organização. As unidades formativas vão ter que abandonar a exterioridade que as caracteriza, encarando o contexto de trabalho e a prática clínica como *uma nova formação*.

A realidade não se descobre, constrói-se em situação, situação essa que privilegiou ao longo de todo o percurso uma lógica de compreensão dos processos de formação que ocorrem em contexto de trabalho. O acesso que tivemos ao ponto de vista dos actores, permitiu construir um novo discurso sustentado na relação de confiança, quanto a nós, o melhor instrumento de recolha de dados.

1. Paráfrase do título de um livro de Rui Canário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Wilson (1994). *Dinâmica de formatividade dos enfermeiros: um subsídio para um estudo ecológico da formação em contexto de trabalho hospitalar*. Lisboa: FPCE (Tese de Mestrado).
- ABREU, Wilson (1997). Dinâmica de formatividade dos enfermeiros em contexto de trabalho hospitalar. In Rui CANÁRIO (org.), *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, pp. 147-168.
- BARROSO, João (1996). A aprendizagem ao longo da vida. *Fórum Euroformação*, 1. Lisboa: Centro de Congressos da AIP.
- BARROSO, João (2003). Contributo que a análise das organizações traz para a formação contínua. *Seminário temático no âmbito do Mestrado em Ciências da Educação*, na área de Especialização em Formação de Adultos. Lisboa: FPCE.
- BÁRTOLO, Emília (2007). *Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar: Um estudo etnográfico numa unidade de cuidados intensivos pediátricos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- BELLIER, Sandra (2000). A competência. In Philippe CARRÉ & Pierre CASPAR (orgs.), *Tratado das Ciências e das Técnicas da Formação*. Lisboa: Instituto Piaget, pp. 241-262.
- BENNER, Patricia (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- BOLÍVAR, António (1997). A escola como organização que aprende. In Rui CANÁRIO (org.), *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, pp. 79-100.
- CANÁRIO, Rui (1997). Formação e mudança no campo da saúde. In Rui CANÁRIO (org.), *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, pp. 117-146.
- CANÁRIO, Rui (1998). A escola: o lugar onde os professores aprendem. *Psicologia da Educação* (PUC — S. PAULO), 6, pp. 9-27.
- CANÁRIO, Rui (2000). *Educação de Adultos: Um Campo e uma Problemática*. Lisboa: Educa.
- COUCEIRO, Maria do Loreto (1996). Reflexão sobre a prática profissional: uma experiência de formação de professores. In *Formação, Saberes Profissionais e Situações de Trabalho, Vol. II. Actas do IV Colóquio Nacional da AIPELF/AFIRSE*. Lisboa: Universidade de Lisboa, pp. 419-428.
- D'ESPINEY, Luísa (1997). Formação inicial/formação contínua de enfermeiros: Uma experiência de articulação em contexto de trabalho. In Rui CANÁRIO (org.), *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, pp. 169-188.
- DESCY, Pascaline & TESSARING, Manfred (2001). *Formar e aprender para gerar competências*. Luxemburgo: CEDEFOP.
- DOMINICÉ, Pierre (1988). O processo de formação e alguns dos seus componentes relacionais. In António NÓVOA & Matthias FINGER (orgs.), *O método (auto)biográfico e a formação*. Lisboa: Ministério da Saúde, pp. 53-56.
- DUBAR, Claude (1990). L'enjeu des expériences de formation innovante en entreprise: un processus de socialisation professionnelle. *Éducation Permanente*, 104, pp. 51-55.
- DUBAR, Claude (1997). *A socialização: construção das identidades sociais e profissionais*. Porto: Porto Editora.
- GRANT, Janet (2002). Learning needs assessment: assessing the need. *British Medical Journal*, 324, pp. 156-159.
- HAZINSKI, Mary Fran (1997). Anatomic and physiological differences between children and adults. In Daniel LEVIN & Frances MORRIS (eds.), *Pediatric Intensive Care: Procedures, Equipment, and Techniques*. New York: Churchill Livingstone, pp. 1112-1126.
- HESBEEN, Walter (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- KNOWLES, Malcolm (1990). *L'apprennant adulte. Vers un nouvel art de la formation*. Paris: Editions d'Organisation.
- KOLB, David (1984). *Experiential learning*. New Jersey: Prentice-Hall.
- LE BOTERF, Guy (1997). La compétence du professionnel : savoir gérer une situation professionnelle complexe. In Guy LE BOTERF (org.), *De la compétence à la navigation professionnelle*. Paris: Les Editions d'Organisation, pp. 37-93.

- LE BOTERF, Guy (2002). Les compétences, de l'individuel au collectif. De quel concept de compétence avons-nous besoin? *Soins Cadre*, 41, pp. 20-22.
- LE BOTERF, Guy (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed.
- LOPES, Helena (2000). A organização qualificante. In Helena LOPES (org.), *As modalidades da "empresa que aprende" e "empresa qualificante"*. Lisboa: IEFP, pp. 29-44.
- LOPES, Maria Emília (2005). *Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar: Um estudo etnográfico numa unidade de cuidados intensivos pediátricos*. Lisboa: FPCE (Tese de Mestrado).
- MALGLAIVE, Gérard (1995). *Ensinar adultos*. (Coleção Ciências da Educação). Porto: Porto Editora.
- MALGLAIVE, Gérard (1997). Formação e saberes profissionais: entre a teoria e a prática. In Rui CANÁRIO (org.), *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, pp. 53-60.
- MUELLER, Paul (2002). Breaking bad news to patients. *Postgraduate Medicine*, 112, 3, pp. 15-18.
- NEWMAN, Penny & PEILE, Ed (2002). Valuing learners' experience and supporting further growth: educational models to help experienced adult learners in medicine. *British Medical Journal*, 325, pp. 200-202.
- NÓVOA, António (1988). A formação tem de passar por aqui: as histórias de vida no projecto Pro-Salus. In António NÓVOA & Matthias FINGER (orgs.), *O método (auto)biográfico e a formação*. Lisboa: Ministério da Saúde, pp. 109-130.
- PIRES, Ana Luísa (2000). *Desenvolvimento pessoal e profissional: Um estudo dos contextos e processos de formação das novas competências profissionais*. (Coleção Pensar Educação). Lisboa: Ministério da Educação.
- PIRES, Ana Luísa (2002). *Educação e formação ao longo da vida: Análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competências*. Lisboa: Faculdade de Ciências e Tecnologia (Tese de Doutoramento).
- ROCHER, Guy (1989). Socialização, conformidade e desviância. In Guy ROCHER (org.), *Sociologia Geral*. Vol.1. Lisboa: Editorial Presença, pp. 124-159.
- RUZA TARIO, Francisco & ORTEGA, Francisco (2003). UCIP en la asistencia pediátrica actual. In Francisco RUZA TARIO (org.), *Cuidados Intensivos Pediátricos*. Vol. 1. Madrid: Ediciones Norma-Capitel, pp. 3-21.
- SCHÖN, Donald (1987). *Educating the reflective practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- SENGE, Peter (1990). *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization*. New York: Doubleday/Currency.
- VALE, Maria do Carmo *et al.* (2001). Mortalidade numa unidade de cuidados intensivos pediátricos: Análise e algumas considerações éticas. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 2, 32, pp. 77-82.
- VIDEIRA-AMARAL, João (2001). Formação profissional contínua em pediatria: Aspectos básicos e sistematização. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 2, 32, pp. 117-120.

