

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

SARAH MARÍLIA BUCCHI

**REELABORAÇÃO DO TREINAMENTO ADMISSIONAL DE
ENFERMEIRO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

**SÃO PAULO
2009**

SARAH MARÍLIA BUCCHI

**REELABORAÇÃO DO TREINAMENTO ADMISSIONAL DE
ENFERMEIRO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada à Escola
de Enfermagem da Universidade de
São Paulo para obtenção do título
de Mestre em Enfermagem

Área de concentração:
Administração em Enfermagem

Orientadora:
Prof^a Dr^a Vera Lúcia Mira Gonçalves

**SÃO PAULO
2009**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Bucchi, Sarah Marília.

Reelaboração do treinamento admissional de enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva. / Sarah Marília Bucchi. – São Paulo, 2009.

155 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Vera Lúcia Mira Gonçalves.

1. Enfermagem em unidades de terapia intensiva 2. Formação e capacitação de recursos humanos (enfermagem) 3. Enfermeiras (treinamento). I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: SARAH MARÍLIA BUCCHI

Título: REELABORAÇÃO DO TREINAMENTO ADMISSIONAL DE ENFERMEIRO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Dedico esta dissertação a todos os profissionais com quem pude me relacionar desde o início de minha vida profissional, aos pacientes, aos professores, aos amigos, enfim, a todos que propiciaram oportunidades de crescimento como pessoa.

A Isso

A Deus

A Vida

A meus pais Genny e Eduardo Bucchi

A minha querida filha Aline

*A meu grande amigo Sérgio Vieira Bettarello
por gostar de gente*

Ao MIP não tenho palavras

A todos

Muito obrigada!

Sarah

Agradecimentos

Aos meus queridos companheiros de trabalho, durante os anos de minha vida profissional dedicados à UTI, sem distinção de cargo ou função, pessoas maravilhosas com quem convivi e vivi intensamente.

Aos enfermeiros que participaram desse estudo, por nunca terem me deixado desviar da ética e do profissionalismo.

A Prof^a Vera Lucia Mira Gonçalves minha orientadora, porque nada é por acaso.

Aos pacientes motivo das instituições hospitalares.

“Fui só um instrumento na tradução de uma realidade.”

MUITO, MUITO OBRIGADA!

NÃO-COISA

O que o poeta quer dizer
no discurso não cabe
e se o diz é pra saber
o que ainda não sabe.

Uma fruta uma flor
um odor que relume...
Como dizer o sabor,
seu clarão seu perfume?

Como enfim traduzir
na lógica do ouvido
o que na coisa é coisa
e que não tem sentido?

A linguagem dispõe
de conceitos, de nomes
mas o gosto da fruta
só o sabes se a comes

só o sabes no corpo
o sabor que assimilas
e que na boca é festa

de saliva e papilas
invadindo-te inteiro
tal do mar o marulho
e que a fala submerge
e reduz a um barulho,

um tumulto de vozes
de gozos, de espasmos,
vertiginoso e pleno
como são os orgasmos

No entanto, o poeta
desafia o impossível
e tenta no poema
dizer o indizível:

subverte a sintaxe
implode a fala, ousa
incutir na linguagem
densidade de coisa
sem permitir, porém,
que perca a transparência
já que a coisa é fechada
à humana consciência.

O que o poeta faz
mais do que mencioná-la
é torná-la aparência
pura — e iluminá-la.

Toda coisa tem peso:
uma noite em seu centro.

O poema é uma coisa
que não tem nada dentro,

a não ser o ressoar
de uma imprecisa voz
que não quer se apagar
— essa voz somos nós.

Bucchi SM. Reelaboração do treinamento admissional de enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva. [dissertação] São Paulo(SP): Escola de Enfermagem da USP; 2009.

RESUMO

O processo de treinamento e desenvolvimento de recursos humanos é um importante instrumento para a gerência e para a assistência, os estudos encontrados acerca do treinamento em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) estão relacionados, principalmente, à realização de técnicas assistenciais. Reconhecendo a relevância do preparo do enfermeiro para atuação em UTI e sabendo da valorização que o grupo de enfermeiros da UTI de um hospital privado do município de São Paulo atribui ao processo de treinamento admissional, esta pesquisa foi desenvolvida na Instituição, Hospital Campo de Estudo (HCE). Assim, constituíram-se como objetivos desse estudo: analisar o processo de treinamento admissional do enfermeiro na UTI, na perspectiva dos enfermeiros da UTI do HCE; reelaborar o processo de treinamento admissional de enfermeiro na UTI, na perspectiva dos enfermeiros da UTI do HCE e definir o perfil do enfermeiro instrutor do treinamento admissional do enfermeiro. A fim de alicerçar essa reelaboração nos valores e necessidades expressas por esse grupo, optou-se pelo método de investigação, da pesquisa-ação. A técnica de coleta de dados ocorreu por meio de grupo focal, constituído de 11 enfermeiros com mais de três anos nessa UTI. Foram realizadas seis reuniões, totalizando dez horas de trabalho. Ainda, na coleta de dados, foram divulgados os relatórios-síntese dessas reuniões possibilitando a participação dos demais 18 enfermeiros da UTI que responderam aos questionários dirigidos, desse modo, houve contribuição de todo o coletivo estudado. Essa estratégia possibilitou a concretização da tarefa do grupo para além da proposta inicial de reelaboração do processo de treinamento. Em consonância ao perfil desejado para o enfermeiro dessa UTI, ora estabelecido pelo grupo, foram também descritos o conceito, os objetivos, as estratégias, a duração e as metas a serem alcançadas pelo enfermeiro recém-admitido. Para tal, foram construídos o novo instrumento, o fluxograma, o memento e a descrição do perfil do enfermeiro instrutor. Além do trabalho desenvolvido, a pesquisa promoveu no grupo e na pesquisadora a reflexão sobre aspectos intervenientes ao processo educativo, bem como acerca da identidade do grupo caracterizada pelo papel assistencial, pela autonomia de ação e, conseqüente, reconhecimento junto à equipe multiprofissional, o que facilitou, de modo coerente, a reelaboração do processo de treinamento admissional do enfermeiro da UTI-HCE.

Palavras chave: Pesquisa-ação. Grupo focal. Treinamento. UTI.

Bucchi SM. Redesigning the Nurse Admission Training Process at an Intensive Care Unit. [dissertation] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, USP (Nursing School, University of São Paulo); 2009.

ABSTRACT

The human resource training and development process is an important instrument for management and care-providers. Studies regarding Intensive Care Unit (ICU) training relate especially to the performance of care-providing techniques. This research was developed at a Study Field Hospital (SFH) considering the importance of a nurse's training process for performing at an ICU and knowing how ICU nursing staff value the admission training process at a private practice hospital in the city of São Paulo. Study objectives were to: analyze the ICU-nurse admission training process from the SFH ICU nurses' standpoint; redesign the ICU-nurse admission training process from the SFH ICU nurses' standpoint; and determine the educator-nurse profile for the ICU-nurse admission training process. In order to support this redesigning within the values and needs expressed by the group, the investigational method of action research was adopted. The data collection technique performed was based on a focus group composed of 11 nurses who have worked at this SFH ICU for more than three years. Six meetings were held in a total of ten working hours. Furthermore, during data collection, summarized meeting reports were issued allowing 18 other ICU nurses who answered the guided questionnaires to participate and therefore the whole group under study contributed. This strategy warranted concretization of the group's task further than the initially proposed redesigning of the training process. In agreement with the desired nurse profile for the ICU, now established by the group; concept, objectives, strategies, duration, and goals to be met by a recently-hired nurse were also described. For such, a new instrument, flow-chart, guideline and educator-nurse profile description were conceived. In addition to the work developed, this research fostered both in the group and the investigator a reflection on intervening aspects of the educational process as well as of the group identity, characterized by the care-providing role, autonomy to act and consequent recognition by the multi-professional team which coherently facilitated the redesigning of the nurse admission training process at the SFH ICU.

Key words: Action research. Focus group. Admission Training . ICU.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 TREINAMENTO ADMISSINAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	14
1.2 TREINAMENTO ADMISSINAL PARA ENFERMEIRO EM UTI.....	18
1.3 O TREINAMENTO ADMISSINAL DE ENFERMEIROS NA UTI DO HOSPITAL CAMPO DE ESTUDO	20
2 OBJETIVOS	25
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	27
3.1 FASE I - DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	27
3.2 FASE II – LOCAL DO ESTUDO	31
3.3 FASE III – SUJEITOS DO ESTUDO	33
3.4 FASE IV - COLETA DE DADOS	35
3.5 FASE V - ANÁLISE DOS DADOS.....	37
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	38
4 APRESENTAÇÃO DAS REUNIÕES DO GRUPO FOCAL E DAS CONSIDERAÇÕES DOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES.....	40
5 AVALIAÇÃO DA METODOLOGIA DE TRABALHO	66
5.1 AVALIAÇÃO DA METODOLOGIA PELO GRUPO FOCAL	66
5.2 AVALIAÇÃO DA METODOLOGIA PELO ENFERMEIRO PARTICIPANTE...	68
6 APRESENTAÇÃO DA TAREFA REALIZADA	73
7 AVALIAÇÃO DO TRABALHO REALIZADO.....	92
8 DISCUSSÃO	95
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	115
REFERÊNCIAS	118
ANEXOS	125



SEMENTES DE GIRASSOL (HELIANTHUS ANNUS)

Introdução

1 INTRODUÇÃO¹

Como enfermeira de unidade de terapia intensiva (UTI) há 21 anos e tendo atuado por 5 anos como gerente da UTI de um hospital privado do Município de São Paulo, permito-me enfatizar a importância e a necessidade dos processos de treinamento e desenvolvimento dos recursos humanos dessa unidade, bem como os desafios diários encontrados para sua realização, de modo a contemplar as diretrizes assistenciais e gerenciais indispensáveis à prestação do cuidado.

Tais desafios provenientes de mudanças ocorridas no mundo em seu contexto histórico, político, econômico e social com a evolução técnico-científica são impostos aos dirigentes das organizações no que se refere a administrar e desenvolver seus recursos humanos (Lorencette, 1998). A partir da globalização, as empresas nacionais sentiram na pele o significado da palavra competição, levando-as a descobrir que *“são as pessoas que fazem a diferença”* (Chelotti, 2007).

Por esse motivo, os programas de treinamento e desenvolvimento vêm sendo realizados, intensamente, nas organizações, visando a promover melhor atuação funcional e manter a competitividade no mercado e a sustentabilidade das organizações.

Macian (1987) e Carvalho (1988), há tempo já discutiam que, historicamente, as ações humanas dão-se de forma habitual e repetitiva, sendo o comportamento humano carregado de influências das mais diversas origens, que são incorporadas ao longo do tempo, caracterizando uma forma peculiar de agir.

Ainda na visão de Macian (1987), treinamento é uma forma de educação, cuja característica essencial é educar para o trabalho, estimular mudanças comportamentais, direcionando-as para o melhor desempenho profissional, mas este possui limitações reais de alcance, não só da

¹ A revisão da Língua Portuguesa desta dissertação foi realizada de acordo com as novas regras ortográficas em vigor no País.

capacitação do profissional, mas também para melhoria da produção². Estas limitações podem estar relacionadas ao meio ambiente, ao custo elevado do programa de treinamento, à disponibilidade dos instrumentos, tanto para sua operacionalização como ao desenvolvimento do trabalho, à estrutura organizacional, ao estilo de liderança e à realização de treinamentos isolados sem alinhamento com os objetivos da organização e às necessidades dos profissionais, o que pode comprometer as expectativas de resultado do treinamento.

Isto nos remete à reflexão de que o desempenho no trabalho não é um fato isolado na vida do homem e, portanto, sua capacitação é permeada por processos de trocas recíprocas.

Macian (1987), Chelotti (2007) e Matsumoto (2007) afirmam que a atuação de trabalhadores sem treinamento interfere, diretamente, no resultado esperado na produção, podendo ser mensurado por meio de indicadores de produtividade e qualidade das organizações. Muitas vezes, as organizações são pressionadas economicamente pelo mercado, e colocam em risco a imagem social que possuem por postergarem o treinamento em detrimento da urgência na produção, relevando a política de desenvolvimento de seus recursos humanos e propagação da cultura organizacional.

Os autores citados acrescentam que os trabalhadores sem treinamento produzem ações 'robotizadas', pondo em risco a segurança do processo e do resultado da produção. Este aspecto demonstra a importância de uma adequada capacitação e constante acompanhamento do trabalhador no desempenho de suas funções diárias.

Nesse sentido, os autores destacam que o treinamento é desenvolvimento, e ambos são implementadores de procedimentos racionais, qualificados e eficazes e não devem ser desvinculados de um propósito oriundo das necessidades do desenvolvimento individual e organizacional, representando suas reais qualidades e transformando o

² "Lembramos que o termo *produção* não se liga, necessariamente, à produção industrial, podendo significar produção intelectual ou de serviços de qualquer natureza (Macian, 1987)".

indivíduo naquilo que, efetivamente, pode vir a ser.

Dessa forma, segundo Magalhães (2007), as organizações com uma política de valorização do capital humano atribuem importância à capacitação profissional com a promoção de programas sistematizados de treinamento, apresentam destaque na concorrência de mercado, por possibilitarem ao indivíduo o desenvolvimento potencial do *vir a ser* como *ser* profissional engajado e envolvido com seu processo de trabalho.

Cozzo (2007) mostra que, antes da década de 1970, os primeiros órgãos a formarem pessoas eram o SENAI e SENAC. Em 1975, foi promulgada a primeira Lei nº6. 297/75, que cria incentivos às ações de treinamento e realização de congressos nacionais sobre o tema. Na época, foram criadas as sociedades e associações nacionais, como a Associação Brasileira de Treinamento e Desenvolvimento (ABTD). Atualmente, a necessidade de treinamento é mundialmente reconhecida e valorizada. A American Society for Training and Development (ASTD) desenvolve programas de treinamento e atualização, promovendo conferências internacionais pesquisas e análise de tendências mundiais a respeito do tema.

Conforme Peres, Leite e Gonçalves (2005), o treinamento busca aumentar o conhecimento teórico prático que capacita o indivíduo para a realização eficiente de seu trabalho, o que compreende a ampliação das competências profissionais e pessoais que instrumentalizam o indivíduo para a transformação da realidade. A existência de uma política de valorização do capital humano, integrando aprendizagem, conhecimento e competências sustenta programas de treinamento e desenvolvimento, estimulando as pessoas em seu autodesenvolvimento.

O entusiasmo gerado pelas melhorias causadas na produção pós-período de treinamento; no entanto, não autoriza a ampliação indefinida de seu uso. Um diagnóstico situacional, que verifica a natureza do problema, sua importância, abrangência, frequência, consequências para a produção, indivíduos e seu custo benefício contribui para a escolha entre o estabelecimento de um treinamento ou a descrição de normas, rotinas e

procedimentos suficientes para realização de tarefas, conforme sua intensidade e natureza (Macian, 1987).

Ao compreender, como Marx (1989), que a Educação é parte vital do processo de trabalho como processo dinâmico, atualizado e concernente às necessidades específicas de cada área e, mais especificamente, na enfermagem, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), na Resolução COFEN-62/81, define como responsabilidade do enfermeiro, na administração de sua unidade, o estabelecimento de um quadro funcional adequado quanti e qualitativamente para a prestação da assistência de enfermagem, conforme as necessidades e o perfil do paciente de sua unidade, demonstrando, mais uma vez a necessidade de capacitação do enfermeiro.

Assim, a preocupação constante do setor da área deve constituir-se no investimento e desenvolvimento para a equipe de enfermagem a fim de garantir sua capacitação profissional, incluindo as dimensões técnicas e éticas.

Para o pleno exercício de suas atividades e como recomendam as Diretrizes Curriculares Nacionais para o ensino de Graduação em Enfermagem, o profissional egresso deve ter perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo (Brasil, 2001).

As escolas de enfermagem preparam seus profissionais para o mercado de trabalho, de acordo com as necessidades loco-regionais da população onde se insere cada escola. Desta forma, o mercado de trabalho conta com profissionais formados nesta diversidade de influências do meio social, e estes ingressarão em instituições que também possuem diferentes influências e culturas.

A formação acadêmica, a legislação e as especificidades de cada organização de saúde demonstram a necessidade de um preparo apropriado e individualizado do profissional devendo ser iniciada no ingresso à instituição.

Neste sentido, o treinamento admissional (TA) tem sido desenvolvido

com o propósito de preparar os profissionais da equipe de enfermagem para prestação da assistência baseada nas diretrizes institucionais, alinhando-o à missão, visão, valores e filosofia de cada instituição de enfermagem.

Segundo Parsole (2002) o treinamento admissional é um processo estruturado, no qual os indivíduos desenvolvem habilidades e atingem determinada competência por meio da experiência prática orientada e *feedback* regular.

O TA pode ser considerado, portanto, como a base para a atuação inicial dos profissionais da equipe de enfermagem em uma determinada instituição de saúde.

1.1 TREINAMENTO ADMISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

O treinamento como finalidade informa novo empregado os vários aspectos da vida funcional e social da instituição, bem como fornecer as informações necessárias para o desempenho do cuidado (Coan, Gonçalves, Leite e Castilho, 1996).

O TA institucional pode ser entendido como um recurso que promove a adaptação dos novos profissionais à instituição, com o intuito de minimizar a variabilidade na forma da prestação do cuidado, favorecendo a disseminação de normas, rotinas, procedimentos e o seguimento de diretrizes assistenciais, para a prestação de uma assistência de qualidade; por isso, deve ser estruturado e sistematizado. Ainda assim e, em continuidade ao TA, há necessidade de aprofundamento do conhecimento técnico-científico e ético-político para a prestação do cuidado pelo qual esses profissionais serão responsáveis nas diversas áreas de atuação.

Tanto para Coan, Gonçalves, Leite e Castilho (1996), como para Koisumi, Kimura, Miyadarira, Cruz, Padilha, Souza et al. (1998), a adequação do conteúdo do treinamento inicial da equipe de enfermagem deve ser objeto de análise e adequação às suas necessidades, considerando o significado do treinamento, o objetivo, o período de tempo

para sua realização, a distinção de conteúdo por categoria, a definição dos enfermeiros-instrutores, as formas de avaliação, dentre outros para integrar efetivamente, teoria e prática.

Nesse sentido, Belei, Ribeiro, Hadad e Vanucchi (1992), em estudo baseado nas informações de enfermeiros recém-admitidos afirmam que a falta de clareza em relação ao esperado do desempenho profissional, o não esclarecimento da filosofia institucional e a falta de um regimento interno trouxeram dificuldades e geraram ansiedades aos treinandos.

A capacidade do enfermeiro articular conhecimento e exercício das funções diárias agrega a ele um contínuo aprendizado, produzido pela prestação da assistência aos pacientes e pelo relacionamento com a equipe multiprofissional, o que deve ser considerado no desenvolvimento do TA.

A presente pesquisa será desenvolvida na especialidade de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sendo o enfermeiro dessa unidade, o profissional, foco de análise deste estudo, por ser o responsável técnico pela prestação da assistência de enfermagem especializada ao paciente grave, pela divisão de tarefas, pela supervisão das ações delegadas ao técnico de enfermagem, pelo uso racional dos recursos tecnológicos e materiais e por atuar como agente multiplicador para outras categorias profissionais, dele dependendo a resolutividade da assistência, a segurança do paciente e o trabalho da equipe de enfermagem.

Assim, como a capacitação profissional deve observar as necessidades da equipe e da organização, a sistematização do TA deve corresponder às necessidades individuais dos pacientes, o que constitui o perfil da unidade e as características do processo de trabalho da equipe multiprofissional, de modo a desenvolver instrumentos apropriados por áreas de especialidade. Dessa forma, é essencial, compreender as principais características de uma UTI.

Nishide et al (2000) relatam o surgimento da primeira unidade de choque na década de 1950 em Los Angeles, e, em Kansas City, 1962, a primeira unidade de vigilância a pacientes infartados.

No Brasil, as primeiras UTI foram inauguradas na década de 1970, tendo sido associadas à morte, à desumanidade e à dor, em razão da internação, exclusivamente, de pacientes terminais.

Apesar dessa natureza hostil de ambiente, pois utiliza-se de métodos e procedimentos altamente invasivos, Nascimento e Caetano (2003) reconhecem sua importância como local ideal para o atendimento aos pacientes com risco de morte, portadores de patologias agudas ou agudizadas.

As UTI são classificadas em três níveis, conforme seu grau de complexidade tecnológica, que engloba a quantidade e a qualidade dos equipamentos existentes para a prestação do cuidado e a qualificação da equipe multidisciplinar. Podem ser divididas, conforme sua especialidade, clínica ou cirúrgica e, por grupo etário, neonatal, pediátrico e adulto (Brasil, 1998).

A separação por especialidades destas unidades iniciou-se com as unidades coronarianas e de choque, precursoras das distintas especialidades hoje existentes (Ide, 1989). A UTI geral destina-se ao atendimento de especialidades diversas, podendo ser classificada pela faixa etária.

Os hospitais de atendimento terciário, com número de leitos igual ou superior a 100, devem dispor de, no mínimo, 6% dos leitos ao tratamento intensivo (Brasil, 1998; Brasil, 2002). Mas, frente ao novo mercado apresentado na área da saúde, à concorrência entre as fontes pagadoras, à busca de melhores desempenho e resultado, à incorporação de novas tecnologias, somados a novas demandas da população como o aumento da expectativa de vida e conseqüente envelhecimento levaram os hospitais a destinarem 20% de seus leitos à UTI.

Esse cenário e o uso de novas drogas, tecnologias e terapias que possibilitam tratamentos às doenças e propiciam a manutenção da vida a pacientes anteriormente sem prognóstico, aumentaram a necessidade dos leitos de UTI e de profissionais especializados na área.

As necessidades de prestação de cuidados de enfermagem especializados a esses pacientes são implementadas por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que busca promover o cuidado integral e individualizado aos pacientes, a fim de contribuir para a melhor recuperação possível da saúde.

A Lei nº7.498/86 que regulamenta o exercício profissional da Enfermagem, atribui a prestação dos cuidados de enfermagem na área de UTI ao enfermeiro e ao técnico de enfermagem, cabendo ao enfermeiro, privativamente, o cuidado direto ao paciente grave com risco de morte, o planejamento da assistência, a divisão da escala diária de trabalho, a distribuição da equipe de trabalho, conforme a complexidade da assistência integral ao paciente em estado grave³. Ao técnico de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro, cabe o cuidado prescrito pelo enfermeiro (Brasil, 1986).

Conishi (2007) enfatiza que as mudanças, já citadas, no cenário mundial provocaram crise econômica, também, nas organizações hospitalares que adotaram modelos de gestão empresarial para sobreviverem no mercado de saúde, o que igualmente requereu a intensificação da racionalização de processos, bem como a preocupação com a captação, desenvolvimento e a retenção de talentos, melhorando a qualificação e a quantificação dos profissionais que atuam na área hospitalar, sobretudo na UTI.

A complexidade dos cuidados de enfermagem prestados na UTI, a dinamicidade e o monitoramento das informações que determinam e alteram a terapêutica proposta aos pacientes exigem preparo adequado e permanente dos enfermeiros, portanto, é ação gerencial buscar a manutenção e promoção da capacitação da equipe, mostrando que profissionais especializados e capacitados produzem melhores resultados.

Este processo contínuo de capacitação é reforçado pela Resolução CNE/CES Nº3 (Brasil, 2001) que denomina como Educação Permanente

³ Paciente grave é aquele que apresenta instabilidade de um ou mais de seus sistemas orgânicos, em razão de alterações agudas ou agudizadas, que ameaçam sua vida (Brasil, 2003).

uma das competências do enfermeiro, entendendo que os profissionais devem aprender, continuamente em sua formação e em sua prática, tendo responsabilidade e compromisso com sua educação, bem como com a de futuras gerações de profissionais.

Ricaldoni e Sena (2006), em estudo para análise dos efeitos das ações de educação permanente na qualidade de assistência de enfermagem, em um hospital privado de grande porte, consideraram-na como uma ferramenta para o agir e o pensar da equipe de enfermagem e do enfermeiro, que estimula a autonomia profissional, que o tornaram capaz de expressar-se e posicionar-se crítica e reflexivamente, de maneira pró-ativa e argumentativa, como membro da equipe multiprofissional.

Ao promover a capacitação do enfermeiro na UTI, possibilitamos a articulação dos conhecimentos teórico-práticos que promovem a qualidade no exercício da prática assistencial. Desta forma, é essencial, além dos cursos de formação regular, que o enfermeiro permaneça em constante processo de educação a fim de capacitar-se para a resolução das situações diárias que lhe são apresentadas.

1.2 TREINAMENTO ADMISSIONAL PARA ENFERMEIRO EM UTI

Na Unidade de Terapia Intensiva, o objetivo do TA é preparar o enfermeiro para a prestação da assistência ao paciente em estado grave e a sua família, a fim de garantir a segurança do paciente, bem como do próprio profissional.

Por se tratar de um processo contínuo de desenvolvimento, conhecimento, habilidades, atitudes e aquisição de autonomia no desempenho da assistência ao paciente em estado grave, o TA pode ser considerado como o início do processo de educação profissional dentro das organizações, ressaltando que não há definição do tempo necessário para que o enfermeiro de UTI esteja “pronto” para atuação.

O processo de TA do enfermeiro na UTI é um recurso para

capacitação do profissional ao exercício contínuo do trabalho e, conseqüentemente, para a boa qualidade da assistência, o que enfatiza a necessidade de um processo de treinamento sistematizado que forneça as diretrizes assistenciais e administrativas para o desenvolvimento seguro da assistência, tanto ao paciente como ao trabalhador.

Koisumi, Kimura, Miyadarira, Cruz, Padilha, Souza et al (1998), visando a conhecer a educação realizada em UTI do Município de São Paulo, verificaram que 79,1% mantinham programa de treinamento inicial específico e 41,9% propiciavam programas de atualização, sobretudo, revisão de técnicas e rotinas e atualização de patologias. Mostraram, ainda, que as categorias com maior número de horas de treinamento inicial foram as de técnicos e auxiliares de enfermagem, e a duração mais frequente foi de até 1 mês. Na categoria enfermeiro, a cobertura atingida foi de 62,7%, com a mesma duração dos treinamentos de auxiliares e técnicos de enfermagem. A forma descentralizada de realização do treinamento, isto é, ministrado pelos enfermeiros do e no próprio setor foi a mais utilizada, pois conhecem todas as atividades assistenciais e administrativas e podem contribuir com o conteúdo do treinamento.

A sistematização do TA do enfermeiro na UTI, assim como em outros setores deve ter definição clara do objetivo a ser atingido e do período de tempo suficiente para tal, determinando a coerência entre o que a instituição espera da assistência de enfermagem e a assistência prestada pelo enfermeiro.

Para Bucchi, Lopes, Santoro, Matsumoto e Silva (2000), a forma sistematizada de treinamento é eficiente por possibilitar uma melhor avaliação do conhecimento do enfermeiro recém-admitido, permitindo seu aperfeiçoamento e direcionando-o à prestação de cuidado realizado na instituição.

A evolução dos processos relacionados à assistência e aos modelos administrativos impõe aos programas de TA uma constante atualização, determinando objetivos que correspondam às necessidades contemporâneas.

O referencial bibliográfico atual abordando o TA do enfermeiro na UTI, sobretudo, no cuidado ao paciente adulto não é vasto, sendo observado que a maioria dos estudos refere-se ao treinamento de técnicas e procedimentos realizados na UTI.

1.3 O TREINAMENTO ADMISSIONAL DE ENFERMEIROS NA UTI DO HOSPITAL CAMPO DE ESTUDO

Na UTI-HCE, o TA de enfermeiro busca oferecer subsídios para a assistência de enfermagem aos pacientes clínicos e cirúrgicos de uma UTI Geral, com os objetivos de capacitar o enfermeiro a interagir com a equipe multiprofissional, correlacionar sinais e sintomas à prática assistencial e agir pró-ativamente nas possibilidades de complicações de saúde, evitando ocorrências iatrogênicas.

A homogeneidade de condutas entre os enfermeiros desta UTI, na prestação da assistência é importante para o desenvolvimento do tratamento, segurança do paciente e efetiva interação entre os elementos da equipe multiprofissional.

O processo de Recrutamento e Seleção de colaboradores do Hospital Campo do Estudo (HCE) conta com a participação direta da Diretoria Assistencial, do Departamento de Recursos Humanos (RH) e do Serviço de Educação Continuada (SEC). Aos dois últimos competem, dentre outras, a realização de recrutamento e seleção de novos colaboradores, atraindo do mercado de trabalho os profissionais candidatos à vaga, que possam preencher as necessidades presentes e futuras (HCE, 2007)⁴. Este processo possui um regimento interno no qual se encontram descritas as funções das diferentes áreas assistenciais e de seus colaboradores (HCE, 2001)⁵.

Atualmente, para o ingresso do enfermeiro na UTI do HCE, os candidatos devem ter, preferencialmente, curso de especialização em enfermagem em UTI, experiência profissional de 2 anos em UTI geral adulto

⁴ HCE, 2007.

⁵ HCE, 2001.

e perspectiva de desenvolvimento profissional.

Em 1996, o HCE expandiu o número de leitos e conseqüentemente, o quadro funcional, com a abertura de novas vagas para enfermeiros. Na época, havia pouca oferta de cursos de especialização em enfermagem em UTI, e o processo de recrutamento e seleção para enfermeiros exigia que o candidato possuísse curso de especialização em UTI e experiência prática na área; esses requisitos dificultavam o encontro desses enfermeiros no mercado de trabalho, comprometendo o processo seletivo, o que levou à decisão de admitir enfermeiros recém-formados e sem curso de especialização.

Por esse motivo e, também, porque nesta oportunidade, o TA do enfermeiro na UTI ocorria de maneira não sistematizada, constituindo-se de orientação verbal e observação da prática assistencial, sem registro formal do desempenho e da evolução do enfermeiro em cada fase do treinamento. Assim, foi desenvolvido por um grupo de enfermeiros da unidade, um programa sistematizado de TA ao enfermeiro da UTI.

