UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

RIKA MIYAHARA KOBAYASHI

A CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DOS
ENFERMEIROS EM SERVIÇO NUM HOSPITAL DE ENSINO

SÃO PAULO

2007

RIKA MIYAHARA KOBAYASHI

**A CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DOS
ENFERMEIROS EM SERVIÇO NUM HOSPITAL DE ENSINO**

**Tese apresentada à Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo para a obtenção do
título de Doutor em Enfermagem.**

Área de Concentração:

Administração em Serviços de Enfermagem

Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Maria Madalena Januário Leite

SÃO PAULO

2007

DEDICATÓRIA

Ao meu marido, amigo e fiel companheiro desta caminhada da vida, Sigueru.

Às filhas, Juliana Yumi e Fernanda Rie, preciosidades de minha vida e o que de mais singelo construímos.

Aos meus pais, Katsumi e Ikuko, meus espelhos de luta, coragem, que me ensinaram a semear, cultivar e colher com dignidade os frutos da vida.

AGRADECIMENTOS

- À Prof.^a Dr.^a Maria Madalena Januário Leite, por todas as lições de vida, de amizade, pelas oportunidades, incentivos ao meu crescimento, e principalmente pela incontestável competência na formação de profissionais, pela segurança transmitida nos mais difíceis momentos compartilhados e pela admirável visão de mundo.
- À Dr.^a Andréa C. Ayoub, Diretora Técnica da Divisão de Enfermagem do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, por confiar-me o desafio de educar em enfermagem, por apoiar-me no cotidiano do trabalho e pela amizade desde a infância, fortalecida ao longo dos anos.
- Às Prof.^{as} Dr.^{as} Raquel R. Gaidzinski e Vera Mira Gonçalves, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.
- Ao Prof. Dr. Leopoldo S. Piegas, Diretor Técnico do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, por acreditar e possibilitar o desenvolvimento de nossas propostas de trabalho.
- Aos meus irmãos, Akira e Kumi, sempre presentes, acompanhando-me em meus diversificados percursos.
- Aos amigos antigos, Mirna, Siomara, Cida, Marcos, Adriana Marques, que há anos me permitem lado a lado, simplesmente, estando juntos, ainda que, por vezes, em silêncio e a distância, desfrutar de nossa amizade.
- Às amigas, mais recentes, Andréa Brás, Christiane, Célia, por toda paciência, apoio e pelo compartilhar dos diversos momentos nesta nova fase da caminhada.

- Aos Chefes de Enfermagem que comprometidos, se responsabilizaram para que seus trabalhos nos grupos se consolidassem na prática.
- A cada um dos enfermeiros integrantes dos Grupos de Estudos que com coragem e competência, se empenharam neste desafio de mudanças e inovações do mundo do trabalho, superando as dificuldades
- Aos aprimorandos do Curso de Enfermagem Cardiovascular da 24.^a a 27.^a turmas, que desenvolveram suas competências e participaram fortemente na concretização das entregas dos grupos.
- Aos funcionários da EEUSP que sempre atenciosos, nos amparam nas necessidades acadêmicas.
- À Cecília Tsukamoto, pela valiosa contribuição na revisão da língua inglesa.
- À Prof.^a Joana D'Arc da S. Costa pelo subsídio na revisão da língua portuguesa.
- À Nadir Aparecida Lopes pelo auxílio na revisão bibliográfica.
- A todos que direta ou indiretamente contribuíram para que este trabalho pudesse se tornar realidade.

*Eu espero na medida em que começo a busca ,
pois não seria possível buscar sem esperança.
Uma educação sem esperança não é educação.
Quem não tem esperança na educação dos camponeses
deverá procurar trabalho noutro lugar.*

(Paulo Freire)

RESUMO

Kobayashi, RM. A construção de competências profissionais dos enfermeiros em serviço num hospital de ensino. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.p.

As lacunas existentes na gestão de recursos humanos por competências são uma realidade em diferentes instituições de saúde. Ao considerar que a gestão de recursos humanos faz o diferencial das empresas, inclusive porque o percentual de colaboradores de enfermagem pode representar até 60% do quadro de pessoal, o investimento realizado nesta área poderá refletir significativamente nos resultados da Instituição. Ainda, cabe ressaltar que o contexto produtivo se altera rapidamente, a velocidade das mudanças tecnológicas gera desequilíbrios constantes entre qualificação e competência das pessoas. Diante de tais considerandos e por acreditar que para a organização acompanhar as mudanças do mundo do trabalho, os profissionais devem ser cada vez mais qualificados, atualizados, portanto, faz-se necessário investimentos em recursos humanos que possam mantê-los competentes, contribuindo para a saúde e competitividade da organização. Assim, a pesquisa objetivou construir e implantar um programa de desenvolvimento de competências profissionais dos enfermeiros em serviço e identificar as entregas realizadas pelos grupos de enfermeiros. Para tanto, o estudo foi realizado no referencial da pesquisa-ação, numa Instituição hospitalar pública de ensino e pesquisa, de grande porte e de referência na área Cardiovascular. A partir da fase de diagnóstico situacional da organização, campo de estudo, foram constituídos cinco grupos : Sistematização da Assistência de Enfermagem, Auditoria de Enfermagem, Indicadores de Enfermagem, Avaliação e Terapêutica de Feridas e Educação em Enfermagem. A coleta de dados foi realizada com base nos relatórios gerados pelos grupos de estudo, e os resultados foram apontados fundamentando-se na síntese de relatórios, relacionados à proposta de trabalho, descrição de atividades e percepção do pesquisador. Os resultados obtidos foram o desenvolvimento das competências dos diferentes saberes com suas respectivas entregas: saber agir, mobilizar recursos caracterizados pelo trabalho coletivo realizado; comunicar-se percebido no acesso a

informática, na elaboração de padrões normativos e operacionais; o saber aprender, evidenciado perante as dificuldades para a construção do projeto, a busca de aprendizado e do autodesenvolvimento pelo grupo; comprometer-se, assumir responsabilidades percebidas pela adesão ao programa de desenvolvimento de competências; e ter visão estratégica, constatada na elaboração dos diagnósticos situacionais, nas entregas realizadas, e intervenção e modificações necessárias para a melhoria contínua. As entregas relacionaram-se ao desenvolvimento de competências, agregação de valores sociais e econômicos à empresa, impactos de cunho de ensino e pesquisa e de alcance de objetivos pré-determinados nos grupos.

Mediante este estudo, pode-se concluir que é possível realizar a construção e desenvolvimento de competências profissionais em serviço, se houver uma competência organizacional diretiva, subsidiando as ações, possibilitando intervenções com autonomia para tomada de decisões e transformações na natureza do trabalho.

Descritores: Educação Continuada em Enfermagem, Competência Profissional, Educação em Enfermagem.

ABSTRACT

Kobayashi, RM. Developing professional competences of nurses working at the Nursing department of a teaching hospital. [thesis]. São Paulo: School of Nursing of the University of São Paulo. São Paulo, 2007.p.

There are gaps in competence-based human resource management at several health institutions. Considering that human resource management makes a difference in a company and that nursing associates can represent up to 60% of the headcount, investment on this area can significantly and positively affect the results of institutions. It is also worth mentioning that production is undergoing changes very quickly and the velocity of technological changes produce constant unbalances between the qualifications and competences of individuals. Because of these facts and because organizations must follow the changes in the working environment, professionals should be increasingly skilled and aware of the newest knowledge. It is important to invest on human resources for maintaining professionals competent, contributing for the health and competitiveness of the organization. Therefore, the goal of this study was to design a program for developing competences to working nurses via education at the workplace, which allowed for training and ongoing education regarding the competences required for their performance and to identify what was delivered by the nursing teams. This was a research and action-based study at a large, cardiovascular public hospital for teaching and research. Based on the diagnostics of the organization and area of study, five groups were established – Systematization of Nursing Care, Nursing Auditing, Nursing Indicators, Evaluation and Treatment of Wounds and Nursing Education. Data was collected on reports produced by the study groups, related to the goal of the group, activity description and researcher perception. The results obtained led to the development of competences of different types of knowledge and their respective deliveries: know how to act, use resources marked by the collective work performed; perceived communication in IT access, development of normative and operational standards; know how to learn, based on the difficulties for developing the project, the group decided to pursuit their own learning, self-development; commit themselves, take

responsibilities – perceived by adhering to the competence development program; and to have strategic view, confirmed when developing the diagnosis of the situation, what was delivered, and the required intervention and changes for continuous improvement. The deliveries were related to the development of competences, adding socioeconomic values to the company, impact on teaching and development and achievement of goals predetermined by the groups.

Based on the study, it is possible to build and develop professional competences at the workplace, if there is an organizational competence guideline to support the actions and to allow for interventions marked by empowerment for making work-related decisions and changes.

Key words: Continuing Education in Nursing, Professional Competence, Nursing Education.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	
1.1	Trajetória Profissional Percorrida	14
2.	O SIGNIFICADO E A CONSTRUÇÃO DA COMPETENCIA PROFISSIONAL	18
3.	O INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA E O CONTEXTO HISTÓRICO DA ENFERMAGEM	27
4.	OBJETIVOS	35
5.	CONSTRUINDO O ESTUDO NA PERSPECTIVA DA PESQUISA AÇÃO COM GRUPOS DE ESTUDOS	36
5.1	Fase Exploratória: contextualizando a realidade da enfermagem	37
5.2	Campo de Estudo e Amostragem	40
5.2.1	O cenário do estudo	40
5.2.2	As colaboradoras	41
5.3	Fase Técnica de Coleta de Dados	42
5.4	Plano de Ação: Construção de Programa de Desenvolvimento de Competências Profissionais	42
5.5	Fase da Ação: Implantação do Programa de Desenvolvimento de Competências Profissionais	44
6	RELATANDO A CONSTRUÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS	46

6.1	PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DO GRUPO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM (SAE)	46
6.1.1	Proposta de Trabalho	46
6.1.2	Descrição de Atividades	47
6.1.3	Percepções do Pesquisador	51
6.2	A CONSTRUÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DO GRUPO DE AUDITORIA EM ENFERMAGEM	53
6.2.1	Proposta de Trabalho	53
6.2.2	Descrição de Atividades	54
6.2.3	Percepções do Pesquisador	58
6.3	CONSTRUÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DO GRUPO DE INDICADORES DE ENFERMAGEM	60
6.3.1	Proposta de Trabalho	60
6.3.2	Descrição de Atividades	60
6.3.3	Percepção do Pesquisador	64
6.4	CONSTRUÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DO GRUPO DE AVALIAÇÃO E TERAPEUTICA DE FERIDAS	67
6.4.1	Proposta de Trabalho	67
6.4.2	Descrição de Atividades	68
6.4.3	Percepção da Pesquisadora.	72

6.5	CONSTRUÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DO GRUPO DE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM	74
6.5.1	Proposta de Trabalho	74
6.5.2	Descrição de Atividades	75
6.5.3	Percepção do Pesquisador	80
7.	ANÁLISE DOS RESULTADOS	84
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
9.	REFERÊNCIAS	100
10.	ANEXOS EM CD-ROOM	
	ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
	ANEXO 2 - ENTREGAS DO GRUPO DA SAE	
	ANEXO 3 - ENTREGAS DO GRUPO DR AUDITORIA EM ENFERMAGEM	
	ANEXO 4- ENTREGAS DO GRUPO DE INDICADORES DE ENFERMAGEM	
	ANEXO 5 - ENTREGAS DA CATF	
	ANEXO 6- ENTREGAS DE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM	
	ANEXO 7 - ENTREGAS DE PRODUÇÕES CIENTÍFICAS CONCLUÍDAS PUBLICADAS OU DIVULGADAS PELOS GRUPOS DE ESTUDOS ENTRE 2005 A 2007	

1. INTRODUÇÃO

1.1 TRAJETÓRIA PROFISSIONAL PERCORRIDA

A formação e desenvolvimento profissional da equipe de enfermagem sempre foram temas de interesse em minha trajetória profissional.

Iniciei minha vida profissional trabalhando com a formação de auxiliares de enfermagem (AE) quando se valorizava o desenvolvimento de competência técnica na assistência de enfermagem. Por mais de dez anos de trabalho na formação de AE e técnicos de enfermagem (TE), vivenciei as mudanças nos paradigmas educacionais inclusive, voltadas à formação por competências.

Naquela época, como diretora de escola de educação profissional, elaborei, implantei e avaliei o Projeto Político Pedagógico por Competências. Entendia-se, então, por competência "a capacidade de, a partir de conhecimentos, experiências, valores e atitudes, decidir, atuar para solucionar problemas, exercer sua profissão em diferentes situações e desempenhar seu papel social", abarcando as dimensões do aprender a conhecer, o saber fazer, e o saber ser ⁽¹⁾.

Durante esse período, desenvolvi a dissertação de mestrado denominada Noções de Administração de Enfermagem nos Currículos dos Cursos de Técnico de Enfermagem, cujos objetivos consistiram em identificar as competências descritas nos Planos de Ensino da disciplina Noções de Administração em Enfermagem, em cursos de Técnicos de Enfermagem da cidade de São Paulo.

Os resultados obtidos mostraram que a ênfase dos currículos era no desenvolvimento de competências nas dimensões do saber fazer e do aprender a conhecer, essenciais para a atuação profissional, entretanto, a competência do saber ser não foi contemplada nos currículos analisados.

Naquele período também fui tutora na formação de enfermeiros educadores por meio do Ensino a Distância no Curso de Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem (PROFAE). O desafio era conduzir a formação do enfermeiro educador ante as mudanças nas Diretrizes Curriculares da Educação Profissional, tendo como eixo o referencial de competências.

A proposta era de estruturar e desenvolver o processo educativo a distância, destinado ao enfermeiro para construção e desenvolvimento de um perfil profissional e rol de competências desejadas e necessárias ao atendimento das demandas locais do mercado de trabalho, a começar dos diagnósticos situacionais realizados.

Trabalhou-se, portanto, com a construção de um perfil de enfermeiro educador que, considerando a problematização de seu local e do ambiente de trabalho, pudesse elaborar o Projeto Político Pedagógico visando a intervir e a transformar a natureza, rever conceitos de saúde-doença, de processo educativo, das metodologias de ensino e avaliação, no referencial de desenvolvimento de competências necessárias para o mundo do trabalho.

Posteriormente, ao assumir a Gerência de um Serviço de Enfermagem e compartilhar experiências com outros gestores, constatei que, manter a equipe de enfermagem atualizada, competente para o cargo assumido no trabalho, acompanhando as evoluções tecnológicas em contínuas e rápidas transformações, era um dos desafios tanto para a equipe, como para os Serviços de Educação Continuada.

Atualmente, como Diretora do Serviço de Educação Continuada de um hospital público, de referência em ensino e pesquisa na área de cardiologia, identifico dificuldades dos enfermeiros quanto à inserção no mundo do trabalho, de compreensão das relações que se constituem pelas determinantes da cultura organizacional, do poder e das relações interpessoais, da falta de visão estratégica empresarial, bem como a dificuldade de atuação com foco em gestão de projetos, buscando resultados que favoreçam não só a qualidade assistencial, mas a saúde das instituições.

Especificamente no serviço atual, iniciei as atividades em 2004, contratada para desenvolver uma proposta de capacitação numa fase transitória de reestruturação da equipe de enfermagem, priorizando modelos de gestão dos processos de trabalho com foco em resultados.

Dessa forma, pretendia-se ter uma equipe de enfermagem com atitude pró-ativa, visão de construção coletiva, de transformação dos processos de trabalho, tendo como eixo a formação de competências profissionais e a apresentação de resultados, características estas valorizadas na atual gestão.

Como consequência de minha trajetória profissional, das experiências com a educação dos profissionais de enfermagem, percebi que há falta de projetos políticos pedagógicos para a formação de enfermeiros, bem como de programas de desenvolvimento dos colaboradores por competências, de forma permanente, continuada, que efetivamente possibilitassem manter os enfermeiros competentes, com flexibilidade e adaptabilidade às mudanças do mundo do trabalho, e demais condições para empregabilidade no âmbito organizacional.

As lacunas existentes na gestão de recursos humanos por competências são uma realidade em diferentes instituições de saúde de forma geral. Ao considerar que a gestão de recursos humanos faz o diferencial das empresas, inclusive porque o percentual de colaboradores de enfermagem pode representar até 60% do quadro de pessoal, o investimento realizado nesta área poderia refletir significativamente nos resultados da Instituição.

Ainda, cabe ressaltar que os contextos produtivos se alteram rapidamente, a velocidade das mudanças tecnológicas gera desequilíbrios constantes entre qualificações e talentos e o conhecimento das pessoas.

Diante de tais considerandos e por acreditar que para a organização acompanhar as mudanças do mundo do trabalho, os profissionais devam ser cada vez mais qualificados, atualizados, de forma que os investimentos realizados em recursos humanos revertam para manutenção da saúde e competitividade da organização. Portanto, desenvolver competências nos colaboradores poderia ser um diferencial para o trabalho em enfermagem.

A formação de competência profissional pressupõe a transferência da aprendizagem pautada nos conteúdos para uma aprendizagem baseada na integração teoria-prática. Na reflexão e na teorização, diante das ações da prática profissional, preferencialmente, realizada em situações reais do trabalho, é que os colaboradores constroem e desenvolvem capacidades. Orientar o processo ensino-aprendizagem por

competência tem, por definição, um caráter prático e social. Os conteúdos passam a ser explorados, considerando-se o significado a eles atribuídos, sua consistência e funcionalidade para o enfrentamento de situações reais e complexas.