Esse programa foi reconhecido, em estudo desenvolvido por Lorencette (1998), no HCE, assim como outros grupos de estudo existentes na instituição, como um grupo que contribuía para a atuação do enfermeiro na prática, na padronização e revisão dos procedimentos.

Convém esclarecer que, ao ingressarem no HCE, todos os colaboradores da enfermagem participam do treinamento admissional realizado pelos enfermeiros do SEC, cuja finalidade é a instrumentalização em relação às normas, rotinas, práticas e procedimentos gerais e a integração do novo colaborador ao Hospital. Ao final do treinamento admissional no SEC, cada colaborador é encaminhado à sua área de lotação, onde receberá treinamento específico. Na UTI, todos os enfermeiros, inclusive, os que possuem especialização na área, utilizam um instrumento específico da unidade para este treinamento.

Para realização do TA na UTI, a fim de preparar esses novos enfermeiros para o desempenho da assistência ao paciente grave e integrá-los à equipe foi elaborado, em 1996, um instrumento, denominado Roteiro

para Treinamento do Enfermeiro na UTI do HCE, que compreendia quatro blocos, sendo os blocos I e II teóricos e os blocos III e IV teórico-práticos (Cuidados Integrals). Cada bloco com conteúdo específico e estratégia operacional de orientação e execução, (anexo1).

Além disso, estavam previstas avaliações de desempenho periódicas aos 15, 30 e 90 dias que constavam de *check-list* dos cuidados que deveriam ser realizados e a opinião do novo enfermeiro a respeito do treinamento.

Para cada enfermeiro ingressante, confeccionava-se uma pasta, identificada com seu nome e o nome do enfermeiro instrutor, contendo o roteiro de treinamento e os instrumentos de avaliação. Além disso, o material disponível na UTI era oferecido para leitura e indicado o referencial bibliográfico.

O enfermeiro-instrutor, segundo Bucchi, Lopes, Pissetta, Santoro e Silva (1997), deveria ter experiência mínima de 3 anos na UTI do HCE, responsabilizando-se por ensinar, acompanhar e avaliar o enfermeiro ingressante.

Os critérios formais para escolha do enfermeiro instrutor dentre os enfermeiros da UTI, não haviam sido estabelecidos ocorrendo uma seleção espontânea por consenso do grupo, considerando-se conhecimento técnico-científico, habilidades e atitudes frente às situações cotidianas e às situações-problema.

Embora pudesse ser considerada como uma escolha subjetiva, encontra respaldo em Cunha (2004) que afirma que o saber do enfermeiro requer uma racionalidade que lhe permite decidir sua ação. Este saber profissional, refletido no cuidar, é produto da articulação do conjunto dos elementos que envolvem a prática assistencial do enfermeiro.

Ao término do treinamento, o enfermeiro ingressante deverá estar capacitado a realizar a assistência ao paciente grave na UTI. No entanto, esse término depende do tempo necessário para o aprendizado de cada enfermeiro ingressante, pois o conhecimento progresso e as circunstâncias

do cotidiano da UTI interferem na realização do treinamento, favorecendo ou dificultando o processo ensino-aprendizagem, como a ocorrência ou não de procedimentos específicos no período.

Por isso, cabe ao enfermeiro instrutor identificar a velocidade do aprendizado do novo enfermeiro e conduzir o TA na UTI, respeitando suas necessidades e habilidades, de forma a favorecer o melhor aprendizado possível.

Mesmo não tendo período estabelecido para realização do TA, Bucchi, Lopes, Santoro, Matsumoto e Silva (1998), pelas dificuldades da prática assistencial no desenvolvimento da visão global da terapia intensiva pelo enfermeiro ingressante, verificaram a necessidade de reestruturação do roteiro ora utilizado, sugerindo, sobretudo, o aumento da carga horária prática e da abordagem de outros conteúdos da assistência.

Desde a sistematização do TA na UTI, há 11 anos, 36 dos 39 enfermeiros que atuam na UTI, foram submetidos ao processo de TA. Nos documentos desses treinamentos, foi possível observar que 15 dos enfermeiros treinados possuíam registro completo do instrumento e as avaliações programadas foram realizadas. Nos outros 21 instrumentos, havia poucas ou nenhuma anotação. A falta de registros sinaliza a necessidade de revisão do atual instrumento.

O TA em UTI, processo inicial de integração e capacitação do enfermeiro, deve ter seu espaço de realização garantido, favorecendo a promoção de uma atuação coesa, humanizada e qualificada para a prestação do cuidado, mantendo o conhecimento técnico-científico atualizado e socializado, característica fundamental deste TA, por sua forma de realização.

Revelando, portanto, a importância do TA na UTI, e a fim de sugerir as intervenções cabíveis à melhoria ao processo, esta pesquisa propõe-se a analisar o processo de treinamento do enfermeiro ingressante e identificar os fatores intervenientes nessa capacitação, a fim de obter informações e captar as necessidades para sua reelaboração.



MUDA DE GIRASSOL AOS TRÊS DIAS (HELIANTHUS ANNUS)
<http://pt.wikipedia.org/wiki/Girassol>

Objetivos

2 OBJETIVOS

- Analisar o processo de Treinamento Admissional do enfermeiro na UTI, na perspectiva dos enfermeiros da UTI do Hospital Campo de Estudo;
- Reelaborar o processo de Treinamento Admissional de enfermeiro na UTI, na perspectiva dos enfermeiros da UTI do Hospital Campo de Estudo;
- Definir o perfil do enfermeiro instrutor do Treinamento Admissional do enfermeiro.



GIRASSOL A FLOR DO SOL (HELIANTHUS ANNUS)
<http://pt.trekeart.com/gallery/photo663909.htm>

Trajectoria Metodológica

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Acreditando que a construção de um processo de capacitação deva atender aos objetivos organizacionais e expressar as necessidades das pessoas que a vivenciam, e que para tal, é preciso contar com a efetiva participação destas pessoas, o presente estudo, de abordagem qualitativa, optou pela estratégia metodológica da pesquisa-ação.

Segundo Thiollent (2008), este método desenvolve-se numa estrutura coletiva que possibilita a participação das pessoas envolvidas no problema investigado, por meio da descrição e análise de situações concretas que levam a sugestões e intervenções orientadas aos problemas detectados. Ao contrário das pesquisas positivistas, a pesquisa-ação privilegia o lado empírico, sendo que neste método ocorre ampla e explícita interação entre os pesquisadores e as pessoas envolvidas, proporcionando tomada de consciência entre os agentes, pois possibilita estudar, dinamicamente, os problemas que levam a decisões e ações para o processo de transformação de uma situação.

Esse autor propõe fases flexíveis para o desenvolvimento do trabalho, destas, destacamos as que foram empregadas neste estudo.

3.1 FASE I - DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

O diagnóstico situacional constituiu a primeira fase do estudo, na qual o problema foi explorado por meio de análise documental dos 36 TA realizados, (Anexo 2), desde o início de sua sistematização na UTI em 1996 até 2006. Os dados foram levantados diretamente dos registros dos roteiros de TA.

Nesse período de 10 anos, pôde-se observar a distribuição dos TA por ano, sendo realizados, cinco em 1997, três em 1998, um em 1999, dois em 2000, quatro em 2001, sete em 2002, 11 em 2003, um em 2004, dois em 2005 e nenhum em 2006, nesse último não houve entrada de novos

enfermeiros na UTI-HCE, por isso, não houve TA.

No ano de 2003 devido à nova ampliação de leitos e conseqüente aumento de quadro funcional observou-se maior número de TA realizados.

Quanto à identificação das pastas, observou-se que 18 (50,0%) possuíam identificação do novo enfermeiro e do enfermeiro instrutor; seis (16,7%) possuíam apenas a identificação do novo enfermeiro e 12 (33,4%) não possuíam pastas e a identificação estava na folha de rosto do roteiro de treinamento.

No que se refere aos registros de orientação e manuseio ou execução dos tópicos constantes no roteiro de TA, destacamos os principais resultados.

Quanto ao treinamento referente aos equipamentos, observou-se que os monitores cardíacos apresentaram maior freqüência de registros, tanto de orientação (76,0%) como de manuseio (76,0%), seguido do carro de emergência com maior freqüência de orientação (76,0%) do que de manuseio (56,0%). Os ventiladores Bear 1000®, os desfibriladores, os cardioversores e os eletrocardiógrafos apresentaram freqüências semelhantes em torno de 60,0%. A bomba de infusão teve 20,0% de orientação e 80,0% de manuseio.

Em materiais, observou-se que os cateteres venosos apresentaram maior freqüência, tanto na orientação (80,0%), quanto no manuseio (76,0%), seguido dos cateteres arteriais com maior freqüência de orientação (76,0%) do que de manuseio (60,0%). O cateter de Swan Ganz®, os acessórios do monitor e os descartáveis em geral apresentaram freqüências semelhantes em torno de 64,0% na orientação, mas no manuseio variaram, 60,0% no cateter de Swan Ganz®, 50,0% nos acessórios do monitor e 72,0% nos descartáveis em geral.

Quanto aos medicamentos, observou-se alta freqüência de orientação, destacando-se as drogas vasoativas tanto na orientação (80,0%), quanto no manuseio (80,0%), seguido de Nutrição Parenteral Prolongada (NPP) com orientação de 80,0% e manuseio de 76,0%,

antibióticos e medicações de urgência tiveram freqüência semelhantes, em torno de 68,0% na orientação e acima de 50% no manuseio.

Na administração de sangue e derivados, observou-se que a albumina apresentou freqüência de orientação de 76,0% e execução de 72,0%, seguido de glóbulos, plasma fresco e plaquetas que apresentaram maior freqüência de orientação, 56,0% e 44,0% e de execução 50,0% e 36,0%, respectivamente.

Quanto à SAE houve alta freqüência na orientação e execução do exame físico, planejamento de cuidados, evolução e anotação de enfermagem, no histórico de enfermagem verificou-se alta orientação, 68,0%, e menor execução, 56,0%, devido à maioria dos pacientes admitidos na UTI já possuírem histórico e outras fases da SAE realizados noutras unidades de internação. Em transferência e óbito encontra-se um menor percentual, tanto na orientação, quanto na execução, muito provavelmente pela necessidade de encaminhamento do paciente e do corpo num breve período de tempo.

No que se refere à monitorização de sinais vitais e hemodinâmica, observou-se que no item ritmo respiratório houve freqüência de 88,0% tanto na orientação quanto na execução, seguido de ritmo cardíaco e medidas hemodinâmicas cuja freqüência de orientação de ambos foi de 76,0% e de execução de 76,0% e 80,0%, respectivamente.

Quanto à administração de dieta, verificou-se na sondagem naso-enteral (SNE) maior freqüência de orientação 72,0% e de execução 76,0%, seguido de via oral com 64,0% de orientação e 72,0% na execução.

Para a utilização de dispositivos endovenosos, observou-se maior freqüência, 72,0% na orientação da pressão venosa central (PVC), mas com execução 50,0%, seguido pela freqüência de orientação na utilização de cânulas de 68,0% que teve execução de 76,0%.

Na parte de curativos, observou-se maior freqüência na orientação e execução de curativos de cateteres 72,0%, seguido de incisões cirúrgicas cuja freqüência de orientação foi de 72,0% e de execução 68,0%.

A verificação de excreções e drenagens teve maior semelhança na frequência de orientação e execução, 76,0%, em diurese e evacuações, seguido de drenagem gástrica e drenagem sob pressão com frequências semelhantes de 68,0%, tanto na orientação quanto na execução.

Quanto a auxiliar em procedimentos, a maior frequência foi orientação de passagem de cateter central 56,0% e troca de cateter 50,0%, tendo ambos menor execução, 36,0% e 32,0%, respectivamente, seguido da intubação endotraqueal com 44,0% de orientação e 28,0% de execução.

No que se refere aos exames diagnósticos realizados na UTI, a radiologia e o eletrocardiograma tiveram semelhança na frequência de orientação, 60,0%, mas na execução apresentaram 48,0% e 60,0%, respectivamente. Em seguida, a ultrassonografia aparece em torno de 44,0%, tanto na frequência de orientação quanto na de execução.

Também nos exames laboratoriais, sangue, urina e fezes observou-se a mesma e maior frequência de orientação nas culturas de sangue, urina, bioquímica e gasometria arterial, que foi de 50,0%, e mesma e menor frequência nas execuções 50,0%, 36,0%, 23,0% e 50,0%, respectivamente. Na seqüência, as secreções de incisões e orifícios, gasometria venosa e coagulograma apresentaram 40,0% de orientação, sendo que na execução apresentaram 32,0%, 32,0% e 12,0%, respectivamente.

Nos cuidados a pacientes, observou-se a maior frequência de orientação, 68,0%, e de execução 60,0%, no procedimento de admissão, seguido do procedimento de pós-operatório imediato. Os procedimentos de ventilação mecânica e transferência de paciente apresentaram a mesma frequência de orientação, 50,0%, com execução de 50,0% e 40,0%, respectivamente. Os cuidados a paciente instável e com procedimentos para moléstias infecto-contagiosas apresentaram frequência de orientação de 40,0%, com execução de aproximadamente 40,0%. O óbito teve semelhança de frequência tanto na orientação, 36%, quanto na de execução 32,0%.

Pela apreciação do roteiro de TA, foi possível perceber o nível de detalhamento dos itens nele constantes, o que sugere a preocupação dos enfermeiros no preparo minucioso do enfermeiro ingressante e torna o

roteiro bastante complexo e de difícil preenchimento.

Notou-se, também, a desatualização entre os equipamentos que constam do roteiro e aqueles atualmente utilizados na UTI. Além disso, há nomenclaturas em desuso e equipamentos especificados pelo nome comercial, quando deveria ser referenciado por sua função técnica. Esses aspectos poderão ser, facilmente, ajustados no novo instrumento.

A análise da frequência dos registros identifica aspectos relevantes para discussão nesse estudo, pois sugere pontos relativos ao conteúdo e operacionalização, percebidos em frequência de orientações divergentes às da execução. Os procedimentos ou equipamentos mais comuns e conhecidos na formação e na prática do enfermeiro apresentaram maior frequência de execução ou manuseio do que de orientação. Por sua vez, os menos comuns ou mais complexos mostraram frequência de orientação maior do que de execução ou manuseio.

Os baixos percentuais de frequência merecem avaliação, considerando a disponibilidade do enfermeiro instrutor, as oportunidades de realização das técnicas, as condições da UTI e as estratégias de ensino.

Portanto, para reelaboração do TA, deve ser discutido o conteúdo essencial do instrumento, aquilo que vale a pena manter ou excluir. Essa decisão depende, sobretudo, do perfil esperado do enfermeiro ao término do TA. Com a definição desse perfil será possível estabelecer, não só o conteúdo, mas também, e antes dele, os objetivos do TA.

Dessa forma e de modo crescente, deverão ser discutidos e consensuados pelos enfermeiros da UTI, os pontos essenciais para reestruturação de todo o processo de TA.

3.2 FASE II – LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na UTI de uma instituição privada do Município de São Paulo aqui denominado Hospital Campo de Estudo (HCE), com 110 anos de existência, certificada em nível de Excelência pela Organização

Nacional de Acreditação Hospitalar (ONA).

Esta Instituição possui 250 leitos com perfil cirúrgico de alta complexidade, conta com 1400 colaboradores, sendo 666 da equipe de enfermagem.

O HCE tem por Missão⁶:

“Instituição comprometida com as necessidades de Saúde da população, voltada para um atendimento integral, individualizado e qualificado, orientado para o desenvolvimento científico através do ensino e da pesquisa”.

A Filosofia de Enfermagem está assim descrita no Regimento de Enfermagem⁷:

“Promover a assistência integrada objetivando a recuperação e a independência do paciente tão logo seja possível, através do inter-relacionamento entre os vários setores do Serviço de Enfermagem e pelo incentivo do trabalho em equipe multiprofissional”.

A UTI localiza-se no andar térreo do prédio principal, um andar acima do Pronto Atendimento e dois andares abaixo do Centro Cirúrgico, possui 24 leitos, distribuídos em três postos de enfermagem, UTI – A com nove leitos, B com nove e C com seis. Essa UTI apresenta-se dentro das normas arquitetônicas para estabelecimentos de assistência a saúde (Brasil, 2002).

Trata-se de uma UTI geral que presta assistência a pacientes adultos em estado grave, com risco de morte, portadores de patologias diversas, agudas ou agudizadas, cujo perfil epidemiológico é de alto grau de complexidade; pacientes em tratamentos clínicos, como infarto agudo do miocárdio, infecções generalizadas, doenças pulmonares e pacientes em tratamento cirúrgico, como revascularização do miocárdio, neurocirurgia e transplantes de múltiplos órgãos; a faixa etária média está acima de 60 anos e a maioria é do sexo masculino⁸.

Para o melhor restabelecimento possível da saúde, a UTI dispõe de tecnologia e terapêutica avançada e conta com equipe multidisciplinar

⁶ HCE, 2007.

⁷ HCE, 2001.

⁸ Banco de dados do HCE, 2007.

especializada, composta por 25 médicos intensivistas, 39 enfermeiros, 36 técnicos de enfermagem e quatro auxiliares de enfermagem, 21 fisioterapeutas, um farmacêutico, uma nutricionista clínica e oito escriturários⁹.

Os enfermeiros valorizam a qualidade da assistência e utilizam seu conhecimento técnico-científico na realização do cuidado. A atitude pró-ativa desses enfermeiros frente às necessidades dos pacientes e o investimento na busca pela capacitação por meio de educação constante torna-os reconhecidos na equipe multiprofissional.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), realizada desde 1987, baseia-se na Teoria do Auto-Cuidado de Orem (Foster e Bennet, 2000) e no Processo de Enfermagem de Wanda Horta (Horta, 1979).

A UTI do HCE monitora a qualidade da assistência prestada aos pacientes por meio de indicadores assistências que permitem a avaliação da assistência de Enfermagem, tais como, os índices de extubação acidental, flebite, incidência de úlcera por pressão e re-internação (NAGEH, 2006). Esses indicadores apresentam-se dentro e abaixo das metas desejadas pela UTI e referidas pela literatura internacional.

3.3 FASE III – SUJEITOS DO ESTUDO

A UTI do HCE possuía um quadro funcional de 36 enfermeiros, sendo dois enfermeiros encarregados e uma enfermeira gerente de UTI. Para a escala diária de trabalho, esses 33 enfermeiros se dividiam em três postos de enfermagem A, B e C, um deles chamado enfermeiro de referência responsabilizava-se em coordenar a equipe de enfermagem no seu plantão, dividindo a escala de pacientes, supervisionando os técnicos de enfermagem, cooperando com os enfermeiros que nesse momento prestavam assistência direta aos pacientes, aprazando prescrições médicas,

⁹ HCE, 2006.

realizando a SAE, fazendo encaminhamentos, acompanhando estagiários de enfermagem, enfermeiros ingressantes, recebendo equipes médicas, passando plantão ao enfermeiro encarregado e à gerencia do setor.

O enfermeiro de referência não era um cargo fixo, essa função era freqüentemente rodiziada entre os enfermeiros assistenciais, dava-se preferência para assumir essa função àqueles que já haviam sido treinados para tal.

A fim de propiciar a expressão desse coletivo e considerando a estratégia de coleta de dados por meio de grupo focal que inviabilizava a participação da totalidade desses enfermeiros, optou-se pela amostragem de representatividade qualitativa que se dá pela valorização de critérios interpretativos ou argumentativamente controlados, constituindo-se em amostras intencionais.

Assim, foram estabelecidos como critérios para inclusão no grupo focal: atuar como enfermeiro na UTI do HCE há, no mínimo, três anos, ter disponibilidade e ter interesse em analisar o processo de TA. Dos 39 enfermeiros, os 11 (28,2%) que atendiam a esses critérios foram convidados a integrarem o grupo focal.

Para determinação do número de participantes do grupo focal, levou-se em consideração, ainda, a recomendação de Tanaka (2003) de, em geral, seis a 10 membros, pois esse quantitativo facilita a condução das reuniões. Grupos menores podem escassear a participação e comprometer a riqueza das informações e grupos maiores podem dificultar a condução da reunião pelo coordenador devido ao grande número de informações e à dispersão do grupo.

Com o objetivo de captar o maior número possível de sujeitos, os 28 enfermeiros que não atendiam aos critérios foram convidados a participar da pesquisa expressando sua opinião por meio de mensagens eletrônicas, como descrito na coleta de dados.

Desses 28, participaram 18 enfermeiros (46,2%), sendo excluídos da pesquisa, 10 enfermeiros (25,6%) que estavam de férias ou licenças, ou em

processo de transferência para outro setor, além da pesquisadora.

Quanto aos 11 enfermeiros integrantes do grupo focal, dois (18,2%) possuíam entre seis e 10 anos de formados; seis (54,5%) entre 11 e 15 anos de formado e três (27,3%) acima de 15 anos de formados. Todos possuíam pós-graduação em alguma especialidade da UTI e quatro, (36,4%) possuíam mestrado. No que se refere ao tempo de atuação na UTI do HCE, um (9,1%) atuava há cinco anos, cinco (45,5%) atuavam entre 6 e 10 anos, três (27,3%) entre 10 e 15 anos e dois (18,2%) acima de 15 anos.

Com relação aos 18 enfermeiros participantes, três (16,6%) possuíam de um a cinco anos de formado, sete (38,9%) de cinco a 10 anos, sete (38,9%) de 10 a 15 anos e um (5,6%) acima de 15 anos. Desses, 17 (94,5%) possuíam pós-graduação em alguma especialidade da UTI, dois (11,1%) possuíam mestrado e dois (11,1%) outros cursos. Quanto ao tempo de atuação na UTI, dois (11,1%) atuavam a menos de um ano, oito (44,5%) de 1 a 5 anos, cinco (27,8%) de 5 a 10 anos, dois (11,1%) de 10 a 15 anos e um (5,6%) há mais de 15 anos.

Aos enfermeiros do grupo focal coube a análise e reelaboração do processo de TA, partindo do diagnóstico situacional do processo de TA atualmente desenvolvido e vislumbrando as alterações conforme as necessidades atuais.

Para os enfermeiros participantes coube opinar a respeito das deliberações do grupo focal, garantindo, desse modo, a oportunidade de expressão de todo o coletivo de enfermeiros da UTI.

3.4 FASE IV - COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio da técnica de grupo focal que possibilita, tal como era desejado, a abordagem de aspectos qualitativos da realidade estudada por meio de representação do coletivo que vivencia o problema (Soares, Reale, Brites, 2000).

Segundo Gondim (2002), uma possibilidade de modalidade de grupo

focal tem ênfase na análise intragrupal e visa à avaliação da teoria, à aplicação prática em um contexto particular, e pode ser nomeada de grupo focal vivencial, no qual os processos internos ao grupo são analisados, centrados no entendimento específico da linguagem, preferências compartilhadas, necessidades do grupo e no impacto de estratégias e programas. O número de participantes do grupo focal depende do nível de envolvimento e familiaridade dos participantes deste com o tema, pois há limitações e fatores de interferência no método que podem aparecer conforme o comportamento do grupo, no andamento das reuniões que deve ser conduzida por um coordenador.

O papel de coordenador do grupo foi assumido pela pesquisadora, encarregada do desenvolvimento dos trabalhos: iniciar e encerrar as reuniões, conduzir, imparcialmente, as discussões, fazer a preleção teórica, quando necessária e elaborar a síntese de cada reunião.

Considerando que a coordenadora do grupo fazia parte do coletivo estudado, contou-se com a participação de uma observadora, com o objetivo de proporcionar maior neutralidade. Esse papel foi assumido pela orientadora da pesquisa que não integrava a equipe de enfermagem da Instituição.

Todas as reuniões tinham objetivos específicos e contavam com o relatório síntese e considerações dos enfermeiros participantes a respeito da reunião anterior.

À pesquisadora e coordenadora do grupo coube, ainda, realizar a interlocução entre os enfermeiros do grupo focal e demais enfermeiros participantes. O encaminhamento dos relatórios síntese das reuniões do grupo focal para os enfermeiros participantes foi feito para que estes os apreciassem e também se expressassem a respeito do processo de TA, visando a máxima participação destes enfermeiros.

Os enfermeiros participantes recebiam os relatórios de cada reunião realizada e para nortear a análise foram feitas as seguintes perguntas: Você está de acordo com as considerações feitas sobre o tema? Você está de acordo com as deliberações propostas? Você tem outras considerações a

fazer? Às duas primeiras perguntas os participantes respondiam sim ou não e por que?

Desse modo, os enfermeiros da UTI, sujeitos do grupo focal e os enfermeiros participantes consultaram-se entre si de forma espontânea, contribuindo para o aprofundamento da discussão.

Para consecução da tarefa do grupo focal foram realizadas seis reuniões, de março a maio de 2008, conforme agendamento proposto pela pesquisadora e aprovado pelo grupo. As reuniões tiveram como finalidades:

- 1ª Apresentação, discussão e aprovação do programa do grupo focal e elaboração do cronograma de atividades;
- 2ª Apresentação e discussão do diagnóstico situacional do TA na UTI;
- 3ª Discussão e definição do conceito, dos objetivos e do conteúdo do processo do TA na UTI;
- 4ª Definição da duração e estratégias de ensino do TA;
- 5ª Definição do perfil do enfermeiro da UTI do HCE; do perfil do enfermeiro instrutor e dos critérios e normas para sua indicação;
- 6ª Avaliação dos encontros do grupo e do trabalho realizado.

O intervalo de tempo entre as reuniões foi de, no mínimo, sete dias e, no máximo de 10 dias, com exceção da 6ª reunião que foi realizada 35 dias após a 5ª, para que houvesse tempo de abordagem de todos os enfermeiros e para que fossem respondidos os questionários de avaliação.

As reuniões foram gravadas para facilitar a elaboração dos relatórios síntese e a construção da tarefa.

3.5 FASE V - ANÁLISE DOS DADOS

As discussões do grupo focal foram sintetizadas em relatórios distribuídos à apreciação dos demais enfermeiros participantes. Assim, os resultados, conteúdo dos relatórios síntese das reuniões, somados às informações coletadas nos questionários respondidos pelos enfermeiros

participantes, foram analisados com fundamentação no referencial teórico da área de Administração e utilizados na reelaboração do processo de TA.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi realizado após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Campo de Estudo, que não recomendou a identificação nominal do Hospital.

Os enfermeiros integrantes do grupo focal participaram do estudo mediante concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido I (anexo 3), que foi assinado após os devidos esclarecimentos sobre os objetivos e dinâmica do trabalho.

Os demais enfermeiros da UTI, após os devidos esclarecimentos sobre os objetivos e dinâmica do trabalho, participaram do estudo mediante concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido II (anexo 4).

Foram garantidos o sigilo e anonimato dos participantes e do HCE, observando-se os princípios éticos das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, Resolução 196/96 (Brasil, 1996).



GIRASSOL SOL VERMELHO (HELIANTHUS ANNUS)
http://www.loja.jardicentro.pt/images/semeurop/jardicentro_sementes_semeurop_girassol.jpg

Apresentação das reuniões do grupo focal e das considerações dos enfermeiros participantes

4 APRESENTAÇÃO DAS REUNIÕES DO GRUPO FOCAL E DAS CONSIDERAÇÕES DOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES

Esta seção apresenta as sínteses das reuniões do grupo focal e as considerações dos enfermeiros participantes, com destaque de comentários dos sujeitos do grupo focal que ilustram o desenvolvimento dos trabalhos e as discussões até as tomadas das decisões.

PRIMEIRA REUNIÃO

27/03/08 – Início: 14h15m - Término: 15h35 – Enfermeiros participantes: 9

Objetivos

- Apresentar o projeto de pesquisa, com ênfase em seus objetivos e na metodologia, esclarecendo a dinâmica de trabalho e a tarefa a ser realizada pelo grupo;
- Aprovar o programa de atividades e o cronograma de reuniões do grupo (anexo 5).

Após breve preleção teórica a respeito do treinamento e da apresentação da pesquisa e como já havia sido entregue o relatório do diagnóstico situacional do TA, o grupo antecipou-se a uma discussão que ocorreu livremente sobre o TA. De modo geral, os enfermeiros abordaram a complexidade, a necessidade, a importância, o significado, a estratégia utilizada e os objetivos do TA, o que reforçou a necessidade de sua revisão, a pertinência do assunto e a escolha dos enfermeiros integrantes.

Um dos enfermeiros perguntou sobre a existência de TA em outras instituições, se esses já tinham sido avaliados e se seria possível uma comparação. Informei ao grupo não ter encontrado na literatura estudo que possibilitasse comparação com o instrumento utilizado na UTI do HCE. Comentei o estudo realizado por Koisumi, Kimura, Miyadarira, Cruz, Padilha,

Souza et al. (1998), já descrito na Introdução desta pesquisa.

O grupo verbalizou preocupação com a perda de seguimento do enfermeiro em treinamento pelo instrutor e a falta de clareza sobre os responsáveis pela condução do TA, o que implica falta de troca de informações entre os enfermeiros instrutores, demandada pela rotina diária.

“Quando eu cheguei aqui, foi num dia em que a enfermeira me pegou e foi comigo até o leito do paciente e me explicou o procedimento inteirinho. Eu pensei: nossa! A gente tem que ver tudo isso! ... e hoje eu sinto falta de não poder ter a oportunidade de fazer isso.”

“Este instrumento é muito importante, porque uniformiza, mas, infelizmente, as coisas estão se perdendo, por vezes, a gente não consegue pegar o instrumento de TA na nossa mão, não tem tempo de parar.”

“A gente foi ao longo do tempo se perdendo na estratégia do TA, não tem disponibilidade, tem que ser mais rápido.”

Percebeu-se, também, que o novo enfermeiro absorve as características de quem o está treinando, o que mostra a importância do instrutor, dada sua influência sob o treinando, tornando-se indispensável o estabelecimento de seu perfil.

“Cada um tem um jeito de fazer, isto tira a homogeneidade do grupo, quer queira quer não, vai pegar as características do instrutor”.

Em virtude disso, enfatizaram que as orientações são “menos aceitas” após o período de TA, repercutindo na assistência, tornando-a menos homogênea, desestruturando a linguagem estabelecida e propiciando a quebra de normas e rotinas, o que dificulta a manutenção do perfil do enfermeiro da UTI do HCE.

“Eu sinto, eu lembro de uma situação em que depois do período de treinamento, eu fui orientar um enfermeiro, mas foi difícil a aceitação, teria sido mais fácil no período de treinamento, não teria levado para o lado pessoal, pois não é nada pessoal é para a qualidade da assistência.”

Foi consenso do grupo que havia necessidade de manutenção da

identidade do enfermeiro dessa UTI, que é seu diferencial pela capacidade de ver o todo em relação ao paciente e à unidade, a realização do trabalho e pela parte humana que não se deseja perder.

“... o que se encontra na literatura é mais a parte técnica, eu acho que nosso diferencial é a capacidade de ver o todo, pois por mais que vá pela parte técnica, a gente tem que puxar pela parte humana, pensar, agir, decidir, posicionar-se e lidar com conflitos.”

Diante dessa complexidade, o grupo salientou que o TA visa a levar o enfermeiro ao crescimento, dando-lhe, primeiramente, a capacitação para assistência direta ao paciente, desenvolvendo-se técnica e eticamente e só após essa capacitação é que viria o gerenciamento de conflitos e o desenvolvimento da liderança de sua equipe de trabalho, pois, muitos enfermeiros admitidos querem se antecipar assumindo a parte administrativa.

“... aqui na Instituição é assim que a gente trabalha, muitas decisões são tomadas em grupo, os enfermeiros não saem da assistência direto para a parte administrativa, precisa saber muito bem o que está fazendo, qual a rotina.”

“Primeiro, vai passar pela assistência, depois vai pegar uma geral, vai liderar uma equipe.”

“Tem gente que já chega mudando as decisões do grupo...”

“tem gente que chega e logo quer um cargo, não quer pôr a mão no paciente!”

O grupo discutiu que o tempo de TA deve respeitar os 3 meses do período de experiência preconizado pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), mas concordou, no entanto, que estes 3 meses são insuficientes para a conclusão do TA e para a transmissão de todo o conteúdo necessário à capacitação do novo enfermeiro na UTI.

Ponderei que as instituições necessitam sobreviver em um mercado cada vez mais competitivo, que exige dos profissionais maior rapidez no retorno do investimento realizado. Assim, ao término do TA, em 3 meses, o

novo enfermeiro deveria estar apto a assistir o paciente grave, sendo as técnicas específicas de UTI e a liderança da equipe de enfermagem contempladas, oportunamente.

Foram sugestões do grupo compartilhar mais as informações entre os enfermeiros-instrutores a respeito do que está sendo e o que deve ser observado e reforçado durante o TA. Sugeriram, ainda, a utilização de estudos de caso para capacitação e avaliação da tomada de condutas e resolução de conflitos na perspectiva da bioética, o que também ajudaria na integração do novo enfermeiro ao grupo.

“..nos falta como enfermeiro-instrutor trocar, conversar ...”

“Temos que trocar, passar informações sobre como o novo enfermeiro está evoluindo no treinamento”.

O grupo também manifestou que o conhecimento prévio do novo enfermeiro deve ser respeitado e considerado como agregador de valor. O amadurecimento profissional e o tempo de cada um em relação ao aprendizado de todos os profissionais.

“Temos que considerar a bagagem do enfermeiro que chega é muito importante, pode ajudar o treinamento a ir mais rápido”.

O grupo ponderou que analisar o tema treinamento promove a autorreflexão, o que modifica a visão sobre o processo de TA do enfermeiro.

Apontou que diferentes categorias profissionais devem possuir distintos processos de TA. Assim como no caso do enfermeiro *temporário e trainee*, realidade da UTI do HCE, que devem ser respeitados como enfermeiros, mas supervisionados pelo enfermeiro de referência da equipe de enfermagem no plantão, lembrando que, para esse enfermeiro, há um alto nível de exigência em curto espaço de tempo, sobretudo, do enfermeiro temporário.

Foi sugerido que o foco do TA para o enfermeiro *temporário e trainee*, corresponda a seu limite de atuação, que é a prestação da assistência,

excluindo a realização de procedimentos específicos e a liderança da equipe. Assim, no caso de efetivação, o TA já estaria adiantado sendo retomado com foco nas técnicas específicas e privativas do enfermeiro da UTI do HCE, seguidas de treinamento em processos administrativos e liderança da equipe de trabalho.

Problematizaram e contextualizaram as dificuldades operacionais no acompanhamento do TA do novo enfermeiro, rotina diária, a soma da atividade do enfermeiro-instrutor com a do enfermeiro assistencial que interfere na instrução e no acompanhamento do desempenho do novo enfermeiro durante o TA, e que há um prejuízo pela indefinição de quem é o enfermeiro-instrutor, bem como na passagem de informações entre enfermeiros-instrutores sobre o andamento do TA.

Conhecedores do tema e de sua complexidade estavam motivados, interessados e desejosos da mudança do instrumento e da manutenção da coesão dos enfermeiros da UTI-HCE, estando dispostos a sistematizar um novo TA para vivenciarem seus benefícios. Embora não fosse objetivo dessa reunião, já mostraram preocupação com o conteúdo, objetivos, duração, estratégias do TA, bem como sobre o perfil desejado do novo enfermeiro e do enfermeiro instrutor.

Aprovaram o cronograma de atividades para as demais reuniões, e o uso de correio eletrônico como instrumento de comunicação entre todos os enfermeiros participantes pesquisa.

CONSIDERAÇÕES DOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES

A concordância dos enfermeiros foi unânime com as considerações feitas pelos enfermeiros do grupo focal. Destacaram, entre outros, que o TA integra o novo enfermeiro, que deve ser acolhido, sendo bom para a Instituição e para o desempenho de todo o grupo de enfermeiros da UTI.

Mostraram-se favoráveis à sistematização do TA por meio de um roteiro, com continuidade, uniformidade, constância e clareza, sendo desenvolvido com objetividade e aplicável à realidade. Reforçaram que há

necessidade de haver consenso no grupo sobre o TA e que deve haver diferentes TA para distintas categorias profissionais, concluindo-se que a falta do TA prejudica a empresa.

Emitiram comentários apontando que a duração de 3 meses para o TA é suficiente para que o enfermeiro especialista adapte-se às diferentes rotinas. Com relação ao conteúdo e a estratégia, preocuparam-se em manter a parte administrativa ao final do TA, demonstrando que deve haver uma evolução, de acordo com a complexidade, priorizando a adaptação às diferentes rotinas da UTI, e utilizando fielmente protocolos, manuais e rotinas já descritos. Citaram que o novo enfermeiro deve ter especialização como pré-requisito para a admissão.

No que se refere aos instrutores, 50% consideraram que o ingressante deve ser acompanhado e avaliado por mais de um instrutor, pois pode propiciar boa experiência. Um enfermeiro, no entanto, citou que apenas um enfermeiro-instrutor seria suficiente.

Metade dos participantes incluiu outras necessidades, como a do enfermeiro-instrutor ser treinado, atualizado e comprometido; haver avaliações formais ao final de cada mês, fornecendo *feed-back* e mantendo acompanhamento do novo enfermeiro após o TA a cada 6 meses, importante, também, verificar critérios de seleção quanto ao perfil do profissional da UTI.

Ainda ponderaram que a forma de comunicação entre o grupo focal e os demais enfermeiros por meio eletrônico é importante, pois facilita e deve ser mais ágil.

SEGUNDA REUNIÃO

08/04/08 – Início:14h15 - Término: 16h15 – Enfermeiros participantes: 8

Objetivo

- Apresentar e discutir o diagnóstico situacional do TA na UTI.

O grupo novamente participou ativamente da discussão, demonstrando a importância do tema e seu interesse e responsabilidade para com a tarefa a ser realizada.

Formalmente, apresentei os dados obtidos no levantamento realizado nos roteiros de TA dos últimos 10 anos, descritos na Fase I, Diagnóstico Situacional, para que o grupo aprofundasse a análise desses resultados, de modo a refletir e apropriar-se desse diagnóstico. O grupo observou a apresentação, fez questionamentos e sugestões.

“Temos essa competência para discussão, esse é o papel do enfermeiro da UTI do Hospital Campo de Estudo”

Logo de início, os presentes comentaram que havia pouco registro, o que poderia ser em razão do local de guarda da pasta do TA, que não favorece que se registre, e que os enfermeiros utilizam o tempo para treinar, deixando para registrar depois. Além disso, concluíram que o atual roteiro de TA não é prático e é muito detalhado, o que também dificulta seu preenchimento.

Sugeriram que o novo enfermeiro cheque seu instrumento com o enfermeiro-instrutor.

Questionei, ainda, se a baixa frequência de registro poderia estar relacionada à natureza do procedimento, à baixa frequência de sua ocorrência, como a realização de capnografia, sendo indispensável avaliar se é necessário este tipo de procedimento constar do roteiro.

O grupo manifestou-se em concordância, pois, muitas vezes, não ocorrem procedimentos especializados em concomitância com o tempo do TA, ou com o paciente cujo novo enfermeiro está cuidando, ficando somente a explicação teórica sem a execução. Mesmo assim, destacou a responsabilidade dos enfermeiros buscarem oportunidades para o treinamento.

“O novo enfermeiro e o instrutor têm que estar atentos aos procedimentos que ocorrem em todos os pacientes da UTI, o novo enfermeiro tem que ir atrás, pedir para ir acompanhar o procedimento que ainda não viu ou não realizou”.

Novamente foi contextualizada, novamente, a problemática operacional no acompanhamento do novo enfermeiro durante o TA pelo mesmo e único instrutor, ressaltando a rotina diária de trabalho, as exigências administrativas da escala, do plantão e à própria ausência do instrutor nas folgas, férias e licenças. Ainda, foi reforçada a necessidade de comunicação entre instrutores, para que o acompanhamento de desempenho do novo enfermeiro não cesse, fazendo-o assumir a assistência sem a finalização do processo de TA. Enfatizaram que o instrutor deve ser liberado para acompanhamento exclusivo do TA.

“Sabe, não adianta colocar o enfermeiro novo para eu treinar se eu estiver tocando a hemodiálise, eu não vou conseguir passar nada para ele e provavelmente, ele não vai entender nada ..., não se pode atropelar as fases, tem que ler os manuais.”

O grupo ainda observou que é o enfermeiro-instrutor quem poderá conduzir o melhor momento para interromper o andamento do TA, a fim de antecipar ou prolongar o aprendizado de determinada técnica ou assistência, de acordo com o conhecimento da rotina da UTI, bem como o conhecimento prévio e ritmo de aprendizado do novo enfermeiro.

Como o grupo já vinha falando de uma crescente complexidade assistencial para nortear o TA, sugeri dar, inicialmente, ênfase aos procedimentos básicos do cuidado ao paciente grave, como registros de balanço hídrico e sinais vitais, considerando a baixa frequência desses registros encontrados nos roteiros.

O grupo fez relatos a respeito de sua preocupação no cuidado com o preparo do corpo por ocasião do óbito, para o qual não há espaço para o registro da orientação e interação com a família, ou seja, as dimensões éticas e atitudinais, são muito valorizadas pelos enfermeiros.

A preocupação, o respeito e a responsabilidade do enfermeiro para com o paciente grave ficaram explícitas desde a assistência direta até as dimensões éticas e humanas.

Mostrei que não havia explicitação de conteúdo relativo ao item

supervisão, impedindo sua análise.

A discussão que girava em torno do conteúdo técnico e ético do TA remeteu à reflexão do que se espera do enfermeiro da UTI, mobilizando o grupo a discutir e estabelecer o perfil desejado do enfermeiro ao final do TA.

Reforçaram a influência direta do enfermeiro-instrutor na formação do perfil desejado do novo enfermeiro ao término do TA, visto que, como já haviam dito, o novo enfermeiro absorve as características do enfermeiro instrutor; por isso, a escolha do enfermeiro-instrutor é fundamental.

Atualmente, o instrutor é escolhido pela sua boa atuação demonstrada na relação com o paciente, a família e a equipe multiprofissional.

“... nós escolhemos os enfermeiros mais antigos da UTI, que têm mais experiência, e têm aqueles que são respeitados, a gente confia mais...”

“Sabe, o pessoal vê que aquele enfermeiro vai, batalha, estuda, está atualizado, é ético, é respeitado ...”

O grupo concordou que deve haver uma uniformização de atitudes, como se comportar no ambiente da UTI, no trabalho em equipe, na passagem do plantão, na interpretação dos fatos, na comunicação adequada com a família. Salientou que respeitar as competências de cada categoria profissional e a transmissão adequada de informações propiciam um bom ambiente de trabalho, diminuindo a geração de conflitos.

Ponderou que muitos valores que o enfermeiro carrega independem de seu tempo de formado, pois se trata de uma característica pessoal, assim, no TA devem ser abordadas questões éticas e atitudinais, mostrando a preocupação e zelo que o grupo tem com o aspecto relacional, tanto em seus pontos básicos como não falar palavrão, não gritar no corredor, quanto à sua complexidade como a resolução de conflitos, e tudo isso deve ser abordado e registrado durante o TA.

“... deve-se inculcar desde o momento da admissão, oh! Aqui no hospital é assim que fazemos, fica mais natural”.

“Na maioria dos hospitais, o perfil do enfermeiro não é assistencial”.

“As pessoas mal entraram e já têm uma visão de como são as pessoas em relação aos outros plantões, precisa bater muito na ética, o pessoal que está entrando, tem que prestar mais atenção, sem ficar com picuinhas. A gente tem que embutir a nossa forma de trabalho...”

Concordaram que deve haver uma homogeneidade de atitudes entre os enfermeiros, preservando a identidade da UTI, que se distingue pela autonomia do enfermeiro como diferencial no desenvolvimento da prática assistencial na equipe multiprofissional.

No decorrer da discussão, perceberam que os aspectos atitudinais e humanitários, tão valorizados pelo grupo, derivam-se da dimensão ética e que esta é muito difícil de ser passada aos ingressantes de modo formal. Vislumbraram, então, a possibilidade da adoção de estudos de caso como estratégia para o desenvolvimento de uma postura ética.

Sugeriram, ainda, estudos de caso como método de avaliação técnica, atitudinal e de liderança, além das avaliações formais do setor de Recursos Humanos. Com isso, pensei que o novo instrumento pudesse contemplar as necessidades ora apontadas, o que, de certa forma, já é feito, contudo informalmente.

“A parte de relacionamento interpessoal, essa coisa da escala, por exemplo, as pessoas não podem levar para o lado pessoal, ..., aí a gente vai chamar a atenção e a pessoa não gosta, fica magoada, ...”

Para o grupo, é muito importante quando o novo enfermeiro procura ajuda para esclarecer suas dúvidas.

“O enfermeiro não deve resolver tudo sozinho e fazer adaptações ...”

Concordamos que o TA deve seguir de forma a contemplar uma crescente complexidade.

“Não se devem pular etapas, passar de cuidados de higiene para administração, deve-se compartilhar trocar, o grupo cresce em discussão.”

“A nossa realidade de prestar o cuidado é diferente”.

“Nós fazemos o cuidado, com capacitação, temos autonomia...”

Definir a competência do enfermeiro para a prestação do cuidado com autonomia, deve seguir uma lógica, assim, é necessário decompor o papel do enfermeiro nessa UTI, identificando seu perfil e obtendo um instrumento sistematizado de TA.

Ainda, quanto à avaliação, o grupo sugeriu que estas fossem realizadas além dos 90 dias, conforme exige a legislação, devendo ser sistematizadas até o 6º mês e a cada 6 meses, posteriormente.

Foi levantada, também, a possibilidade de atribuição de escores durante o desenvolvimento das ações programadas no TA, concluindo com uma nota de corte para a decisão da permanência ou não do novo enfermeiro na Instituição. Esta estratégia de avaliação que deve abarcar aspectos técnicos, éticos e atitudinais facilitaria o retorno ao avaliado. Ainda, segundo o grupo, para essa avaliação deve ser considerado o potencial do treinando, ponderando o tempo que necessita para assimilação da aprendizagem.

Munidos de toda a problemática que envolve o tema, o grupo iniciou as definições do conceito, objetivos e conteúdos do TA, destacando as palavras-chave e as idéias principais a respeito:

Conceito: *“Educar, direcionar e integrar o profissional ingressante no desenvolvimento da assistência ao paciente grave, família e ao trabalho em equipe multiprofissional”.*

Objetivo: *“Preparar o novo enfermeiro ingressante na UTI para a prestação da assistência de enfermagem integral, individualizada e humanizada ao paciente grave”.*

Conteúdo:

- Treinamento teórico;
- Incluir treinamento em liderança e processos administrativos da UTI;
- Abordar e aprofundar questões éticas, atitudinais e comportamentais;
- Abordar e aprofundar questões sobre interação com familiares;
- Abordar e aprofundar questões que treinem a resolução de conflitos;
- Realizar cuidados descritos em protocolos, procedimentos e rotinas da UTI da Instituição;
- Treinar com escriturários;
- Treinar com o auxiliar de enfermagem da sala de material;
- Assumir os cuidados integrais do paciente;
- Conhecer os instrumentos utilizados para o registro das anotações do paciente; e
- Treinar a SAE;

CONSIDERAÇÕES DOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES

Todos os enfermeiros concordaram com as considerações feitas pelo grupo em relação ao conceito, que foi considerado claro e objetivo. Destacaram que uma boa recepção e orientação fazem a diferença, bem como a valorização do saber prévio do enfermeiro. Reforçaram a importância do TA e que este deve ser reformulado com base nos achados do estudo, ratificaram as ações integrais, direcionar e educar.

Quanto ao objetivo, todos os enfermeiros concordaram com a proposição do grupo, foi destacado pela maioria que se deve dar ênfase à padronização de cuidados, à assistência a familiares, ao treinamento teórico

e às questões éticas incluindo o processo administrativo para solução de problemas. Um participante relatou que o objetivo está claro e que deve estar alinhado ao conceito do TA. Ainda, um outro participante salientou que se deve buscar o perfil desejado do enfermeiro.

Quanto ao conteúdo, a maioria concordou que é abrangente e evidencia a integralidade, ética, atitude e comportamento pertinentes à especialidade de atuação do enfermeiro.

Como estratégia, consideraram importante diferenciar as avaliações por distintos tipos de contratos de enfermeiros *trainee*, estagiário e contratado.

3ª REUNIÃO

18/04/08 - Início: 14h15 - Término: 16h – Enfermeiros participantes: 8

Objetivo

- Aprofundar a discussão do conceito, objetivos e conteúdo do processo de TA na UTI.

Como a discussão já havia se iniciado na reunião anterior, revisamos as definições do conceito, dos objetivos, do conteúdo, bem como as estratégias de desenvolvimento do processo do TA admissional do enfermeiro na UTI.

O grupo discutiu profundamente a possibilidade de haver inversão entre o objetivo e o conceito descritos, sugerindo alterações. Quanto à estrutura do TA e a fim de promover a autonomia do enfermeiro na assistência prestada, foram ressaltadas a necessidade de uma fundamentação teórica prévia à realização de cuidados específicos, salientando que a ação praticada não pode ser mecânica e sim fundamentada técnica e cientificamente, estimulando a atitude e autonomia do enfermeiro na assistência.

O material de apoio existente na UTI, que deve ser revisado e ampliado, permitirá aprofundar o conhecimento técnico-científico não só do ingressante como também dos enfermeiros que já atuam na unidade.

“Antes de fazer o procedimento com o enfermeiro-instrutor, primeiro tem que dar a rotina para ele ler, ele tem que sentar, ler o manual e tirar dúvidas”

Nesse momento, discutimos e concordamos a respeito do perfil de cuidados demandados pelo paciente grave, pois há um rol de cuidados mínimos comuns aos pacientes admitidos na UTI; consensuamos, então, que a folha de avaliação continuada, o folhão¹⁰, poderia ser utilizado como guia de aprofundamento, do cuidado mais simples ao mais complexo na assistência ao paciente durante o treinamento.

“A gente pode seguir no treinamento, primeiro fazendo o básico, controle de sinais vitais, e ir passando para maior complexidade”.

“O folhão serviria como um roteiro para o desenvolvimento do TA, pode ser aproveitado para o novo instrumento”.

“Assim, a gente teria um fluxo de complexidade para o desenvolvimento do TA”.

Ao objetivar contemplar um desenvolvimento crescente de complexidade do TA, propus a elaboração de um fluxograma de complexidade assistencial, baseado na folha de avaliação continuada, a ser analisado posteriormente.

Frente à discussão da crescente complexidade da assistência como parâmetro norteador do conteúdo do TA, surgiu, espontaneamente, a necessidade de descrever as metas a serem atingidas pelo novo enfermeiro ao final dos 3 meses de treinamento. Para o acompanhamento dessas metas, foi salientado ser necessário estabelecer o grau de exigência factível nesse período, considerando o potencial de desenvolvimento do novo enfermeiro e que a educação é um processo contínuo e dinâmico.

¹⁰ Impresso utilizado na UTI do HCE como instrumento de identificação e registro diário dos sinais vitais, balanço hídrico, SAE, registro de procedimentos, cateteres, culturas, antibióticos, exames programados, observações e exames complementares, avaliação neurológica, avaliação de sedação, UPP, parâmetros de oxigenação e anotações descritivas de enfermagem.

“É necessário que o novo enfermeiro saiba o que é esperado dele ao final do treinamento”.

“Saber aonde se quer chegar, facilita para o novo enfermeiro e ao instrutor”.

“Assim, o novo enfermeiro vai saber que ele será cobrado dessa e daquela técnica, aí ele pode se empenhar melhor...”.

Para o acompanhamento da evolução do treinamento e a fim de sistematizar a avaliação, propus que no instrumento do TA existisse um campo reservado para atribuições de conceitos de avaliação para as ações realizadas, já que o grupo havia manifestado esse interesse. Sugeri a apreciação do aproveitamento do novo enfermeiro quanto a seu desempenho, mais especificamente, quanto às habilidades, à fundamentação teórica e ao relacionamento interpessoal. Para isso, sugeri conceitos relativos ao grau de aproveitamento, tais como, E = esperado; Ab = abaixo do esperado; Ac = acima do esperado. O grupo concordou e ficou combinado que essa avaliação seria feita a cada cuidado realizado.

A atribuição de conceitos contribui, conforme concordou o grupo com o desenvolvimento do TA, sendo esperado que o novo enfermeiro tenha um aproveitamento máximo nos conceitos Ac e E, sugeri 70% para que possa ser efetivado no final do 3º mês. Além disso, o grupo solicitou que no instrumento de TA, houvesse um campo denominado observações para que os instrutores e o novo enfermeiro registrassem suas impressões sobre o TA.

Com a finalidade de tornar o preenchimento do instrumento de TA mais dinâmico, propuseram que ele permanecesse sob a responsabilidade do novo enfermeiro que deverá fazer, em conjunto com o instrutor, registros diários.

Mais uma vez, o grupo reforçou a importância de se considerar o conhecimento prévio do enfermeiro e lembrou que o termo educar inclui a troca entre professor e aluno, sendo este um processo relacional que valoriza o saber de cada pessoa.

“Todo o grupo vai perceber que não é porque eu tenho este ou aquele título, que eu sei de tudo, por isso vai fazer do jeito que quero, talvez, porque não esteja acostumado a partilhar, é melhor a gente partilhar e fazer certo ... a nossa realidade é partilhar o conhecimento”.

Ainda, para o estabelecimento das metas, o grupo sugeriu que fosse, de alguma forma, contemplada a identidade dos enfermeiros, qual seja, a autonomia que os diferencia.

“O agir com autonomia frente à assistência de enfermagem, às situações cotidianas ou não e frente à equipe multiprofissional faz o diferencial desta UTI”.

Esse grupo mostrou que se sente respeitado pelos demais profissionais, em razão do reconhecimento de que suas ações são fundamentadas, consistentes, humanizadas e não mecanizadas. Buscam informação e atualização, discutem e esclarecem dúvidas, o que, dessa maneira, possibilita ao grupo uma ação autônoma dentro da equipe multiprofissional.

“Nós temos autonomia no cuidar, na discussão com a equipe multiprofissional, temos competência para essa discussão”.

“O enfermeiro tem a visão do todo, sabe interpretar exames e inter-relacionar as respostas do paciente, esse é o papel do enfermeiro, saber responder ao médico, coisa que lá fora, em outras instituições não acontece, não acontece”.

“Isto, a visão do todo, a gente tenta passar, o plantonista entra dentro do quarto e a gente sabe o que está acontecendo com o paciente, a gente mexe no doente ...”

A discussão foi retomada a respeito da técnica de ‘preparo do corpo no óbito’, enfatizada no momento da apresentação do diagnóstico situacional do TA do enfermeiro, pois, conforme o grupo, há um profundo respeito e responsabilidade pelo cuidado com o corpo que se estende após o óbito, e esta preocupação está em respeitar a condição religiosa do indivíduo e família, pois não há campo específico para esta informação na documentação do paciente, sugeriram a inclusão de uma pergunta sobre a religião professada no histórico de enfermagem.

Ao final da reunião, resgatamos os objetivos da seção e encerramos as definições do conceito, dos objetivos, do conteúdo e das metas.

Conceito: “Processo de capacitação para a prestação da assistência de enfermagem ao paciente e seus familiares de forma integrada, individualizada, humanizada, bem como no desenvolvimento da sua autonomia no trabalho na equipe multiprofissional.”

Objetivos: Acolher o enfermeiro recém-admitido, integrando-o à equipe; direcionar a assistência prestada, conforme as normas e rotinas; educar para a troca de conhecimentos; capacitar o enfermeiro recém-admitido nas dimensões técnico-científicas e relacionais; estimular o desenvolvimento da autonomia profissional na prestação da assistência; desenvolver a postura ética e comportamental, de acordo com os princípios éticos e legais e com os valores e normas da Instituição.

Conteúdo: O TA inicia-se nas práticas essenciais: sinais vitais, balanço hídrico, cuidado de higiene e conforto, seguindo num crescente, conforme o fluxograma de complexidade da assistência, primeiros 3 meses, chegando à função administrativa até o final do 6º mês. O conteúdo para fundamentação do aspecto relacional deverá ser construído.

Metas:

Meta relacional – ética e comportamental: ao final do TA, o enfermeiro recém-admitido deverá estar apto a prestar a assistência de enfermagem fundamentada nos princípios éticos, legais e com autonomia.

Meta técnico-científica: ao final do TA, o enfermeiro recém-admitido esteja apto a realizar procedimentos básicos ao paciente da UTI, conforme as normas e rotinas da Instituição.

CONSIDERAÇÕES DOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES:

Os enfermeiros concordaram com as considerações e deliberações do grupo, destacando, entre outros, que o paciente de UTI possui um perfil próprio e o instrumento do TA abrange tudo que o enfermeiro precisa saber.

Afirmaram que os enfermeiros têm objetivo comum: atuar com respeito, ética, autonomia, com base no conhecimento técnico–científico. Saliaram como ponto positivo os cuidados específicos, cuidado com o óbito. Mostraram acreditar que, ao final do TA, o enfermeiro estará apto a prestar cuidados essenciais.

Concordaram que o Instrumento do TA ficando com o novo enfermeiro poderá torná-lo mais dinâmico e que se deve incluir espaço para avaliação e anotação do enfermeiro sobre suas impressões sobre o TA.

Compreenderam que atribuir notas e valores estimula o preenchimento diário do instrumento, que é importante avaliar diariamente, o que deve ser feito com cautela que, embora essa apreciação facilite no decorrer do TA, deve haver uma avaliação final criteriosa. Sugeriram, também, a elaboração de gráfico e a atribuição de diferentes pesos as diversas diferentes às notas dos procedimentos pouco realizados.

A utilização de material de apoio, pois o atual precisa de ajustes, foi considerada como uma ajuda ao enfermeiro no direcionamento e alcance de seus objetivos e das metas do TA.

Quanto ao modelo de instrumento do TA com procedimentos básicos fica adequado, há necessidade, no entanto, de discutir mais como será observada a correspondência entre teoria e prática.

Apontaram a necessidade de promover treinamento ao enfermeiro instrutor e a realização de reuniões periódicas entre os enfermeiros para validação do instrumento do TA.

Um participante expressou sentir falta da valorização do aspecto humano do cuidado, característica dessa UTI, bem como da atenção à família, embora o grupo tenha discutido sobre isso durante as reuniões.

Foi salientada a inclusão de uma aula inaugural aos enfermeiros ingressantes, englobando aspectos importantes da atuação na UTI.

Um enfermeiro ponderou que a postura ética aprende-se constantemente e um outro que se deve considerar o tempo de formado no desempenho dos enfermeiros durante o TA.

QUARTA REUNIÃO

28/04/08 – Início: 14h25 - Término: 16h10 - enfermeiros participantes: 4

Objetivo

- Definir a duração e as estratégias do TA.

O grupo retomou a discussão sobre os primeiros 3 meses do TA, focado na prática assistencial das atividades básicas, para decisão da efetivação do novo enfermeiro, que coincide com o período estipulado pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), considerando que a efetivação do novo enfermeiro não determina o fim do TA, que deve prosseguir por mais 3 meses para sua complementação nas especialidades e nas atividades administrativas, ocorrendo avaliações mensais, nesse período.

“O enfermeiro deve saber que só depois de saber fazer o cuidado, ele vai partir para coisas mais complexas,...coisas novas, porque é um massacre de informações. Primeiro, ele precisa até se localizar na UTI, precisa estudar,...eu estudo até hoje!”

“... a gente tem que ir dando retorno pro enfermeiro, até ele ficar pronto pra tocar uma hemodiálise, cuidar do paciente com o balão intraaórtico, o monitor de débito cardíaco, drogas vasoativas ...”

Observaram, também, que o desenvolvimento do TA do enfermeiro não é estático, ocorrendo situações no dia-a-dia que exigem e expõem o enfermeiro a situações que não correspondem ao cronograma proposto, indicando o aspecto dinâmico do TA. Consideraram que mesmo havendo um foco principal a cada fase, esta é mediada pelas demais, assim, as atividades assistenciais fundamentais são mediadas por procedimentos especializados, administrativos, atitudinais e éticos.