Situações reais ou simuladas da prática profissional garantem uma aproximação imediata da aprendizagem ao mundo do trabalho, favorecendo a construção de novos saberes diante do reconhecimento da prática em questão e do potencial significativo das ações observadas e/ou realizadas, assim como da funcionalidade das capacidades a serem desenvolvidas para melhor qualificar essas ações.

Portanto, desenvolver este estudo sobre competências teve como diretriz, construir um programa de desenvolvimento de competências do enfermeiro atuante no mercado de trabalho, por meio de educação em serviço, que permitisse a capacitação e a formação contínua de competências necessárias para a atuação profissional diante do mundo do trabalho.

O estudo buscou, então, mostrar as possibilidades, dificuldades e facilidades de se construir um programa de desenvolvimento de competência profissional de grupos de enfermeiros, em serviço e identificar as entregas deste investimento.

Com o início deste estudo, realizou-se a busca de literatura sobre competências profissionais e formação de competências profissionais apresentadas no capítulo subsequente.

2. O SIGNIFICADO E A CONSTRUÇÃO DA COMPETÊNCIA PROFISSIONAL

Um dos precursores da noção de competência definiu-a como uma característica da pessoa relacionada casualmente com desempenho superior na realização de uma tarefa ou em determinada situação. Diferenciou a competência de aptidões, as quais podem vir a ser aprimoradas, de habilidades, que são a demonstração de um talento particular na prática e de conhecimentos, que são o que as pessoas precisam saber para desempenhar uma tarefa ⁽²⁾.

Na década de 1980, a competência foi conceituada como conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA), ou o conjunto de capacidades humanas, que justificavam um alto desempenho, acreditando que os melhores desempenhos estavam fundamentados na inteligência e personalidade das pessoas ⁽³⁾.

Na França, os movimentos trabalhistas fortaleceram as pesquisas sobre os deslocamentos conceituais de qualificação para competência. As literaturas significativas situaram a competência numa encruzilhada, com três eixos formados pela pessoa (sua biografia, socialização), pela sua formação educacional e pela sua experiência profissional, ilustrados na figura 1.

Fig. 1 – A encruzilhada da competência

Fonte: Le Boterf, 1995

A competência foi descrita, então, como o conjunto de aprendizagens sociais e comunicacionais nutridas pela aprendizagem e formação e ajustadas pelo sistema de avaliações. Competência é um saber agir responsável e que é reconhecido pelos outros. Implica em saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num contexto profissional determinado ⁽⁴⁾.

Este movimento, observado nas empresas francesas, de introduzir novas práticas de codificação do trabalho em termos de competências, foi sendo verificado em outros países da Comunidade Européia (Inglaterra, Alemanha, Itália dentre outros.) para romper com os modos preexistentes de designação, promoção e de remuneração do trabalho, tais como eram difundidos com o nome de *job skills* e *job evaluation* ⁽⁵⁾. Ainda na França, definiu-se competência como a inteligência prática para situações que se apoiavam sobre os conhecimentos adquiridos e os transformavam com tanto mais força,

quanto mais aumentava a complexidade das situações. A competência do indivíduo não era um estado, não se reduzia a um conhecimento ou *know how* específico ⁽⁶⁾.

No contexto brasileiro, a abordagem da competência causou repercussões no campo da filosofia, economia, sociologia, psicologia e educação. Embora tenham discutido o tema sob diferentes prismas e enfoques teóricos, explicitavam uma postura comum de perspectiva analítica crítica, humanizadora e emancipatória no processo formativo ⁽⁷⁻⁹⁾.

Os principais aspectos da competência encontrados em literatura foram relativos à formação, capacitação, ação, articulação de recursos, resultados, questionamento, autodesenvolvimento e interação, que constituíram os elementos articulados pelas pessoas no exercício do trabalho, reunindo o que o ser humano lança mão para desempenhar o seu trabalho ⁽¹⁰⁾.

A abordagem dialógica de competência reconhece e considera a história das pessoas e das sociedades nos seus processos de reprodução ou de transformação dos saberes e valores que legitimam os atributos e os resultados esperados numa determinada área profissional. Esta explicitação permite um processo mais aberto de exploração das distintas concepções, interesses, valores e ideologias, que invariavelmente governam e determinam a intencionalidade dos processos educativos, porém nem sempre são discutidos de um modo mais participativo e democrático pela sociedade ⁽¹¹⁾.

Uma determinada sociedade considera como sendo legítimo e/ou legal a construção determinada pela história, pela cultura e pelo desenvolvimento técnico-científico e ético-cultural dessa sociedade, colocando em questão a competência no campo dos conflitos de interesse, das relações socioeconômicas, das disputas ideológicas e de poder nas sociedades ⁽¹²⁾.

As retrospectivas históricas, relativas à abordagem dos significados da competência, mostram tendências como flexibilização da produção e reestruturação das ocupações; integração de setores da produção; multifuncionalidade e polivalência dos trabalhadores; valorização dos saberes dos trabalhadores não ligados ao trabalho prescrito ou ao conhecimento formalizado, a crescente exigência de produtividade e competitividade e da vertiginosa incorporação de novas tecnologias que requerem

flexibilidade e polivalência dos trabalhadores, decorrentes da inserção de economias em mercados globalizados ^(13,14).

Estudiosos perceberam a competência não só como estoque de recursos que o indivíduo detém para o desenvolvimento da tarefa e do conjunto de tarefas pertinentes a um cargo, mas ainda buscava-se estabelecer a relação entre competências e os saberes – o saber agir – no referencial da formação e do trabalho, considerando-se que havia descompasso entre o mundo do trabalho e a capacitação dos trabalhadores ⁽¹⁵⁾.

Outro autor agregou à noção de competência o conceito de entrega, ou seja, de contribuição. As pessoas atuavam como agentes de transformação de conhecimento, habilidade e atitudes, em competências entregues à organização, ressaltando o entendimento de agregação de valor como algo que a pessoa entrega para a organização de forma efetiva e a melhorar processos ou introduzir tecnologias e não somente como atingir metas organizacionais ⁽¹⁶⁾.

A competência foi também definida como um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo ⁽¹⁷⁾.

A introdução da expressão “agregar valor” implicava que o desenvolvimento e combinação das competências individuais, deveriam resultar no desenvolvimento de competências organizacionais e alinhadas à estratégia organizacional. Esse desenvolvimento de competências, que é construído em torno dos recursos e pessoas, implicaria que a gestão de recursos humanos estivesse fundamentada no desenvolvimento das competências individuais e da responsabilidade compartilhada para o alcance dos objetivos organizacionais ⁽¹¹⁾.

Os autores sistematizaram a construção do conceito de competência ilustrada na figura 2:

Fig. 2 – Competências como fonte de valor para o indivíduo e organização.

Fonte: Fleury (2004)

Pela literatura, pôde-se constatar que a construção do significado de competência profissional está relacionada à capacidade do indivíduo que, ao inserir-se no mundo do trabalho, no contexto organizacional, mobiliza suas capacidades para atendimento às demandas da organização, contribuindo para a construção das competências organizacionais.

Entenda-se por competência organizacional associada, sob o ponto de vista acadêmico e empresarial, a diferentes instâncias de compreensão: no nível da pessoa (a competência do indivíduo), das organizações (*core competences*) e dos países (sistemas educacionais e formação de competências)⁽¹⁸⁾.

O conceito de competência organizacional teve suas raízes na abordagem da organização como um *portfólio* de recursos físico, financeiro, organizacional e de recursos humanos^(17,19,20).

Atualmente, na literatura, entende-se por recurso o conhecimento e as habilidades adquiridas pela organização ao longo do tempo e as pessoas que inseridas nestes contextos, geram e sustentam as competências organizacionais ⁽²¹⁾.

Estes conceitos foram importantes na construção da competência organizacional, pois trouxeram em comum o recurso humano como um recurso diferencial, distintivo na organização. Dependendo das estratégias que a empresa possa adotar, pode fazer diferença na vantagem competitiva ⁽¹⁷⁾.

Várias literaturas ainda apontam que, nas organizações há um contínuo compartilhamento de competências em que a organização transfere seu patrimônio para seus colaboradores, enriquecendo-os e preparando-os para as novas situações profissionais e pessoais. Ao se desenvolverem, transferem à organização seu aprendizado, capacitando-a a enfrentar novos desafios.

Os profissionais, ao colocarem em prática o patrimônio de conhecimentos da organização, concretizam as competências organizacionais e fazem sua adequação ao contexto. Ao utilizarem-se, de forma consciente, o patrimônio de conhecimento da organização, validam-no ou implementam modificações necessárias para aprimorá-lo. A agregação de valor das pessoas é, portanto, a sua contribuição efetiva ao patrimônio de conhecimentos da organização, permitindo-lhe manter a vantagem competitiva ²¹.

As competências evoluem e se desenvolvem com a experiência, mas nenhuma é definitiva: todas se tornam rapidamente obsoletas, necessitando de atualização permanente. Nesse sentido, no mundo moderno, a competência principal de uma pessoa é permanecer competente.

Dessa forma, a competência profissional deveria incluir a capacidade técnica, ou domínio cognitivo ou habilidade em uma profissão ou técnica, a capacidade relacional *ou o* trabalhar em grupo e responder a formas estruturadas de comportamento como normas e padrões qualitativos de ação; a capacidade de adaptação, a capacidade criativa e a avaliação das condições de trabalho ⁽²¹⁾.

A proposta em relação às competências originou diferentes arranjos não só entre as pessoas, como em relação aos recursos e aos processos. Assim, na organização, é necessário que as pessoas desenvolvam as competências sobre processos, relativas aos conhecimentos sobre do processo de trabalho; as competências técnicas, de

conhecimentos específicos do trabalho que devem ser realizados; as competências sobre a organização, relacionadas a saber organizar os fluxos de trabalho; competências de serviço, que buscavam aliar a competência técnica à avaliação do impacto que este produto ou serviço terá sobre o consumidor; e competências sociais, que diziam respeito ao saber ser, incluindo atitudes que sustentavam o comportamento das pessoas ⁽⁶⁾.

Neste trabalho, após análise da literatura sobre o significado de competência profissional, a noção de competência profissional é entendida como um conjunto de capacidades (conhecimentos, habilidades e atitudes) que, dentro de um contexto situacional, mobiliza recursos para atender a uma determinada demanda de entrega e agrega valores sociais ao indivíduo e valores econômicos à organização ^(17,21).

Entretanto, cabe ressaltar que o alcance da competência profissional é complexo uma vez que envolve competências individuais e coletivas. O colaborador tem que articular experiências e aprendizagens individuais no âmbito da organização, e há resistência em enxergar as competências não como um evento isolado ou programa pontual, mas como uma estratégia articulada voltada ao desenvolvimento contínuo e integral das pessoas e da organização. Há uma preocupação excessiva em criar listas de atributos, instrumentos de avaliação e metodologias complexas, privilegiando o produto e perdendo o foco na importância do processo e formação pessoal e profissional do trabalhador ⁽²³⁾.

Outra questão que tem suscitado discussões entre os autores que estudam este tema, como nas organizações que buscam a gestão por competências, é como se dá a construção da competência profissional do indivíduo, inserido na organização.

A grande maioria dos autores tem considerado que a construção de competências profissionais deve ocorrer no contexto organizacional, principalmente, porque as mudanças no mundo do trabalho afetam as organizações e, conseqüentemente, podem repercutir em necessidades de mudanças na formação profissional, na capacitação contínua e na gestão de recursos humanos.

Foi proposto em um estudo que o processo de desenvolvimento de competências das pessoas nas organizações, aconteça em contexto profissional específico, agregando valor ao indivíduo e à organização ⁽⁴⁾.

Para esse autor, a formação de competências na organização, pode ser realizado no nível individual, no nível grupal e no nível da organização que se expressa em diversos artefatos organizacionais, como na estrutura, no conjunto de regras e procedimentos e elementos simbólicos, quando o processo de aprendizagem individual, de compreensão e interpretação é partilhado pelo grupo ⁽⁴⁾.

Ainda, segundo o mesmo autor, as organizações teriam sistemas cognitivos e memórias; desenvolvendo rotinas, procedimentos relativamente padronizados para lidar com os problemas internos e externos. Estas rotinas são incorporadas, de forma explícita ou inconsciente, na memória organizacional. A mudança em processos, estruturas ou comportamentos não seriam os únicos indicadores de que a aprendizagem aconteceu, mas sim, a possibilidade deste conhecimento ser recuperado pelos membros da organização ⁽⁴⁾.

Além disso, o processo de aprendizagem em uma organização envolveria não só a elaboração de novos mapas cognitivos, que possibilitassem compreender o que está ocorrendo nos ambientes externos e internos da organização, como também a definição de novos comportamentos que comprovariam a efetividade do aprendizado.

Para outra autora, a aprendizagem apresentava duas faces: a do conhecimento explícito, resultante de repetições e rotinas e a do conhecimento que poderia ser explicado e codificado, que envolvia o ajustamento de crenças e normas, resultando novos quadros de referência, novas habilidades, chegando a desaprender coisas que fizeram sucesso no passado e que hoje não teriam mais razão de ser ⁽²⁴⁾.

Sob outro ponto de vista, o processo de construção da competência implicaria em rupturas tanto na dinâmica interna dos espaços institucionais como na dos demais espaços sociais em que esse indivíduo atua como cidadão, ao se basear em habilidades que envolvem todas as dimensões do indivíduo com ênfase na capacidade de crítica e de autonomia, no espírito de iniciativa com audácia, na responsabilidade e na flexibilidade em face da mudança e do inusitado, além da visão empreendedora ⁽²⁵⁾.

Assim, a formação de competências estaria relacionada à definição da estratégia organizacional. A organização, situada em um ambiente institucional, definiria a sua estratégia e as competências necessárias para implementá-la, num processo de

aprendizagem permanente. Não existiria uma ordem de precedência, mas um círculo, em que uma alimentaria a outra mediante o processo de aprendizagem ⁽¹⁵⁾.

Segundo a autora, para desenvolver as competências em uma organização, seria necessário percorrer o caminho que vai da aprendizagem individual, para a aprendizagem em grupo e para aprendizagem na organização. Aprendizagem pode ser assim pensada como um processo de mudança, provocado por estímulos diversos, mediado por emoções, que pode vir ou não a se manifestar em mudança no comportamento da pessoa, que apreende um conhecimento ⁽¹⁶⁾.

Diante disso, a construção de programas educacionais, orientados por competência, seleciona os conteúdos legítimos e relevantes para a formação e define seus processos pedagógicos para o desenvolvimento prioritário de tarefas e resultados (fazer) fundamentados por um modelo comportamental da educação e psicologia; de atributos, fortemente centrados no conhecimento (saber), uma vez que quem sabe ou conhece é capaz de fazer; ou da prática profissional em diferentes contextos, a começar de uma combinação de atributos empregados para a realização de ações, segundo padrões de excelência socialmente construídos.

Neste estudo, a proposta de constituir um programa de desenvolvimento orientado por competências profissionais, foi realizada compreendendo o processo educativo como um processo contínuo, de transformação da natureza, na qual as pessoas são os diferenciais na organização, bem como o investimento nos recursos humanos e suas ações agregadas de valores serão a competência distintiva para o desenvolvimento de processos de trabalho com excelência.

3 O INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA E O CONTEXTO HISTÓRICO DA ENFERMAGEM

O Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC) foi criado pela Lei n.º 2.552 de 13.01.1954, por Dr. Dante Pazzanese, com o nome de Instituto de Cardiologia do Estado de São Paulo, (ICESP) ⁽²⁶⁻²⁹⁾.

Sua primeira sede situava-se na Avenida Paulista, 392, em frente ao Instituto Pasteur. Os primeiros diretores do Instituto foram Dante Pazzanese como Diretor Geral e Leovegildo Mendonça de Barros como Diretor Técnico ^(26,27).

Em 1958, o Instituto foi transferido para o Ibirapuera, mas, uma vez que não havia no ICESP estrutura para internação ou cirurgia, Dante Pazzanese intermediou um convênio iniciado em 1959, com a Beneficência Portuguesa de São Paulo para uso de 12 leitos, logo ampliado para 52 no início de 1960 ^(26,27).

Em 1959, foi criado o programa de residência médica sendo que a Instituição, em menos de uma década, destacou-se nos campos assistencial e de pesquisa, de tecnologia no setor de ensino de pós-graduação, ultrapassando a modesta função assistencial da época de sua criação ^(26,27).

Outra área desenvolvida nesse período foi a área de Bioengenharia, denominada CTE – Centro Técnico de Experimentos, que objetivava desenvolver tecnologia aplicada à cardiologia, centrado na pesquisa e não na produção em escala industrial ^(26,27,30).

Os vários avanços e contribuições na cardiologia brasileira permitiram, ao Instituto e ao país, situação de contemporaneidade com as investigações e posição de destaque no cenário internacional ⁽³¹⁾.

Estes fatores contribuíram também para que Dr. Dante conseguisse com o governador Laudo Natel, no início de 1970, a verba para construir o prédio do hospital do Instituto, com capacidade para 100 leitos ^(26,27).

A preocupação com os problemas sociais, enfrentados pelos pacientes e familiares, levou à fundação da Associação Nacional de Assistência ao Cardíaco

(ANAC), com o objetivo de amparar cardiopatas de baixa renda que procuravam o Instituto em busca de tratamento e cura, com capacidade para acolher 50 pacientes ^(26,32).