“Sabe, se eu estiver com um treinando, um novo enfermeiro e, de repente o paciente precisar entrar com um débito cardíaco, e ele ainda não estiver nesta fase do TA, eu explico o básico e peço para ir vendo referências, assim já vai adiantando, não dá pra ignorar o fato ...”

O consenso do grupo para a duração foi de 6 meses, estrategicamente, os primeiros 3 meses terão foco na prática assistencial, nos 3 meses subsequentes deverá haver o aprofundamento nos procedimentos assistenciais especializados, administrativos e atitudinais, lembrando que os procedimentos não realizados nesse período deverão ser realizados, quando da oportunidade.

“Só depois do enfermeiro adquirir segurança no cuidado ao paciente grave deverá passar para os procedimentos especializados e administrativos, pois é assim que fazemos”.

“Tem muito enfermeiro que chega e quer ficar só na parte administrativa”.

“Primeiro tem chegar, conhecer a equipe, gostar de cuidar do paciente, não podemos colocar o enfermeiro para cuidar do paciente sem conhecer como ele trabalha”.

“O enfermeiro temporário e o trainee devem ficar no cuidado ao paciente, pois precisam aprender como é que fazemos aqui, só depois se forem efetivados podem treinar os procedimentos especializados e a parte administrativa”.

“É necessário levar em conta o tempo de assimilação no aprendizado do novo enfermeiro e, também, respeitar o que ele sabe”.

Coerentemente às discussões e exigências dos enfermeiros, o grupo listou as estratégias para o desenvolvimento do TA:

- O instrumento do TA deve ficar com o novo enfermeiro, sendo as atividades registradas concomitantemente à sua realização, mesmo sem obedecer à sequência cronológica rígida;
- O enfermeiro temporário tem seu treinamento limitado à prática assistencial essencial, e caso venha a ocupar vaga para enfermeiro efetivo, será dada continuidade ao TA, conforme o fluxograma, com o aprofundamento da complexidade assistencial;
- O enfermeiro *trainee* ficará os 6 meses iniciais no desempenho da prática assistencial, como atividades essenciais.
- Seguir a sistematização do processo do TA, utilizando o instrumento do TA, fluxograma e avaliações;

- Acolher o novo enfermeiro com apresentação dos aspectos importantes de epidemiologia, estrutura físico-funcional, apresentação da equipe multiprofissional dos instrumentos de trabalho, as relações de trabalho (hierarquia, regimento interno e organograma) e objetivos do TA;
- Instrumentalizar o novo enfermeiro, por meio de aula expositiva, princípios éticos e legais da profissão e da especialidade;
- Fornecer material de apoio existente e referências bibliográficas;
- Realizar discussão de estudo de caso, preferencialmente, caso real;
- Realizar avaliações mensais até o 6º mês;
- Ser realizado por dois instrutores, nas questões gerais, e por instrutor específico por ocasião de treinamentos especializados, exemplo: hemodiálise;
- Discutir, previamente, a fundamentação técnico-científica para a realização da prática assistencial;
- Trocar informações que acompanhem o enfermeiro treinado, por ocasião de mudanças de horário ou mudança de instrutores;
- Utilizar linguagem uniforme, atualizada e prática;
- Manter a pasta do TA sob responsabilidade do novo enfermeiro;
- Ser sistematizado;
- Utilizar o nome do procedimento no instrumento, retirando o nome da marca® de material, medicamento ou equipamento utilizado;
- Liberar o enfermeiro instrutor apenas para o treinamento;
- Manter a individualização do treinamento;
- Valorizar o conhecimento prévio do novo enfermeiro; e
- Utilizar conceitos para demonstrar ao novo enfermeiro seu aproveitamento no TA.

CONSIDERAÇÕES DOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES

Todos os enfermeiros concordaram com as considerações e deliberações do grupo.

Quanto à duração de 6 meses, embora um participante tenha achado esse tempo longo e cansativo, a maioria concordou com o período, ponderando que, após esse prazo, podem aparecer procedimentos que não tenham sido executados durante o TA, tendo um participante manifestado a preocupação com o aspecto dinâmico do TA.

Afirmaram que as atividades propostas são coerentes ao tempo estabelecido para o treinamento, que delimitar o TA em duas fases é importante, acrescentaram que há clareza e correspondência em seus propósitos.

No que se refere ao instrutor, a maioria destacou como fundamental que este assuma, exclusivamente, essa atividade a fim de dedicar-se mais ao enfermeiro ingressante.

Mais uma vez, foi atribuída valorização aos conhecimentos prévios do novo enfermeiro, que devem ser utilizados para planejar, aproveitar e otimizar o tempo do TA. Como já havia sido destacado anteriormente, o TA deve ser diferenciado, conforme a contratação *trainee*, temporária ou efetiva.

Ainda, a maioria salientou que o TA deve desenvolver-se, partindo-se de atividades das menos para as mais complexas, bem como consideraram importante ter um documento explicativo das fases do treinamento e ser importante esclarecer o modo de avaliar o novo enfermeiro.

QUINTA REUNIÃO

08/05/08 – Início:14h25 - Término: 15h40 - Enfermeiros participantes: 3

Objetivo

- Definir o perfil de competências do enfermeiro-instrutor, critérios e normas para sua indicação.

Nesta reunião, o grupo discutiu as atribuições que considerava importantes na escolha atual do enfermeiro instrutor, ponderando que esta escolha é subjetiva.

Foi lembrado que durante o transcorrer das reuniões, observações foram feitas em relação ao enfermeiro-instrutor, como por exemplo:

“O enfermeiro instrutor deve ter um comportamento diferente,..., estar atualizado técnica-cientificamente”.

Entendem que o enfermeiro-instrutor tem um comportamento de destaque dentre os enfermeiros da UTI do HCE e que mesmo sua escolha sendo subjetiva, os profissionais escolhidos são os que agregam atributos reconhecidos pelo grupo.

“... precisa ter destreza, ter envolvimento com a assistência prestada, ter confiabilidade, conhecimento técnico-científico atualizado, ser didático, ser dedicado, ser ético, gostar de ensinar, trocar e buscar conhecimentos ...”

O grupo apontou, entretanto, como um aspecto negativo a escolha repetida dos mesmos enfermeiros-instrutores, vendo positivamente a formação de um grupo de enfermeiros-instrutores no início de cada ano para que pudessem discutir o andamento do processo de TA, bem como o desenvolvimento e aproveitamento dos novos enfermeiros, podendo assim haver rodízio de enfermeiros-instrutores.

Foi sugerido que os enfermeiros especialistas complementassem o treinamento nos procedimentos específicos, tais como hemodiálise e balão intraaórtico, do 3º ao 6º mês, com os enfermeiros-instrutores, compartilhando sua realização, preenchimento do instrumento, seguimento e avaliação do TA.

“a enfermeira especialista em realizar hemodiálise de fluxo lento treina os novos, assim todos ficamos mais seguros”.

O grupo definiu como norma que o enfermeiro instrutor tenha, no mínimo, 3 anos na UTI-HCE, evidenciou o fato de que alguns profissionais

sentem maior facilidade em ensinar, mas dar capacitação para tal é necessário, a exemplo disso, seria importante um preparo pedagógico para o enfermeiro-instrutor poder acompanhar o processo de TA dos novos enfermeiros, uniformizando o grupo.

O grupo sugeriu que os enfermeiros que fizerem parte do grupo de enfermeiros-instrutores, sejam convidados pela gerência da UTI-HCE, conforme sua avaliação de desempenho.

Em consenso, enfatizamos que o treinamento deve ser realizado continuamente, não parar no final dos 6 meses, preparando o novo enfermeiro para ser o futuro enfermeiro instrutor, pois o perfil do instrutor é o enfermeiro que se quer ter como profissional no grupo.

Dessa forma, o enfermeiro-instrutor deve estar com o novo enfermeiro, assumindo o paciente nos primeiros 3 meses do TA.

CONSIDERAÇÕES DOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES

Alguns enfermeiros participantes lamentaram não ter participado de um processo sistematizado do TA, ao serem admitidos na UTI-HCE, manifestaram desejo de fazer parte desse novo TA.

Os participantes foram unânimes às considerações e deliberações feitas pelo grupo, salientando, entre outros, que o enfermeiro-instrutor destaca-se no grupo pela boa atuação, pela atualização, por ser confiável e ético, equilibrado, imparcial, gostar de ensinar e que esse deverá ter mais de 3 anos de formado.

Enfatizaram que o rodízio de enfermeiros na função de instrutores será benéfico e reforçaram a necessidade de se formar um grupo de enfermeiros-instrutores, o que trará uniformidade às ações. Também salientaram que a participação dos enfermeiros instrutores deve ser por opção e não por obrigação, porém um participante considerou importante a indicação da gerência quanto ao preparo do enfermeiro-instrutor para a função.

Um participante considerou fundamental haver intercâmbio entre enfermeiros-instrutores e os enfermeiros da educação continuada, bem como ser fundamental a passagem de plantão sobre o estágio em que se encontra o enfermeiro em TA, quando de sua mudança de horário.

SEXTA REUNIÃO

12/06/08 – Início 14h25 - Término 15h50 - enfermeiros participantes: 6

Objetivo

- Retomar a fundamentação teórica, recordar os objetivos propostos, apresentar o trabalho realizado e avaliar os encontros do grupo.

Iniciei a reunião com uma preleção teórica, com a finalidade de promover a análise do grupo, comparando a tarefa realizada aos pressupostos teóricos inicialmente discutidos. Apresentei a evolução do trabalho e resgatei os objetivos da pesquisa para verificar o seu alcance.

Por fim, para apreciação do grupo, apresentei o trabalho realizado e solicitei que avaliassem, também, o desenvolvimento do trabalho.

Após os enfermeiros presentes consideraram que os objetivos da pesquisa foram atingidos, demonstrando satisfação na consecução do estudo.

Quanto ao trabalho realizado, concordaram, de modo geral, com a reelaboração do processo de TA, ratificando todo o material apresentado.

Para uma avaliação mais criteriosa e prática do processo do TA, sugeriram iniciar imediatamente, um teste piloto.

Além disso, ficou combinado que a pesquisadora passaria um questionário para uma avaliação mais aprofundada de todo o grupo, a respeito do desenvolvimento da pesquisa e sobre o trabalho realizado.



GIRASOL DOBRADO, HELIANTHUS DOUBLE, SUNFLOWER DOUBLE
http://www.loja.jardicentro.pt/images/flores/jardicentro_flores_floralu_sitana_gitassol_dobrado.jpg

Avaliação da metodologia de trabalho

5 AVALIAÇÃO DA METODOLOGIA DE TRABALHO

Para a avaliação dos trabalhos desenvolvidos durante as reuniões, foi aplicado um questionário, baseado em Gonçalves (2003), aos enfermeiros do grupo focal (anexo 6), sendo apreciados aspectos diversos que envolveram cada reunião, tais como a interação com o pesquisador e a própria contribuição no grupo.

Os enfermeiros participantes responderam a outro questionário (anexo 7) que possibilitava a expressão dos aspectos que permearam a interlocução com o grupo focal.

5.1 AVALIAÇÃO DA METODOLOGIA PELO GRUPO FOCAL

Participaram dessa avaliação, respondendo ao questionário, os 11 enfermeiros integrantes do grupo focal.

Quanto à duração de duas horas destinadas a cada encontro, 81,8% consideraram que foi suficiente para aquecer o grupo e levar a uma discussão consistente, enquanto 18,2% acharam que o tempo foi insuficiente, pois quando a discussão estava no auge, acabava.

A maioria do grupo concordou que a realização dos encontros a cada dez dias foi ideal, sendo que seis encontros foram considerados suficientes para 90,9% dos enfermeiros. Mesmo assim, 90,9% acharam que ainda temos muito que discutir a respeito do TA do enfermeiro na UTI.

As discussões proporcionaram reflexões importantes aos enfermeiros que conseguiram ampliar sua visão sobre processo de TA do enfermeiro na UTI.

Pôde-se perceber que os participantes estiveram à vontade para emitir suas opiniões, 72,7% - sempre e 27,3% - na maioria das vezes, sendo que os encontros foram, para 90,9% agradáveis, para 54,5% interessantes e produtivos e para 18,2% estimulantes e conflitantes. Os encontros proporcionaram, reflexão para 81,8%; crescimento para 45,4% e

expectativa, preocupação e esperança para 18,2%.

Dos integrantes, 63,3%, mostraram-se satisfeitos com relação às decisões tomadas pelo grupo 18,2% sentiram-se esperançosos e 9,1% não responderam. Apontaram como razões a esses sentimentos: o fato de haver pontos a serem mais discutidos; a possibilidade de colocar em prática o TA na busca de obter resultado; o fato de terem sido focadas todas as dificuldades encontradas ou pelo menos foram dadas sugestões para saná-las; as decisões terem sido baseadas na realidade vivenciada e amadurecidas nas discussões; o fato de todos terem podido opinar; devido ao TA estar mais focado, a recepção do novo enfermeiro será mais agradável e a assistência ocorrerá num crescente de complexidade, com maior qualidade, pois assistência e rotinas serão reforçadas homogeneizando a linguagem da equipe.

No TA é essencial que seja uniforme as informações, independente do instrutor.

Todo o grupo considerou que as discussões foram bem conduzidas, com uma coordenação objetiva (72,8%), pertinente (45,5%), respeitosa (36,4%), imparcial (27,8%) e ponderada (18,2%).

Aproximadamente, metade do grupo (45,5%) concordou que essas discussões tenham extrapolado o conteúdo do processo de TA do enfermeiro na UTI, por ser inerente a um contexto maior.

Foram unânimes, também, em afirmar que o processo de TA do enfermeiro na UTI *vale a pena*. Isso porque: se puder ser implementado, será ideal; prepara o profissional para a filosofia e realidade na empresa e na unidade; ser recepcionado e orientado, não tem preço, pessoas que são orientadas, dificilmente, esquecem; facilita o treinamento e homogeneiza condutas; a uniformidade de condutas, tomada de decisão, perfil de trabalho na UTI-HCE tem de ser mantida; tenta atingir os objetivos do grupo como um todo, falando a mesma linguagem e cuidados; melhora a prática do enfermeiro intensivista. Sugeriram, ainda que haja um registro de todo o treinamento para avaliação não só do TA, mas também dos demais treinamentos.

Quanto ao alcance dos objetivos propostos ao grupo focal, 54,5% consideraram terem sido totalmente atingidos, enquanto 45,5% acharam que os objetivos foram parcialmente atingidos.

Apresentaram dificuldades de participação nos encontros, 90,9% dos integrantes, por motivos tais como, problemas pessoais; ter outras reuniões dentro ou fora do HCE; escala de trabalho justa; não ter sabido a tempo; horário, embora tenha dado para acomodar as obrigações com o horário.

Ao final do questionário, os enfermeiros puderam expressar, livremente, sua opinião a respeito dos encontros, destacando-se:

“Acho que valeu a pena, pois estávamos focadas em um só objetivo”.

“Foi de boa iniciativa. Acho que já era hora de parar e recuperar nossas atitudes e atuação dentro da terapia intensiva. Os encontros proporcionaram agregar pouco disso e reflexão para melhorar”.

“Foi uma forma de discutirmos o que fazemos e o ideal, trocar idéias, experiências”.

“Gostei de participar, para mim foi importante, para saber que de um modo geral ‘falamos’ e ‘desejamos’ algo parecido, ou seja, um perfil assistencial semelhante”.

Por último, os enfermeiros atribuíram notas de 0 a 10 aos atributos abaixo descritos com as respectivas médias aritméticas do grupo.

- Para minha participação 5,9
- Para participação da coordenadora 9,2
- Para participação do grupo 8,3
- Para as discussões 7,9
- Para o trabalho desenvolvido 8,2

5.2 AVALIAÇÃO DA METODOLOGIA PELO ENFERMEIRO PARTICIPANTE

Responderam ao questionário nove enfermeiros, cuja maioria considerou sempre fácil a forma de participação por meio eletrônico para o envio dos relatórios síntese e dos questionários. Também, para a maioria (66,6%), preencher os questionários de avaliação dos relatórios síntese, foi ideal, para 22,2% foi cansativo e para 11,2% foi dispersivo. Todos os respondentes acharam que o conteúdo discutido e registrado nos relatórios síntese para analisar e reestruturar o processo de TA do enfermeiro na UTI foi suficiente.

Com relação ao processo de TA do enfermeiro na UTI, 66,6% consideraram que, ainda, há muito que discutir e 33,4% que não há mais o que discutir.

Mostraram-se à vontade para dar suas opiniões, sendo que 77,8% afirmaram que estiveram sempre à vontade, enquanto 22,2% disseram que estiveram à vontade na maioria das vezes.

Todos os enfermeiros concordaram que as discussões proporcionaram reflexões importantes e que conseguiram ampliar sua visão sobre processo de TA do enfermeiro na UTI. Consideraram, ainda, que os relatórios síntese e o preenchimento de questionários proporcionaram reflexão (77,7%), expectativa (55,5%), esperança (11,2%) e crescimento (11,2%).

Quanto à forma como participaram dos trabalhos, consideraram que a leitura de relatórios síntese e o preenchimento dos questionários foi agradável (88,9%), interessante (77,8%), produtivo (22,2%) e estimulante (11,1%).

Com relação às decisões tomadas pelo grupo, mostraram-se satisfeitos (66,7%) e esperançosos (44,4%), isso porque:

“Acredito que o TA será mais produtivo, tanto para o enfermeiro recém-admitido como para o enfermeiro instrutor, desde que seja posto em prática tudo que foi discutido, porém penso que ambas as partes devem estar convencidas dos objetivos do TA”.

“Com a nova elaboração do TA, acredito que será mais completo e uniforme o treinamento do novo enfermeiro”.

“Espero que com o novo processo de TA o profissional seja mais bem capacitado”.

“Acredito no novo processo de TA”.

“Porque foram bem coerentes”.

Todos os enfermeiros consideraram a pesquisadora como acessível, apresentando-se no esclarecimento de dúvidas de modo objetivo (55,5%), pertinente (44,4%), imparcial (11,2%), respeitoso (11,2%) e ponderado (11,2%).

Para 88,9%, os relatórios síntese extrapolavam o conteúdo do processo de TA do enfermeiro na UTI, pois esse conteúdo era inerente ao contexto da UTI. Embora isso seja natural, 11,2%, consideraram ter havido divagações demais.

O processo de TA do enfermeiro na UTI *vale a pena* para 100% dos enfermeiros, que assim se manifestaram:

“Agora acho interessante que o TA (instrumento) reestruturado seja colocado em prática e avaliado posteriormente”.

“Para incorporação da filosofia e aspectos técnicos importantes para o futuro enfermeiro”.

Os objetivos propostos foram parcialmente atingidos para 55,5% e totalmente atingidos para 44,4%.

Nenhum enfermeiro manifestou dificuldade para participar da pesquisa.

De forma livre, expressaram-se:

“A pesquisa foi realizada num momento propício para a reestruturação do TA, garantindo melhoria na qualidade da assistência prestada”.

“Necessária”.

“Gostei. Achei bem interessante como tema de pesquisa, pois é um assunto pouco explorado em dissertações de mestrado”.

“Espero que o trabalho seja implantado na prática, pois o material é muito interessante e irá ajudar muito na rotina de treinamento da UTI”.

“Pesquisa muito interessante, no sentido que é algo a ser aplicado no campo de estudo e que pode também servir de exemplo para outras equipes de outras instituições”.

Quanto às notas por eles atribuídas observamos abaixo as médias dos parâmetros de avaliação.

- Para minha participação 8,6
- Para a comunicação via Internet 9,0
- Para participação da pesquisadora 9,6
- Para relatórios síntese 9,2
- Para o preenchimento dos formulários . 8,6
- Para o trabalho desenvolvido 9,6



O CENTRO DO GIRASSOL (*HELIANTHUS ANNUS*)
<http://www.assertiva.blog.br/imagens/posts/Girassol.jpg>

*Apresentação da
tarefa realizada*

6 APRESENTAÇÃO DA TAREFA REALIZADA

Não só os temas que emergiram do diagnóstico situacional foram analisados, como o grupo problematizou toda a situação e aprofundou a discussão, identificando problemas reais e propondo soluções, o que culminou na “Reelaboração do Processo de TA de enfermeiro na UTI-HCE”, que ficou assim sistematizado:

O PROCESSO DE TREINAMENTO ADMISSIONAL DE ENFERMEIRO NA UTI-HCE

Conceito

“Processo inicial de preparo do enfermeiro para a prestação de assistência de enfermagem integrada, individualizada e humanizada ao paciente e seus familiares. Compreende capacitação técnica e ética, na busca do desenvolvimento de sua autonomia no trabalho junto à equipe multiprofissional”.

Perfil do enfermeiro de UTI

“O enfermeiro de UTI é o gestor do cuidado prestado ao paciente grave, para desempenhá-lo é necessário sua atualização técnico-científica, ética e política, bem como compromisso e responsabilidade, além de ser bom comunicador, negociador e líder”.

Objetivos do processo de TA

- Acolher o enfermeiro recém admitido integrando-o à equipe;
- Direcionar a assistência prestada conforme as normas, rotinas, procedimentos e filosofia de enfermagem da Instituição;
- Educar para a troca de conhecimentos, enriquecimento e crescimento da equipe;

- Capacitar o enfermeiro recém-admitido técnica e cientificamente e no aspecto relacional para a prestação da assistência;
- Estimular o desenvolvimento da autonomia profissional na prestação da assistência;
- Desenvolver a postura ética e comportamental de acordo com os princípios éticos e legais, valores e normas da Instituição.

Duração

- Seis meses, com foco na prática assistencial essencial nos primeiros três meses e nos três meses subseqüentes o aprofundamento conforme complexidade dos procedimentos especializados e inclusão do papel gerencial do enfermeiro.

Estratégias

- Disponibilidade de mais de um Instrutor;
- Implementação do instrumento de TA modificado;
- Diferenciação de processo de TA conforme vínculo do enfermeiro com a Instituição, *trainee*, temporário e contratado;
- Controle do instrumento pelo enfermeiro ingressante;
- Aplicação de estudo de caso para desenvolvimento da dimensão ética;
- Foco nos primeiros três meses do TA na assistência essencial, com aprofundamento nos três meses subseqüentes nos procedimentos especializada;
- Instrução dos procedimentos especializados por enfermeiro especialista;
- Preparo do enfermeiro instrutor e
- Formação de um grupo de instrutores por ano.

Conteúdo

- Recepção do novo enfermeiro
- Instrumento de TA norteado pelo Fluxograma
 - 1) Atividades assistenciais
 - 2) Crescente de complexidade
 - 3) Procedimentos especializados com orientação de especialistas

Metas a serem atingidas pelo enfermeiro ao final do TA

Meta Relacional – ética e comportamental: “Prestar assistência de enfermagem fundamentada nos princípios éticos e legais e com autonomia”.

Meta técnico-científica: “Realizar procedimentos essenciais ao paciente da UTI, nos primeiros três meses, dando continuidade nos três meses subseqüentes aos procedimentos especializados, conforme as normas e rotinas da Instituição”.

Avaliação do treinamento

- Aplicação de estudo de caso como método de avaliação;
- Apreciação criteriosa feita pelo instrutor do desempenho quanto à habilidade (H), fundamentação teórica (FT) e relacional(R);
- Utilização de conceitos de avaliação E = esperado, Ab = abaixo do esperado, Ac = acima do esperado; assumir E como aproveitamento de 70%;
- Analisar o potencial do treinando, o ritmo de aprendizado e o alcance das metas;
- Para a efetivação do novo enfermeiro, conforme a exigência legal (CLT), a avaliação deverá ser realizada nos primeiros três meses, conforme os conceitos descritos acima;
- Manter avaliação nos meses subseqüentes até o término do TA.

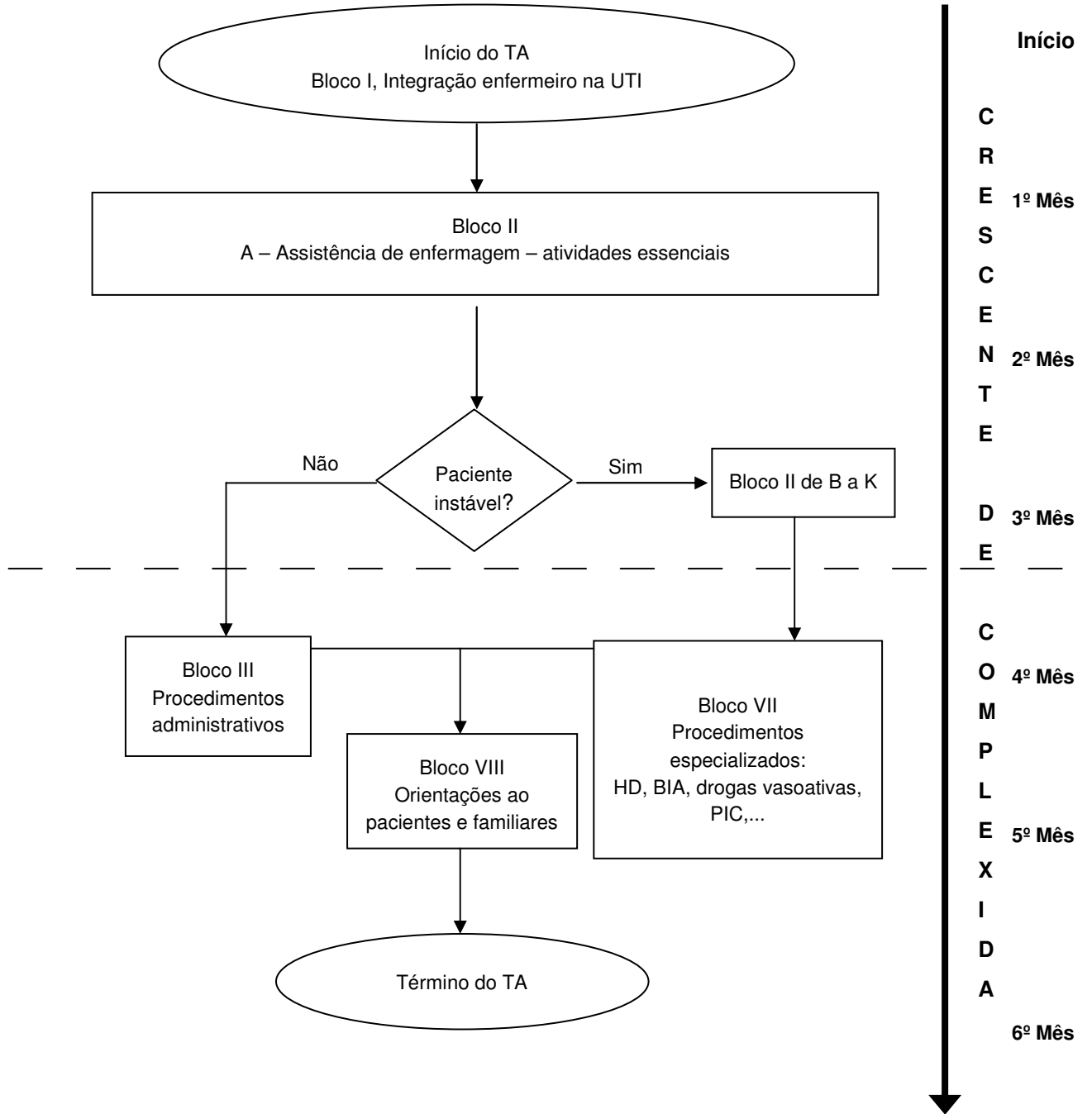
O perfil do enfermeiro instrutor

“Além de gestor do cuidado, para exercer a função de enfermeiro instrutor é necessário ter conhecimento técnico-científico atualizado, destreza e habilidade no fazer e estar envolvimento com a assistência. Ser didático, gostar de ensinar, trocar e buscar conhecimentos, ser ético e comprometido”.

Critérios de escolha:

- O enfermeiro será instrutor a partir do terceiro ano de UTI, conforme sua avaliação de desempenho e indicação da gerência.
- Sugestões:
- Formar um grupo de enfermeiros instrutores.
- Oferecer capacitação aos enfermeiros instrutores por meio de aula de metodologia da educação.

Fluxograma do processo de Treinamento Admissional do enfermeiro na UTI.



INSTRUMENTO DE TREINAMENTO ADMISSIONAL DE ENFERMEIRO – UTI- HCE

A você que chega....

Seja bem vindo à nossa equipe!!!

É muito bom que você venha juntar-se a nós para continuarmos, em grupo, um trabalho que seja bom para o paciente e para toda a equipe de Enfermagem.

A partir de agora, estamos em contato mais direto e esperamos que a troca de informações e de experiências seja a mais proveitosa possível.

Contamos com seu empenho, responsabilidade e envolvimento máximo em relação às atividades propostas e à assistência prestada ao paciente, pois, isto é o que você terá de nós.

Esperamos oferecer um ambiente e condições que atendam às suas expectativas e anseios para crescermos, nos aprimorando, juntos, a todo o momento.

Em nosso trabalho na UTI, constantemente nos deparamos com um ser humano que sofre, corre risco de morte. Porém, o avanço científico coopera na superação das doenças através de novos conhecimentos técnico-científicos; há novos métodos diagnósticos; os tratamentos tornam-se disponíveis, favorecendo uma recuperação mais rápida que, por sua vez, está, diretamente, relacionada ao avanço qualitativo da equipe de Enfermagem.

Isso nos anima, estimula e nos faz renovar a todo o momento, a certeza de que nosso trabalho é necessário e frutífero. Essa forma de atuar talvez seja mais difícil, mas é mais recompensadora.

Seu trabalho será muito importante para nós.

Uma palavra a você Enfermeiro

A UTI é um setor onde os pacientes apresentam problemas não apenas físicos e biológicos, mas também psíquicos e sociais. O enfermeiro na UTI deve, então, estar preparado para prestar uma assistência sistematizada, individualizada, humanizada e global ao paciente e família, envolvendo toda a equipe nessa visão.

É essa a essência que queremos: que o seu trabalho diário, em nossa unidade, tenha e seja transmitido a todos, sempre.

O ser humano deve ser o fundamento da nossa atuação. É ele quem dá sentido ao que fazemos e nos faz ter sentido e existência como profissionais.

Devemos dedicar a eles e aos familiares, não somente nossa competência técnica, mas também nosso respeito, carinho e compreensão.

Seu treinamento

Você será submetido ao processo de treinamento que visa oferecer os elementos para a assistência de enfermagem ao paciente da unidade de terapia intensiva e verificar se esta realmente é sua área de atuação.

O objetivo geral do Treinamento Admissional do enfermeiro na UTI do Hospital Campo de Estudo é Acolher o enfermeiro recém-admitido integrando-o à equipe, direcionar a assistência prestada conforme as normas, rotinas; procedimentos e filosofia de enfermagem da Instituição; educar para a troca de conhecimentos, enriquecimento e crescimento da equipe; capacitar o enfermeiro recém-admitido técnica e cientificamente e no aspecto relacional para a prestação da assistência, estimular o desenvolvimento da autonomia profissional na prestação da assistência, desenvolver a postura ética e comportamental de acordo com os princípios éticos e legais, valores e normas da Instituição.

Sarah Marília Bucchi

Nome do enfermeiro: _____

Nome dos enfermeiros Instrutores: _____

Início: ____/____/____

Término: ____/____/____

I – INTEGRAÇÃO AULA INAUGURAL COM A APRESENTAÇÃO DA UTI

Realizado () Sim Não ()

Observações: _____

II – ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – ATIVIDADES ESSENCIAIS**A - HIGIENE E CONFORTO DO PACIENTE**

Cuidados	Orientado	Realizado	Aproveitamento			Observações
			H	FT	R	
Controles de sinais vitais e balanço hídrico						
Massagem de conforto						
Mudança de decúbito e posicionamento anatômico no leito						
Fixação de cânula traqueal						
Banho no leito						
Higiene ocular						
Higiene oral						
Protocolos de prevenção de UPP e queda						
Papel na equipe multiprofissional						
Total						

H – habilidade; FT – fundamentação teórica; R – relacional.

Aproveitamento: (Ab) Abaixo do esperado; (E) Esperado; (Ac) Acima do esperado.

Observações: _____

B - PACIENTES COM AFECÇÕES NEUROLÓGICAS

Cuidados	Orientado	Realizado	Aproveitamento			Observações
			H	FT	R	
Aspiração endotraqueal						
Capnografia						
Mudança de decúbito (alinhamento, mudança em bloco, etc)						
Drenos, suctor, port-vac®, liquóricos						
Escala de Glasgow						
Protocolo de drogas: hidantal®, oxigen®, thionembatal®.						
Monitorização da PIC						
Trações por Alo craniano						
Transporte para exames de imagem e CC						
Ventilação mecânica						
Hiperventilação						

H – habilidade; FT – fundamentação teórica; R – relacional.

Aproveitamento: (Ab) Abaixo do esperado; (E) Esperado; (Ac) Acima do esperado.

Observações: _____

C – PACIENTES COM AFECÇÕES CARDIO-CIRCULATÓRIAS E RESPIRATÓRIAS

Cuidados	Orientado	Realizado	Aproveitamento			Observações
			H	FT	R	
Aspiração endotraqueal e nasotraqueal – sistema de aspiração						
Aspiração sob pressão negativa						
Ausculata pulmonar						
Coleta de gasometria arterial						
Dreno de tórax, drenagem torácica						
Exames de imagem: RX e Broncoscopia						
Filtros e umidificadores dos respiradores						
Modalidades ventilatórias						
Montagem e teste dos ventiladores						
Oxigenioterapia: umidificador, nebulizador e outros						
Oximetria e capnometria						
Pressão do cuff-cuffometria						
Sistema de sucção de saliva						
Traqueostomia: curativo, fixação, troca de cânula e complicações						
Ventilometria: ventilação mecânica em traqueostomizados						
Balanço hídrico: ganhos, perdas, peso e volume acumulado						
Carro de emergência						
Cateteres centrais						
Cateterismo Cardíaco						
Desfibrilador – cardioversor						
Dreno de mediastino: ordenha, fixação e curativo.						
ECG						
Marcapasso						
Hemodinâmica invasiva: Swan Ganz®, PAM, PVC, sistema cmH ₂ O e mmHg						
Hemodinâmica não invasiva						
Parada cardiorespiratória (PCR)						
Protocolo de cirurgia cardíaca						
Protocolo de drogas vasoativas						
Ritmos cardíacos, pulso						
Rotina do controle de infecção hospitalar						
Temperatura: axilar, retal e sanguínea.						
Total						

H – habilidade; FT – fundamentação teórica; R – relacional.

Aproveitamento: (Ab) Abaixo do esperado; (E) Esperado; (Ac) Acima do esperado.

Observações: _____

Sarah Marília Bucchi

D – PACIENTES COM AFECÇÕES NO APARELHO DIGESTÓRIO – NUTRICIONAL

Cuidados	Orientado	Realizado	Aproveitamento			Observações
			H	FT	R	
Balão gástrico – esofágico						
Cama metabólica, maca balança e peso						
Circunferência abdominal						
Cuidados com a pele						
Dietas parenterais e enterais						
Clister e enteroclisma.						
Gastro, jejuno, íleo e colostomia						
Protocolo de obstipação e diarreia						
SNG e SNE						
Toque retal						
Verificação de pH gástrico						
Total						

H – habilidade; FT – fundamentação teórica; R – relacional.

Aproveitamento: (Ab) Abaixo do esperado; (E) Esperado; (Ac) Acima do esperado.

Observações: _____

E – PACIENTES COM AFECÇÕES NO APARELHO GENITOURINÁRIO

Cuidados	Orientado	Realizado	Aproveitamento			Observações
			H	FT	R	
Coletores de urina: SVD, uripen®, SVA, nefrostomia, cistostomia e urostomia						
Densidade urinária, glicofita e glicoceto						
Fístula artério-venosa (FAV)						
Irrigação e lavagem vesical						
Transplante renal						
Total						

H – habilidade; FT – fundamentação teórica; R – relacional.

Aproveitamento: (Ab) Abaixo do esperado; (E) Esperado; (Ac) Acima do esperado.

Observações: _____

Sarah Marília Bucchi

F – CONTROLE DE INFECÇÃO

Cuidados	Orientado	Realizado	Aproveitamento			Observações
			H	FT	R	
Antibióticos e diluições						
Cateteres endovenosos centrais						
Coleta de culturas: sangue, urina, escarro, traqueal, ponta de cateteres e feridas.						
Dispositivos endovenosos não agulha						
Equipamentos de proteção individual e de segurança (EPI)						
Total						

H – habilidade; FT – fundamentação teórica; R – relacional.

Aproveitamento: (Ab) Abaixo do esperado; (E) Esperado; (Ac) Acima do esperado.

Observações: _____

G – SERVIÇO DE APOIO E DIAGNÓSTICO

Cuidados	Orientado	Realizado	Aproveitamento			Observações
			H	FT	R	
Broncoscopia						
Ecocardiograma						
Endoscopia						
Raio X						
Ressonância Magnética						
Tomografia						
Ultrassom						
Total						

H – habilidade; FT – fundamentação teórica; R – relacional.

Aproveitamento: (Ab) Abaixo do esperado; (E) Esperado; (Ac) Acima do esperado.

Observações: _____

Sarah Marília Bucchi

H – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – SAE

Cuidados	Orientado	Realizado	Aproveitamento			Observações
			H	FT	R	
Admissão						
Exame Físico						
Histórico de Enfermagem						
Diagnóstico de Enfermagem						
Evolução de Enfermagem						
Prescrição de enfermagem						
Anotação de Enfermagem						
Óbito						
Alta						
Transferência						
Total						

H – habilidade; FT – fundamentação teórica; R – relacional.

Aproveitamento: (Ab) Abaixo do esperado; (E) Esperado; (Ac) Acima do esperado.

Observações: _____

I - EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

Cuidados	Orientado	Realizado	Aproveitamento			Observações
			H	FT	R	
Monitor cardíaco						
Bomba de Infusão						
Cama Metabólica						
Cateteres Arteriais						
Cateteres Venosos						
Maca Balança						
Ventiladores a pressão e a volume						
Total						

H – habilidade; FT – fundamentação teórica; R – relacional.

Aproveitamento: (Ab) Abaixo do esperado; (E) Esperado; (Ac) Acima do esperado.

Observações: _____

Sarah Marília Bucchi

J – MEDICAMENTOS

Cuidados	Orientado	Realizado	Aproveitamento			Observações
			H	FT	R	
Antibióticos						
Drogas Vasoativas						
Medicações de Urgências						
Nutrição Parenteral Prolongada						
Insulinoterapia						
Heparina						
Proteína C						
Trombolíticos						
Outras						
Total						

H – habilidade; FT – fundamentação teórica; R – relacional.

Aproveitamento: (Ab) Abaixo do esperado; (E) Esperado; (Ac) Acima do esperado.

Observações: _____

K – HEMOTERAPIA

Cuidados	Orientado	Realizado	Aproveitamento			Observações
			H	FT	R	
Albumina						
Glóbulos						
Plaquetas						
Plasma fresco						
Protocolos de Hemoterapia						
Total						

H – habilidade; FT – fundamentação teórica; R – relacional.

Aproveitamento: (Ab) Abaixo do esperado; (E) Esperado; (Ac) Acima do esperado.

Observações: _____

III - PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS

Funções do enfermeiro encarregado	Orientado	Realizado	Aproveitamento			Observações
			H	FT	R	
Atividades desenvolvidas pelos elementos da equipe de enfermagem						
Clientes internos, externos e fornecedores						
Liderança						
Regimento Interno da UTI						
Total						

H – habilidade; FT – fundamentação teórica; R – relacional.

Aproveitamento: (Ab) Abaixo do esperado; (E) Esperado; (Ac) Acima do esperado.

Observações: _____

IV – PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

Cuidados	Orientado	Realizado	Aproveitamento			Observações
			H	FT	R	
Hemodiálise convencional						
Hemodiálise de fluxo lento						
Balão intra-aórtico						
Cicladora diálise peritoneal						
CAPD						
Débito cardíaco						
Diálise peritoneal intermitente						
Fístula artério-venosa						
Total						

H – habilidade; FT – fundamentação teórica; R – relacional.

Aproveitamento: (Ab) Abaixo do esperado; (E) Esperado; (Ac) Acima do esperado.

Observações: _____

V – ORIENTAÇÕES AO PACIENTES E FAMILIARES

Cuidados	Orientado	Realizado	Aproveitamento			Observações
			H	FT	R	
Admissão						
Horário de visita						
Ambiente da UTI						
Precauções e isolamentos						
Sala de espera da UTI						
Boletim médico						
Alta						
Transferência						
Óbito						
Terapêutica alternativa						
Equipe multiprofissional						
Termos de consentimento						
Legislação						
Total						

H – habilidade; FT – fundamentação teórica; R – relacional.

Aproveitamento: (Ab) Abaixo do esperado; (E) Esperado; (Ac) Acima do esperado.

Observações: _____

Assinatura do Enf^a em Treinamento: _____

Assinatura dos Enf^a Instrutores: _____ e _____

Assinatura do Enf^a GERENTE DA UTI: _____

MEMENTO DO PROCESSO DE TREINAMENTO ADMISSIONAL DO ENFERMEIRO NA UTI - HCE

O novo enfermeiro será submetido ao processo de treinamento admissional que visa prepará-lo para a assistência de enfermagem ao paciente grave nessa UTI, bem como verificar seu perfil para atuar nessa área.

O objetivo geral do Treinamento Admissional do enfermeiro na UTI_HCE é oferecer subsídios para a prestação da assistência de enfermagem humanizada aos pacientes graves. Para tal, devemos acolher o novo enfermeiro, num ambiente e condições que favoreçam seu aprendizado e sua integração à equipe multiprofissional.

O treinamento consta de cinco blocos, sendo:

Blocos I – Integração com aula inaugural (6h) com a apresentação da UTI e da equipe multiprofissional.

- Apresentação da Unidade em multi-mídia, composta do organograma; modelo de trabalho; Filosofia de enfermagem; escala mensal e diária; unidade de negócios; fornecedores e clientes; normas e regulamentos internos.
- Objetivos do Instrumento de Treinamento Admissional e Cuidados integrais ao paciente e familiares;
- Apresentação do local de impressos, manuais físicos e informatizado;
- Apresentações da estrutura física, UTI – A, B e C;
- Apresentações à equipe multiprofissional e as suas funções: enfermagem, médica intensivista; fisioterapia; nutrição e do escriturário;
- Aula sobre aspectos éticos e postura profissional.

Bloco II - Assistência de enfermagem - atividades essenciais distribuídos em itens de A a K

- Conhecer a função do enfermeiro assistencial na UTI;
- Conhecer o tempo utilizado na realização das tarefas;
 - Levantar subsídios para planejar e executar a assistência de enfermagem na UTI.
- Prestar cuidados ao paciente grave

Bloco III – Procedimentos administrativos

- Acompanhamentos da “Passagem de Plantão administrativo”;
- Preenchimento e encaminhamentos pertinentes ao fluxo do paciente na UTI da admissão à alta;
 - Conhecer as funções dos escriturários na unidade;
 - Conhecer o tempo utilizado na relação das atividades;
 - Conhecer como é feita a cobrança e o lançamento no débito do paciente, de equipamentos, materiais e medicamentos.

Bloco IV - Procedimentos especializados

- Treinamento em procedimentos dialíticos, balão intra-aórtico, etc...

Bloco V – Orientações ao paciente e família.

- Conhecer as legislações da área;
- Utilizar normas, rotinas e protocolos da Instituição para promover a orientação e educação do paciente e familiar.

Preenchimento do instrumento de TA:

O preenchimento dos campos do instrumento deve ser realizado em conjunto com o novo enfermeiro e instrutor, conforme as legendas do campo “Aproveitamento”.

O campo “observação” é destinado a referências tanto do enfermeiro instrutor quanto do novo enfermeiro relacionadas ao procedimento.

O campo “Total” e a somatória da frequência de Ab, E Ac no aproveitamento do novo enfermeiro em cada bloco realizado.

É desejável que o novo enfermeiro tenha maioria do aproveitamento entre E (esperado) e Ac (Acima do esperado)

Esperado = atividade realizada corretamente, respeitosamente, em tempo adequado, com agilidade, conhecimento técnico-científico e sem danos ao paciente.

Ab (Abaixo do esperado) = procedimento realizado sem os atributos descritos no conceito esperado; AC (Acima do esperado)= procedimento realizado com atributos que superam o conceito de esperado, com extrema habilidade.



CAMPO DE GIRASSÓIS (*HELIANTHUS ANNUS*)
<http://oab.blig.ig.com.br/imagens/girassol.jpg>

Avaliação do trabalho realizado

7 AVALIAÇÃO DO TRABALHO REALIZADO

Para avaliação da tarefa desenvolvida pelo grupo, foi distribuído um questionário (anexo 8) a todos os enfermeiros da UTI, sendo respondido por 19 enfermeiros, desses 42%, eram integrantes do grupo focal e 58%, enfermeiros participantes.

Todos os 19 enfermeiros respondentes concordaram que o **CONCEITO** do TA representa as ideias expressas pelos enfermeiros, pois estas partiram e foram discutidas entre os próprios enfermeiros, além de expressar os objetivos de toda a equipe. Reforçaram a ideia de que uma equipe de enfermagem que trabalha com humanização, técnica e ética tem capacidade de prestar uma boa assistência.

Foram unânimes na concordância que os **OBJETIVOS** representam muito bem o que os enfermeiros desejam com o TA: educar, capacitar, estimular e acolher; e o conhecimento de normas e rotinas da instituição é imprescindível e que sempre que o TA é benfeito, o resultado é um bom profissional, ou seja, aquilo que os enfermeiros esperam desse processo.

Foram unânimes, também, na concordância de que os objetivos poderão ser alcançados no processo do TA, desde que realizado, conforme o estabelecido e, dependendo, no entanto, da atuação do instrutor e do comprometimento do treinando, bem como de um acompanhamento individual e sistematizado do novo enfermeiro. Os objetivos não alcançados durante o TA devem ser resgatados, dia-a-dia, priorizando oportunidades. Assim com avaliação contínua e *feed-back*, o profissional treinado poderá obter melhorias.

A maioria considerou que as **METAS** propostas ao novo enfermeiro estão dentro do que o grupo de enfermeiros da UTI considera importante e que expressam, basicamente, o que é esperado do enfermeiro recém-admitido, consideraram, também, que podem ser alcançadas durante o TA.

Um enfermeiro ponderou que o grupo está dividido entre os que atingem as metas comportamentais e éticas e os que atingem as metas

técnico-científicas.

Unanimemente, afirmaram que o **PERFIL DO ENFERMEIRO DA UTI** corresponde ao papel do enfermeiro da UTI, salientando que o enfermeiro tem todas estas competências, além de ser dinâmico, atualizado e comprometido, deve, ainda, ter conhecimento das rotinas, procedimentos e protocolos do setor e trabalhar com conflitos e tomar decisões.

Quanto ao **PERFIL DO ENFERMEIRO INSTRUTOR**, a maioria considerou que ele representa o esperado e que para ser um bom instrutor deve possuir os requisitos descritos nesse perfil. Para formação do grupo de instrutores, esse perfil precisa ser rigorosamente seguido, além de respeitar a vontade do enfermeiro. Ponderaram que muitos enfermeiros têm excelentes avaliações de desempenho; no entanto, nenhum perfil para educar, orientar, avaliar, por isso, o enfermeiro deve se oferecer para ser instrutor e, então, ser submetido à avaliação para saber se tem perfil para desenvolver a função.

Houve total concordância em relação à **DURAÇÃO, ESTRATÉGIAS E CONTEÚDO** do TA, sustentada pelo comentário de que o tempo é adequado, a estratégia é pertinente e o conteúdo viável.

Grande parte dos enfermeiros foi favorável à aplicação do teste piloto para avaliar o novo instrumento de TA, sendo necessário e importante avaliar para corrigir as falhas, incluir ou excluir conteúdo, verificar a viabilidade e, assim, proceder aos ajustes necessários.



HORIZONTE E UM CAMPO DE GIRASSÓIS (HELIANTHUS ANNUS)
Ftp://www.oplanob.com.br/media/3/20060725-girassol.jpg

Discussão

8 DISCUSSÃO

A realização de seis reuniões, em um total de 10 horas, e a interlocução com os demais enfermeiros da UTI pode parecer insuficiente diante da complexidade do tema e dos objetivos propostos na pesquisa, porém os participantes mostraram-se maduros e conhecedores da situação, o que possibilitou a concretização da tarefa para além do esperado, pois resultou na construção do fluxograma, memento, perfil do enfermeiro da UTI e das metas a serem atingidas, elementos esses que não haviam sido, inicialmente, previstos.

A participação e expressão dos enfermeiros, de modo crescente e coerente à metodologia, a respeito dos aspectos diversos do TA, contribuíram, intensamente, com informações que ultrapassaram minha expectativa, sendo captados os subsídios necessários à consecução dos propósitos desse estudo, por meio do qual foram confeccionados instrumentos que servirão para a sistematização do processo do TA do enfermeiro da UTI na Instituição estudada.

Além disso, pelo empenho dedicado e pela riqueza de informações prestadas, mostraram grande disposição para o trabalho, produzindo material que extrapolou aquilo que era necessário para a realização desta pesquisa, os dados ora obtidos podem subsidiar outros estudos.

Notei que não só havia a realização da pesquisa em si, mas de um trabalho adjunto tão ou mais gratificante, o movimento dos participantes em um fluxo de ideias e reflexões sobre o tema. Verifiquei, como afirma Thiollent (2008), os enfermeiros puderam contribuir com informações que não estavam previstas, enriquecendo as descrições.

Durante a elaboração desta pesquisa, obtive a grata satisfação de constatar, pela experiência dos enfermeiros relatadas nas reuniões do grupo focal e nas respostas aos questionários em momentos de intensa discussão, a importância do tema escolhido e o acerto na escolha dos enfermeiros, sujeitos da pesquisa.

A cada reunião do grupo focal, na qual elaborava o relatório-síntese, sentia a expectativa dos enfermeiros e era questionada por eles a respeito de quando o relatório chegaria, confirmando, assim, que esta forma de trabalho impulsionava um movimento de discussão, e os enfermeiros mostravam-se desejosos em contribuir, expressando seus pensamentos e opiniões sobre o tema.

A interação ocorrida na medida que o trabalho se desenvolvia, o cumprimento do cronograma e a elaboração dos instrumentos ocorreram graças ao envolvimento de todo o grupo, o que provocou um movimento de ideias e de raciocínio sobre o tema, facilitado pela metodologia utilizada, pois, como afirma Franca (2005), a pesquisa-ação é eminentemente pedagógica, dentro da perspectiva de ser um exercício pedagógico, visualizando a contínua formação e emancipação de todos os sujeitos da prática.

O método pressupõe aplicação prática e transformação da realidade pela análise dos problemas identificados e propostas de intervenção, de modo coletivo, como foi o que aconteceu.

A pesquisa-ação não impõe que se façam mudanças, são os próprios sujeitos do estudo que decidem se querem ou não as realizar; no plano ético, cabe ao pesquisador facilitar a mudança somente com a concordância dos sujeitos da pesquisa (Thiollent, 2008).

Reforçando essa idéia, Peduzzi e Ciampone (2005) ressaltam que o processo de autoanálise do grupo não é feito de cima para baixo, nem de fora para dentro, mas no próprio seio heterogêneo do coletivo interessado.

A metodologia, embora seja um processo árduo de trabalho, tornou a consecução da pesquisa estimulante e prazerosa e como resultado deixou uma nova proposta para o processo de treinamento admissional do enfermeiro de UTI, com ações factíveis que representam as necessidades do grupo.

Utilizar a metodologia da pesquisa-ação em nosso processo de trabalho diário seria ideal, mas exige tempo e dedicação dos participantes,

continuamente, o que nem sempre é possível, visto que existem prazos e decisões que impedem a consulta ao coletivo, em um primeiro momento.

Quanto à tarefa concretizada, os enfermeiros concluíram, inicialmente, que o treinamento de integração realizado no setor de educação continuada deve ser aprofundado na UTI, que deve estar sistematizado e, para torná-lo viável, devem ser selecionadas as práticas que entrarão em cada etapa.

Nesse sentido, Laselva, Moura Jr. e Reis (2003) afirmam que antes do enfermeiro iniciar suas atividades na UTI e, em virtude da especialidade da área, é necessário que receba treinamento específico.

No diagnóstico situacional usado como ponto de partida, observou-se a não correspondência entre a proporção de orientação e execução no mesmo procedimento e entre procedimentos correlatos e interdependentes, muitas vezes, à falta de oportunidade de sua realização no momento do TA, bem como em razão do fato de se constituírem procedimentos elementares na formação do enfermeiro, dispensando maiores orientações.

Este dado levou os enfermeiros a perceberem que o TA deveria ter início no desenvolvimento do cuidado assistencial essencial prestado ao paciente grave, seguindo com o aprofundamento, de acordo com a complexidade em etapas específicas do cuidado especializado e finalizando com a etapa de desenvolvimento de liderança da equipe de trabalho. Esse crescente de complexidade traria, ao término do TA, melhores resultados, possibilitando o alcance das metas propostas.

Além disso, os enfermeiros consideraram ser importante a proatividade do novo enfermeiro para buscar, com o enfermeiro-instrutor a possibilidade de realização do cuidado, também, porque, o instrumento do TA ficará, a partir de agora, em posse do treinando.

As nomenclaturas que estavam ultrapassadas pelo desuso de muitos procedimentos e técnicas, puderam ser atualizadas e substituídas no novo instrumento do TA, bem como os nomes das marcas de alguns equipamentos que foram atualizados ou mantidos, a fim de facilitar a

compreensão e a linguagem entre os enfermeiros.

A falta de registros mostrada no diagnóstico possibilitou, ainda, o emergir da identidade do grupo, como **prestadores diretos da assistência de enfermagem**, evidenciando que o cuidar era prioritário ao registrar, pois, muito embora saibam da importância dos registros, priorizam o aprendizado prático.

Os enfermeiros expressaram, de modo claro a preocupação em manter sua **identidade** pelo modo de praticar a assistência de enfermagem em um grupo coeso no desempenho profissional que se conhece como pessoa e profissional. No entanto, percebem que a interrupção freqüente no desenvolvimento do TA, desestimula tanto o novo enfermeiro como, também, o enfermeiro-instrutor, prejudicando a coesão do grupo, que sente não poder responder adequadamente, pela assistência prestada, uma vez que não interagiu, de modo considerado necessário, para se conhecerem e se confiarem mutuamente.

Motta (2001) refere que sem a reconstrução da visão comum e o compartilhamento de valores e práticas, a desunião irá prevalecer, pois grupos coesos produzem melhores resultados, entusiasmam-se na ação, orgulham-se na realização do trabalho e são detentores de maiores informações.

Vale salientar que, embora haja esse temor entre os enfermeiros, durante a coleta de dados houve coesão e homogeneidade em suas reflexões e sugestões em relação ao tema da pesquisa o que, em minha percepção, evidencia a unidade do grupo, pois salientaram tão firmemente a importância da profissão e da especialidade, mostraram saber como fazer e como praticar a assistência de enfermagem ao paciente grave, de modo consciente e ético. Conhecem que a responsabilidade é tanto individual como coletiva, e o desempenho coletivo, como reforça Motta (2001), é maior que a soma de todas as partes.

Para esses enfermeiros, a humanização e o respeito entre profissionais são princípios norteadores das relações entre os profissionais no ambiente de trabalho, assim, estende-se a assistência de enfermagem

prestada ao paciente grave. Bianco (2000) afirma que a humanidade aplicada ao cuidado direto de todos está inserida na ética, envolve a consciência e a conscientização do homem como um ser relacional.

Tornou-se nítido que, essencialmente, esses enfermeiros consideram o processo de TA um momento que, conforme Peduzzi e Ciampone (2005), propicia a troca de conhecimento, o risco do contágio entre o novo enfermeiro e o grupo, processo inovativo na formação de verdadeiras equipes.

No ambiente estudado, ficou demonstrado que havia espaço para a **educação**, como ação de mediação profissional e social que transcende a transmissão de conhecimentos técnico-científicos. Tanto para Saupe e Budo (2006), como para Silva, Espósito e Nunes (2008), saúde e educação são questões complexas, pois trabalham com o homem e suas relações, portanto, fica clara a afirmação do grupo quanto à necessidade de educar-se para o cuidado, pois ambos são complementares e indissociáveis.

Ao superarem o caráter unicamente reprodutor do TA, esses enfermeiros promovem a manutenção de sua identidade de prestadores diretos da assistência de enfermagem. Peduzzi e Ciampone (2005) consideram um desafio o transitar da equipe agrupamento, que é caracterizada pela assimetria das relações entre profissionais, para a equipe integração que supera a posição de disputa para a de complementação. O **modo de agir** característico desses enfermeiros busca na promoção desse processo de treinamento, conservar a identidade do grupo acreditando que a educação durante o treinamento é transformadora da realidade, tornando-o um processo emancipador.

O acolhimento ao novo enfermeiro e a valorização de seu conhecimento evidenciam a característica primeira desses enfermeiros, o **cuidado**, conforme Saupe e Budo (2006) pode ser empregado como atitude de cuidado, desvelo, solicitude, preocupação, configurando seu modo de ser no mundo e permite estabelecer as relações com todas as coisas e a identidade do grupo.

O potencial individual do novo enfermeiro somado ao potencial

coletivo favorecerá sua adesão ao grupo, pela possibilidade real do uso de habilidades individuais, propiciando a emersão de seu potencial de vir a ser. Desse modo, o saber prévio dos ingressantes foi muito valorizado pelos participantes do estudo.

Assim como Motta (2001) valoriza a transmissão e o compartilhar de conhecimentos, pois, quando um maior número de pessoas adquire as mesmas técnicas e habilidades há manutenção da ideia de autonomia na equipe, porém a reprodução de habilidades não significa, conforme o pensamento desses enfermeiros, tornar o processo do TA nem tampouco a assistência mecanizados.

Sordi e Bagnato (1998) afirmam que a formação de profissionais da saúde não pode prescindir da necessidade de se fazer escolhas e assumir o ônus de uma opção, não transgredindo valores e princípios teóricos, norteadores de um modelo de atenção à saúde que, para ser viável, requer a ação de profissionais concretos, dispostos a intervir na realidade social, por desfrutarem da capacidade de interlocução de seus conhecimentos e coloca-os em condição de extrair-se e usar-se em favor do homem e da humanidade em um plano ético-pedagógico e libertador.

Os autores consideram, ainda, que o processo pedagógico que se deseja crítico e reflexivo, tem como objetivo principal formar um profissional que busque refletir sobre as ações, problematize e não seja alienado, portanto, não pode ser regido pela lógica da classificação, da medição e do disciplinamento. Dessa maneira, formam-se indivíduos dependentes, mais fáceis de governar, não críticos, acomodados às informações recebidas, sem criatividade e capacidade de refletirem sobre a realidade que vivem ou onde irão atuar.

Acrescentam que o sistema já nos garante a ampliação da criatividade e a autonomia do pensamento, mas o despertar de capacidades supera o modelo fordista voltado a um processo produtivo, parcializado, dicotomizado, alienado e alienante, antes disso, vivenciar experiências concretas com o espírito de um desbravador que observa cuidadosamente que pondera que toma decisões que avalia; estabelece diálogos e interações

entre a teoria e a prática; saber o significado e a fundamentação daquilo que aprendem, para poder compreender e contextualizar o exercício profissional nosso de cada dia.

Estes os pressupostos que os enfermeiros almejam com o processo do TA, e não uma prática que implique a repetição operacional de uma ou mais habilidades de forma padronizada e rápida, a fim de tornar o processo produtivo eficiente e lucrativo, muitas vezes, impede a expressão do humano, do coletivo e da liberdade criativa dos trabalhadores, decorrendo facilmente no padrão, nas linhas de produção, nos locais onde os trabalhadores podem ser substituídos por máquinas.