Dr. Dante Pazzanese faleceu em 9 de janeiro de 1975, e numa justa homenagem, no mesmo ano de sua morte, o ICESP passou a se chamar Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia ^(26,26,31).

O Dr. Jatene assumiu a Diretoria do Instituto até 1979 e em 1984 foi criada a Fundação Adib Jatene, “pessoa jurídica de direito privado, de natureza cultural e técnico-científica, sem fins lucrativos, filantrópica, tem como finalidade precípua fomentar e realizar pesquisas e prestar serviços nas áreas de saúde, bioengenharia, biofísica, física médica e instrumentação”, além de gerir os recursos financeiros advindos do faturamento da produção do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia ^(26,33).

Teve como sucessores o Dr. Helio Maximiano de Magalhães e, em 1984, o Dr. José Eduardo M. R. Sousa. Em 1991, o Instituto foi vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), passou a fazer parte da Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo ⁽²⁶⁾.

No campo da pesquisa, a participação em estudos multicêntricos nacionais e internacionais, com liderança nas inclusões de pacientes na maioria deles, tornou-se uma das marcas de atuação do IDPC ^(27,29,34,35). E ainda, a seriedade com que a Residência Médica foi conduzida teve seu mérito reconhecido com a Resolução – USP n.º 3.900 de 18 de dezembro de 1991, baseada na Resolução da Secretaria de Estado da Saúde n.º 183 de 9 de maio de 1991, época, em que o Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia passou a ser Entidade Associada à Universidade de São Paulo para fins de pós-graduação, nível doutorado, na área médica ^(36,37).

Em 2004, Dr. Leopoldo Soares Piegas assume a Diretoria Geral, após a aposentadoria do Dr. José Eduardo M. R. Sousa.

Para esta nova gestão, a partir de 2004, com a reestruturação de alguns setores e aquisição de novos equipamentos, esperava-se um aumento de 15% na demanda de atendimentos. Com o término da construção e o pleno funcionamento da unidade hospitalar III, havia a previsão de duplicação do número de leitos disponíveis para o atendimento à população ⁽³⁸⁾.

Mais recentemente, em 2006 foi inaugurado o prédio três e em abril de 2007, a Instituição recebeu a certificação de qualidade nível 1 tendo sido acreditada pela Organização Nacional de Acreditação.

No que se referiu à construção histórica do Serviço de Enfermagem, foi realizado um resgate da descrição dos fatos, retroagindo ao ano de 1972 quando teve início este serviço na Instituição ⁽³⁹⁾, organizado pelas enfermeiras Berenice M Martinez e Maria Pelares ⁽⁴⁰⁾.

Na década de 1980, foi conquistada a “Diretoria Técnica” (D.O.E. 23.02.80) quando a Divisão de Enfermagem passou a comportar Seções de Enfermagem de Ambulatório e de Enfermagem Hospitalar; e quatro Setores de Terapia intensiva e Emergência, Centro Cirúrgico, Pediatria e de Adultos. Outra conquista foi ter criado, no início desse período, o Curso de Aprimoramento em Enfermagem Cardiológica com o objetivo principal de formar profissionais para o atendimento direto ao paciente ⁽⁴¹⁻⁴³⁾.

A filosofia da Divisão de Enfermagem do IDPC foi, desde sua criação, oferecer assistência sistematizada ao cliente, vinculada ao ensino e à pesquisa, tendo como preocupação a qualidade da assistência hospitalar e ambulatorial oferecida à comunidade, sendo a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) implantada neste momento e desenvolvida até os dias atuais, com os enfermeiros envolvidos prioritariamente no planejamento, implementação e avaliação dos cuidados prestados aos clientes ^(42,43).

Em 1979, foi introduzido o Processo de Enfermagem de Wanda Horta, constituída de três fases: histórico, evolução e prescrição, adaptado à realidade do hospital, entretanto no início da década de 1980, foi realizada a primeira avaliação deste modelo de SAE quando houve redução de 30% no número de enfermeiras, dificultando a continuidade da sistematização ^(42,43,45).

Em 1984, com a segunda avaliação da SAE, foi ampliado o tempo para execução do histórico em até 24h após a internação e o preenchimento passou a ser responsabilidade das enfermeiras dos três plantões, centrado em problemas e dirigido para os clientes com afecções cardiovasculares. Elaborou-se também um guia instrucional para uniformizar os registros e facilitar o ensino e a pesquisa ^(40, 42-44).

A partir de 1987, com a reposição e vagas de enfermagem, pelo programa das Ações Integradas de Saúde (AIS) e o apoio do diretor da Instituição para o aumento do quadro de pessoal por meio da Fundação Adib Jatene (FAJ), no Instituto Dante Pazzanese, contribuiu para o aprimoramento da sistematização, uma vez que o plano assistencial foi substituído pelo mapa de problemas identificados no histórico ⁽⁴⁴⁾.

No início de 1980, o Processo de Enfermagem foi reformulado, acrescentando-se a fase de diagnóstico de enfermagem. Na época, foram realizados cursos para incorporação da Taxonomia I da NANDA (Nursing Activities Diagnosis) focando diagnósticos de enfermagem, com finalidade específica de preparar as enfermeiras para esta utilização e iniciar experiências com o julgamento clínico.

Ao longo da construção da sistematização da assistência de enfermagem na Instituição, foram vários os desafios para implementação do processo, tendo sido necessário determinar o referencial teórico em reuniões com o corpo de enfermagem, reuniões com diversas diretorias para discutir aspectos administrativos. Foi também necessário fazer o levantamento dos recursos humanos, pois se não houvesse um contingente adequado, especialmente de enfermeiros, com certeza encontrariam dificuldade na implementação da SAE ⁽⁴²⁾.

Outra dificuldade sentida, pela diretoria, na época foi a existência de elementos da equipe de saúde que consideravam a SAE como uma atividade burocrática. Procurou-se atenuar esses problemas oferecendo semestralmente curso de aprimoramento em diagnóstico de enfermagem.

Como resultado desse trabalho, a Enfermagem conquistou, ao longo dos anos, a autonomia e o respeito perante outras instituições de saúde do Brasil. Sob a óptica do paciente, isso significou ainda um atendimento diferenciado, com ênfase em seu conforto e bem-estar ^(40,42-44,46).

A SAE permitiu, ainda, o desenvolvimento de estudos acadêmicos dos enfermeiros da Instituição, como dissertações, teses e, também, monografias de conclusão de curso das aprimorandas de enfermagem. Assim, a Enfermagem do IDPC foi reconhecida como responsável pelo maior número de pesquisas científicas na área de enfermagem em todo o Brasil em nível hospitalar, conforme o constatado por pesquisa realizada pela ABEN (Associação Brasileira de Enfermagem), em 1995.

Esta experiência favoreceu o desenvolvimento de projeto integrado de pesquisa da Divisão de Enfermagem do IDPC com o Departamento de Enfermagem – UNIFESP/EPM e a Diretoria de Enfermagem do Hospital São Paulo, com o propósito de desenvolver estudos sobre a SAE na prática assistencial em hospitais-escola sendo o Serviço do IDPC, responsável pela identificação e validação de diagnósticos de enfermagem. Por estes estudos realizados, pode-se perceber o desenvolvimento da competência de ensino e pesquisa dos enfermeiros

Percebe-se, ao longo desta trajetória histórica de três décadas com quatro gestores em enfermagem, ter sido desenvolvida nos enfermeiros, a competência assistencial; e, a partir da década de 1980, com o início do curso de Aprimoramento em Enfermagem Cardiológica, a competência para o ensino e para a pesquisa, com especificidade para a SAE.

Em 2004, com a mudança na Diretoria Geral do IDPC, foram instituídas mudanças estruturais em que, assume a Diretoria Técnica da Divisão de Enfermagem, a enfermeira Dr.^a Andréa Cotait Ayoub, e na Diretoria Técnica de Serviço de Educação Continuada, a pesquisadora deste estudo.

A essência do Serviço de Enfermagem nesta gestão continuou sendo o CUIDAR, o ASSISTIR o paciente com qualidade, de forma integral, humanizada, individualizada, com foco em integralidade e qualidade na prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde população principalmente daquela com problemas cardiovasculares.

Os processos de trabalho da assistência, ensino e pesquisa, até então instituídos, foram mantidos. Incluiu-se a gestão com desenvolvimento de competências profissionais que agregassem valores à Instituição e aos indivíduos, e contribuíssem efetivamente para os resultados organizacionais, resgatando e valorizando as construções históricas, desde sua criação.

Para melhor compreender o desenvolvimento de competências profissionais, especificamente na enfermagem, buscou-se na literatura o que já havia sido descrito sobre a temática e foram encontradas 107 produções entre 1995 e 2006, sendo relacionadas às áreas de educação (47%), de gestão (32%) e de assistência (20%). Na área da pesquisa, somente uma literatura foi encontrada.

No que diz respeito a educação, os temas abordados eram relacionados à formação, a conhecimentos, aos processos ensino-aprendizagem, à competência docente, aos processos avaliativos, às expectativas e à avaliação do egresso.

No âmbito do processo de trabalho administrativo ou de gestão, os temas abordavam qualidade, resultados, melhoria contínua, quer por meio de contínuas avaliações, quer pela melhora no desenvolvimento das competências atitudinais dos profissionais, implicando inclusive no trabalhar os aspectos ético-culturais, de crenças e valores individuais.

Em relação à assistência, verificou-se a abordagem da competência clínica como sendo essencial para o trabalho da enfermagem focado no cuidado, na assistência à saúde do paciente, competência esta, perceptível principalmente no desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Em um outro estudo, que objetivou identificar literaturas nacionais sobre a competência educativa dos enfermeiros em serviço, os resultados mostraram que encontram-se em três grandes grupos: o da competência educativa na assistência (41%), que discutia, entre outros temas, a educação da comunidade, do adulto hospitalizado e desenvolvimento da competência clínica; o de ensino (56%), que abordava sobre o ensino superior e enfatizou a formação e currículo por competência, a capacitação em serviço e a educação profissional; e do grupo da gestão (4%) que discutia sobre o perfil e identidade do enfermeiro ⁽⁴⁷⁾.

Apesar de terem sido encontradas literaturas acerca da competência profissional em enfermagem, nenhuma literatura descrevia, entretanto, como desenvolver competências nos enfermeiros por meio de educação em serviço, continuada ou permanente, com especificidade em enfermagem cardiológica, campo deste estudo.

Assim, neste contexto, tendo sido convidada a reestruturar o Serviço de Educação Continuada, com o desafio de desenvolver os enfermeiros na perspectiva da competência profissional, iniciou-se o trabalho de diagnóstico situacional, identificando o perfil e o rol de competências dos enfermeiros desta Instituição, para posteriormente implementar um programa de educação continuada sob referencial de desenvolvimento de competências profissionais do trabalhador de enfermagem, para atender às demandas

das contínuas transformações do mundo do trabalho e capacitações para a manutenção da empregabilidade com qualidade nas entregas.

Dessa forma, inicialmente, foi realizado o diagnóstico relativo ao perfil profissional dos enfermeiros da Instituição, com levantamento de suas competências e as reais necessidades de capacitação ante às propostas de trabalho da nova gestão.

Os resultados do estudo que teve como objetivo caracterizar o perfil e identificar as necessidades de desenvolvimento do enfermeiro atuante num hospital de ensino, governamental, de referência em cardiologia, mostraram que os temas mais solicitados para capacitação por parte dos enfermeiros foram Gestão de qualidade e Indicadores, de Recursos materiais, de Recursos Humanos e competências profissionais, Custos e Auditoria. Outros temas mais específicos voltados para a Cardiologia foram Cardiopatias Congênitas, Atendimento pré e pós-operatório, Atendimento em PCR, Hemodinâmica, assistência ao Doador⁽⁴⁸⁾.

Paralelamente a este estudo, outro visando a identificar as competências do enfermeiro em hospital cardiológico, sob o ponto de vista destes sujeitos, identificou que 40% eram relativas à competência assistencial, 38% de gestão, 19% de ensino e 3% de pesquisa. Um fator preocupante neste estudo foi identificar que, apesar da Instituição ser referência em SAE, esta competência assistencial de desenvolver a SAE foi citada somente em 10% das respostas dos enfermeiros⁽⁴⁹⁾.

Ainda, pôde se perceber que o perfil de enfermeiras era de 92% de força de trabalho feminino, 73% de graduadas há mais de 15 anos, 72% gostavam de trabalhar na Instituição e que nos últimos três anos, 50% haviam feito cursos de capacitação profissional e 52% egressas do curso de aprimoramento em enfermagem cardiovascular⁽⁴⁸⁾.

No período em que eram desenvolvidos os estudos, várias reuniões integrativas e visitas técnicas nos diversos setores do hospital foram realizadas e alguns fatores foram citados como determinantes na condução do processo de trabalho. Referiu-se ao subdimensionamento de enfermeiros nas unidades e a dificuldade de re-alocar ou mobilizar recursos humanos para diversos setores do hospital. Outros fatores apontados foram à centralização das informações e decisões nas chefias; as deficiências na comunicação entre diretorias, chefias, funcionários e com outras equipes.

Em face de tais diagnósticos, o Serviço de Educação Continuada foi reestruturado, de forma a atuar no investimento em formação, atualização, aprimoramento, educação permanente dos enfermeiros com especificidade em enfermagem cardiovascular, com competências profissionais para ser inserido no mundo do trabalho, atuar e transformar o contexto em busca de melhorias contínuas.

Uma mudança realizada, prioritariamente, foi de transformações significativas no Projeto Político Pedagógico e conseqüentemente no perfil e competências de conclusão do enfermeiro do Curso de Aprimoramento em Enfermagem Cardiovascular, conforme as diretrizes da gestão atual. Esta medida foi tomada, considerando-se que cerca de 52% do quadro de enfermeiros eram egressos deste curso e que futuras contratações poderiam incluir novos egressos. Outro fato contributivo para esta decisão foi em decorrência de que anualmente, cerca de 24 enfermeiros circulariam pelo hospital desenvolvendo o aprimoramento em serviço e que com a mudança no perfil, exigiria novas competências dos preceptores e docentes deste curso.

Institucionalmente, era almejado também desenvolver nos enfermeiros o gerenciamento que possibilitasse melhor otimização, racionalização e re-alocação de recursos; estabelecimento, mensuração e monitoramento de Indicadores de quantidade e qualidade do Serviço de Enfermagem visando ao alcance de metas e, finalmente, desenvolver e divulgar as pesquisas que contribuíssem para o crescimento da profissão.

Justifica-se, portanto, a realização deste estudo em busca da construção e desenvolvimento de competências profissionais em serviço, visando transformar a natureza do trabalho e, assim, propor melhorias contínuas no desenvolvimento dos processos de trabalho de Enfermagem.

4 OBJETIVOS

- Construir e implantar um programa de desenvolvimento de competências dos enfermeiros em serviço com foco em entregas.
- Identificar as entregas realizadas pelos grupos de enfermeiros.

5 CONSTRUINDO O ESTUDO NA PERSPECTIVA DA PESQUISA AÇÃO COM GRUPOS DE ESTUDOS

Neste estudo, a metodologia adotada foi a de pesquisa-ação, ou seja, um método de pesquisa que agrega diversas técnicas de pesquisa social com as quais se estabelece uma estrutura coletiva, participativa e ativa no nível de captação de informação e requer, portanto, a participação das pessoas envolvidas no problema investigado.

Esse método pressupõe ênfase na análise das diferentes formas de ação. Os temas são limitados ao contexto da pesquisa com base empírica, ou seja, a pesquisa é voltada para a descrição de situações concretas e para intervenção orientada em função da resolução dos problemas efetivamente detectados na coletividade considerada.

A pesquisa-ação é uma estratégia metodológica da pesquisa social na qual existe ampla e explícita interação entre o pesquisador e as pessoas envolvidas na situação investigada; dessa interação resulta a priorização de problemas a serem pesquisados e das soluções a serem encaminhadas em ações concretas; o objeto da investigação não se constitui em pessoas, mas sim em situações sociais e seus problemas; o objetivo da pesquisa-ação pode resolver ou esclarecer os problemas identificados na situação observada; a pesquisa não se limita à ação, pressupõe um aumento do conhecimento e do nível de consciência das pessoas ligadas à situação, bem como um aumento do conhecimento do próprio pesquisador⁽⁵⁰⁾.

Segundo o autor, os princípios da pesquisa-ação apresentam fases que não são rigorosamente sequenciais nos aspectos práticos de concepção e organização do trabalho e o planejamento é passível de adequação às necessidades do pesquisador e dos participantes.

Neste referencial teórico, as fases pertinentes e trabalhadas para o alcance dos objetivos foram: a exploratória, que consistiu em descobrir as expectativas dos interessados em realizar um diagnóstico da situação evidenciando os principais

problemas e eventuais ações; a de campo de estudo e amostragem, que se caracterizou pela delimitação do campo de observação no qual se aplica o tema; a do plano de ação, fase em que, de acordo com o diagnóstico realizado, se elaborou um plano de intervenção e a fase da ação, que compreendeu o momento da concretização da ação planejada, correspondendo ao conjunto de objetivos, análise e a avaliação das ações realizadas com a finalidade de solucionar o problema para posteriormente, elaborar-se a descrição dos resultados.

Na sequência serão abordadas as fases trabalhadas neste estudo.

5.1 FASE EXPLORATÓRIA – CONTEXTUALIZANDO A REALIDADE DA ENFERMAGEM

Em 2004, ocorreu a mudança das Diretorias Técnica do IDPC (Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia), da Divisão de Enfermagem e do Serviço de Educação Continuada. Inicialmente, foi necessário realizar um diagnóstico situacional na Instituição, identificando os pontos críticos a serem trabalhados prioritariamente e os investimentos a serem realizados em busca de resultados e melhorias contínuas.

Em vários momentos, as chefias de enfermagem e enfermeiros expressaram as preocupações em relação à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na Instituição, sobre a necessidade de revisão dos impressos e trabalhar em busca de avanços nos estudos dos diagnósticos de enfermagem e de implantar a SAE em todas as unidades do hospital, conscientizando os enfermeiros quanto à importância de sua realização.

Além das preocupações expressas, as chefias constatavam que os registros de enfermagem nem sempre refletiam o cuidado prestado pela enfermagem, pois, tais registros se mostravam incompletos.

Além disso, por meio de um estudo exploratório na Instituição, em trabalho realizado sobre as competências dos enfermeiros, constatou – se que a realização da SAE foi citada como competência do enfermeiro em menos de 10% pelos sujeitos da pesquisa ⁽⁴⁹⁾.

Diante dessa situação, foi possível constatar a necessidade de intervenções na SAE, para atender às necessidades institucionais e às preocupações apontadas pelos enfermeiros. Portanto, essas preocupações culminaram na proposta de construção de um grupo de estudos sobre a SAE, com o objetivo de manter, atualizar e avançar no que se referia a SAE no hospital, mas agora não só como meio para o desenvolvimento da competência clínica do enfermeiro, mas também como uma ferramenta de gestão para a qualidade da assistência.

Fortalecendo esta questão de adoção de ferramentas para a gestão da assistência, uma das intervenções discutidas foi quanto à implantação de um grupo de estudos de auditoria da assistência de enfermagem. Este grupo teria como finalidade a segurança e qualidade da assistência, o rastreamento de informação registrada em prontuário, a identificação de necessidade de treinamento e o desenvolvimento para melhoria contínua, decorrente da política de qualidade, iniciada em 2002.

Entretanto, outra dificuldade percebida nos enfermeiros era de desenvolver o processo de gestão com mensuração de resultados da enfermagem que permitissem um *feedback* para a equipe em busca de mobilizar-se para a melhoria contínua; portanto, como consequência, verificou-se a necessidade de criar um outro grupo de estudos que construísse, monitorasse e apresentasse resultados de indicadores de enfermagem, visando, inclusive, a estimular a equipe de enfermagem à competitividade saudável na Instituição.

Os ciclos de melhoria contínua exigiam medidas e análise crítica dos resultados, com estabelecimento de metas, prazos, entregas, enfim, passou a existir um método de trabalho pouco difundido na Instituição. A construção de processos, seu monitoramento delimitando prazos e resultados almejados, o trabalho com interfaces setoriais, padrões estes, especificados no manual da Organização Nacional da Acreditação e necessários nos processos de certificação de qualidade ⁵¹ não eram uma realidade na enfermagem, nem na Instituição, o que demandaria todo um trabalho de construção, inclusive no Grupo de Indicadores de Qualidade e Quantidade em Enfermagem de enfermagem.

Um outro fator importante, que não poderia ser deixado de lado, era que na Instituição, referência em cardiologia, que realiza terapêutica clínica e cirúrgica, havia

um grande número de pacientes com diagnóstico de enfermagem de integridade tissular prejudicada.

Em relação às feridas, às condutas terapêuticas, à indicação e utilização de produtos, à avaliação de feridas, os registros eram pouco sistemáticos, em algumas ocasiões divergentes entre os diferentes membros da equipe multiprofissional que atuavam junto no cuidado ao paciente com lesões de pele, conforme evidenciado em prontuários.

Um grupo de estudos sobre feridas já existia na Instituição desde 2000, porém, havia sido desativado. Considerou-se necessário resgatar a consolidação deste grupo para que as normatizações relacionadas à terapêutica com feridas pudessem ser estudadas, padronizadas e implantadas.

Finalmente, considerando que toda mudança requer investimentos em recursos humanos, e que as transformações ocorrem ao fortalecer os processos educacionais, foi constituído o grupo de educação para que os enfermeiros pudessem desenvolver não só a competência do ensino, que envolve o planejar, desenvolver e avaliar os programas educativos, mas também a de compreender, que são desenvolvidos num contexto político-econômico, e que como processo, requerem um contínuo acompanhamento dos elementos capacitados em serviço.

Para a realização dos movimentos de reestruturação acima citados, havia a necessidade de investimento em capacitação dos enfermeiros, considerando-se a educação como um meio de construção coletiva e transformação da natureza, bem como o sujeito deste processo educativo, responsável pelo desenvolvimento de suas potencialidades e competências profissionais.

No perfil dos enfermeiros que atuavam nesta Instituição, foi evidenciado que nos últimos três anos, retroativos a 2004, atualização havia sido realizada por somente 50% dos enfermeiros ⁽⁴⁸⁾.

Cabe ressaltar que a problemática relativa à educação continuada dos enfermeiros foi evidenciada em auditoria diagnóstica para a certificação de qualidade em 2002. Os enfermeiros e suas equipes citavam que os treinamentos existiam, mas não de forma sistemática, contínua, atendendo às necessidades setoriais, assim como a falta de evidências de avaliação, de acompanhamento da eficácia do treinamento realizado.

Trabalhar a uniformização das rotinas e procedimentos, como também adotar medidas de avaliação da eficácia de treinamento, instituir sistemática de acompanhamento e medidas de satisfação dos clientes internos e externos, eram emergentes pois inexistia na Instituição e portanto, demandou a construção do grupo de educação.

Diante desse diagnóstico institucional, durante o período de transição de gestão, optou-se por trabalhar com a sistemática de mobilização de recursos humanos, buscando abranger parte do grupo de enfermeiros interessados em participar dos grupos de estudos, sensibilizar as chefias para a efetividade da participação dos membros da equipe em possíveis projetos a serem realizados na Divisão de Enfermagem e pelo Serviço de Educação Continuada.

Assim, decidiu-se por construir e implantar um programa de desenvolvimento de competências dos enfermeiros em serviço com foco em entregas, pela constituição de cinco grupos de estudos: Indicadores de Qualidade e Quantidade em Enfermagem, de Auditoria da Qualidade em Enfermagem, de Avaliação e Terapêutica em Feridas, de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o de Educação em Enfermagem.

No capítulo adiante, sobre o programa de desenvolvimento de competência profissional, será apresentado maior detalhamento dos grupos constituídos e as dinâmicas para sua operacionalização.

5.2 CAMPO DE ESTUDO E AMOSTRAGEM

5.2.1 O cenário do estudo

Este estudo foi desenvolvido numa Instituição hospitalar pública, de ensino e pesquisa, de grande porte e de referência na área Cardiovascular, localizado na cidade de São Paulo. Conforme já descrito, no capítulo do resgate histórico da Instituição, o instituto tem como missão prestar, com excelência, assistência humanizada em saúde aos portadores de doenças cardiovasculares promovendo o ensino e a pesquisa, por meio da Competência, Qualificação Profissional, Tradição, Confiabilidade e Ética, que são valores primordiais na Instituição.

5.2.2 As colaboradoras

Foram considerados colaboradores, todos os enfermeiros do grupo de estudos que participaram ativamente das atividades e objetivos propostos, e que autorizaram a utilização dos documentos produzidos pelos grupos.

A inscrição no grupo era livre, independente do cargo ocupado. O grupo de SAE foi formado por 17 enfermeiros: uma Diretora do SEC, duas Chefes de enfermagem (ambulatório,UCO), nove enfermeiros (PS, OPO, UCO, UTI Centro Cirúrgico, Enfermaria, Pediatria, Aprimoramento, Serviço de Educação Continuada) e cinco aprimorandas.

O Grupo de Auditoria da Qualidade em Enfermagem foi constituído por 17 enfermeiros, sendo duas diretoras, uma de Divisão de Enfermagem e outra do Serviço de Educação Continuada (SEC), 11 Enfermeiros (PS, Enfermaria, CC, UTI e Transplante, Ambulatório, CCIH, Enfermagem do Trabalho, Pediatria, e Aprimoramento) e quatro aprimorandas.

No Grupo de Indicadores de Qualidade e Quantidade em Enfermagem contaram 15 enfermeiros, sendo 3 diretoras, uma da Divisão, uma do SEC e uma do Bloco operatório, duas chefias, (PS, HDN), cinco enfermeiros (UTI e transplante, UTI II, UCO, CCIH, Ambulatório, Pediatria, Enfermaria) e quatro aprimorandos.

Quanto ao grupo de Avaliação e Terapêutica de Feridas possuía 13 componentes, sendo a diretora do SEC, dois chefes de enfermagem (UTI, Enfermaria), sete enfermeiros (Enfermaria, UTI e Transplante, Pediatria, Hemodinâmica, Ambulatório, CCIH, UCO), e três aprimorandas

O grupo de educação foi constituído por 13 enfermeiras, sendo a diretora do SEC, duas chefes de enfermagem (CME e Ambulatório), sete enfermeiros (PS, UCO, UTI, Pediatria, Enfermaria, Aprimoramento e Hemodinâmica) e três aprimorandas.

5.3. FASE - TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de relatórios dos grupos produzidos bimestralmente com base nas atas redigidas em cada reunião. Este relatório continha uma síntese das atas, assim como outros documentos produzidos no bimestre que incluíam a ficha de frequência, instrumentos específicos de trabalho, resultados obtidos, projetos desenvolvidos, indicadores alcançados e outros.

Respeitando os preceitos éticos da pesquisa, foi solicitada a autorização para o desenvolvimento deste trabalho junto à Diretoria de Divisão de Enfermagem e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, tendo sido aprovada sob protocolo de número 3.462. (Anexo I)

A coleta de dados foi relativa ao período de janeiro a dezembro de 2005, e realizada no primeiro semestre de 2006.

5.4 PLANO DE AÇÃO - CONSTRUÇÃO DE PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS

Conforme o diagnóstico situacional encontrado, foram constituídos cinco Grupos de Estudos, a saber: de sistematização da assistência de enfermagem (SAE), de auditoria da qualidade em enfermagem, de Indicadores de qualidade e quantidade em enfermagem, de avaliação e terapêutica em feridas, e o de educação em enfermagem.

Cada grupo constituído deveria atender a um objetivo final, com resultados mensuráveis, agregando valores sociais ao enfermeiro e trazendo contribuições à Instituição.

Os grupos deveriam construir suas bases conceituais com referenciais teóricos, indicar a metodologia utilizada, e medir resultados obtidos ou monitorados, num prazo inicial de um ano, com apontamento de resultados bimestrais. Também era meta estabelecida, a produção científica para fortalecimento da construção do conhecimento em enfermagem. A pesquisadora, diretora do Serviço de Educação Continuada (SEC),

elaborou um projeto de desenvolvimento de competências dos enfermeiros, que foi apresentado e discutido com a diretora da Divisão de Enfermagem.

Tendo sido aprovado, na etapa subsequente, o programa foi apresentado às chefias em reunião realizada, abordando os objetivos, as justificativas e resultados esperados, conforme cronograma de atividades adotado:

1.º bimestre: Contextualização da formação de grupos, orientações e diretrizes gerais do grupo, definição de membros, proposição de nomes para cargos, nome do grupo, regimento, construção de conceitos básicos com referencial teórico, objetivos, justificativa, atividades propostas e cronograma de atividades.

2.º bimestre: Mediante a atividade proposta, início das discussões sobre contexto, identificando os problemas emergentes e prioritários a serem trabalhados, elaborar um plano de ação, metodologia e construção de instrumentos a serem utilizados pelos grupos. Avaliação dos participantes

3.º bimestre: Realização da coleta de dados e início da intervenção, conforme plano de ação determinado. Apresentação de resultados da coleta de dados.

4.º bimestre: apresentar, analisar e discutir resultados obtidos, elaborar projeto de intervenção com cronogramas e intervir *in loco*.

5.º bimestre: avaliar resultados da intervenção e proposição de continuidade dos trabalhos do grupo.

6.º bimestre: encerramento formal do grupo com apresentação do projeto desenvolvido, revisão de processo e resultados, re-planejamento das atividades, elaboração de proposta de continuidade do trabalho. Inscrição para novos colaboradores, eleição de coordenadores e secretários.

A operacionalização deste tipo de programa exigiu planejamento quanto a recursos de estrutura física, material operacional, sistema de informação, investimento financeiro em horas de enfermagem, que foi previsto e programado.

5.5 FASE DA AÇÃO - IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS

Para a implantação do programa de desenvolvimento de competências profissionais, as reuniões foram programadas semanalmente, em que cada grupo de estudos se reunia entre 12h e 13h, um dia da semana por grupo, (segunda-feira – SAE; terça-feira – auditoria; quarta-feira – indicadores; quinta-feira – feridas; sexta-feira – educação). O horário de uma hora, para o enfermeiro que não estivesse em horário de trabalho, era computado como banco de horas e a cada seis horas acumuladas, deveriam ser descontadas em folgas, sistematicamente.

Quanto à infra-estrutura, as reuniões ocorriam na sala de aula do SEC, utilizada não só para este fim, mas também aos treinamentos, às aulas do curso de aprimoramento, às reuniões de chefias entre outras atividades.

Os enfermeiros se inscreviam por demanda espontânea, representando respectivamente seus setores. A inscrição para se candidatarem aos cargos de coordenação, vice-coordenação, primeiro e segundo secretários do grupo, também era livre. As normas básicas quanto ao horário, dinâmica inicial, acima descrita, foi orientada em todos os grupos, pela pesquisadora, cabendo aos coordenadores, junto aos membros do grupo, estabelecerem normas regimentais do grupo.

As atividades do grupo foram iniciadas em janeiro de 2005, conforme programação e encaminhamento das atividades previstas no cronograma.

A comunicação entre os membros era realizada por meio eletrônico, tendo sido criado um grupo no *site* de um provedor para o Grupo de Auditoria da Qualidade em Enfermagem ao qual todos os componentes tinham acesso por meio de identificação e senha e onde ficavam arquivados todos os documentos construídos pelo grupo, com objetivo de facilitar a comunicação.

Em todas as reuniões eram elaboradas atas, e a cada bimestre havia um relatório elaborado, embasando-se na síntese de atas contendo os projetos desenvolvidos e resultados, devendo este relatório ser encaminhado à divisão de Enfermagem. No final do semestre, era realizado um momento de apresentação formal dos projetos

desenvolvidos e resultados para os enfermeiros e auxiliares de enfermagem, visando à socialização das informações.

Uma vez estabelecida a fase de ação, foi realizado o relato de como ocorreram a construção e a implementação deste Programa de Desenvolvimento de Competências dos Enfermeiros em serviço com foco em entregas, respondendo ao primeiro objetivo deste estudo.

Para que este relato pudesse ser realizado, todos os relatórios de cada grupo foram agrupados e posteriormente foi feita a sua síntese, seguindo um roteiro que era composto pelos critérios de Propostas de Trabalho Realizado, Descrição de Atividades incluindo frequência e avaliação do grupo e Percepções do Pesquisador.

O relato dos fatos não segue estritamente a sucessão cronológica dos acontecimentos, mas descrevendo factualmente, como se deu o processo de construção e implementação dos grupos.

6. RELATANDO A CONSTRUÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS

6.1 PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DO GRUPO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM (SAE)

6.1.1 PROPOSTA DE TRABALHO

No contexto atual, o grupo foi constituído com os objetivos de:

- identificar dificuldades e problemas relacionados ao processo de enfermagem implantado na Instituição;
- avaliar; reformular e padronizar o guia instrucional e os instrumentos utilizados em todas as fases do processo de enfermagem, na Instituição resguardando as especificidades setoriais;
- ampliar a implantação do processo de enfermagem para os ambulatorios; desenvolver ensino e pesquisa fortalecendo a competência clínica;
- realizar o monitoramento da assistência prestada, com avaliações periódicas para identificar necessidade de capacitação relativas ao desenvolvimento do processo de enfermagem;
- divulgar os resultados em publicações e eventos científicos;
- criar indicadores para avaliar a qualidade de assistência de enfermagem.

O número de reuniões realizadas foi de 46, com frequência mínima de dois membros e máxima de 12 com média de nove elementos por reunião.

6.1.2 DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES

O grupo iniciou as atividades resgatando, em literatura, a história da SAE na Instituição, observando que foi implantada em 1979, no referencial de Wanda de Aguiar Horta, fundamentada na teoria das necessidades humanas, com as fases de histórico, prescrição e evolução de enfermagem.

Identificou ainda, que em 1990, foi introduzida a etapa de diagnóstico de enfermagem, adotando-se a taxonomia de diagnósticos da Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA) como base para a seleção de intervenções de enfermagem para atingir resultados pelos quais a enfermeira é responsável ⁽⁵²⁾.

Conforme alguns integrantes do grupo que viveram estes processos de implantação, na época, e conforme descrito em literatura, foram apontadas dificuldades de implementação em setores de alta rotatividade e na manutenção do processo de enfermagem. Constatou-se haver lacunas nos registros dos diagnósticos e na responsividade à prescrição do enfermeiro. Os autores constataram a necessidade de maior especificidade em algumas ações de enfermagem prescritas e dificuldade na aplicabilidade do histórico de enfermagem que era considerado longo ^(43,53).

Após a leitura e análise de bibliografias, comparando os resultados encontrados na época, em relação às dificuldades e avanços no desenvolvimento do processo de enfermagem, o grupo concluiu que os problemas eram semelhantes aos percebidos, vivenciados e discutidos pelo grupo nas reuniões do contexto atual.