No entanto, não é fácil construir uma educação nesses pressupostos, pois influenciados pela era industrial clássica, como mostra Chiavenatto (1999), houve preocupação com o estudo das tarefas operacionais, do método, da análise de tempo e movimento, estabelecendo-se como princípios da Administração Científica. Ainda, para o autor, na atualidade, a administração, insere-se em um contexto complexo em que as organizações vivem e operam, como sistemas abertos, pequenas organizações dentro de uma organização maior, utilizando-se e necessitando do constante intercâmbio dessas partes.

É importante observar a semelhança dos princípios citados na era industrial clássica como o planejamento, preparo, controle e execução e as ferramentas da qualidade utilizadas na atualidade, PDCA planejamento (*Plan*), realização (*Do*), controle (*control*) e avaliação (*avaliation*) que foram introduzidas nas instituições de saúde, ajudando a conhecer e a controlar a forma produtiva de serviços, assim, o uso dessas metodologias esta além da questão técnica, pois se trata de uma decisão, sobretudo, política.

Além disso, o paciente motivo das instituições de saúde e de nosso trabalho é um ser humano, vivo, único, subjetivo e com reações orgânicas e emocionais que transitam desde o óbvio até o caminho do imponderável.

Nesse sentido, os aspectos relacionais e humanos foram repetidamente valorizados pelos enfermeiros, demonstrando que a assistência de enfermagem praticada nessa UTI, não é limitada à realização

de técnicas, muito embora, conforme Siqueira, Filipini, Posso, Fiorano e Gonçalves (2006) o cuidar em enfermagem na UTI seja visto associado, comumente, à tecnicidade.

Os enfermeiros acreditam que o apreender transcende a transmissão do conhecimento técnico-científico, que é necessário estar presente em um determinado espaço e tempo, espaço relacional, para a formação do novo enfermeiro. Como afirma Motta (2001), a prática exercida como mera aplicação do conhecimento, esvazia-se de sentido e estabelece uma relação linear e simplista entre o saber e o fazer, negando-se a compreensão de que nossa experiência cotidiana de trabalho e as situações reais vivenciadas por nós com nossos pacientes representam uma aprendizagem permanente.

Nesse espaço relacional, ocorre a interação e a transmissão de ensinamentos, por meio da memória, da busca na lembrança viva, do ato de fazer fundamentado no ensinamento técnico-científico, que pode ser transmitido pela palavra dos mais experientes (Forchtengarten, 2005). A memória da vida é produzida no interior de uma classe, alimenta-se de imagens, sentimentos, ideias e valores que dão identidade e sentimento de pertença (Bosi, 2003).

Muitas vezes, ao falar de memória remete-se a saudosismo, porém considero que memória é história, e não deve ser considerada como algo que ficou velho e que se deve jogar fora. Todos aprendem com a história, que não é, necessariamente, nem boa nem má e sim é reveladora de uma época, de um aprendizado. Se fôssemos somente valorizar o novo, teríamos um trabalho árduo e constante de reinventar a formação que já existe, o que não é nada econômico.

É nas pessoas formadoras da história profissional, nesses enfermeiros que encontramos a essência de *como* ser e exercer a assistência de qualidade ao paciente grave.

Conforme Weil apud Forchtengarten (2005), a referência ao passado com o anseio do novo promove inspiração para iniciativas.

Assim, de mãos dadas, passado e presente, enfermeiro-instrutor e novo enfermeiro podem somar, ampliar e melhorar a assistência de enfermagem, libertando-se de paradigmas e inovando as relações de trabalho para o bem do paciente-família e sociedade.

A preocupação em considerar o *saber prévio* do novo enfermeiro, remete à proposta pedagógica libertadora, ideal pedagógico proposto pelo educador Paulo Freire, conforme Saupe e Budo (2006), a educação é uma atividade em que professores e alunos ampliam seu nível de consciência mediado pela realidade que os circundam, na qual o diálogo é privilegiado. Assim, o educador educa o educando e o educando educa o educador, em um movimento progressivo e progressista.

Desta forma, a expressão dos enfermeiros salientou que o respeito entre os profissionais e o conhecimento de cada um é um valor, no qual encontramos respaldo em Bianco (2000) quando diz que sem o outro, não pode haver humanidade e ninguém existe como pessoa.

Reafirmando a valorização das relações interprofissionais, o trabalho em equipe foi considerado pelos enfermeiros um momento de conhecimento, análise e construção de si e da equipe, em concordância com Fortuna, Mlshima, Matumoto e Pereira (2005).

Ainda, para Peduzzi e Ciampone (2005), o cuidado de enfermagem caracteriza-se pelo acompanhamento contínuo e constante, prática exercida por um conjunto de agentes que exige ações de coordenação e supervisão, ou seja, trabalho coletivo, trabalho de equipe.

Os enfermeiros mostraram que o cuidado é ação do enfermeiro extensiva ao paciente e à família, seguindo desde a admissão, permanência em tratamento e saída do paciente da UTI, como Pereira e Galperin (1995) afirmam, o cuidado é sempre específico e relacionado ao contexto em que está inserido, criando possibilidades inerentes ao desenvolvimento que existe no cuidado, onde o que importa é a pessoa ou o evento que a mesma está vivenciando.

A intensidade das relações que ocorrem entre enfermeiro-paciente-

família na UTI quanto à necessidade do envolvimento emocional, muitas vezes, não explicitado, mas sentido por esses enfermeiros, mostra o caráter humanitário e afetivo que permeia e está envolvido na relação pessoa a pessoa. Além disso, como afirma Madureira (2000), a dinâmica da UTI resulta em desgaste emocional em razão de situações de iminente risco de vida.

Siqueira, Filipini, Posso, Fiorano e Gonçalves (2006) ressaltam que a humanização que une o cuidado técnico ao cuidado emocional, possibilita a solução de conflitos que possam advir da relação enfermeiro-paciente-família, bem como da relação entre profissionais, propiciando resoluções mais saudáveis.

Cabe ao enfermeiro da UTI ser o tutor¹¹ do paciente-família, exercitando sua capacidade intelectual de colocar-se no lugar do outro, munido de sua bagagem técnico-científica e de sua experiência de vida e de suas relações, para cooperar com o tratamento, ampliando o espaço de relação com o outro, ouvindo e calando, orientando e preparando, educando e quebrando regras e colocando limites. É necessário conectar-se e estar entre, percebendo as coisas por vários ângulos, o que não é fácil (Deleuse e Guatari, 2000).

Em consonância com essa idéia, a UTI-HCE adotou a teoria do autocuidado de Orem, aplicável aos pacientes graves, na qual o enfermeiro empresta seu eu ao outro no autocuidado, quando o outro está incapacitado de se autocuidar.

Assim, o **conceito** de TA definido pelos enfermeiros retrata essa ideia e mostra a complexidade que envolve a atuação do enfermeiro da UTI e ainda o caracteriza como processo inicial na busca de sua autonomia: “Processo inicial de preparo do enfermeiro para a prestação da assistência de enfermagem integral, individualizada e humanizada ao paciente e seus familiares. Compreende a capacitação técnica e ética na busca do desenvolvimento de sua autonomia no trabalho junto à equipe

¹¹ Hardin S, Hussey L (2003) utilizam o termo advogar como representar em nome do paciente; no entanto, neste estudo, utilizamos o termo tutor como aquele que tem a responsabilidade de zelar pelo outro, quando este está incapacitado para tal.

multiprofissional” (Enfermeiros da UTI- HCE, 2008).

Esse conceito amplia a definição de treinamento feita por Boog (1999), como sendo a educação profissional que visa à adaptação do homem ao trabalho em uma organização e seu adequado preparo para o exercício de um cargo.

Vasconcelos¹² e Andrade (2002) vão além na visão de treinamento, ao considerarem que o capital humano e intelectual é um diferencial por ser fonte de criação e de inovação e que as pessoas compõem a riqueza e o poder das organizações, uma vez que as máquinas trabalham, mas não inventam e que o recurso financeiro é poder, mas não inova. Destacam que o papel do treinamento ao invés de adestrar pessoas para o trabalho deve desenvolver o indivíduo de forma integral, levando em consideração que ele possui sentimentos e inteligência.

Laselva, Moura Jr. e Reis (2003) acrescentam que, além do treinamento ser um aspecto específico do desenvolvimento de pessoas, engloba o aspecto do desenvolvimento organizacional. No treinamento admissional setorial, consideram ser importante o enfermeiro líder da área introduzir o enfermeiro recém-admitido na equipe, recebendo-o e acolhendoo.

Baseados na complexidade das ações a serem desenvolvidas no TA, os enfermeiros, ainda, propuseram a construção de um gradiente crescente de complexidade no desenvolvimento do TA do enfermeiro da UTI, como descrito no **fluxograma**, que se alinhou à necessidade do aprofundamento de competências desejado pelo grupo, sendo que o enfermeiro precisa adquirir.

Os **objetivos** do TA, descritos pelos enfermeiros, são coerentes àquilo que almejam do ingressante ao final do processo do TA. Mostraram-se cientes de que para essa realização é necessário o cumprimento do estabelecido e que os objetivos não alcançados durante o TA devem ser resgatados, dia-a-dia, priorizando oportunidades, pois podem melhorar,

¹² Vasconcellos JE. Como planejar e executar um treinamento. Disponível em: <http://www.guiarh.com.br/>

significativamente, o desempenho, tal como afirma Bispo¹³ que a capacidade crítico-reflexiva, motivação e a satisfação do funcionário, reflete, conseqüentemente, na excelência da qualidade do serviço prestado, no relacionamento interpessoal, no trabalho em equipe e na comunicação.

A elaboração de um programa de treinamento, de acordo com Vasconcellos¹⁴, deverá basear-se na identificação e interpretação das necessidades reais, definindo com exatidão o que será feito no treinamento. Os enfermeiros seguiram essa lógica para a reestruturação do TA, é sabido, entretanto, que ajustes ainda deverão ocorrer, bem como a constante avaliação do programa ora proposto, a fim de contemplar as necessidades.

Para alcance desses objetivos, os enfermeiros traçaram, de modo coerente, as **metas** a serem atingidas ao final do treinamento, que correspondem às suas expectativas quanto às dimensões relacionais e técnico-científicas. Mas, como lembra Campos¹⁵, apenas a busca frenética no atingimento de metas de trabalho, sem considerar as pessoas que o rodeiam, incorre no risco de se conseguir resultados apenas em curto prazo, o que, em se tratando de mundo corporativo, pode ser fatal.

Assim, estabeleceram **duração** mínima de 6 meses para o TA, e nos primeiros 3 meses, coincidentes com o término do período de experiência estabelecido pela CLT, deve ser focada a assistência essencial ao paciente grave, reforçando o perfil de enfermeiro assistencial. Por considerarem que há procedimentos especializados que não são rotineiros no setor ou que o recém-admitido ainda não está preparado para realizar atividades de maior complexidade, nos 3 meses subsequentes, o enfoque será nos procedimentos especializados, no papel administrativo e na liderança da equipe.(grifo nosso)

Diferentemente ao que foi aqui definido, Laselva, Moura Jr e Reis (2003) consideram que o treinamento admissional, como um todo seja

¹³ Bispo P. Aproveitamento máximo dos treinamentos. Disponível em: <http://www.rh.com.br/ler.php?cod=4733&org=9>

¹⁴ Vasconcellos JE. Como planejar e executar um treinamento. Disponível em: <http://www.guiarh.com.br/>

¹⁵ Campos P. A gestão de pessoas e a valorização da diversidade. Disponível em: <http://www.rh.com.br/ler.php?cod=4856&org=9>

concluído em 90 dias, finalizando as atividades práticas e avaliações.

Isso se justifica pela lógica da complexidade crescente como preparo formativo do perfil de enfermeiro da UTI definido pelos participantes, pois, somente quando o enfermeiro atinge a capacitação ética e técnico-científica do cuidado direto, estará apto a praticar a liderança da equipe de enfermagem.

Como **estratégias** para o desenvolvimento do TA, os enfermeiros decidiram diferenciar o treinamento, conforme o vínculo com a Instituição, *trainee*, estagiário ou temporário, tendo em vista as atividades por eles executadas e o nível de exigência esperado. Para esses enfermeiros, será desenvolvida somente a primeira etapa que corresponde aos cuidados essenciais da assistência de enfermagem ao paciente grave. No caso de efetivação, o treinamento continuará em procedimentos especializados e administrativos, o que corresponde a segunda etapa prevista.

Acreditam que a sistemática do TA proposta deva contribuir para a manutenção da identidade e autonomia do grupo de enfermeiros da UTI e com a preocupação de manter linguagem e ação homogêneas, os enfermeiros definiram o que é desejado no papel do enfermeiro traçando o **perfil do enfermeiro da UTI**.

Sucesso (2007) refere que o perfil do profissional está relacionado aos traços freqüentes, à postura, à percepção de si e a seu modo de agir. Este que é esperado pelos enfermeiros, refere-se a um profissional atualizado, dinâmico, ético, com capacidade de análise reflexiva da assistência prestada, comprometido, conhecedor de suas responsabilidades e limites, capaz de tomar decisões e responsabilizar-se por elas.

Os enfermeiros demonstraram reconhecimento e orgulho em serem enfermeiros dessa UTI, em prestar a assistência de enfermagem com qualidade, sabem que é essa sua função e sentem-se responsáveis por isso, e de acordo com Zarifian (2003), ter iniciativa e assumir responsabilidades sobre problemas e eventos enfrentados em situações profissionais significa *competência* e pertencem a uma ética profissional, no sentido da liberdade ativa e da potência da ação em seu campo de atuação. A consciência

profissional, para esse autor, é uma questão prática, o retrato do cuidado com o corpo, conforme visto no diagnóstico situacional é exemplo da importância entre causa e extensão da ação assistencial ética do enfermeiro.

Os sujeitos expressaram, claramente, o desejo de manutenção do respeito profissional adquirido perante a sociedade, pelo reconhecimento da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente grave, bem como de sua autonomia no desenvolvimento dessa assistência junto à equipe multiprofissional.

A diversidade de profissões e de conhecimentos em um mesmo ambiente de trabalho, cujo objetivo é comum, pode e deve ser estimulante pelas diferenças, peculiaridades e particularidades de cada profissão e de cada profissional, exigindo flexibilidade e resolutividade, bem como auxiliar na complementaridade de conhecimentos que, segundo Motta (2001), incentiva nos grupos a heterogeneidade de talentos e, normalmente, um melhor desempenho, minimizando o surgimento de conflitos de interesses e vaidades, promovendo o reconhecimento do grupo.

Os enfermeiros sabem que, para a manutenção desse reconhecimento, há de se percorrer um caminho contínuo que valorize e qualifique a realização dos mais essenciais procedimentos de enfermagem, o desenvolvimento de atividades regulares e rotineiras, com o mesmo padrão de qualidade que se realizam os mais complexos e especializados procedimentos, coerentemente, com o cuidado prestado. Consideraram, ainda, que só quem já desenvolveu habilidades técnicas, detém a fundamentação teórica e aprimora a visão do todo do paciente e da UTI, podendo, então, exercer a liderança da equipe de enfermagem.

A transformação ocorrida no processo de TA também estabeleceu como prioritário para o ingresso do enfermeiro nessa UTI, que o candidato tenha o curso de especialização em UTI – adulto, assim, esse novo processo do TA de enfermeiro da UTI contemplou as necessidades manifestadas pelos enfermeiros, priorizando o enfermeiro especialista para a vaga.

O **perfil do enfermeiro-instrutor** foi traçado em congruência ao

entendimento dos enfermeiros que compreendem o enfermeiro-instrutor, como veículo transmissor da identidade do grupo; por essa razão, deve ter proximidade com sua equipe e reconhecer sua importância e influência na formação do novo enfermeiro, visto que o enfermeiro ingressante espelha-se no enfermeiro-instrutor.

Dessa forma e, conseqüentemente, o enfermeiro recém-chegado a UTI poderá vir a ser um instrutor, como foi expresso na avaliação do trabalho. Além disso, os critérios estabelecidos para escolha do enfermeiro-instrutor coadunam com o perfil traçado.

O enfermeiro, ao completar 3 anos nessa UTI, terá tido o tempo necessário para vivenciar inúmeras situações que exigiram seu posicionamento e atitude, o que contribuiu para tornar-se um enfermeiro-instrutor, capaz de transmitir ao novo profissional, não só seus conhecimentos técnico-científicos, mas o perfil do enfermeiro dessa UTI, como consideraram, o novo enfermeiro adquire as características de seu instrutor.

Os enfermeiros mostraram-se cientes da problemática que envolve o acompanhamento do TA por um único instrutor; relataram dificuldades operacionais, tais como a sobreposição das funções assistenciais e de ensino e a interrupção do seguimento nas ausências do enfermeiro-instrutor. Assim, sugeriram, que houvesse mais de um instrutor responsável pelo novo enfermeiro e que, dada a importância dessa atividade, no momento do TA, os enfermeiros designados a instrutores exerçam, exclusivamente, essa função.

Os enfermeiros têm razão, pois, para Bianco (2000) o enfermeiro é absorvido pela carga de trabalho diário, que consome a prioridade de sua atuação e mesmo para desenvolver seu saber. Saber esse que deve ser construído continuamente e não dado pelo diploma que lhe confere o cargo.

Eriksen et al. (1992) e Petrilli e Martins (2001) destacam o papel do enfermeiro *partner* e do enfermeiro tutor na formação de enfermeiros, recomendando sua atuação em programas de treinamento, pois resultam em ganhos, tanto para os profissionais, como à unidade onde foram

desenvolvidos.

Na UTI, há enfermeiros especialistas que detêm maior conhecimento em cuidados especializados, e estes serão os responsáveis pelo treinamento específico, conforme valorização a eles atribuída durante as discussões, objetivando a homogeneidade do conhecimento e da técnica, o que, para os enfermeiros é muito importante, inclusive, aos com mais tempo de exercício em UTI.

Em concordância com o estudo de Bicudo, Cunha e Silva (2004), os enfermeiros manifestaram sua preocupação com o preparo dos enfermeiros assistenciais para que atuem satisfatoriamente, como educadores e multiplicadores na UTI.

Consideram, ainda, ser necessário o preparo específico do enfermeiro-instrutor e, exemplificaram, a necessidade de uma aula sobre técnicas pedagógicas, pois como visto instruir o novo enfermeiro transcende a reprodução de habilidades técnicas; a idéia é estar lado a lado com o indivíduo na formação e no emergir de seu 'eu' profissional.

Nesse sentido e, apesar da variada nomenclatura para designar o papel de enfermeiro-instrutor, tais como tutor, preceptor ou *partner*, cabe a eles, segundo Silva, Espósito e Nunes (2008), estar presente, ensinar muito mais do que teoria, técnica ou prática, cabe a ele possibilitar a *educação*, ensinar como saber, como fazer e como agir. Ainda afirmam que a atividade do preceptor está inserida no processo de educação, que reflete o modo de existir e a singularidade de cada um.

Campos (2003) afirma que inspirar valores, oferecer uma causa, ser modelo e não apenas formar seguidores é o mais importante.

Desse modo, para preparar o instrutor será necessário mais que uma aula de técnicas pedagógicas, é preciso elaborar um programa de capacitação que contemple as dimensões cognitivas e afetivas para agir no processo educativo.

Merhy (2005) afirma que estamos diante do desafio de pensar uma nova pedagogia – a pedagogia da implicação que usufrua de todas as que

têm se importado com a construção de sujeitos autodeterminados e comprometidos sócio-historicamente. Colocando no centro do processo pedagógico a implicação ético-política do trabalhador no seu agir em ato, no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo o cuidado em saúde, no plano individual e coletivo e em equipe.

Como foi amplamente discutido pelos enfermeiros, tal como a assistência há uma complexidade inerente ao processo do TA; por isso, os enfermeiros incluíram no novo **instrumento** do TA o acolhimento ao enfermeiro ingressante, o grau de aproveitamento na realização das atividades propostas e um espaço para observações, também, determinaram que o instrumento do TA fique de posse e sob responsabilidade do novo enfermeiro.

Esse acolhimento é reconhecido por Bispo¹⁶, quando um funcionário é contratado, geralmente, sente-se desambientado, por estar em um local novo onde não conhece as pessoas o que pode deixá-lo retraído, pois não é possível ficar à vontade em um ambiente desconhecido.

Zarifian (2003) cita que a complexidade do ambiente de trabalho, a necessidade de resolução das situações cotidianas e a intensidade das relações humanas nunca se repetem, embora, sejam semelhantes dentro da mesma situação-base. Como nos lembra Gullar (1998) e nos faz refletir que a linguagem dispõe de conceitos e nomes, mas o gosto da fruta só sente quem a comer.

A elaboração de um instrumento, manual, livro ou apostila de integração varia, conforme a necessidade e disponibilidade de cada empresa, minimizando o impacto da descoberta e da inserção do funcionário em um novo mundo. Por isso, é importante ter mensagens de motivação, uma palavra positiva e de boas-vindas, bem como é preciso uma solicitação de assinatura do treinando (funcionário) nesse instrumento, para que a

¹⁶ Bispo P. Ações básicas para integrar o colaborador ao novo ambiente de trabalho. Disponível em: http://www.rh.com.br/portal/grupo_equipe/dicas/5748/acoes-basicas-para-integrar-o-colaborador-ao-novo-ambiente-de-trabalho.html

empresa tenha mais uma confirmação da realização da integração e de seu comprometimento. Não existe um modelo único nem receitas para confeccionar um manual ou para treinar os funcionários, adaptações são necessárias à cultura de cada empresa, cuidando para que não caia no esquecimento e no descaso de quem irá realizá-lo (Bueno 2005).

Os enfermeiros elaboraram um **memento** do processo e do instrumento de treinamento, a fim de orientar o enfermeiro instrutor que, em conjunto com o **fluxograma** definem o que e como deverá ser desenvolvido o TA. O fluxograma de complexidade facilitou a visualização e compreensão do desenvolvimento do processo de TA, que dá direcionamento no tempo, do 1º ao 6º mês, ao desenvolvimento dos blocos de A a K, conforme o tipo de vínculo empregatício do enfermeiro, norteando a realização do TA nos procedimentos especializados.

Sistematizar a **avaliação** por meio de conceitos, de modo a retratar a evolução do desempenho durante o TA e não deixar para última hora o feedback a ser dado, mostrando ao novo enfermeiro suas potencialidades e deficiências a serem superadas, foi uma constante preocupação do grupo.

Essa avaliação também melhora a comunicação entre os enfermeiros instrutores, tornando a decisão de manter ou interromper o contrato de trabalho, ao final do período de experiência, uma decisão do grupo, diminuindo o ônus da responsabilidade atribuída a um só instrutor ou à chefia, o que corresponde aos anseios dos enfermeiros que decidem sempre em grupo.

Além disso, a avaliação de desempenho possibilita, entre outros, segundo Sobral e Peci (2008), analisar os métodos de seleção adotados, identificar necessidades de treinamento e desenvolvimento, conhecer os objetivos e expectativas dos recém-admitidos e melhorar o desempenho individual.

Deu-se o primeiro passo para a reelaboração do processo do TA de enfermeiro na UTI, os enfermeiros absorveram a idéia e acreditam que deva haver um contínuo processo de avaliação para sua melhoria, pois nunca será um processo acabado, assim, propuseram que seja criado um grupo de

treinamento na UTI renovável anualmente, com a função de desenvolver, acompanhar, avaliar seus resultados e promover os ajustes que se fizerem cabíveis.

No estudo sobre o processo de capacitação do enfermeiro intensivista, Santana e Fernandes (2008) consideram que as organizações possuem contradições nas políticas de desenvolvimento que efetivamente podem dificultar a viabilidade do processo de capacitação de enfermeiros de UTI. Estas contradições estão relacionadas aos aspectos políticos, administrativos e gerenciais que permeiam esse processo e, por sua vez, estão relacionadas às reformulações sociais e empresariais. Compreendem que o suporte organizacional representa fator preponderante no desenvolvimento do processo de capacitação desses enfermeiros, que o modelo de gestão focado na educação potencializa o aprendizado das pessoas, contribui para o desenvolvimento de conhecimentos diversificados, voltados ao resultado das organizações.

Da mesma forma, as políticas institucionais e o TA de enfermeiros na UTI devem estar alinhados às necessidades da instituição e dos profissionais da área, compreendendo ambas as necessidades no cenário de possibilidades de realização dentro da realidade do ambiente de trabalho.



Girassóis de nove cores

<http://www.inova.unicamp.br/inventabrasil/goras.jpg>

Considerações Finais

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa permitiu analisar a complexidade inerente no TA de enfermeiro na UTI, mostrar o caminho e contribuir com propostas de soluções. Muito se fez e construiu, porém o assunto não se esgota, nem temos a pretensão de dá-lo por concluído, muito ainda há de se discutir e rever, pois o aprendizado é contínuo e ajustes e aprofundamentos deverão ser feitos.

Considero que a autonomia profissional desses enfermeiros, no que tange à assistência de enfermagem ao paciente grave é o ideal profissional de todo enfermeiro intensivista, e espero, como os enfermeiros da UTI, que esta seja mantida e possa ser transmitida conservando o rol de características descritas que compõem sua identidade profissional e humana, pois encontram enobrecimento, gratificação e realização no cuidar integralmente do paciente grave. Por esse motivo, são reconhecidos e respeitados como profissionais de destaque na equipe multiprofissional.

Muito embora, haja necessidade de suporte institucional para implantação do processo de TA do enfermeiro na UTI, o trabalho realizado consiste em instrumental concreto para sua aplicação e avaliação, tendo sido iniciado o teste piloto, conforme proposto.

Aos enfermeiros da UTI, cabe implementar, avaliar e achar caminhos alternativos e complementares quando da impossibilidade de desenvolvimento do processo de TA tal como foi idealizado.

Ao coordenador da UTI cabe valorizar e fazer acontecer esse processo, negociando com níveis hierárquicos superiores os meios para sua realização e suportando as pressões do mercado, que continuarão a exigir respostas rápidas e financeiras ao processo produtivo do cuidado.

Durante sua implementação, será possível avaliá-lo, verificando sua viabilidade na prática cotidiana da UTI no que se refere aos aspectos operacionais, técnicos e éticos.

A dimensão política terá, certamente, influência determinante na valorização ao Treinamento Admissional de enfermeiro na UTI e no alcance

das metas, dos objetivos, do perfil desejado do profissional e da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente grave.

Este estudo e os instrumentos ora propostos contribuem com a visão dos enfermeiros e administradores no que diz respeito ao processo do TA do enfermeiro na UTI, é viável e trata-se de um processo econômico para as instituições de saúde, muito embora em um primeiro momento possa parecer dispendioso os ganhos advindos, respeitando-se seu tempo de realização, que são inquestionavelmente descritos na literatura.

O processo do TA pode ser visto como um investimento que trará melhoria na qualificação dos enfermeiros, um estímulo ao crescimento e uma saudável competitividade de saberes, afluindo a necessidade de desenvolverem-se e destacarem-se para estarem inseridos, como profissionais prestadores de assistência ao paciente grave, bem como a adesão dos profissionais à instituição e sua visibilidade perante a sociedade.

O que se deseja é o ideal, mas não é fácil, porém não se deve perder de vista o verdadeiro significado atribuído ao processo de TA, como parte inicial de um processo educativo formador de um profissional crítico-reflexivo, ético-político, tão intensamente afirmado pelos enfermeiros.

Acredito, sinceramente, ser possível desenvolver o TA nos moldes descritos por esse grupo de enfermeiros, como um processo educativo que não deve ser suplantado.

É preciso alinhar a eficiência econômica e a eficiência educativa da instituição. Os caminhos de ajustes e negociação para o seu desenvolvimento devem estar abertos, pois não se deseja o confronto e sim o entendimento da importância de ambos para a sobrevivência da instituição no mercado da saúde, cada vez mais competitivo.



SEMENTES DE GIRASSOL (HELIANTHUS ANNUS)
<http://www.burmannelimentos.com.br/images/clientes/2/Girassol-Miudo.jpg>

Referências

REFERÊNCIAS

Belei RA, Ribeiro S, Hadad MCL, Vanuchi MTO. Primeiro emprego: como o treinar o enfermeiro recém graduado. Rev Bras Enferm. 1992;45(4):308-12.

Bianco MHBC. Construção da autonomia do enfermeiro no cotidiano: um estudo etnográfico sob o referencial teórico de Agnes Heller. Bauru: EDUSC; 2000.

Bicudo AMC, Silva MCM, Cunha ICKO. Percepção das enfermeiras que atuam como agentes multiplicadores no treinamento da equipe de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2004;17(3):305-10.

Bosi E. O tempo vivo da memória. São Paulo: Ateliê Editorial; 2003.

Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 1. Estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação. Diário Oficial da União, Brasília, 9 abr. 2001. Seção 1, p. 12.

Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 3. Instituem diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, 9 nov. 2001. Seção 1, p. 37.

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 de junho de 1986. Seção 1, p. 9.273-75.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.224/GM. Estabelece o sistema de classificação hospitalar do sistema único de saúde [legislação na Internet]. Brasília; 2002 [citado 2007 ago 21]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2224.htm>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.432/GM, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação entre as diferentes Unidades de Tratamento Intensivo - UTI. Diário Oficial da União, Brasília, 13 ago. 1998. Seção 1, p. 109-10.

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [legislação na Internet] Brasília; 1996 [citado 2009 fev. 01]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissão/conep/resolucao.html>

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 50 [legislação na Internet]. Brasília; 2002 [citado 2009 fev. 01]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50.02rdc.pdf>

Brasil. Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Glossário de vigilância sanitária [legislação na Internet]. Brasília; 2003. [citado 2007 out 14]. Disponível em:http://e-glossario.anvisa.gov.br/glossary/public/scripts/php/form_search.php?lang=pt

Bucchi SM, Lopes SM, Santoro, CM, Matsumoto EH, Silva SCF. Relato de experiência: treinamento sistematizado para enfermeiros na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital particular. In: Anais do 2º Simpósio de Educação Continuada em Enfermagem. São Paulo: GEECEn-ABEn; 2000. p. 295.