Participando das reuniões, percebi que em relação à causa do problema, os membros apresentavam diferenças de opiniões. Alguns consideravam que os problemas apontados na literatura foram trabalhados na época e sanados; outros, que não havia compromisso dos próprios enfermeiros em relação ao processo de enfermagem, uns não acreditavam na aplicabilidade e resultados do processo implantado, decorrente do subdimensionamento de pessoal e os demais ainda, consideravam o processo sem necessidade de mudanças, todavia buscavam avanços.

O grupo relatava ser importante que a Instituição, referência em SAE, avançasse em relação à utilização de padrões de Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC e buscasse, também, os resultados de acordo com a Classificação dos Resultados de

Enfermagem – NOC, fornecendo medidas da assistência prestada para a competitividade no mercado de prestação de serviços.

Tais questões impulsionaram uma aprimorada, componente do grupo, a realizar uma pesquisa intitulada “*Significados, avaliação e perspectivas da sistematização da assistência de enfermagem no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia*”, junto às enfermeiras da Instituição, cujo objetivo foi identificar o significado, importância, aplicabilidade e validade da SAE, implantada sob o ponto de vista dos enfermeiros, como um meio de contribuir para o seguimento das discussões do grupo, tendo como base resultados consistentes relativos à prática da SAE desenvolvida na Instituição.

Os significados atribuídos à SAE foram de ferramenta para a gestão do cuidado ao paciente, de valorização do enfermeiro, respaldo legal e como atividade automatizada de registros de enfermagem. Obteve-se ainda a concordância dos enfermeiros quanto à avaliação de importância, aplicabilidade e validade, mas constatou-se a necessidade de revisão do Histórico e Diagnóstico de Enfermagem. As sugestões apontadas pelos enfermeiros foram para tornar o processo e suas fases mais objetivas, atualizadas ⁽⁵⁴⁾.

Mediante os resultados dessa pesquisa, o grupo considerou a necessidade de reestruturação do processo de enfermagem, enfatizando a importância da fundamentação científica das atividades e o empenho dos integrantes em aprofundar os conhecimentos.

Para a continuidade das atividades, o grupo optou, portanto, por priorizar a reformulação do Histórico de Enfermagem (HE) e o seu guia de preenchimento, discutindo cada item das necessidades humanas básicas psico - biológicas, psico - sociais e psico - espirituais (Horta) e adotando a forma de *check list*, para facilitar a forma de preenchimento.

Outra questão com dificuldade de consenso foi relativa à adoção de instrumento único do HE, pois os enfermeiros do grupo consideravam ser imprescindível ter um instrumento próprio e diferenciado em seus setores, informando que havia especificidades que impossibilitariam o uso de instrumento único.

Durante as reuniões, com base nas discussões comparativas realizadas entre o instrumento atual proposto e o existente setorialmente, perceberam que os itens eram os mesmos, diferindo na forma de abordagem para seu preenchimento.

Como resultado concluíram, ainda, que, para os setores de maior volume de demanda de pacientes como o ambulatório, poderia ser adotado o formato do HE simplificado, devendo descrever e preencher itens pertinentes e direcionados à assistência de enfermagem, por meio da consulta de enfermagem.

Foram realizadas, também, consultas de modelos de processos de outras instituições e dissertações baseadas na taxonomia II dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA, entretanto, o grupo não considerou que tais modelos fossem adaptáveis à realidade da cardiologia e à implantação do NANDA NIC NOC até então existentes.

Apesar dessas dificuldades existentes e considerando que as metas propostas não estavam sendo atingidas nos prazos estabelecidos, propus que fosse dada continuidade ao trabalho de revisão do HE. Diante dessa situação, o grupo decidiu realizar as revisões em duplas, para um encaminhamento com maior brevidade, mas as duplas apresentaram as dúvidas, dificuldades e sugestões no decorrer das reuniões.

O grupo caminhou na revisão do HE, no entanto, percebia-se que continuava com dificuldade em desenvolver o HE objetivo e conciso, mostrando-se cauteloso na descrição dos itens de abordagem. Os colegas demonstravam maior abertura à revisão do processo, porém preocupavam-se com a automatização do preenchimento em função das questões fechadas e receio à perda da condição do raciocínio clínico.

Observei ainda, que várias vezes, o grupo discutia as dificuldades rotineiras sem conseguir propor possíveis soluções, pois muitas vezes, consideravam que a solução não dependia das ações do grupo e sim de chefias, diretorias e processos educativos pela educação continuada. Um dos fatos foi a divergência de opiniões em relação à não realização das fases do processo de enfermagem no cotidiano que ora era considerado sendo decorrente da falta de enfermeiros na Instituição em fase de expansão, ora pela falta de compromisso por parte dos enfermeiros novos que entravam na Instituição sem o envolvimento com a SAE, ou, ainda pela dificuldade do enfermeiro em relação ao desenvolvimento da competência clínica a respeito da especificidade da cardiologia.

Nessas discussões, a pesquisadora sugeriu a revisão de formas de estruturação dos processos de trabalho e a atualização com simplificação dos instrumentos, em função do dimensionamento de enfermeiros ainda insuficientes às necessidades institucionais ou a adoção de atitudes pró-ativas para solução dos problemas, no entanto, o grupo mostrava-se bastante cauteloso na implementação destas mudanças apesar de os relatórios apresentarem reflexões relacionadas ao contexto, as quais eram descritas como uma necessidade de que os aspectos culturais e históricos construídos, em relação ao processo de enfermagem, fossem revistos, pelos membros, para que se possibilitasse a busca de melhorias.

Ao final do primeiro semestre, apesar das dificuldades já relatadas, o grupo conseguiu chegar a um consenso em relação a um instrumento único de HE para toda a Instituição, em forma de *check list*, porém com alguns itens que deveriam ser preenchidos de forma descritiva e decidir pela adoção do HE simplificado incorporado à Consulta de Enfermagem nos setores de maior rotatividade.

Foi realizado, então, o teste piloto do instrumento de HE pelos integrantes do grupo e o tempo médio gasto para seu preenchimento foi de 40 minutos, ocasionando novas modificações em alguns itens. Em face ao teste piloto, o grupo discutiu os meios para tornar o histórico aplicável e para sensibilizar as pessoas para seu desenvolvimento.

À medida que o grupo avançou na revisão do instrumento, e pelas próprias dificuldades sentidas, percebeu a necessidade de investir em capacitação e sensibilização dos enfermeiros da Instituição, principalmente para a etapa do diagnóstico de enfermagem.

Diante dessa situação, organizou uma palestra sobre NANDA, NIC e NOC para a capacitação dos enfermeiros da Instituição.

Uma vez, encerradas as atividades com o instrumento, foi iniciada a revisão do guia instrucional de preenchimento do HE, que demandou o segundo semestre.

Após ter finalizado o HE, o grupo iniciou a reformulação do modelo de impresso vigente de diagnóstico / evolução / prescrição de enfermagem, utilizando as classificações NANDA, NIC e NOC, decidindo que a evolução de enfermagem seria realizada pela avaliação dos indicadores da NOC e o novo instrumento seria testado e avaliado.

Para realizar esta atividade, o grupo considerou ser necessário realizar o levantamento dos diagnósticos de enfermagem específicos de cada setor (ambulatório, enfermaria, pediatria, pronto-socorro, unidade coronariana e UTI), os quais mostrariam a especificidade e os padrões mínimos de prescrição atualmente existentes, que seriam transformados em rotinas, não requerendo prescrições detalhadas das intervenções de enfermagem.

Ao término do ano, foram feitos os levantamentos de necessidades dos setores, com respectiva proposta para o ano de 2006: treinamento para os enfermeiros do novo histórico de enfermagem; estudos dirigidos e estudos de casos com NANDA, NIC e NOC; elaboração, teste e avaliação do novo instrumento da SAE, com NANDA, NIC e NOC; um impresso específico só para anotação de Enfermagem, implantação do novo modelo da SAE para o hospital e implementação de plano de alta de enfermagem

Ao longo dos bimestres, as dificuldades relatadas pelo grupo para o desenvolvimento do trabalho foram as ausências dos elementos do grupo nas reuniões, a dificuldade em cumprir prazos de entrega das atividades propostas, o que requereu a aprovação do regimento junto à diretora da Divisão de Enfermagem, com objetivo de normatizar a participação dos componentes. O grupo considerava que as normatizações favoreceriam a responsabilização para maior participação.

Como meio para divulgação de resultados do trabalho realizado e capacitação dos enfermeiros de toda Instituição, foi elaborada a apresentação dos grupos de estudos, contendo a formação e objetivos do grupo, história da SAE no IDPC, cronograma e resultados alcançados no ano de 2005, resultados parciais e finais de produções científicas e as propostas de trabalho para 2006.

6.1.3 PERCEPÇÕES DO PESQUISADOR

O grupo da SAE, ao longo do ano, desenvolveu o trabalho alcançando parte dos objetivos propostos que foram: identificar dificuldades e problemas relacionados ao processo de enfermagem implantado na Instituição, implantar o processo de enfermagem nos ambulatórios (dois dos 18 ambulatórios), investir na capacitação dos

enfermeiros proporcionando palestras sobre NANDA,NIC,NOC; divulgar os resultados da pesquisa em eventos significativos para enfermagem.

Outro objetivo alcançado foi a avaliação, reformulação e padronização do guia instrucional, porém, os instrumentos revistos foram somente para a etapa do HE, uma vez que ficaram em pendência as demais fases do processo de enfermagem.

Entretanto, não foram atingidos os objetivos de criar indicadores e desenvolver avaliações periódicas para identificar necessidade de treinamentos e concluir a revisão de todas as etapas subsequentes ao HE.

Diante de tais situações apresentadas, os resultados alcançados pelo grupo não foram ao encontro do cronograma e das metas propostas.

Pode-se inferir que houve muitos fatores que contribuíram para esse caminhar, dentre eles, alguns mais significativos, como a dificuldade de aceitação de mudanças estruturais na Instituição e a falta de um diagnóstico situacional da SAE implantada cuja última avaliação havia sido realizada em 1997. Era perceptível a dificuldade de aceitação de mudanças, a definição de prioridades pela própria divergência de opiniões sobre a SAE, gerando várias discussões pouco produtivas e conclusivas, impedindo avanços com brevidade.

Havia ainda a dificuldade em relação à gestão e interface dos processos nos setores e com os outros setores da Instituição, pois esta atribuição era considerada como sendo das chefias de enfermagem. O subdimensionamento também foi citado como um dos fatores contributivos para as dificuldades de implementar as mudanças na instituição.

Finalmente, havia pouca vivência de construção de trabalhos coletivos, com grupo de estudos compostos por enfermeiros assistenciais e chefias de enfermagem de diferentes setores, com diferentes opiniões, trabalhando com metas a serem cumpridas em período de tempo determinado. Esta construção, inicialmente difícil, possibilitou aos poucos, desenvolver a comunicação, o melhor relacionamento entre os profissionais, o compartilhar experiências até então fragmentados no âmbito do trabalho.

Analisando ainda o envolvimento do grupo, percebe-se que houve comprometimento de muitos membros, mas requer desenvolver competências para realizar as entregas nos prazos determinados com maior efetividade.

6.2 A CONSTRUÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DO GRUPO DE AUDITORIA DA QUALIDADE EM ENFERMAGEM EM ENFERMAGEM

6.2.1 PROPOSTA DE TRABALHO

O Grupo de Auditoria da Qualidade em Enfermagem foi constituído em razão da necessidade de avaliar, com base nos registros de enfermagem, a qualidade da assistência de enfermagem implantada visando a fornecer informações para elaboração de planos de intervenção para melhoria contínua. Assim, o grupo determinou como objetivos:

- realizar auditorias retrospectivas para diagnosticar as condições do prontuário, dificuldades para a implantação do processo sistemático de auditoria e traçar planos de melhoria;
- realizar auditoria prospectiva com foco na qualidade/quantidade assistência de enfermagem;
- analisar o desempenho de cada setor, resultando em um indicador de qualidade e quantidade da assistência prestada;
- identificar deficiências no preenchimento dos impressos de histórico, diagnósticos, prescrição, evolução e anotação de enfermagem, verificando os registros de enfermagem de acordo com padronização e
- identificar os pontos concretizados no desenvolvimento da SAE bem como das áreas que necessitam de reforço/modificações.

O número de reuniões realizadas foi de 48, com frequência mínima de três e máxima de 11 com média de seis enfermeiros por reunião.

6.2.2 DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES

Pela descrição no relatório, o grupo iniciou suas atividades reunindo bibliografias relacionadas à auditoria da qualidade da assistência de enfermagem que foram distribuídas entre os integrantes. A busca de literatura sistemática foi realizada pelas enfermeiras aprimorandas que já desenvolviam esta atividade durante o curso de aprimoramento em enfermagem cardiovascular e por outras enfermeiras da Instituição com maior familiaridade com o tema.

A seguir, tendo analisado a literatura consultada, o grupo iniciou a construção de um projeto, contendo definição, justificativa, objetivo do grupo, além das atividades propostas visando a direcionar a condução do trabalho. Posteriormente, concentrou os esforços na condução da auditoria retrospectiva, testando o modelo de instrumento proposto na primeira reunião pelo SEC.

Após a realização do teste do instrumento numa auditoria retrospectiva, os componentes relataram várias dificuldades, como a falta de prontuário ou parte de seus documentos, dificuldade de leitura das letras, existência de registros incompletos do processo de enfermagem, dúvidas de como trabalhar com as não conformidades identificadas.

Na percepção do grupo, as dificuldades dos prontuários eram problemas freqüentes e comuns nas instituições de saúde, e muito mais evidentes nas instituições de ensino, onde o contingente de profissionais manuseando o prontuário é maior e pela alta rotatividade dos acadêmicos nos setores.

Constataram, ainda, que cada um havia realizado a auditoria de forma distinta, tendo lido e interpretado a questão com diferentes entendimentos para auditar o prontuário. Verificaram, pelo tempo gasto, que havia inviabilidade operacional de auditar todos os registros correspondentes a todas as evoluções, diagnósticos, prescrições e anotações de enfermagem, diariamente.

Mediante esta situação, os próprios elementos sentiram a necessidade de estabelecer critérios, padronizar a linguagem interna dos componentes e criar uma

sistemática para a realização de auditorias de forma contínua. Decidiram também, realizar a auditoria retrospectiva somente dos registros da última internação.

Foi possível observar no relatório que o grupo fez uma avaliação parcial quando descreveu que tem demonstrado interesse no desenvolvimento das atividades do próprio grupo. Em pouco período de tempo, caminhou tanto em questão de familiaridade no assunto quanto nas atividades práticas e que atualmente se encontram na execução de testes piloto. A falta de experiência com atividades relacionadas à auditoria foi o maior entrave para o desenvolvimento dinâmico do grupo como um todo.

O grupo considerou importante realizar uma palestra de sensibilização e atualização aos profissionais de enfermagem da Instituição para o tema em questão, assim, convidou uma enfermeira auditora externa a Instituição. A necessidade desta palestra justificou-se pela necessidade de despertar os profissionais de enfermagem para a questão da valorização dos registros no prontuário, bem como para evidenciar que os membros do grupo estariam realizando a auditoria e, possivelmente, intervindo no cotidiano do trabalho do setor.

As componentes do grupo perceberam que as dificuldades e trajetória percorridas pela palestrante foram similares às suas, assim, deram continuidade ao trabalho concentrando-se na reformulação do instrumento de auditoria em decorrência das dificuldades encontradas no preenchimento de cada questão, durante teste piloto.

Paralelamente, pensando na operacionalização da coleta, voltada para a auditoria da qualidade assistencial, foi elaborado o impresso de fluxograma do paciente desde sua admissão até a alta hospitalar.

Outra atividade iniciada pelo grupo foi a de pesquisa com relato de experiência sobre as atividades do grupo, descrevendo seu histórico de atividades e a análise dos dados coletados no teste piloto sobre a auditoria retrospectiva, a fim de serem apresentados como resultados parciais da auditoria.

No decorrer de seus encontros, o grupo mostrou preocupação em relação à diferenciação das atividades com o Grupo de SAE, visto que ambos trabalhariam com os registros de enfermagem bem como a dúvida de se esperar ou não a reestruturação do processo de enfermagem para posteriormente construir os instrumentos de auditoria,

visando, assim, a evitar duplicação de trabalhos. Esta questão foi sanada com a explanação da pesquisadora, ao descrever o processo de trabalho do grupo da SAE.

Durante a revisão e análise do instrumento proposto, observou-se que todas as fases do processo de enfermagem, exceto o Histórico, poderiam ser agrupadas em um único impresso, o que facilitaria a auditoria e também a visualização do preenchimento do impresso como um todo, além de possibilitar a diminuição de custos. Ainda considerou ser necessária a padronização das respostas, a fim de uniformizar a linguagem entre os integrantes do grupo. Para tanto, terminada a fase de padronização das respostas, realizou-se o pré-teste, com dois prontuários auditados coletivamente pelo grupo.

O passo seguinte foi estabelecer escores para as questões, porém, houve a necessidade de consultar a estatística da Instituição, com a finalidade de obter respostas às dúvidas referentes à pontuação, tabulação e análise de dados.

A seguir, o grupo elaborou formalmente o Protocolo Instrucional de Auditoria do HE e iniciou o teste do instrumento. Cada integrante do grupo realizou auditoria de dois HEs.