Bucchi SM, Lopes SM. Relato de experiência: treinamento sistematizado para enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva do hospital particular. In: 2º Simpósio de Educação Continuada em Enfermagem. São Paulo: GEECEn-ABEn; 2000. p. 95-109.

Carvalho AV, editor. Treinamento de recursos humanos. São Paulo: Pioneira; 1988.

Chauí M. A universidade pública sob nova perspectiva. Rev Bras Educ. 2003;24:5-15.

Chelotti RA. Desenvolver para transformar. In: Boog G, Boog M, editores. Manual de treinamento e desenvolvimento gestão e estratégias. São Paulo: Person Prentice Hall; 2007. p. xvii.

Chiavenato I. Administração nos novos tempos. 2ª ed. Rio de Janeiro: Campus; 1999.

Cintra AE, Nishide VM, Nunes WA, organizadoras. Assistência de enfermagem ao paciente crítico. São Paulo: Atheneu; 2000.

Coan TCM, Gonçalves VLM, Leite MMJ, Castilho V. A opinião de enfermeiros recém - formados sobre o programa de treinamento para a sua integração em um hospital de ensino. Rev Esc Enferm USP. 1996;30(2):187-203.

Conishi RMY, Gaidzinski RR. Nursing Activit Score (NAS) como instrumento para medir carga de trabalho de enfermagem em UTI adulto. Rev Esc Enfem USP. 2007;41(3): 346-54.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN-62/81. Estabelece normas para o registro de empresas e anotações dos dirigentes de suas atividades de Enfermagem, com vista à responsabilidade técnica In: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP). Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares. São Paulo; 2001. p. 55.

Cozzo V. A ABTD e o manual de treinamento e desenvolvimento. In: Boog G, Boog M, editores. Manual de treinamento e desenvolvimento gestão e estratégias. São Paulo: Person Prentice Hall; 2007. p. xii.

Cunha MA. Impasses da educação continuada: a visão dos trabalhadores da enfermagem sobre o processo de trabalho, as tecnologias e a aprendizagem no trabalho [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2004.

Deleuze G, Guatari F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: 34; 2000.

Eriksen LR, Quandt B, Treinert D, Look DS, Loosle R, Mackey G, et al. A registered nurse-licensed vocational nurse partnership model for critical care nursing. JONA. 1992;22(12):22-39.

Fleury ACC, Fleury MTL. Estratégias competitivas essenciais: perspectivas para a internacionalização da indústria no Brasil. Gest Prod. 2003;10(2):129-44.

Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Rev Lat Am Enferm. 2005;13(2):262-8.

Foster CP, Bennett AM. Dorothea Orem. In: George JB. Teorias de enfermagem. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000. p. 83-101.

Franco MAS. Pedagogia da pesquisa-ação. Educ Pesq. 2005;31(3);483-502.

Frochtengartem F. A memória oral no mundo contemporâneo. Estud Av [periódico na Internet]. 2005 [citado 2009 fev. 07]; 19(55): 367-76. Disponível em: http://www.sielo.br.php/pid=S0103-40142005000300027&script=sci_arttext.

Gentili P, Bencini R. Construindo competências. Entrevista de Philippe Perrenoud. Nova Escola [periódico na Internet]. 2000 [citado 2009 fev 04]; [aproximadamente 18 p.]. Disponível em http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main2000/2000_31.html

Gonçalves VLM. Reconstruindo o processo de avaliação de desempenho da equipe de enfermagem do Hospital Universitário da USP [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. Rev Paidéia. 2002;12(24):15-22.

Gullar F. Não-coisa. Cadernos de Literatura Brasileira [periódico na Internet]. 1988 [citado 2004 ago 11]; (6): [aproximadamente 1 p.]. Disponível em: http://www.releituras.com/fgullar_naocoisa.asp

Hardin S, Hussey L. AACN synergy model for patient care case study of a CHF patient. Crit Care Nurse [periódico na Internet]. 2003 [citado 2009 fev 08];23 (1):[aproximadamente 3 p.]. Disponível em: <http://ccn.aacnjournals.org/cgi/reprint/23/1/73.pdf>

Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.

Hospital Campo de Estudo. Descrição da unidade de negócio - UTI: protocolos, normas e rotinas do hospital campo de estudo, 2006. São Paulo; 2006.

Hospital Campo de Estudo. Manual de rotinas, normas e procedimentos do hospital campo de estudo. Instrução técnica n. 46, 2007. São Paulo; 2007.

Hospital Campo de Estudo. Regimento interno do serviço de enfermagem: 2001. São Paulo; 2001.

Hospital Campo de Estudo. Relatório anual de atividades: 2006. São Paulo; 2006. p.6

Ide CAC. Prática de enfermagem em UTI e contexto de saúde. Rev Esc Enferm USP. 1989;23(1):91-8.

Koisumi MS, Kimura M, Miyadahira AMK, Cruz DALM, Padilha KG, Souza RMC, et al. Educação continuada da equipe de enfermagem nas UTIs do Município de São Paulo. Rev Lat Am Enferm. 1998;6(1):33-41.

Laselva CR, Moura Jr DF, Reis EA. No alvo, o melhor profissional: seleção e treinamento. In: Bork AMT. Enfermagem de excelência: da visão a ação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 151-65.

Lorencette DAC. ENFTEC: a educação continuada viabilizando o aperfeiçoamento profissional através dos grupos de estudo na enfermagem [CD-ROM]. São Paulo: Sonopress;1998.

Macian LM, editor. Treinamento e desenvolvimento de recursos humanos. São Paulo: EPU; 1987.

Magalhães D. Visão, valores e espiritualidade em T&D. In: Boog G, Boog M, editores. Manual de treinamento e desenvolvimento, gestão e estratégias. São Paulo: Person Prentice Hall; 2007. p. 5-17.

Marx LC. Enfermagem: atuação no Hospital Osvaldo Cruz. São Paulo: Pancrom; 1989.

Matsumoto KW. Gestão de qualidade e processos de certificação: a contribuição do T&D. In: Boog G, Boog M, coordenadores. Manual de treinamento e desenvolvimento, gestão e estratégias. São Paulo: Person Prentice Hall; 2007. p. 241- 52.

Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface Comun Saúde Educ.* 2004;9(16):161-77.

Motta PR. Desempenho em equipes de saúde: manual. Rio de Janeiro: FGV; 2001. p. 59-142.

Nascimento AR, Caetano JA, editores. Pacientes de UTI: perspectivas e sentimentos revelados. *Nursing.* 2003;57(6):12-7.

Parsole E, editor. O gerente como líder e orientador. São Paulo: Nobel; 2002.

Peduzzi M, Ciampone MHT. Trabalho em equipe. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 108-24.

Pereira RCJ, Galperin MRO. Cuidando-ensinado-pesquisando. In: Waldow VR, Lopes MJM, Meyer DE. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porta Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 89-104.

Peres HHC, Leite MMJ, Gonçalves VLM. Educação continuada: recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento, e avaliação de desempenho profissional. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 138-56.

Petrilli Filho JF, Martins DC. O programa especial de treinamento na formação do profissional de enfermagem do novo milênio. *Rev Latino Am Enferm* [periódico na Internet]. 2001 jul. [citado 2009 fev 07]; 9(4):91-3. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000400016&tlng=en&lng=en&nrm=isso

Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar. Manual de indicadores de enfermagem NAGEH. São Paulo: APM; 2006.

Ribas M, Maciel ER, Amaral MEH. Saber, saber fazer, e fazer saber: integrando competências e atitudes do supervisor, do consultor e do estagiário. In: Anais do 1º Congresso Nacional de redes de Cooperação; 2005 dez. 7-8; Porto Alegre, RS, BR [evento na Internet]. Porto Alegre: SEDAI-RS; 2005. [citado 2009 fev 6]. Disponível em: <http://www.pucrs.br/eventos/cooperacaobrasil/evento2005/Artigo%20saber,%20saber%20fazer%20e%20fazer%20saber.pdf>

Ricaldoni CAC, Sena RR. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. *Rev Latino Am Enferm* [periódico na Internet]. 2006 dez. [citado 2008 Jan 26];14(6):837-42. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt_v14n6a02.pdf

Santana N, Fernandes JD. O processo de capacitação profissional do enfermeiro intensivista. *Rev Bras Enferm.* 2008;61(6):809-15.

Saupe R, Budo MLD. Pedagogia interdisciplinar: "Educare" (educação e cuidado) como objeto fronteiro em saúde. *Texto e Contexto Enferm.* 2006;15(2):326-33.

Silva GTR, Espósito VHC, Nunes DM. Preceptorship: an analysis within the phenomenological. *Acta Paul Enferm.* 2008;21(3);460-5.

Siqueira AB, Filipini R, Posso MBS, Fiorano AMM, Gonçalves AS. Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência. *Arq Med ABC.* 2006;31(2):73-7.

Soares CB, Reale D, Brites CM. Uso de grupo focal como instrumento de avaliação de programa educacional em saúde. *Rev Bras Enferm.* 2000;34(3):317-22.

Sobral F, Peci A. Administração: teoria e prática no contexto brasileiro. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2008.

Sordi MRL, Bagnato MHS. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. *Rev Latinoam Enferm.* 1998;6(2)83-8.

Sucesso EB. T&D e a consultoria interna de RH: estruturas de RH baseadas em consultoria interna - o foco no cliente. In: Boog G, Boog M, coordenadores. Manual de treinamento e desenvolvimento gestão e estratégias. São Paulo: Person Prentice Hall; 2006. p. 258-62.

Tanaka OU, Melo, C. Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer. São Paulo: EDUSP; 2001.

Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez; 2008.

Zarifian PO. Modelo da competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas. São Paulo: SENAC; 2003.



CAMINHOS DOS CAMPOS DE GIRASSOL (HELIANTHUS ANNUS)
<http://search.live.com/images/results.aspx?q=girassol&FORM=BIRE#focal>

Anexos

ANEXO 1**ROTEIRO DE TREINAMENTO
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - UTI****ROTEIRO DE TREINAMENTO PARA ENFERMEIRO**

Nome: _____

Admissão: _____

Treinamento: _____

Blocos: I a IV _____ Início: ____ / ____

Responsável: _____ Término: ____ / ____

A você que chega....

Seja bem vindo à nossa equipe!!!

É muito bom que você venha juntar-se a nós para continuarmos, em grupo, um trabalho que seja bom para o paciente e para toda a equipe de Enfermagem.

A partir de agora, estamos em contato mais direto e esperamos que a troca de informações e experiência seja a mais proveitosa possível.

Contamos com seu empenho, responsabilidade e envolvimento máximo em relação às atividades propostas e à assistência prestada ao paciente, pois isto é o que você terá de nós.

Esperamos oferecer um ambiente e condições que atendam às suas expectativas e anseios para estarmos crescendo e nos aprimorando juntos, a todo o momento.

Em nosso trabalho (UTI), constantemente nos deparamos com um ser humano que sofre, corre risco de vida e, muitas vezes, esta à beira da morte. Porém, o avanço científico coopera na superação das doenças através de novos conhecimentos técnico-científicos e de novas modalidades diagnósticas; os tratamentos tornam-se disponíveis, favorecendo uma recuperação mais rápida que, por sua vez, está diretamente relacionada ao avanço qualitativo da equipe de Enfermagem.

Isso nos anima, estimula e nos faz renovar, a todo momento, a certeza de que nosso trabalho é necessário e frutífero. Essa forma de atuar talvez seja mais difícil, mas é mais recompensadora.

Seu trabalho será muito importante para nós.

Uma palavra a você, Enfermeiro

A UTI é um setor onde os pacientes apresentam problemas não apenas físicos, mas também psíquicos e sociais. O enfermeiro que atua na UTI deve, então, estar preparado para prestar uma assistência sistematizada, individualizada, humanizada e global ao paciente e família, envolvendo toda a equipe nessa visão.

É essa a essência que queremos: que o seu trabalho diário, em nossa unidade, tenha e seja transmitido a todos, sempre.

O paciente deve ser fundamento da nossa atuação. É ele quem dá sentido ao que fazemos e nos faz ter sentido e existência como profissionais.

Devemos dedicar-lhe não somente nossa competência, mas também nosso respeito, carinho e compreensão.

Seu treinamento

Você estará sendo submetido a um período de treinamento que procurará oferecer os elementos mínimos para a assistência de enfermagem ao paciente da unidade de terapia intensiva e semi-intensiva e verificar se esta realmente é sua área de atuação.

O treinamento constará de quatro (04) blocos, sendo:

Blocos I e II – Teóricos

Blocos III e IV – Teóricos Práticos (Cuidados Integrais):

I – Integração (1º Dia)

II – Preparo e Acondicionamento de materiais (1º Dia)

III – Cuidados Integrais:

- Cuidados de higiene e conforto
- Sistema neurológico
- Sistema respiratório
- Sistema cardiovascular / hemodinâmico
- Sistema digestivo / nutricional
- Sistema renal e genitourinário
- Controle de infecção
- Serviço de apoio e diagnóstico
- Sistematização da assistência de enfermagem – SAE

IV – Supervisão

I a II - 25 dias

IV – 10 dias

ROTEIRO DE TREINAMENTO

Unidade de Terapia Intensiva

O objetivo geral é oferecer subsídios para a assistência de Enfermagem aos pacientes clínicos e cirúrgicos de uma UTI Geral.

Atividades:

1 INTEGRAÇÃO

Período 1 dia

Carga horária: 6 horas

Discutir pontos importantes referentes a:

1.1 Filosofia de trabalho

1.1.1 Objetivos;

1.1.2 Trabalho em equipe multiprofissional - Apresentação das Equipes:

- Enfermeiro;
- Técnico de Enfermagem;
- Auxiliar de Enfermagem;
- Agente Operacional;
- Médico;
- Fisioterapeuta;
- Nutricionista;
- Escriturário.

1.2 Postura Profissional

- Frente ao paciente;
- Frente à família;
- Frente à equipe multiprofissional;
- Frente à assistência de enfermagem;

1.2.1 Cuidados integrais ao paciente;

1.2.2 Normas e Regulamentos internos e medidas disciplinares;

1.2.3 Roteiro e período de treinamento.

1.3 Planta Física

1.3.1 Apresentação

1.3.2 Unidade do paciente: check list

1.3.3 Localização da sala de equipamentos e material

1.3.4 Expurgo.

1.4 Localização de estoque de material, medicações e equipamentos (sistema de Kits)

1.5 Manuais

1.5.1 Tipos

1.5.2 Localização

1.6 Impressos

1.7 Acompanhamento da “Passagem de Plantão”

1.8 Escalas

1.8.1 Mensal

1.8.2 Diária

1.9 Acompanhar a atividade dos Escriturários

1.9.1 Conhecer as funções dos escriturários na unidade

1.9.2 Conhecer o tempo utilizado na relação das atividades

1.9.3 Conhecer como é feita a cobrança de materiais.

2 PREPARO E ACONDICIONAMENTO DE MATERIAIS

Período: 1 dia

Carga Horária: 6 horas

Equipamento e Procedimentos

2.1 Acompanhar as atividades do Agente Operacional

- 2.1.1 Conhecer as funções do Agente Operacional na unidade
- 2.1.2 Conhecer o tempo utilizado na realização de tarefas
- 2.1.3 Conhecer a localização dos materiais e equipamentos
- 2.1.4 Conhecer os cuidados com limpeza, conservação, manutenção e controle de materiais e equipamentos.
- 2.1.5 Conhecer e manusear a Mille
- 2.1.6 Manipular equipamentos e materiais utilizados na unidade.

3 CUIDADOS INTEGRAIS

3.1 Objetivos

- 3.1.2 Conhecer as funções do enfermeiro na unidade
- 3.1.3 Conhecer o tempo utilizado na realização das tarefas
- 3.1.4 Levantar subsídios para planejar e executar a assistência de enfermagem na unidade

ROTEIRO DAS ATIVIDADES

A - Cuidados de Higiene e Conforto

- Conhecer as soluções utilizadas nos procedimentos de Higiene e Conforto
- Realizar banho de leito
- Realizar higiene oral
- Realizar higiene ocular
- Realizar mudança de decúbito e posicionamento no leito
- Realizar massagem de conforto
- Conhecer equipamento como: manta térmica, colchão de ar, reston, duoderm, biofill, colchão caixa de ovos e colchão térmico.
- Conhecer protetores de pele como: amendoglos, reston, duoderm, bio-fill e etc.
- Realizar troca de fixação da cânula traqueal.

B - Sistema Neurológico:

- Avaliação Neurológica: Escala de Glasgow
- Conhecer e realizar posicionamento e mudança de decúbito em paciente neurológico (alinhamento, mudança em bloco, etc).
- Conhecer protocolo de drogas: hidantal®, oxigen®, thionembutal®, etc.
- Realizar montagem do sistema de monitorização PIC
- Conhecer assistência de enfermagem com a PIC
- Realizar montagem do sistema de capnografia.
- Conhecer os cuidados com ventilação mecânica em pacientes neurológicos: hiperventilação e aspiração
- Conhecer sistema de drenagem: drenos, suctor, port-vac®, liquoricos.
- Conhecer uso de trações: Alo craniano
- Conhecer uso de meias elásticas, tênis, coxins e etc..

C – Sistema Respiratório:

- Realizar a montagem e teste dos ventiladores
- Conhecer as modalidades ventilatórias
- Realizar ventilometria: ventilação mecânica / traqueostomizados
- Realizar medida de pressão do cuff-cuffometria
- Realizar cuidados com traqueostomia: curativo, fixação, pomada Silvadene®.
- Realizar coleta de gasometria arterial
- Realizar oximetria e capnometria
- Realizar ausculta pulmonar
- Realizar aspiração endotraqueal e nasotraqueal, montagem do sistema de aspiração.
- Conhecer cuidados com dreno de tórax, drenagem torácica.
- Realizar montagem de aspiração sob pressão: Takaoka® e Emerson®
- Conhecer sistema de sucção de saliva
- Observar radiografias de tórax
- Conhecer filtros e umidificadores dos respiradores
- Conhecer cuidados com oxigenoterapia: umidificador, nebulizador e etc.

D - Sistema Cardiovascular / Hemodinâmico

- Conhecer os ritmos cardíacos / pulso
- Realizar monitorização hemodinâmica não invasiva
- Realizar monitorização hemodinâmica invasiva: Swan Ganz®, PAM, PVC, sistema cmH₂O e mmHg
- Realizar preparo para passagem de cateteres - Intracath®
- Conhecer as drogas vasoativas – fórmulas e constantes (K)
- Manipular bombas de infusão
- Conhecer a rotina de troca de soros e soluções
- Realizar balanço hídrico
- Realizar controle de diurese
- Conhecer cuidados com dreno de mediastino: ordenha, fixação e curativo.
- Conhecer protocolo de cirurgia cardíaca
- Realizar ECG
- Conhecer e manipular carrinho de emergência
- Conhecer e manipular desfibrilador – cardioversor
- Conhecer e manipular marcapasso
- Conhecer cuidados no atendimento de parada cardiorespiratória (PCR)
- Realizar medida de temperatura: axilar, retal e sanguínea.

E - Sistema Digestivo / Nutricional

- Conhecer cuidados com balão gástrico – esofágico
- Conhecer os cuidados com SNG e SNE
- Conhecer os tipos de diarreia
- Conhecer o protocolo de obstipação e diarreia (evacuação)
- Realizar verificação de pH gástrico
- Manipulação cama metabólica, maca balança e peso.
- Realizar medida de circunferência abdominal
- Realizar cuidados com ostomias: gastrostomia, jejunostomia, colostomia e ileostomia.
- Conhecer os cuidados com as soluções parenterais e enterais
- Realizar lavagem intestinal: fleet enema, clister e enterocлизма.
- Conhecer cuidados no toque retal.

F - Sistema Renal e Genitourinário:

- Conhecer métodos dialíticos: CAPD, DPI e hemodiálise.
- Conhecer cuidados com SVD, uripen, SVA, nefrostomia, cistostomia e urostomia
- Conhecer cuidados com irrigação e lavagem vesical
- Realizar verificação de densidade urinária, glicofita e glicoceto
- Conhecer cuidados com fístula artério-venosa (FAV)
- Conhecer cuidados com transplantes renais.

G – Controle de Infecção:

- SCIH
- Conhecer a rotina de curativos e tipos
- Conhecer antibióticos e diluições
- Conhecer rotina de coleta de culturas: sangue, urina, escarro, traqueal, ponta de cateteres e feridas.
- Conhecer a localização dos equipamentos de proteção individual e de segurança
- Conhecer a rotina de utilização de dispositivos endovenosos: bureta®, danula, polifix®
- Conhecer os cuidados com os cateteres: intracath®, port-a-cath® e hickmann®.

H - Serviço de Apoio e Diagnóstico:

- Raios-X
- Ultrassom
- Tomografia
- Cateterismo Cardíaco
- Ecocardiograma
- Endoscopia
- Broncoscopia
- Laboratório Clínico
- CICAP®
- Ressonância Magnética
- Serviço de Nutrição
- Banco de Sangue
- Hemodiálise
- Convênios
- Recepção
- Centro de Informática
- Transporte / Ambulância
- Velório
- CEOT®
- Ambulatório
- Unidade de Internação
- Radioterapia / Quimioterapia
- Centro Cirúrgico
- Recuperação pós Anestésica
- EEG

I - Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE

- Histórico de Enfermagem
- Exame Físico
- Planejamento de Cuidados
- Evolução de Enfermagem
- Anotação de Enfermagem
- Alta
- Transferência
- Óbitos
- TISS®

Sarah Marília Bucchi

4 SUPERVISÃO

Carga horária: 60 horas

Período: 10 dias

Objetivo:

- Conhecer as funções de todos os elementos da equipe de enfermagem e multiprofissional,
- Conhecer as atividades desenvolvidas pelos elementos da equipe de enfermagem,
- Estabelecer critérios para delegação de atividades.

EQUIPAMENTOS:

Aspectos a serem discutidos: manuseio, controle e conservação.

Equipamentos	Orientação	Manuseio
Monitores Cardíacos		
Bear 1000®		
Servo®		
Aspirador Takaoka®		
Aspirador Emerson®		
Eletrocardiógrafo		
Desfibrilador		
Cardioversor		
Marcapasso		
Bomba de Infusão		
Maca Balança		
Cama Metabólica		
Balão Intra-Aórtico		
Carro de Emergência		

MATERIAIS:

Materiais	Orientação	Manuseio
Descartáveis em geral		
Instrumental		
Cateteres Venosos		
Cateteres Arteriais		
Cateter de Diálise		
Cateter de Swan Ganz®		
Eletrodo de Marcapasso		
Acessórios de Monitor		
Filtros e equipos de diálise		
Acessórios respiratórios		
Outros		

MEDICAMENTOS:

Aspectos a serem discutidos: localização, dosagem, preparo e administração, efeitos, controle, indicações, tempo de infusão, cuidados pré, intra e pós-administração e estoque na unidade.

Medicamentos	Orientação	Manuseio
Antibióticos		
Drogas Vasoativas		
Medicações de Urgências		
NPP		
Outras		

ADMINISTRAÇÃO DE SANGUE E DERIVADOS:

Aspectos a serem discutidos: indicações, tempo de infusão, armazenamento, volumes, identificação, checagem, cuidados pré, intra e pós-transfusão.

Hemocomponente	Orientação	Execução
Glóbulos		
Plasma fresco		
Plaquetas		
Albumina		
Outros		

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Aspectos a serem discutidos: a importância e como é feito na prática

Fases	Orientação	Execução
Histórico de Enfermagem		
Exame Físico		
Planejamento de Cuidados		
Evolução de Enfermagem		
Altas		
Transferência		
Óbito		
Anotação de Enfermagem		

MONITORIZAÇÃO DOS SINAIS VITAIS E HEMODINÂMICA

Aspectos a serem discutidos: local e método de verificação e ou instalação de sistema apropriado, valores normais, interpretação dos dados, detecção de alterações com o sistema.

Sinais Vitais	Orientação	Execução
Temperatura: - Axilar - Sanguínea - Retal		
Pressão Arterial: - não invasiva - invasiva		
Ritmo Cardíaco / Pulso		
Oximetria de Pulso		
Ritmo Respiratório: - ambiente - ventilação - mecânica		
Capnometria		
Medidas Hemodinâmicas: - pressão venosa central - pressão de artéria pulmonar - pressão de capilar pulmonar - débito cardíaco		

ADMINISTRAÇÃO DE DIETA:

Aspectos a serem discutidos: condições do paciente, posicionamento no leito, tipos de dietas, tolerância, refluxo, cuidados com sondas (SNG ou SNE) ou ostomias e registro das informações.

Tipos de Dieta	Orientação	Execução
Via oral		
SNG		
SNE		
Ostomias		
Gastrostomia		
Jejunostomia		
Outros		

UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS:

Aspectos a serem discutidos: utilização, periodicidade de troca, antisepsia e cuidados às manipulações.

Dispositivos	Orientação	Execução
Bureta		
Danulas (torneira de 3vias)		
Tubo extensor		
PVC		
Outros		

CURATIVOS:

Aspectos a serem discutidos: técnica, freqüência de troca e fixação.

Tipo	Orientação	Execução
Cateteres: - arteriais - venosos - port-a-cath® - hickman®		
Traqueostomia		
Dreno de Tórax		
Incisões Cirúrgicas		
Inserções de drenos		
Outros		

VERIFICAÇÃO DE EXCREÇÕES E DRENAGENS:

Tipo	Orientação	Execução
Diurese		
Evacuação		
Drenagem gástrica		
Ostomias e derivações: - colostomia - ileostomia - urostomia		
Drenagem torácica		
Drenagem sob pressão negativa: - hemovac® / portovac® - Jackson Pratt® - Drenos cranianos		
Outras drenagens: - biliar - pancreática		

AUXILIAR EM PROCEDIMENTOS:

Aspectos a serem discutidos: preparo do material e do paciente e técnica preconizada.

Procedimento	Orientação	Execução
Passagem ou troca cateter: - intracath® - duplo e triplo lúmen - swan ganz - cateter arterial - cateter p/diálise - marcapasso transverso		
Drenagem de tórax: - punção diagnóstica - drenagem pleural - biópsia pulmonar		
Traqueostomia		
Intubação endotraquel		
Outros		

EXAMES DIAGNÓSTICOS NA UNIDADE:

Aspectos a serem discutidos: preparo do paciente e do ambiente, auxílio durante o procedimento e avaliação dos resultados.

Exame	Orientação	Execução
Radiologia		
Ultrassonografia		
Endoscopia: - digestiva - broncoscopia		
Eletrocardiograma		
Outros		

EXAMES LABORATORIAIS:

Culturas – Aspectos a serem discutidos: técnica de coleta, meio e ou frasco adequado, encaminhamento, interpretação dos resultados, manuseio da folha de culturas, identificação do material e preenchimento do pedido.

Tipo de Cultura	Orientação	Execução
Sangue		
Urina		
Fezes		
Secreção Traqueobrônquica		
Secreção de incisões e orifícios		
Ponta de cateteres		
Outros		

Sarah Marília Bucchi

SANGUE:

Aspectos a serem discutidos: técnica de coleta, frascos adequados, valores de normalidade, interpretação dos resultados, encaminhamento, identificação do material e preenchimento do pedido.

Exame	Orientação	Execução
Hematologia		
Bioquímica		
Coagulograma		
Tempo de coagulação		
Dosagem de medicamentos		
Sorologias		
Gasometria: - arterial - venosa		
Outros		

URINA:

Aspectos a serem discutidos: técnica de coleta, frascos adequados, valores de normalidade, interpretação dos resultados, encaminhamentos, identificação do material, preenchimento do pedido e homogeneização do material.

Exame	Orientação	Execução
Tipo I		
24 horas (clearance e dosagens)		

FEZES:

Aspectos a serem discutidos: preparo do paciente, técnica de coleta, frascos adequados, identificação e encaminhamento do material e preenchimento do pedido.

Exame	Orientação	Execução
PPF: Proctoparasitológico		
Cultura		
Outros		

CUIDADOS AOS PACIENTES:

Aspectos a serem discutidos: prestar cuidados diretos a paciente, conforme a sistematização da assistência de enfermagem adotada na unidade, preparo do paciente e ambiente, preparo dos materiais necessários, contato com pessoal envolvido, observação do estado do paciente, atendimento aos alarmes dos equipamentos, cuidados necessários e registro das informações.

Procedimento	Orientação	Execução
Admissão		
Transferência		
Transporte a outros serviços		
Em pós operatórios imediato		
Sob ventilação mecânica		
Paciente instável		
Com procedimentos para Moléstias infecto contagiosas		
No óbito		

SUPERVISÃO:

Assinatura do Enf^a em Treinamento

Assinatura do Enf^a Instrutora

Assinatura do Enf^a Chefe da UTI

ANEXO 2

**LEVANTAMENTO DOS REGISTROS DOS ROTEIROS DOS TA DOS
ENFERMEIROS DA UTI-HCE, 1996 A 2006.**

Identificação das pastas:

Nome do treinando: (18 - 50,00%) Sim (18- 50,00%) Não

EQUIPAMENTOS:

Aspectos a serem discutidos: manuseio, controle e conservação.

Equipamentos	Orientação	Manuseio
Monitores Cardíacos	76%	76%
Bear 1000®	68%	50%
Servo®	50%	25%
Aspirador Takaoka®	32%	28%
Aspirador Emerson®	24%	20%
Eletrocardiógrafo	60%	64%
Desfibrilador	60%	40%
Cardioversor	60%	40%
Marcapasso	36%	16%
Bomba de Infusão	20%	80%
Maca Balança	50%	28%
Cama Metabólica	56%	44%
Balão Intra-Aórtico	28%	8%
Carro de Emergência	76%	56%

MATERIAIS:

Materiais	Orientação	Manuseio
Descartáveis em geral	64%	72%
Instrumental	44%	50%
Cateteres Venosos	80%	76%
Cateteres Arteriais	76%	60%
Cateter de Diálise	32%	28%
Cateter de Swan Ganz®	68%	60%
Eletrodo de Marcapasso	24%	12%
Acessórios de Monitor	64%	50%
Filtros e equips de diálise	16%	12%
Acessórios respiratórios	64%	44%
Outros	0	0

MEDICAMENTOS:

Aspectos a serem discutidos: localização, dosagem, preparo e administração, efeitos, controle, indicações, tempo de infusão, cuidados pré, intra e pós-administração e estoque na unidade.