Assim, as dificuldades de aplicação do instrumento começaram a surgir: “longo período de tempo para realização da auditoria, HEs não preenchidos ou não constantes no prontuário e identificação do paciente preenchida de modo incompleto”. Da mesma forma, para saná-las, várias propostas foram realizadas como agendar treinamento para os escriturários, a fim de apresentar o modo de arquivamento adequado das folhas de registro do paciente no prontuário; solicitação ao Serviço de Arquivo Médico e Estatístico de etiquetas de identificação padronizada dos pacientes.

Nessa fase, o grupo iniciava ações tentando intervir nas não-conformidades processuais encontradas, desviando dos objetivos iniciais de realizar auditoria, requerendo a intervenção diretora do SEC, para realinhamento às atividades propostas do grupo. As intervenções não seriam realizadas pelo Grupo de Auditoria da Qualidade em Enfermagem, mas pelos gestores locais.

Diante disso, o grupo estabeleceu prazos para entrega das auditorias realizadas, definiu as amostras e critérios de inclusão e exclusão, divisão dos prontuários a serem auditados pelos integrantes.

Ante as sugestões, o grupo realizou a reformulação no instrumento, reduzindo drasticamente o número de perguntas, a fim de minimizar o tempo despendido pelo enfermeiro para realização da auditoria. Apesar de ter perdido em detalhes, ganhou em praticidade e economia de tempo, sem comprometer na coleta de dados relevantes dessa ficha.

Em razão do desligamento de três integrantes do grupo, foi necessária a redistribuição dos prontuários. Os integrantes puderam aproveitar o tempo de quatro reuniões do grupo para a realização de auditoria., mas o prazo não foi cumprido. Por outro lado, apesar da entrega não estar sendo efetiva, preocupavam-se com o cumprimento da meta do Grupo de Auditoria da Qualidade em Enfermagem estabelecida em “100% de auditoria de prontuários, aleatoriamente sorteados”. Esta informação foi comunicada ao Grupo de Indicadores de Qualidade e Quantidade em Enfermagem que solicitou um indicador específico deste grupo.

O próprio grupo observou que as entregas apresentavam-se lentas e não conseguiu cumprir os prazos estipulados inicialmente. Isto se devia, possivelmente, em razão de ser a primeira auditoria sistemática realizada pelos integrantes os quais ainda estavam encontrando muitas dificuldades em sua execução.

Discutiu-se sobre a importância de apresentar os resultados obtidos até o momento, mesmo que parciais, outros sugeriram elaborar carta parabenizando os funcionários que realizavam bons registros, porém, nem todos concordaram. Em etapa seguinte, discutiu-se sobre como esses resultados seriam apresentados para as chefias e enfermeiros, visto que os resultados apresentavam não-conformidades.

O grupo foi informado de que no início de dezembro haveria uma apresentação formal para as chefias e enfermeiros mostrarem a produtividade e os resultados parciais do grupo obtidos nesse ano de 2005. Foi elaborada a apresentação conforme diretrizes do SEC.

Durante algumas reuniões, foram apontadas diversas dificuldades de se terminar as auditorias, entre elas a falta de tempo para a realização das atividades do grupo, ocorrendo atraso nas entregas dos instrumentos para armazená-los no banco de dados e para se obter o resultado final do diagnóstico situacional dos setores auditados. Uma das sugestões foi a de realizar as atividades nos horários de algumas reuniões do grupo.

Ainda, as dificuldades relatadas pelo grupo foram as freqüentes faltas de alguns integrantes, demonstrando por vezes falta de compromisso com o grupo, quando não se apresentava justificativa prévia de falta, o que exigiu o encaminhamento de um pedido de manifestação do interesse em continuar a participar e apresentação de justificativa em caso de resposta negativa.

Ao término das suas atividades, o grupo avaliou que houve avanços relativos à construção do instrumento de coleta de dados para auditoria, por outro lado, observou que várias atividades não foram levadas até a sua conclusão, sendo muitas vezes esquecidas. A falta de compromisso em relação às entregas e presenças às reuniões foram consideradas como um dos maiores entraves ao andamento do grupo.

6.2.3 PERCEPÇÕES DO PESQUISADOR

O Grupo de Auditoria da Qualidade em Enfermagem teve dificuldade inicial pela falta de familiaridade com o tema. Dentre os objetivos propostos, os alcançados foram de realizar auditorias retrospectivas para diagnosticar as condições do prontuário e o objetivo de realizar auditoria prospectiva com foco na qualidade/quantidade assistência de enfermagem foi alcançada parcialmente. O que se conseguiu foi implementar a sistemática e construídos os impressos, mas não foi viável a sua aplicabilidade no ano corrente.

A elaboração do projeto foi uma das atividades mais difíceis de serem desenvolvidas, exatamente pela falta de conhecimentos específicos sobre a temática e as leituras de artigos, livros muitas vezes não atenderam ao esperado. As discussões iam sendo realizadas, mas a descrição dos itens como objetivos, justificativa, foram sendo construídos, juntamente com a Diretoria de Divisão, que ficou inicialmente muito próxima ao grupo.

Nessas discussões, apesar de a auditoria ser um processo abrangente, era realizada no âmbito de atuação setorial, sem contudo ainda conseguir a visualização dos processos e das melhorias no contexto organizacional.

Como o grupo estava sendo constituído num contexto de mudanças, conflitos, expectativas, o receio do desconhecido e a preocupação com o impacto dos resultados da auditoria eram freqüentes, principalmente, no que se referia ao objetivo de notificar os setores sobre as não-conformidades.

Outro desconforto do grupo evidenciado foi a falta de participação efetiva e a ausência de alguns membros nas reuniões. O grupo sentiu-se mais confortável após palestra de sensibilização ministrada, entendendo e reconhecendo que o trabalho desenvolvido teve resultados e que também a palestrante, relatou dificuldades similares ao que estavam enfrentando.

Percebe-se que as entregas foram definidas no Grupo de Auditoria da Qualidade em Enfermagem, o que exigiu de cada componente o compromisso de desenvolver as atividades qualitativas e quantitativas, dentro dos prazos, ressaltando que o grupo identificou a trajetória percorrida e a necessidade de construir instrumentos que fossem operacionais e efetivos, na prática, gerando dados que possibilitassem gerenciar os processos para intervenções de melhoria.

E ainda, na prática, como membro do grupo, percebi que ter o diagnóstico de tais dificuldades aliadas às das equipes multidisciplinares, sobre a falta de organização e perdas de folhas, exames, possibilitaram que a diretora de enfermagem intervisse junto às equipes de médicos, enfermagem e administrativos, de forma a organizar um prontuário único. Este identificado com divisórias e separado por categorias assim como iniciar um trabalho educativo de sua valorização e de seus registros.

Ao analisar a trajetória do grupo evidencia-se que os seus membros passaram a compreender melhor a dimensão de sua intervenção no cotidiano de trabalho, quer como elemento pertencente ao Grupo de Auditoria da Qualidade em Enfermagem, quer como enfermeiro de setor trabalhando para melhoria de seus resultados relativos aos registros de enfermagem.

6.3 CONSTRUÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DO GRUPO DE INDICADORES DE QUALIDADE E QUANTIDADE EM ENFERMAGEM DE ENFERMAGEM

6.3.1 PROPOSTA DE TRABALHO

Este Grupo de Indicadores de Qualidade e Quantidade em Enfermagem tinha como objetivos:

- diagnosticar a situação atual de problemáticas que exigissem a construção de indicadores;
- mensurar; analisar e avaliar os indicadores de qualidade e quantidade em enfermagem;
- propor metas e sugerir melhorias;
- criar planos de ação visando à implementação de ações corretivas para excelência da assistência de enfermagem.

Neste grupo, em especial os dados relatados sobre as dificuldades foram descritos sob a percepção da pesquisadora, considerando-se que as atas redigidas eram bastante sucintas e objetivas, não retratando os detalhes das discussões e dificuldades apontadas pelos componentes nas reuniões, tendo sido a secretária do grupo orientada a detalhar o sumo das reuniões.

O número de reuniões realizadas foi de 39, com frequência mínima de cinco e máxima de 13 com média de nove enfermeiros por reunião.

6.3.2 DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES

As atividades foram iniciadas pela discussão das normas regimentais que nortearam os encontros e a busca de referencial teórico para alicerçar as atividades do grupo, visto que poucos tinham conhecimento quanto à temática.

O grupo iniciou a construção do projeto e conforme sugestão do SEC passou à mensuração dos indicadores dos processos assistenciais, administrativos, de pesquisa e de educação.

No que se referiu aos indicadores administrativos, trabalhou com a taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem, a taxa de ocupação e banco de horas. A planilha de coleta de dados do absenteísmo requereu revisões devido às especificidades do número de plantões do noturno, a inserção das ausências prevista e não previstas, os afastamentos prolongados do INSS e realizados os respectivos treinamentos para o preenchimento da planilha.

Em relação aos de educação, adotou-se o indicador de horas de treinamento com a meta proposta de 100 % dos colaboradores treinados com a carga horária de duas horas de treinamento/homem/setor/mês. O Grupo de Indicadores de Qualidade e Quantidade em Enfermagem sugeriu que o integrante do grupo de educação, de cada setor, treinasse os funcionários que não pudessem ir às reuniões, além de aumentar os dias de treinamento do SEC para que mais representantes pudessem ser treinados visando ao alcance de meta. Em reunião posterior de interface entre os grupos, os representantes do grupo de educação comunicaram ser difícil assumir os treinamentos que não fossem feitos nos dias estipulados pelo SEC, ficando inviável para alguns, treinar em outros setores e em turnos diferentes dos que trabalhavam.

O indicador “avaliação de desempenho”, também foi adotado com a meta de 100% das avaliações ao ano realizado antes do mês de férias, de todos os colaboradores.

Como indicador de pesquisa, definiu-se a produção científica, no qual cada setor teria como meta realizar duas produções científicas ao ano, divulgadas ou publicadas.

Dentre os indicadores assistenciais foram adotados os de perdas de cateteres, sondas, extubação acidental, flebite, risco de quedas, úlcera por pressão, conforme vinha sendo trabalhado pela Comissão de Qualidade Hospitalar.

Cabe salientar que nesta fase, a coordenação do grupo passou a freqüentar as reuniões externas da Comissão de Qualidade Hospitalar, conforme diretriz da Divisão de Enfermagem. Este fator também contribuiu para as reestruturações das fórmulas e planilhas visando a interfaces e aprimoramento nas medidas e estudos sobre indicadores.

Além disso, o indicador de satisfação do cliente gerado pelo Conte Comigo (Programa de Ouvidoria implantado no Hospital que tem como um dos objetivos, possibilitar ao usuário o direito de exercer sua cidadania em busca do direito de assistência à saúde), também foi adotado pelo grupo, requerendo a ampliação da abrangência pois nem todos os setores eram contemplados por esta medida.

Foram realizadas discussões das principais metas, variáveis e estabelecidas as propostas e padronizações para coleta de dados diária nas unidades.

Nesta etapa, o grupo avaliou que os elementos conseguiram adquirir conhecimentos iniciais sobre indicadores do Serviço de Enfermagem. Os integrantes consideraram que foram mobilizados a buscar, conhecer e iniciar a estruturação de métodos de mensuração, para os diversos indicadores propostos para a Instituição.

O grupo testou planilha de coleta de dados dos indicadores assistenciais e relatou que os enfermeiros dos setores demonstraram dificuldades para seu preenchimento, sendo necessário, portanto, novas reestruturações da planilha para adequação à necessidade do serviço.

As dificuldades apontadas pelos enfermeiros do grupo e dos setores foram relacionadas à falta de preenchimento da planilha mensal, por não haver uma sistemática única, um critério para preenchimento, falta de conhecimento e tempo dos demais enfermeiros do setor, preenchimento em diferentes momentos, o que requereu buscar a construção de padrão único de preenchimento por indicador definido.

Em face das dificuldades enfrentadas, o grupo continuou a elaborar e corrigir os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), a padronizar os impressos a fim de propiciar métodos de comparação entre as unidades e estabeleceu que os POPs deveriam ser entregues a Diretoria de Enfermagem em data definida de cada mês.

Um fato percebido pelo grupo neste período, foi o alto índice de absenteísmo nas reuniões, a falta de compromisso, representatividade de suas unidades na elaboração e entrega dos indicadores para a Divisão de Enfermagem, nas datas estabelecidas. Foi reforçada, pelo próprio grupo, a importância do comparecimento de todos nas reuniões, o cumprimento dos prazos, assim como se identificou o interesse dos membros em continuar no grupo ou da necessidade da chefia indicar outro representante da sua unidade.

No decorrer das atividades, o SEC apontou para a necessidade de interfaces com outras áreas, visando evitar duplicidade de informações, de indicadores e re-trabalhos. Assim, foi proposta a reunião do Grupo de Indicadores de Qualidade e Quantidade em Enfermagem com a CATF, discutindo sobre a notificação de feridas, com o Grupo de Auditoria da Qualidade em Enfermagem para compartilhar dados do indicador de auditoria dos prontuários.

Outras interfaces importantes foram realizadas como no indicador da taxa de ocupação, inicialmente medida pelo grupo, e posteriormente, adotado o dado procedente do SAME, bem como o de banco de horas, que era medido pelas chefias dos setores e, a seguir, foram adotados os dados do setor de Recursos Humanos.

As propostas para continuidade foram a construção de indicadores específicos dos setores o que gerou a mobilização dos representantes do ambulatório, hemodinâmica, pediatria e centro cirúrgico na construção de indicadores específicos de cada unidade.

O treinamento para os auxiliares de enfermagem, sobre indicadores de qualidade e quantidade em enfermagem, conforme cronograma proposto pelo Serviço de Educação Continuada, foi outro investimento realizado.

O grupo considerou que intensificou os treinamentos com a equipe de enfermagem dos setores, discutiu sobre as melhores estratégias para liberação de um maior número de colaboradores para os treinamentos, realizou revisões de planilhas e POPs, e intensificou as discussões com os integrantes da equipe sobre o preenchimento correto das planilhas e impressos.

Procurou realizar um alinhamento interno referente à conscientização de cada integrante sobre seu papel e a importância do repasse das informações de maneira concisa, para que os dados obtidos fossem fidedignos, de acordo com a realidade do setor. Este fato foi ressaltado em reunião com a Diretora de Divisão e do SEC, objetivando a uniformização dos dados de indicadores das diferentes unidades, situando o grupo de indicador como referência para o esclarecimento de dúvidas referentes a indicadores de suas unidades, devendo cada integrante conhecer o assunto e estar coeso na orientação.

O treinamento foi realizado com as enfermeiras dos diversos setores, sobre o que são indicadores e como elas deveriam preencher as planilhas diária e mensalmente, e da necessidade de se fazer às notificações dos eventos em duas vias, minimizando a freqüente subnotificação.

Os resultados obtidos pelo Grupo de Indicadores de Qualidade e Quantidade em Enfermagem em 2005 foram elaborados e apresentados, assim como as propostas para 2006 aos enfermeiros da Instituição e posteriormente discutidas no grupo as críticas e sugestões de melhoria. A apresentação dos resultados foi válida para despertar no público presente um interesse em melhorar os índices de suas unidades, já que estes puderam ser comparados com os dos outros setores.

As atividades propostas para 2006 foram a elaboração e avaliação dos planos de ação corretiva, adequação dos documentos do grupo.

6.3.3 PERCEPÇÃO DO PESQUISADOR

Com base nos objetivos propostos, o grupo conseguiu desenvolver parte das entregas, considerando-se que sugerir melhorias, criar plano de ação visando à implementação de ações corretivas para metas não cumpridas, não foram alcançadas.

Muitos dos enfermeiros tinham interesse neste grupo durante a fase de constituição, pois poucos conheciam sobre o assunto. Houve dificuldade inicial no entendimento do conceito, das formas de mensuração e monitoramento, da finalidade de medidas, havendo, portanto, a necessidade de realizar uma busca de literatura e incentivo para o aprendizado e o grupo somente conseguiu concluir a construção do projeto na íntegra, com os referenciais conceituais, fundamentando-se nas diretrizes e orientações da diretora de divisão da enfermagem.

A expectativa da pesquisadora em relação aos resultados do grupo era maior, em relação à produção do grupo, considerando-se que havia mais diretoras e chefias envolvidas e qualificadas profissionalmente e por ser o coordenador deste grupo, um diretor de serviço.

As atas deste grupo foram bastante sintéticas, apontando somente as atividades realizadas o que requereu, por parte da pesquisadora, a orientação das secretárias para realizar uma ata descritiva, apontando efetivamente o teor da reunião.

O grupo iniciava lentamente o desenvolvimento da visão estratégica institucional, quando estimulada a analisar que o indicador apontaria resultados de seus setores e conseqüentemente da Divisão de Enfermagem. A comparabilidade dos resultados dos indicadores de cada setor permitiria apontar as diferenças no gerenciamento das lideranças, que canalizavam ou não forças e empenho na resolução de problemas e busca de resultados junto a sua equipe.

Algumas das dificuldades desta fase, conforme minha percepção, foram de construção e manuseio das planilhas de controle dos indicadores, aplicabilidade dos índices nas fórmulas, inclusão de dados em planilhas que realizassem as conversões, requerendo domínio de programas de informática, dificuldades para definição do denominador e da unidade de medida de cada indicador. Estas dificuldades não foram sanadas prontamente, requerendo um trabalho processual de discussão por indicador e também agregando dados e definições da Comissão de Qualidade Hospitalar, externa ao hospital e ao qual o grupo de indicador passou a integrar institucionalmente, como meio de intercâmbio com outras instituições hospitalares.