Medicamentos	Orientação	Manuseio
Antibióticos	68%	72%
Drogas Vasoativas	80%	80%
Medicações de Urgências	68%	50%
NPP	80%	76%
Outras	16%	4%

ADMINISTRAÇÃO DE SANGUE E DERIVADOS:

Aspectos a serem discutidos: indicações, tempo de infusão, armazenamento, volumes, identificação, checagem, cuidados pré, intra e pós-transfusão.

Hemocomponente	Orientação	Execução
Glóbulos	60%	44%
Plasma fresco	56%	50%
Plaquetas	44%	36%
Albumina	76%	72%
Outros	20%	24%

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Aspectos a serem discutidos: a importância e como é feito na prática

Fases	Orientação	Execução
Histórico de Enfermagem	68%	56%
Exame Físico	72%	80%
Planejamento de Cuidados	80%	80%
Evolução de Enfermagem	80%	80%
Altas	68%	60%
Transferência	36%	28%
Óbito	40%	36%
Anotação de Enfermagem	80%	80%

MONITORIZAÇÃO DOS SINAIS VITAIS E HEMODINÂMICA

Aspectos a serem discutidos: local e método de verificação e ou instalação de sistema apropriado, valores normais, interpretação dos dados, detecção de alterações com o sistema.

Sinais Vitais	Orientação	Execução
Temperatura: - Axilar - Sanguínea - Retal	50% axilar 56% sangüínea 12% retal	56% 56% 8%
Pressão Arterial: - não invasiva - invasiva	56% 56%	60% 60%
Ritmo Cardíaco / Pulso	76%	76%
Oximetria de Pulso	72%	80%
Ritmo Respiratório: - ambiente - ventilação - mecânica	88%	88%
Capnometria	20%	12%
Medidas Hemodinâmicas: - pressão venosa central - pressão de artéria pulmonar - pressão de capilar pulmonar - débito cardíaco	76%(PVC) 76%(PI)	80%(PVC) 80%(PI)

ADMINISTRAÇÃO DE DIETA:

Aspectos a serem discutidos: condições do paciente, posicionamento no leito, tipos de dietas, tolerância, refluxo, cuidados com sondas (SNG ou SNE) ou ostomias e registro das informações.

Tipos de Dieta	Orientação	Execução
Via oral	64%	72%
SNG	50%	50%
SNE	72%	76%
Ostomias	28%	24%
Gastrostomia	20%	16%
Jejunostomia	28%	24%
Outros	0	0

UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS ENDOVENOSOS:

Aspectos a serem discutidos: utilização, periodicidade de troca, antissepsia e cuidados às manipulações.

Dispositivos	Orientação	Execução
Bureta	64%	60%
Danulas (torneira de 3vias)	68%	76%
Tubo extensor	50%	50%
PVC	72%	50%
Outros	4%	4%

Sarah Marília Bucchi

CURATIVOS:

Aspectos a serem discutidos: técnica, frequência de troca e fixação.

Tipo	Orientação	Execução
Cateteres: - arteriais - venosos - port-a-cath® - hickman®	72%	72%
Traqueostomia	50%	36%
Dreno de Tórax	44%	44%
Incisões Cirúrgicas	72%	68%
Inserções de drenos	60%	60%
Outros	4%	4%

VERIFICAÇÃO DE EXCREÇÕES E DRENAGENS:

Tipo	Orientação	Execução
Diurese	76%	76%
Evacuação	76%	72%
Drenagem gástrica	68%	68%
Ostomias e derivações: - colostomia - ileostomia - urostomia	56%	40%
Drenagem torácica	50%	36%
Drenagem sob pressão negativa: - hemovac® / portovac® - Jackson Pratt® - Drenos cranianos	68%	64%
Outras drenagens: - biliar - pancreática	24%	20%

AUXILIAR EM PROCEDIMENTOS:

Aspectos a serem discutidos: preparo do material e do paciente e técnica preconizada.

Procedimento	Orientação	Execução
Passagem ou troca cateter: - intracath® - duplo e triplo lúmen - swan ganz - cateter arterial - cateter p/diálise - marcapasso transverso	50%	36%
Drenagem de tórax: - punção diagnóstica - drenagem pleural - biópsia pulmonar	25%	8%
Traqueostomia	16%	4%
Intubação endotraquel	44%	28%
Outros	0	0

Sarah Marília Bucchi

EXAMES DIAGNÓSTICOS NA UNIDADE:

Aspectos a serem discutidos: preparo do paciente e do ambiente, auxílio durante o procedimento e avaliação dos resultados.

Exame	Orientação	Execução
Radiologia	60%	48%
Ultrassonografia	44%	40%
Endoscopia: - digestiva - broncoscopia	24%	16%
Eletrocardiograma	60%	60%
Outros	0	0

EXAMES LABORATORIAIS:

Culturas – Aspectos a serem discutidos: técnica de coleta, meio e ou frasco adequado, encaminhamento, interpretação dos resultados, manuseio da folha de culturas, identificação do material e preenchimento do pedido.

Tipo de Cultura	Orientação	Execução
Sangue	50%	50%
Urina	50%	36%
Fezes	25%	13%
Secreção Traqueobrônquica	30%	16%
Secreção de incisões e orifícios	40%	32%
Ponta de cateteres	30%	25%
Outros	0	0

SANGUE:

Aspectos a serem discutidos: técnica de coleta, frascos adequados, valores de normalidade, interpretação dos resultados, encaminhamento, identificação do material e preenchimento do pedido.

Exame	Orientação	Execução
Hematologia	40%	23%
Bioquímica	50%	23%
Coagulograma	40%	12%
Tempo de coagulação	36%	12%
Dosagem de medicamentos	30%	12%
Sorologias	25%	4%
Gasometria: - arterial - venosa	50% 40%	50% 32%
Outros	0	0

URINA:

Aspectos a serem discutidos: técnica de coleta, frascos adequados, valores de normalidade, interpretação dos resultados, encaminhamentos, identificação do material, preenchimento do pedido e homogeneização do material.

Exame	Orientação	Execução
Tipo I	32%	30%
24 horas (clearance e dosagens)	25%	16%

FEZES:

Aspectos a serem discutidos: preparo do paciente, técnica de coleta, frascos adequados, identificação e encaminhamento do material e preenchimento do pedido.

Exame	Orientação	Execução
PPF: Proctoparasitológico	23%	15%
Cultura	23%	16%
Outros	4%	0

CUIDADOS AOS PACIENTES:

Aspectos a serem discutidos: prestar cuidados diretos a paciente, conforme a sistematização da assistência de enfermagem adotada na unidade, preparo do paciente e ambiente, preparo dos materiais necessários, contato com pessoal envolvido, observação do estado do paciente, atendimento aos alarmes dos equipamentos, cuidados necessários e registro das informações.

Procedimento	Orientação	Execução
Admissão	68%	60%
Transferência	50%	40%
Transporte a outros serviços	32%	30%
Em pós operatórios imediato	55%	50%
Sob ventilação mecânica	50%	50%
Paciente instável	40%	40%
Com procedimentos para Moléstias infecto contagiosas	40%	32%
No óbito	36%	32%

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO DO GRUPO FOCAL

Termo de consentimento livre e esclarecido I	Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, segundo o Conselho Nacional de Saúde.
--	---

Você está sendo convidado a participar da pesquisa: Reelaboração do Treinamento Admissional do Enfermeiro de uma Unidade de Terapia Intensiva, que tem por objetivos: Realizar diagnóstico situacional do processo de Treinamento Admissional do enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Campo de Estudo; Analisar o processo de Treinamento Admissional do enfermeiro da UTI, na perspectiva dos enfermeiros da UTI do Hospital Campo de Estudo; Reelaborar o processo de TA do enfermeiro da UTI, na perspectiva dos enfermeiros da UTI do Hospital Campo de Estudo e Definir o perfil do enfermeiro instrutor do Treinamento Admissional do enfermeiro.

A metodologia utilizada será a pesquisa-ação, que possibilita estudar, dinamicamente, os problemas que levam a decisões e ações para o processo de transformação de uma situação.

A coleta de dados será feita por meio da técnica de grupo focal, que aborda aspectos qualitativos da realidade a ser estudada e possibilita a representação de todos os enfermeiros da UTI. Para isto, serão realizadas seis reuniões com o grupo, ao término de cada reunião será elaborado relatório síntese, pela pesquisadora coordenadora do grupo, o grupo contará com uma observadora, a orientadora do estudo. Estas reuniões serão gravadas e terão duração de 2h cada, na primeira reunião será elaborado o cronograma das demais reuniões.

À pesquisadora caberá a interlocução entre os sujeitos do grupo focal e os demais enfermeiros da UTI.

O presente estudo não trará nenhum desconforto ou risco a sua integridade moral, pois os resultados serão tratados de forma sigilosa, e a fim de garantir o anonimato e a privacidade sua identidade receberá um código numérico.

Você receberá uma cópia assinada e datada deste termo, e poderá ter acesso às informações, esclarecer dúvidas, ou retirar-se da pesquisa, a qualquer momento, sem nenhum ônus a sua pessoa.

Desta forma, eu _____ fui esclarecido, aceito livremente e espontaneamente participar desta pesquisa.

São Paulo, ___/___/___

Assinatura do participante do estudo

Profª Drª Vera Lúcia Mira Gonçalves
Escola de Enfermagem da USP
Orientadora
vlmirag@usp.com / (11) 30617552

Sarah Marília Bucchi
Escola de Enfermagem da USP
Pesquisadora
smbucchi@uol.com.br / (11)9371-0095

ANEXO 4

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
DO ENFERMEIRO PARTICIPANTE**

Termo de consentimento livre e esclarecido II	Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, segundo o Conselho Nacional de Saúde.
---	---

Você está sendo convidado a participar da pesquisa: Reelaboração do Treinamento Admissional do Enfermeiro de uma Unidade de Terapia Intensiva, que tem por objetivos: Realizar diagnóstico situacional do processo de Treinamento Admissional do enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Campo de Estudo; Analisar o processo de Treinamento Admissional do enfermeiro da UTI, na perspectiva dos enfermeiros da UTI do Hospital Campo de Estudo; Reelaborar o processo de TA do enfermeiro da UTI, na perspectiva dos enfermeiros da UTI do Hospital Campo de Estudo e Definir o perfil do enfermeiro instrutor do Treinamento Admissional do enfermeiro.

A metodologia utilizada será a pesquisa-ação, a coleta de dados será feita em seis reuniões de grupo com os participantes da pesquisa, ao término de cada reunião será elaborado relatório síntese, pela pesquisadora.

Você receberá 6 questionários e o relatórios síntese de cada reunião do grupo, e terá um prazo de devolução dos questionários de 3 dias, para a interlocução entre os sujeitos do grupo focal e você enfermeiro da UTI

O presente estudo não trará nenhum desconforto ou risco a sua integridade moral, pois os resultados serão tratados de forma sigilosa, e a fim de garantir o anonimato e a privacidade sua identidade receberá um código numérico.

Você receberá uma cópia assinada e datada deste termo, e poderá ter acesso às informações, esclarecer dúvidas, ou retirar-se da pesquisa, a qualquer momento, sem nenhum ônus a sua pessoa.

Desta forma, eu _____ fui

esclarecido, aceito livremente e espontaneamente participar desta pesquisa.

Desta forma, eu _____ fui esclarecido, aceito livremente e espontaneamente participar desta pesquisa.

São Paulo, ___/___/___

Assinatura do participante do estudo

Profª Drª Vera Lúcia Mira Gonçalves
Escola de Enfermagem da USP
Orientadora
vlmirag@usp.com / (11) 30617552

Sarah Marília Bucchi
Escola de Enfermagem da USP
Pesquisadora
smbucchi@uol.com.br / (11)9371-0095

ANEXO 5

PRIMEIRA REUNIÃO DO GRUPO FOCAL

Apresentação da introdução teórica, objetivos e metodologia da pesquisa.

1. slide: TREINAMENTO ADMISSIONAL

- É o início do processo de educação profissional dentro das organizações.
- O TA tem por finalidade informar ao novo empregado acerca dos vários aspectos da vida funcional e social da instituição, bem como, fornecer as informações necessárias para o desempenho do cuidado (Coan, Gonçalves, Leite e Castilho, 1996).
- Processo estruturado, no qual os indivíduos desenvolvem habilidades e atingem determinada competência por meio da experiência prática orientada e *feedback* regular (Parsole, 2002).

2. slide: TREINAMENTO ADMISSIONAL DE ENFERMEIROS NA UTI DO HOSPITAL CAMPO DE ESTUDO

- Programa Sistematizado de TA ao enfermeiro, foi desenvolvido por um grupo de enfermeiros da UTI do Hospital Campo de Estudo, que conta com um enfermeiro instrutor e dispõe de instrumento denominado “Roteiro para Treinamento do Enfermeiro na UTI”
- Esse programa foi reconhecido em estudo desenvolvido por Lorencette (1997), no SEC do Hospital Campo de Estudo, como um grupo que contribuía para a atuação do enfermeiro na prática, na padronização e revisão de procedimentos, assim como outros grupos de estudo existentes nas diferentes áreas da Instituição.

3. slide: OBJETIVOS DA PESQUISA

- Analisar o processo de TA do Enfermeiro, na perspectiva deste na UTI Hospital Campo de Estudo;
- Reelaborar o processo de TA do Enfermeiro da UTI do Hospital Campo de estudo, estabelecendo seus objetivos, conteúdo e sistematização, com base na opinião dos enfermeiros da UTI do Hospital Campo de Estudo;
- Definir o perfil do Enfermeiro Instrutor.

4. slide: NOSSA TAREFA: Reelaborar o processo de TA

- Discutir o diagnóstico situacional do TA na UTI.
- Definir o conceito, os objetivos, o conteúdo, as estratégias e a duração do processo do TA na UTI;
- Definir o perfil de competências do enfermeiro instrutor e os critérios e normas para sua indicação;
- Avaliar os encontros do grupo e o trabalho realizado.

5. slide: CALENDÁRIO DE REUNIÕES APROVADO PELO GRUPO

- A coleta de dados está prevista para março, abril e maio de 2008, estas reuniões terão duração de 2 horas, das 14h às 16h, na sala de reunião da UTI.
- Estas reuniões serão gravadas, a fim de elaborar o relatório síntese do conteúdo discutido e ser consensuado pelo grupo.

1 ^a	27/03/08	Aprovação do Cronograma de atividades.
2 ^a	08/04/08	Discussão do Diagnóstico situacional do TA na UTI.
3 ^a	18/04/08	Discussão e definição do conceito, objetivos e conteúdo processo do TA.
4 ^a	28/04/08	Definição da duração e estratégias TA.
5 ^a	08/05/08	Definição do perfil de competências do enfermeiro instrutor, critérios e normas para sua indicação.
6 ^a	12/06/08	Avaliação dos encontros e do trabalho realizado.

ANEXO 6**AValiação DA METODOLOGIA PELO GRUPO FOCAL****Questionário 6**

Enfermeiros respondentes: 11

1. A duração (2 horas) dos encontros foi:

A – insuficiente, pois quando a discussão estava no auge, acabava.

 sempre às vezes nunca

B – suficiente para aquecer o grupo e levar a uma discussão consistente.

(81,8%) sempre (18,2%) às vezes nunca

C – demasiada, as discussões chegavam a cansar e ficar improdutivas.

 sempre às vezes nunca

Conclusão: Na maioria das vezes foi, segundo a classificação A, B e C acima:

(18,2%) A

B (81,8%)

C ()

2. Fazer os encontros a cada 10 dias foi:

(81,8%) ideal

(9,1%) cansativo

(9,1%) dispersivo

3. A realização de 6 encontros para analisar e reestruturar o Processo de TA do enfermeiro na UTI foi:

(9,1%) insuficiente

(90,9%) suficiente

 demasiado**4. Com relação ao Processo de TA do enfermeiro na UTI:**

(90,9%) ainda temos muito que discutir

(9,1%) não temos muito mais o que discutir

5. Estive a vontade para dar minha opinião.

(72,7%) sempre

(27,3%) na maioria das vezes

 na minoria das vezes nunca**6. As discussões proporcionaram reflexões importantes.**

(100%) concordo

 discordo**7. Consegui ampliar minha visão sobre Processo de TA do enfermeiro na UTI.**

(100%) concordo

 discordo

8. Os encontros foram, em sua maioria:

- (10 -90,9%) agradáveis
- () chatos
- () irritantes
- (2 – 18,2%) estimulantes
- (6 -54,5%) interessantes
- (2 – 18,2%) conflitantes
- (6 – 54,5%) produtivos

9. Os encontros proporcionaram:

- (9 – 81,8%) reflexão
- (2 – 18,2%) preocupação
- (2 – 18,2%) expectativa
- (2 – 18,2%) esperança
- (5 – 45,45%) crescimento

10. Com relação às decisões tomadas pelo grupo, estou:

- (7 – 63,3%) satisfeito
- () insatisfeito
- () despreocupado
- () preocupado
- () não sei
- (2 - 18,2%) esperançosa
- (1 - 9,09%) não respondeu

Por que?

Há pontos a serem mais discutidos (1)

Podemos colocar em prática e tentarmos obter resultados (1)

No TA é essencial que sejam uniformes as informações, independente do instrutor (1)

Foram focadas todas as dificuldades encontradas ou pelo menos foram dadas sugestões para saná-las (1)

As decisões se basearam na realidade vivenciada e foram amadurecidas nas discussões (1)

Todos puderam opinar (1)

Porque o TA sendo mais focado, a recepção do novo enfermeiro será mais agradável, e acima de tudo a assistência ocorrerá num grau crescente de complexidade. Pontos como a qualidade da assistência será reforçada e a rotina reafirmada, de modo que o conjunto de prestadores da assistência possam falar a mesma língua (1).

11. As discussões foram:

- (100%) bem conduzidas
- () mal conduzidas

12. As discussões extrapolaram o conteúdo Processo de TA do enfermeiro na UTI.

(36,36%) discordo

(9,09%) concordo, pois é natural, embora tenha havido divagações demais.

(45,45%) concordo, pois esse conteúdo era inerente ao contexto do processo de TA do enfermeiro na UTI.

(9,09%) não respondeu

13. A coordenação do grupo foi:

(8 – 72,72%) objetiva

() dispersiva

() parcial

(3 – 27,27%) imparcial

() impositiva

(4- 36,36%) respeitosa

(5 – 45,45%) pertinente

(2 – 18,18%) ponderada

14. Afinal, acho que o Processo de TA do enfermeiro na UTI:

(100%) vale a pena

() não vale a pena

Por que?

Se pudermos implementar vale a pena.Seria ideal (1)

Pois prepara o profissional para a filosofia e realidade na empresa e na unidade (1)

Porque ser recepcionado e orientado, não tem preço, pessoas que são orientadas dificilmente esquecem (1)

Para facilitar treinamento e homogeneizar condutas (2)

Deve haver um registro de todo o treinamento para avaliação não só do TA mais dos demais treinamentos(1)

Melhorar a pratica do enfermeiro intensivista (1)

A uniformidade de condutas, tomada de decisão, perfil de trabalho na UTI do HCE tem que ser mantida (1)

Para tentarmos atingir os objetivos do grupo como um todo, falando a mesma linguagem e cuidados.

15. Ao final dos encontros, considero que os objetivos propostos:

1 () não foram atingidos

2 (5- 45,45%) foram parcialmente atingidos

3 (6 – 54,55%) foram totalmente atingidos

16. Você teve dificuldades para estar presente nos encontros?

(1 – 9,09%) Não

(10 – 90,9%) Sim

Quais?

Estive presente nas três primeiras reuniões (1)

Não fiquei sabendo a tempo (1)

Horário, mas deu para acomodar as obrigações com o horário (1)

Problemas pessoais/ de saúde na família (4)

Reuniões no horário de trabalho (2)

Outras reuniões dentro e fora do HCE (faço mestrado), escala de trabalho justa (1)

17. Fale o quiser sobre os encontros.

Acho que valeu a pena, pois estávamos focadas em um só objetivo (1)

Foi de boa iniciativa. Acho que já era hora de parar e recuperar as nossas atitudes e atuação dentro da terapia intensiva. Os encontros proporcionaram agregar pouco disso e reflexão para melhorar (1).

Foi uma forma de discutirmos o que fazemos e o ideal, trocar idéias, experiências (2)

Gostei de participar para mim foi importante, para saber que de um modo geral 'falamos' e 'desejamos' algo parecido, ou seja, um perfil assistencial semelhante (1)

18. Minha nota de 0 a 10 (sendo 0 a menor nota) é:

	Média
Para minha participação	5.9
Para participação da coordenadora	9.2
Para participação do grupo	8.3
Para as discussões	7.9
Para o trabalho desenvolvido	8.2

ANEXO 7

AVALIAÇÃO DA METODOLOGIA PELO ENFERMEIRO PARTICIPANTE

Enfermeiros respondentes: 9 (50%)

1. A forma de participação através da utilização de internet para o envio dos relatórios síntese e de formulários preenchidos foi:

A – Difícil, pois não tive esclarecimento para utilizar a internet.
() sempre () às vezes () nunca

B – Fácil, pois tive esclarecimento suficiente para utilizar a internet
(77,8%) sempre (22,2%) às vezes (1%) nunca

2. Preencher os formulários de avaliação dos relatórios síntese:

(66,6%) ideal

(22,2%) cansativo

(11,2%) dispersivo.

3. O conteúdo discutido e registrado nos relatórios síntese para analisar e reestruturar o Processo de TA do enfermeiro na UTI foi:

() insuficiente

(100%) suficiente

() demasiado

4. Com relação ao Processo de TA do enfermeiro na UTI:

(66,6%) ainda temos muito que discutir

(33,4%) não temos muito mais o que discutir

5. Estive a vontade para dar minha opinião.

(77,8%) sempre

(22,2%) na maioria das vezes

() na minoria das vezes

() nunca

6. As discussões proporcionaram reflexões importantes.

(9 – 100%) concordo

() discordo

7. Consegui ampliar minha visão sobre Processo de TA do enfermeiro na UTI.

(100%) concordo

() discordo

8. Participar da pesquisa através da leitura de relatórios síntese e preenchimento de formulários foi, em sua maioria:

- (88,9%) agradável
- () chato
- () irritante
- (11,1%) estimulante
- (77,8%) interessante
- () conflitante
- (22,2%) produtivo

9. Os relatórios síntese e preenchimento de formulários proporcionaram:

- (77,7%) reflexão
- () preocupação
- (55,5%) expectativa
- (11,2%) esperança
- (11,2%) crescimento

10. Com relação às decisões tomadas pelo grupo, estou:

- (66,7%) satisfeito
- () insatisfeito
- () despreocupado
- () preocupado
- () não sei
- (4 – 44,4%) esperançosa

Por que?

Acredito que o TA será mais produtivo tanto para o enfermeiro recém admitido como para o enfermeiro instrutor, desde que seja posto em pratica tudo que foi discutido, porem penso que ambas as partes devem estar convencidas dos objetivos do TA (1)

Com a nova elaboração do TA, acredito que será mais completo e uniforme o treinamento do novo enfermeiro (1)

Espero que com o novo processo de TA o profissional seja mais bem capacitado (1)

Acredito no novo processo de TA (1)

Porque foram bem coerentes (1)

11. O pesquisador foi:

- (100%) acessível
- () inacessível

12. Os relatórios síntese extrapolavam o conteúdo do Processo de TA do enfermeiro na UTI,

- () discordo
- (11,2%) concordo, pois é natural, embora tenha havido divagações demais.
- (88,9%) concordo, pois esse conteúdo era inerente ao contexto Processo de TA do enfermeiro na UTI.

13. O esclarecimento de dúvidas pelo pesquisador foi:

(5 – 55,5%) objetivo

 dispersivo parcial

(11,2%) imparcial

 impositivo

(11,2%) respeitoso

(44,4%) pertinente

(11,2%) ponderado

14. Afinal, acho que o Processo de TA do enfermeiro na UTI:(100%) vale a pena não vale a pena

Por que?

Porque agora acho interessante que o TA (instrumento) reestruturado seja colocado em pratica e avaliado posteriormente (1)

Para incorporação da filosofia e aspectos técnicos importantes para o futuro enfermeiro.

15. Ao final considero que os objetivos propostos: (analisar Processo de TA do enfermeiro na UTI e reestruturar seu instrumento)1 não foram atingidos

2 (55,5%) foram parcialmente atingidos

3 (44,4%) foram totalmente atingidos

16. Você teve dificuldades para participar? Quais?(100%) Não Sim**17. Fale o quiser sobre a pesquisa.**

A pesquisa foi realizada num momento propício para a reestruturação do TA, garantindo melhoria na qualidade da assistência prestada (1)

Necessária (1) a pesquisa

Gostei. Achei bem interessante como tema de pesquisa, pois é um assunto pouco explorado em dissertações de mestrado (1)

Espero que o trabalho seja implantado na pratica, pois o material (instrumento) é muito interessante, e irá ajudar muito na rotina de treinamento da UTI (10)

Pesquisa muito interessante, no sentido que é algo a ser aplicado no campo de estudo e que pode também servir de exemplo para outras equipes de outras instituições (1)

	Média
Para minha participação	8.6
Para a comunicação via internet	9
Para a participação da pesquisadora	9.6
Para os relatórios síntese	9.2
Para o preenchimento dos questionários	8.6
Para o trabalho desenvolvido	9.6

ANEXO 8

AVALIAÇÃO DO TRABALHO REALIZADO

Enfermeiros respondentes (19): Grupo focal (42%) Participante (58%)

1. O conceito de TA representa as idéias expressas pelos enfermeiros?

(100%) Sim () Não

Considerações:

Visto que as idéias foram discutidas entre os enfermeiros e algumas partiram dos mesmos, acredito que expresse os objetivos de toda a equipe (5,3%)

Também envolve rotinas e procedimentos da empresa que necessitam ser incorporado no TA (5,3%)

Equipe de enfermagem que trabalha com humanização, técnica e ética tem capacidade de prestar uma boa assistência (5,3%)

2. Os objetivos representam o que os enfermeiros desejam com o TA?

(100%) Sim () Não

Considerações:

É imprescindível o conhecimento de normas e rotinas da instituição (5,3%)

Sempre que o TA é bem feito temos bom profissional, sendo o desejo dos enfermeiros deste processo(5,3%)

Os objetivos representam muito bem o desejo de cada enfermeiro relacionado ao TA: educar, capacitar, estimular, acolher(5,3%)

3. Estes objetivos são alcançados durante o processo de TA?

(100%) Sim () Não

Considerações:

Depende da atuação do instrutor e do comprometimento do treinando (15,9%)

Serão alcançados se houver um acompanhamento individual e sistematizado deste novo enfermeiro (5,3%)

Considero que serão alcançados se priorizar oportunidades, principalmente com relação a procedimentos mais complexos (5,3%)

Desde que o TA seja realizado criteriosamente nos padrões preestabelecidos (5,3%)

Sim. Os objetivos que não foram alcançados durante o TA, devem ser alcançados no dia a dia (5,3%)

Através da avaliação continua e 'feed-back', para o profissional treinado obter melhorias (5,3%)

4. Você considera que as metas a serem atingidas pelo novo enfermeiro estão dentro do que o grupo de enfermeiros da UTI considera importante?

(94,8%)Sim (5,2%) Não

Considerações:

O grupo está muito dividido uns atingem comportamental e ético outros técnico-científico (5,3%)

As metas expressam, basicamente, o que é esperado do enfermeiro recém admitido. Considerando 3 meses, são metas capazes de serem alcançadas (5,3%)

5. O perfil descrito corresponde ao papel do enfermeiro da UTI?

(100%) Sim () Não

Considerações:

Acredito que o perfil do enfermeiro da UTI tem todas estas competências (5,3%)

Não se esquecendo do conhecimento das rotinas e procedimentos e protocolos do setor (5,3%)

Considero trabalhar com conflitos e tomar decisões competências relacionadas ao saber ser (5,3%)

Sem dúvida. O perfil acima descreve o enfermeiro da UTI: dinâmico, atualizado, comprometido (5,3%)

6. Este perfil descrito representa o esperado do enfermeiro instrutor?

(94,8%) Sim (5,2%) Não

Para ser um bom instrutor tem que ter o perfil descrito (5,3%)

Ao formar o grupo de instrutores o perfil desenvolvido tem que ser rigorosamente seguido e ir ao encontro ao aceite do enfermeiro (5,3%)

Acredito que muitos enfermeiros possam ter excelentes avaliações de desempenho, no entanto, nenhum perfil para educar, orientar, avaliar. O enfermeiro deve se oferecer para ser instrutor e aí sim passar por avaliação para saber se tem perfil para desenvolver a função (5,3%)

7. Você está de acordo com as deliberações propostas em relação a duração, estratégias e conteúdo do TA ?

(100%) Sim () Não

Considerações:

O tempo é adequado, a estratégia é pertinente e o conteúdo viável (5,3%)

8. Você considera importante a aplicação do teste piloto para avaliar o novo instrumento de TA?

(85,5%) Sim (10,5%) Não respondeu

Considerações:

Importante e necessário, para futuros ajustes, corrigir falhas, acrescentar ou retirar itens, avaliar, ver a viabilidade (37,1%)

Sim, estamos vivenciando este momento (5,3%)

9. Você tem outras considerações a fazer?

(21,1%) Sim (78,9%) Não

Este trabalho foi muito importante para a UTI, uma vez que visa uniformizar a assistência de enfermagem e elevar o nível dos enfermeiros (5,3%)

Deve acontecer reunião entre os enfermeiros instrutores para discutir a evolução dos enfermeiros admitidos e assim, ter mais de uma opinião sobre o profissional treinado (5,3%)

Eu espero que ao completar três anos de UTI, possa me tornar uma enfermeira instrutora (5,3%)

Independente da formação do enfermeiro instrutor este deverá gostar e estar de acordo para ensinar (5,3%)

Gostaria que houvesse se possível, treinamento específico para o instrutor, antes de iniciar o processo a fim de unificar o perfil o instrutor (5,3%)