Os membros do grupo, que não tinham o cargo, demonstravam dificuldades para atuar com autonomia, como facilitador, como representante do setor no desenvolvimento e mensuração do indicador, pois inicialmente, a atividade da medida do indicador era realizada pela chefia do setor que nem sempre era membro do grupo. Os membros não conseguiam assumir a representatividade do setor com autonomia e poder de intervenção, havendo ainda momentos de conflito na definição de papéis entre ser enfermeiro assistencial e enfermeiro representante do setor no grupo de estudos.

Outra dificuldade foi que cada chefia enviou os indicadores com diferentes configurações e unidades de medida, dificultando a análise dos dados. Assim, foram realizadas as padronizações de impressos.

Nesta fase, o grupo começa a conseguir identificar pontualmente os setores com dificuldades maiores de alinhamento ao processo de trabalho, o que possibilitava sua intervenção diante do diagnóstico do problema, junto à chefia do setor em questão,

transmitindo as informações necessárias a estas unidades para melhoria de seus processos.

No decorrer das atividades, a preocupação com a ausência dos colaboradores nas reuniões bem como na entrega dos resultados, ficou evidente, fazendo repensar o compromisso dos componentes com os grupos e sua produtividade.

Foi realizada a definição de indicadores e formas de mensuração estabelecida, assim como os fluxos a serem percorridos para a efetividade da medida, tendo sido as entregas da construção mais efetivas ao longo do ano. Percebeu-se empenho dos colaboradores para a apresentação de resultados do primeiro semestre, não havendo registro em atas quanto às reuniões extras, mesmo por que as atas do grupo se mostravam ainda muito sucintas, requerendo nova orientação por parte da pesquisadora às secretárias.

Não houve troca do coordenador neste grupo e nenhum dos componentes se prontificou a assumir o cargo, tendo sido mantida a coordenação.

Iniciando outra etapa, após a apresentação inicial de resultados dos indicadores monitorados no semestre, os elementos se mostraram mais ativos, interessados, envolvidos, mas as mensurações realizadas denotam pouca intervenção de impacto no dia-a-dia.

O grupo percebe que há necessidade de maior compromisso dos chefes com relação aos indicadores medidos. Percebe também que os indicadores estão fora de meta, que ainda há falhas nas medidas. Não haviam trabalhado a possibilidade de subnotificações. Apesar destas percepções, a força de mobilização das chefias e dos próprios colegas para medidas de melhoria no processo ainda é realizada timidamente, alegando-se que cada área deveria ser responsável e monitorar seus indicadores.

Neste grupo, as reuniões foram tranquilas, sem cobranças nominais como foi realizado em outros grupos. Havia um respeito bastante fortalecido em relação às chefias locais e pouco movimento se percebia de intervenção para melhorias em áreas que não são da governabilidade de cada membro, sequer para o apontamento de resultados não conformes. Houve a mobilização do coordenador e alguns membros com maior iniciativa, segurança e liderança, no alinhamento dos processos internos, mas ainda muito timidamente trabalhado em relação ao alcance de metas.

Outra questão percebida, pela pesquisadora, foi a necessidade de maior entrosamento entre os grupos de estudos, pois as decisões relativas à adoção de indicadores eram comuns, principalmente porque os outros grupos também estavam adotando indicadores. Para tanto, foi proposta pelo SEC uma reunião com as enfermeiras coordenadoras dos cinco grupos: da SAE, definindo o andamento da sistemática assistencial; de auditoria indicando a qualidade da assistência prestada; da Comissão de Avaliação e Tratamento de Feridas (CATF), trabalhando o indicador de úlceras; de educação definindo o de treinamento e avaliação de desempenho e finalmente o de indicadores.

Ao final o grupo demonstra a construção de um ano de trabalho, os indicadores definidos, impressos construídos, resultados medidos, metas monitoradas. Apresenta ainda dados comparativos internamente e em relação ao mercado de trabalho e inicia um trabalho de posicionamento em relação a intervenções locais, o que exigirá de cada enfermeiro assistencial desenvolvimento de maior liderança, autonomia, visão estratégica e força de mobilização de pessoas em busca de metas, junto à chefia do setor.

6.4 CONSTRUÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DO GRUPO DE AVALIAÇÃO E TERAPEUTICA DE FERIDAS

6.4.1 PROPOSTA DE TRABALHO

O grupo de avaliação e tratamento de feridas foi constituído com os objetivos de:

- elaborar e implantar protocolos institucionais para padronização de condutas, procedimentos, produtos e registros;
- desenvolver no enfermeiro a competência clínica em relação a feridas;
- capacitar os profissionais de enfermagem para avaliação e terapêutica de feridas;

- propor a implantação de um ambulatório de feridas para atender a toda demanda institucional;
- otimizar agendamento de atendimento e recursos e dar seguimento no cuidado ao paciente com ferida e ao seu cuidador.

Nesta Comissão de Avaliação e Terapêutica de Feridas, algumas considerações prévias foram necessárias na descrição da narrativa, pois alguns membros já tinham constituído o grupo de feridas em 2004 e a identificação da prioridade de constituir e implantar o Manual de Protocolo de Cuidado de Enfermagem com Ferida, já havia sido realizada. Neste grupo, também as atas foram sucintas, pois a secretária do grupo orientada a detalhar o teor das reuniões e ainda a avaliação pelo grupo foi realizada somente no último bimestre.

O número de reuniões realizadas foi de 40, com frequência mínima de três membros e máxima de 11, com média de sete elementos por reunião.

6.4.2 DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES

O grupo de Feridas iniciou as atividades discutindo as normas regimentais. Estabeleceu presença mínima de 50% dos membros para a tomada de decisões, permitiu somente três faltas consecutivas justificadas, considerando-se o grau de comprometimento do membro com o grupo e a pontualidade no início das reuniões. Consolidou o regimento interno e denominou o grupo de Comissão de Avaliação e Tratamento de Feridas (CATF), encaminhando a sua proposta de oficialização junto à Diretoria de Enfermagem.

Na sequência, a CATF propôs realizar a revisão do Manual de Curativos que já estava parcialmente elaborado desde 2004, distribuindo-se entre os membros os capítulos que seriam revistos e elaborados.

Para favorecer a quantificação das feridas com complicações na Instituição, realizar avaliações e propor intervenção nos respectivos setores, a CATF elaborou uma Ficha de notificação de úlceras por pressão, feridas cirúrgicas infectadas e das lesões em

região sacra e escrotal do tipo queimadura em pacientes pós-operatórios. O grupo enfatizou também a importância de comunicar à enfermeira do centro cirúrgico as lesões do tipo queimadura em pós-operatório.

Ao longo do ano, essa ficha de notificação sofreu reestruturações incorporando-se sugestões médicas de informações sobre a cultura e antibioticoterapia e houve ainda a inclusão de avaliação de resultados, conforme o Nursing Outcomes Classification (NOC). Um banco de dados das feridas notificadas durante o ano foi criado e a sua tabulação, realizada, o que gerou orientações sobre o impresso e sistemática de notificação.

Em relação à padronização de Procedimento Operacional Padrão de Curativos, a CATF discutiu sobre os anti-sépticos, o procedimento técnico de curativos de cateter e de feridas, o descarte de resíduos em sacos plásticos, a possibilidade de substituição do carrinho pela bandeja de curativos, a sua manutenção nos quartos dos pacientes com infecção. Foi enviado um relatório para Diretoria de enfermagem comunicando a necessidade de aquisição de bandejas de curativos, para que o carrinho de curativos deixasse de ser utilizado.

Por outro lado, foi realizada a pesquisa na literatura e em outros serviços sobre o tempo de utilização de curativo oclusivo pós-procedimento cirúrgico o que culminou com a decisão de retirada do curativo oclusivo no 2.º PO, e manutenção das feridas com bom aspecto descobertas.

A CATF concluiu a revisão do POP do curativo e apresentou-o às Unidades com um comunicado sobre alteração da rotina dos cuidados com a ferida operatória.

A padronização de produtos e a indicação de uso dos anti-sépticos foram um assunto polêmico principalmente no que se referia ao uso de PVPI tópico e alcoólico, tempo de ação, ao qual a enfermeira da CCIH, membro do grupo, ficou responsável por fundamentar cientificamente as definições.

A CATF realizou ainda várias consultas, solicitando parecer sobre a prescrição de pomada realizada pelo enfermeiro, ao Conselho Regional de Enfermagem da seção São Paulo (COREN-SP), ao qual o Conselho encaminhou um parecer desfavorável a esta conduta. Foi discutido também sobre a suspensão do uso de Ácidos Graxos

Essenciais em feridas, sendo autorizado o uso somente em locais com pele íntegra, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Estas mudanças geraram a interface com a farmácia, solicitando-se a suspensão da compra da pomada e aos setores, foi elaborado um comunicado orientando quanto ao não uso destes dois produtos para tratamento de feridas.

Ainda trabalhando as interfaces, foi realizada uma reunião com cirurgião cardíaco para abolir o uso de anti-séptico na pele ao redor da deiscência da ferida operatória na realização de curativo, mas a conduta proposta não foi aceita, retratando a dificuldade de implementar mudanças e a hegemonia médica prevalente nas instituições de saúde.

Ao se referir ao desenvolvimento da competência clínica dos enfermeiros, a CATF continuou seu trabalho investindo em atualização e sensibilização dos enfermeiros da Instituição, programando aula sobre “Avaliação e tipos de coberturas”, ministrada por enfermeira estomoterapeuta externa.

Foi decidido em conjunto com a Educação Continuada iniciar preparo de material para realização de aula sobre curativos direcionada para os enfermeiros da Instituição. Várias reuniões extras foram realizadas para este fim, e os membros, em duplas, ficaram responsáveis por ministrar as aulas nas datas e respectivos horários programados, sobre ferida operatória, úlceras vasculares e POP do curativo, o que foi efetivado no final do ano, após a padronização de uma linguagem única, entre os membros do grupo. Acreditava-se que desta forma o próprio grupo adquiriria mais conhecimento científico sobre o assunto e didática nas apresentações em público.

Simultaneamente, os elementos da CATF investiam em sua competência clínica e integração com as áreas de atuação multiprofissional. Para tanto, solicitou aulas para a equipe da cirurgia vascular sobre úlceras venosas e arteriais, além da participação da coordenadora em curso externos de curativos. Outra medida adotada, para este fim, foi solicitar visita, visando a identificar as competências dos enfermeiros, bem como para conhecer outros serviços estruturados que atuassem com feridas, porém, não foi possível efetivar esta medida em função da negativa à solicitação por parte da Instituição que se encontrava em fase de reestruturação.

Na CATF houve mudança na Coordenação por duas vezes, em que a vice-coordenação assumiu em função de substituição da que não trabalhava mais neste serviço, e em outra etapa, pela sugestão do SEC como ocorrido com outros grupos.

A apresentação final de todo trabalho anual do grupo foi realizada conforme diretrizes do SEC e foi elaborado e entregue para a Diretoria de Enfermagem. O conteúdo da apresentação englobava as atividades do grupo, resultados obtidos e propostas para o ano de 2006, que incluíam a implementação da escala de Braden na Instituição, estudo sobre o custo de internação do paciente com infecção de ferida operatória, estudo comparativo do uso de PVPI e solução fisiológica, apreciação e disponibilização do protocolo de enfermagem em todas as unidades da Instituição, seguido da busca ativa das feridas nos setores para efetivação e sensibilização dos funcionários quanto à implementação efetiva e validação da ficha de notificação de feridas.

A CATF realizou a avaliação somente ao final do ano e relatou ter conseguido entregar após muitas modificações, o Protocolo de enfermagem no tratamento de feridas para a diretoria de Enfermagem e elaborar e apresentar as aulas específicas deste protocolo aos enfermeiros da Instituição.

Apesar destes avanços, ocorreram algumas dúvidas quanto ao conhecimento científico que seria apresentado nas aulas de ferida operatória e úlceras de pernas, o que em certos momentos de algumas reuniões tiveram que ser repetidas e melhor elucidadas.

Em outros momentos, a dificuldade encontrada era na falta de compreensão pelo próprio grupo daquilo que ficou decidido em reunião, o que acarretava em decisões divergentes. A linguagem não era padronizada e era necessário repetir e reescrever o assunto em mais de uma reunião, perdendo assim um tempo que poderia ser utilizado para desenvolver outros assuntos.

Reconheceu ter sido um momento de crescimento e conquista do grupo, devido à elaboração e apresentação de aulas sobre cuidado de feridas em tão pouco tempo.

Todos estavam comprometidos em mostrar os resultados das atividades realizadas, e portanto foi um período de poucas ausências.

6.4.3 PERCEPÇÃO DA PESQUISADORA

A CATF, reconstituída após dois anos de existência, conseguiu alcançar os objetivos de revisar e padronizar o procedimento operacional padrão de curativo, o Protocolo de Enfermagem na Avaliação e Tratamento de Feridas, elaborar e desenvolver aulas sobre tratamento de feridas, realizar a busca ativa de feridas, elaborar Ficha de Notificação com a inserção de resultados da intervenção.

Dentre os objetivos não alcançados, podem ser citados a implantação de um ambulatório de feridas para atender a toda demanda institucional; otimização do agendamento de atendimento e recursos e o dar seguimento no cuidado ao paciente com ferida e ao seu cuidador.

Os elementos componentes do grupo anterior iniciaram as atividades discutindo as questões regimentais alegando que para cada proposta, vários apontamento de dificuldades vividos anteriormente e as enfrentadas na realidade eram verbalizadas, não havendo tomada de decisão e atitude para resolver os problemas, o que ocasionou intervenção por parte da diretora do SEC em nominar tarefas e responsabilidades a cada membro integrante.

Por vezes, pela trajetória percorrida, a comissão mostrou-se bastante incrédula, nas possibilidades de construção coletiva, assim como, desgastada em função de antecedentes vivenciados anteriormente em que pareciam ter experienciado uma divisão de trabalho não equitativa, o que também justificava a prioridade pelo iniciar pelas questões normativas do regimento.

Os elementos da comissão questionavam o grau de autonomia e intervenções que poderiam ser realizadas, visto que em situações anteriores, em que o grupo havia sido constituído não havia prosperado como se esperava pela dificuldade de implementar mudanças e novamente, estariam vivenciando as tentativas de mudanças em rotinas historicamente instituídas.

No transcorrer o grupo deparou-se com o fato de não possuir nenhum enfermeiro estomaterapeuta ou com especificidade em cuidados com feridas, o que causou dificuldades na fundamentação científica que fosse atualizada com consistência para encaminhamento dos processos.

Para muitas das questões identificadas havia uma prática clínica de vários anos e percebia-se a dificuldade na revisão ou atualização desta prática, no âmbito institucional. Foi evidenciado que as enfermeiras desconheciam alguns produtos novos e as inovações tecnológicas relativas ao cuidado com feridas, o que exigiu uma capacitação prévia aos elementos do CATF.

Prosseguindo, os componentes iniciaram o movimento institucional de treinamento, mas nem sempre estavam com a abordagem única na terapêutica da ferida. Em campo, os registros de enfermagem sobre as feridas eram incompletos, conforme evidenciado em prontuários de pacientes que foram notificados. As reuniões buscaram uniformizar a conduta de indicação terapêutica e também fortalecer a comunicação multidisciplinar em relação a condutas frente às feridas.

Da mesma forma como outros grupos, a CATF vivenciou momentos com muitas ausências e poucas medidas de resultados. As discussões giravam em torno da prática clínica, porém, com poucas definições e resoluções fundamentadas, possivelmente pelo conjunto de fatores como a falta de desenvolvimento da fundamentação científica baseada em busca de literatura, objetividade nas tomadas de decisão, coordenação mais diretiva, liderança, visão estratégica, objetividade, gestão de resultados, direcionamento das atividades. O grupo discutia o mesmo assunto em quatro reuniões subsequentes, sem parecer conclusivo.

Em discussão com equipe médica quanto à mudança de conduta relativa à ferida operatória deiscente, faltou à equipe a argumentação necessária para a negociação, posicionamento, evidências apontadas com segurança, acarretando em adiamento das decisões relativas ao procedimento de curativo.

Pesquisadora intervém solicitando fortalecimento da fundamentação junto à CCIH e conclusão do protocolo de cuidados com feridas para que possam iniciar outras etapas, lembrando também que as medidas numéricas quanto à notificação de feridas não foi concluída.

Coordenação atual, recém-eleita, mostrava-se bastante preocupada com o andamento das atividades, marcava reunião com o SEC previamente à reunião geral do grupo para definição de metas e prazos.

Com esta prévia, a coordenadora organizava as informações, mobilizava as pessoas e conseguia, com grande êxito, produzir o protocolo que há um semestre está em reconstrução. Conseguiu ainda, junto à equipe, mobilizar aulas para treinamentos dos enfermeiros, determinando a técnica do curativo com sua respectiva validação na prática e ainda iniciou reorientação sobre as notificações.

Os elementos faltavam às reuniões, pouca entrega efetiva realizavam, não concluindo suas tarefas nos prazos. Havia ainda a dificuldade da não representação de todos os setores, o que tornou visível o empenho da coordenação para que o grupo apresentasse resultados.

Finalizando o ano, obteve-se como resultados o elaborar e apresentar as aulas específicas de tratamento de feridas para os enfermeiros da Instituição, entregar após muitas modificações o Protocolo de enfermagem no tratamento de feridas para a diretoria de Enfermagem, o que causou grande alívio e alegria de conquista ao grupo. Muitos estavam mais compromissados em mostrar os resultados das atividades realizadas, e portanto foi um período de poucas ausências, refletindo talvez a postura do coordenador. Faltava ainda para alguns componentes o alinhamento de comunicação e de conhecimento científico específico e com vivência de feridas.

6.5 CONSTRUÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DO GRUPO DE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM.

6.5.1 PROPOSTA DE TRABALHO

O grupo de educação tinha como objetivos:

- estabelecer sistemática de identificação das necessidades de treinamento;

- elaborar e validar os procedimentos operacionais padrão (POPs) institucional;
- capacitar os profissionais de enfermagem conforme POPs desenvolvidos e validados;
- identificar possíveis falhas/adversidades na execução dos POPs,
- avaliar a efetividade dos processos educativos no treinamento admissional, de reciclagem e de atualizações;
- desenvolver competências individuais na organização, relativas aos processos de trabalho em enfermagem (ensino, pesquisa, gestão e assistência) com foco em resultados;
- estabelecer indicadores de educação e publicar artigos científicos e divulgar.

Cabe salientar que neste grupo as atas eram bastante detalhadas, possibilitando o acompanhamento contínuo dos fatos, das dificuldades, das formas de interação com a diretoria do SEC e a forma de condução adotada pelo grupo.

O número de reuniões realizadas foi de 39, com frequência mínima de seis e máxima de 17 com média de 11 enfermeiros por reunião.

6.5.2 DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES

O grupo de educação iniciou as atividades informando o motivo da escolha de participar deste grupo, sobre a experiência na área de ensino (acompanhamento de estágio, ministrar aula para nível médio de enfermagem, a preceptoria no aprimoramento na Instituição), tendo em comum o gostar de ensinar.

A diretora do SEC fez a apresentação sobre os grupos de estudo que estão sendo constituídos e explicitou algumas das diretrizes para o desenvolvimento dos trabalhos neste grupo. Priorizou a identificação de necessidades de treinamento na Instituição, rever as competências de cada categoria profissional, validar os POPs existentes nas unidades para uniformizar a linguagem dos que são comuns, adotar os específicos, construir os *kits* de procedimentos, integrar profissionais de enfermagem recém-admitidos e realizar treinamento gerais e setoriais.

O grupo foi orientado quanto à importância de elaborar uma proposta de trabalho, definindo qual referencial teórico será usado, tendo sido discutidos as formas de educação (em serviço, continuada e permanente).

Uma vez esclarecidos, foram eleitos o coordenador e vice- coordenador, a primeira e a segunda secretária do grupo; estabelecidos os papéis de cada um. Foi interessante perceber-se que neste grupo houve candidatos interessados em assumir a coordenação, diferentemente de outros grupos, e a definição foi por eleição interna.

O grupo se subdividiu em dois subgrupos – um trabalhando as questões conceituais e outro as procedimentais, com seus respectivos responsáveis pela tarefa

Para facilitar a operacionalização, o integrante deveria digitar todos os materiais referentes as atividades do grupo e enviar por e-mail, utilizar o porta arquivos e recursos tecnológicos, para o qual neste grupo os componentes já não demonstraram tanta dificuldade.

O projeto foi elaborado com a parte conceitual, dos objetivos, justificativas e disponibilizado no porta arquivos. Estabeleceu suas metas e o regimento somente foi determinado mais tarde quando o grupo sentiu necessidade deste documento.

Os enfermeiros do grupo apontaram ser emergencial o treinamento do auxiliar de enfermagem que tem menos oportunidade e condições de se capacitar, e dos enfermeiros, uma vez que não conseguiam ter amplo domínio de conhecimentos, pois, atuavam mais especificamente dentro de uma subespecialidade.

As aprimorandas de enfermagem do grupo fizeram levantamentos de necessidades de treinamento e ministraram os treinamentos dos auxiliares de enfermagem junto ao Serviço de Educação Continuada, durante o período de estágio de ensino, fortalecendo o movimento do grupo de educação.

A medida que os treinamentos do SEC e setoriais dos POPs ocorriam, surgiam dúvidas de operacionalização o que demandou a sistemática do treinamento setorial, com lista de presença e plano de aulas padronizados, bem como a avaliação que seria afixada no prontuário dos funcionários como evidência de avaliação do treinamento quer no âmbito cognitivo quer de habilidade técnica.

Ficou definido pelo grupo que o treinamento do período noturno seria feito pelos enfermeiros do setor que já tinham sido capacitados, padronizando-se um plano de aula e lista de presença única para o hospital.

O grupo levantou ainda que havia a necessidade de treinar os funcionários novos, que deveriam conhecer sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE e valorizá-la pois caso contrário, passaria a ser desacreditada. Esta preocupação, comum ao SEC, gerou o programa de Integração dos ingressantes da Enfermagem, iniciado com o agendamento mensal, temas e os enfermeiros definidos, com abordagem diversificada: sistematização da assistência de enfermagem e registros das unidades, exame físico, fatores de risco e métodos diagnósticos, drogas utilizadas na área cardiovascular, comunicação em equipe, avaliação e desempenho, materiais e equipamentos.

No que se referiu aos POPs, o grupo priorizou validá-los, iniciando cada enfermeiro do grupo com um piloto, em sua unidade, relativa a lavagem de mãos, utilizando o modelo *check list* para avaliar o procedimento. Foram apontados problemas de infra-estrutura física e falta de recursos (falta de sabão líquido nas unidades, o uso de álcool gel, presença ou não de pia próximas aos funcionários, condições de estrutura física da unidade, número insuficiente de pias no ambulatório), como possíveis interferências na lavagem das mãos, bem como necessidade de reformulação do instrumento que não tinha espaço suficiente para registrar os dados encontrados.

Surgiram dúvidas quanto ao comunicar ou não os colaboradores sobre a avaliação dos procedimentos nas unidades, pois poderia ocorrer interferência na fidelidade dos dados se o colaborador fosse alertado. O grupo decidiu comunicar que o grupo de educação objetivava avaliar como os procedimentos estavam sendo executados nos diferentes setores do hospital.

Identificou-se que os colaboradores não retiravam adornos de suas mãos, não friccionavam em todas as suas faces, enxugando-as em panos, pois não havia papel toalha na unidade. Diante da intervenção de orientação dos funcionários, solicitação e reposição de papel toalha, enfim, mantinham as mesmas falhas procedimentais, o que fez o grupo perceber a resistência e dificuldades relativas à mudança, mesmo com a realização do processo educativo.

Foi necessária a intervenção da diretora do SEC, informando que fossem notificadas as chefias, bem como a necessidade de trabalho com interfaces com outras áreas quanto às questões de estrutura física e de recursos materiais.

Várias dúvidas surgiram em relação à avaliação do POP, o que propiciou o estabelecimento de uma seqüência lógica na condução do trabalho: Etapa 1-*check list*- avaliar coerência entre teoria descrita e prática desenvolvida; Etapa 2- revisão do POP; Etapa 3- Fundamentação Teórica e Etapa 4- montagem de *kits* de material de procedimento, para facilitar a gestão de recursos de materiais e treinamentos com os *kits*.

O número de validações foi aumentado para dois procedimentos por semana e as reuniões espaçadas para quinzenais.

Foi construído um modelo de *check list* geral numa das reuniões e os próprios componentes do grupo se incumbiram de adaptá-lo para outros procedimentos. As validações dos procedimentos continuaram e foi bastante enriquecedor o relato da percepção do grupo em relação às dificuldades e falhas procedimentais nos auxiliares de enfermagem e nos próprios enfermeiros que, até então, não estavam sendo acompanhados no cotidiano do trabalho.

Mediante os *check lists*, o grupo percebeu ainda que os procedimentos eram distintos entre setores, descritos e executados de formas diferentes. Assim, mediante dúvidas e necessidades de definições, o grupo requereu reunião interna e com outras áreas envolvidas, como a CCIH, para definições das questões relativas ao risco de infecção, bem como foi sugerida a consulta ao nutrólogo para definição das questões relativas à administração de dieta enteral.

Foram apresentados resultados parciais dos *check list* e constatou-se a não conformidade entre a descrição e execução, justificado pelos colaboradores das áreas pelo subdimensionamento de pessoal e também pela dificuldade com falta de materiais.

Os POPs gerais, que não tinham sido realizados, foram re-distribuídos, otimizando o processo e assim foram concluídos. Os específicos dos setores foram iniciados. O grupo ficou no aguardo da avaliação das chefias para iniciar o treinamento setorial. Os POPs administrativos que envolviam interfaces com outras áreas ficaram sob responsabilidade das chefias.

A diretora do SEC informou numa reunião institucional que a Acreditação Hospitalar era algo almejado e que mudanças no hospital para alcançá-la, foram apontados no âmbito da enfermagem. Eram necessárias medidas como carimbo do Conselho Regional de Enfermagem nos registros, POPs documentados, disponíveis e atualizados.

No decorrer das atividades, o grupo, após avaliação, sentiu a necessidade de verificar a continuidade de seus participantes nas atividades uma vez que as tarefas se intensificavam e havia elementos faltosos. A secretária do grupo referia que muitos de seus membros estavam faltando às reuniões e os membros referiam falta de compromisso por partes de alguns integrantes, visto que os materiais não estavam sendo entregues, dificultando o andamento do grupo. Um dos elementos referia que deveria haver presença de todos os membros e que não bastaria o envio de atividades.

A coordenação referia dificuldades, sobrecarga e solicitou desligamento do cargo mas que gostaria de participar como membro do grupo. Foi sugerido dividir suas tarefas com a vice-coordenadora e com a secretária que ficou responsável por trazer as atas das reuniões anteriores, fazer levantamento de presença.

Surgiu a necessidade do regimento do grupo e enfatizou-se que na sua descrição, fosse entendida como faltas justificadas: atividades culturais científicas, participação em sociedades, entidades de classe, folga, férias ou quando estiver com intercorrências no setor ou estiver sozinha na unidade.

O grupo sugeriu troca de coordenação a cada seis meses, por ser um papel difícil, que exigia uma integração com o SEC, que se comunicasse com o SEC principalmente na hora da dificuldade. Referia que o grupo deveria caminhar sozinho, independente da presença do coordenador.

A diretora do SEC orientou que o coordenador deveria ter foco em resultados e questionou a substituição pela vice-coordenadora, uma vez que se propõe rodízio para todos os membros nos cargos.

Mediante a necessidade de realização das entregas, os próprios elementos do grupo se incumbiram de realizar as cobranças quanto às atividades que ficaram sob responsabilidade de cada integrante, inclusive os de projeto de pesquisa semestral e os de treinamentos realizados pelos aprimorandos.

Quanto à **produção científica** do grupo de educação, alguns integrantes avaliaram que havia a dificuldade na escolha dos temas para elaboração de artigos científicos e outros já tinham sido encaminhados para divulgação.

A diretora do SEC solicitou ao grupo sugestão de temas e que fossem relacionadas à Educação, ao que os integrantes responderam e foram estabelecidos prazos para entrega dos projetos.

O Grupo sentiu a necessidade de realizar a divulgação do trabalho realizado em treinamentos, palestras, informação em geral e também começaram a ser apontada a necessidade de treinamentos específicos dos setores. Chefias começam a se organizar para fazer um cronograma prévio para todos os funcionários do setor comparecerem aos treinamentos.

Assim foi proposto que o grupo de educação iniciasse o planejamento de cursos externos; para o primeiro semestre de 2006, ficando programada a Jornada de Enfermagem.

Toda a estrutura da apresentação do grupo, para os demais enfermeiros da Instituição, foi discutida considerando a história do grupo (formação, composição, justificativa, objetivos, conceitos, diagnóstico situacional com identificação das necessidades de treinamentos), regimento interno do grupo; metas e cronograma para 2005; resultados encontrados (indicador de satisfação nos treinamentos, POPs, integração de novos funcionários, produção científica, indicador de visitas externas ao Instituto e de estágios voluntários extracurriculares) e ao final houve a apresentação da foto do grupo.

6.5.3 PERCEPÇÃO DO PESQUISADOR

O grupo de educação, ao longo do ano, conseguiu atingir todos os objetivos plenamente para alguns e de forma parcial em outros. Conseguiu estabelecer sistemática de identificação das necessidades de treinamento, elaborar e validar os POPs institucionais gerais ficando em falta os específicos dos setores, capacitar os

profissionais de enfermagem conforme POPs desenvolvidos e validados, identificar possíveis falhas/adversidades na execução dos POPs. Iniciou o treinamento admissional, a continuada e de atualizações visando a desenvolver competências individuais na organização, relativo aos processos de trabalho em enfermagem (ensino, pesquisa, gestão e assistência) com foco em resultados. Criaram-se os indicadores de educação e realizaram-se divulgações de produção científica.

Para tanto, o grupo de educação solicitou a presença da diretora do SEC em reuniões com frequência, no sentido de esclarecer dúvidas, definir diretrizes. Alguns componentes com maior facilidade trabalharam com praticidade e objetividade na resolução dos problemas.

A discussão de conceitos do projeto, sua estruturação descritiva não eram prioridades para todo grupo e sim para alguns, o que ocasionou a estruturação do projeto por elementos específicos.

Por outro lado, o compromisso dos outros componentes era com relação à validação de POPs, *check list*, fundamentação dos POPs do dia-a-dia. A construção de resultados e intervenção nas áreas de atuação, bem como busca de movimento eram maiores neste grupo, que demonstrava a necessidade de transformar a realidade presente para vários aspectos de cunho técnico. A percepção de que no hospital havia vários POPs para um único procedimento, de falhas técnicas dos próprios profissionais de enfermagem, a falta de uniformidade nos conceitos, ocasionaram mobilizações e inclusões de consulta a outro departamento, como a CCIH.

O grupo discutiu a real necessidade do *check list*, visto que era demorado, demandava intervenções no próprio momento, os procedimentos eram detalhados dificultando a verificação. A proposta do grupo era somente atualizar o POP na literatura ao invés de iniciar com a prática, fato para o qual a diretora justifica que se os princípios básicos procedimentais descritos estivessem em conformidade não havendo desperdício quanto aos materiais, poderiam ser validados conforme descrito e executado pelos colaboradores. Caso contrario, seria necessária a revisão do POP conforme a prática, respeitando os quesitos descritos anteriormente, atualizar o que já estivesse ultrapassado e após realizar o treinamento institucional.

Paralelamente, os informes sobre a Acreditação Hospitalar fortaleceram as atividades educativas e de padronização dos POPs pelo grupo.

O grupo demonstrou interesse e participou ativamente das atividades, não excluindo, entretanto, alguns elementos que acabavam não cumprindo com prazos e tarefas. O grupo percebia a necessidade do engajamento de todos os componentes com efetividade de participação o que gerou uma cobrança mútua não só em relação à entrega de tarefas padronizadas como de participação nas reuniões, surgindo, portanto, a necessidade de revisão do regimento do grupo.

Por fim, o grupo de educação continuou bastante veloz nas conclusões de atividades. Apesar das dúvidas existentes continuamente sobre a validação dos POPs, os elementos realizaram entregas parciais.

Com a admissão de novos colaboradores, o grupo manifestou a necessidade dos treinamentos admissionais. Assim, foi elaborado o programa de integração, convidados elementos do grupo para desenvolvê-lo na medida do possível, para acompanhá-lo no treinamento setorial. O grupo se mostrava mais motivado, pois seus componentes referiram que se sentiam capacitados pela discussão das aulas ministradas.

No decorrer do ano, o grupo surpreendeu-se quando, no meio de tantas atividades simultâneas, construiu um momento de integração, de festividade de comemoração do aniversário de uma das componentes do grupo.

Outra preocupação que se reverteu em início de mobilização foi em relação ao indicador de pesquisa, sendo que cada componente passaria a propor temas de interesse e esboçaria o projeto que passaria a desenvolver setorialmente. As pesquisas foram desenvolvidas e o indicador foi alcançado.

A percepção de problemas estruturais e institucionais, o momento vivido pela Instituição e as necessidades de atuação, são compreendidos, por este grupo, com maior rapidez e transformados em atitude, agregando valores para a organização. A cobrança por participação e por entregas é bastante forte por parte da coordenação, estabelecendo prazos e metas o que direcionou o grupo para que tudo ocorresse com maior precisão. Os registros de enfermagem e organização dos prontuários foram citados como preocupações a serem trabalhadas, exigindo interface com os grupos de SAE e Auditoria.

Finalizando, o grupo demonstrou compromisso e efetividade em seu trabalho anual, apesar de não ter concluído todos os POPS nos prazos. Verificou-se velocidade de produção, acompanhamento do processo, busca de contextualização continuamente, mobilização para adaptabilidade e flexibilidade para alinhamentos a diretrizes institucionais. Apesar do volume de trabalho gerado, os componentes demonstraram satisfação com o produto final. Também em face das avaliações realizadas, mostrou maior maturidade para discutir os fatos no âmbito pessoal e profissional, de forma que divergências foram resolvidas internamente. Conseguiu-se com maior facilidade, obter resultados mensurados concretamente e organizaram-se no processo de trabalho.

7. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Para a análise dos relatórios, foi adotado o referencial teórico de competência no qual a competência é um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo ⁽¹⁷⁾. Agregou-se a este conceito a noção de entrega ou seja, de contribuição, isto é, as pessoas, enquanto agentes de transformação realizam entrega para a organização de forma a melhorar processos ou introduzir tecnologias e não somente para atingir metas organizacionais ⁽²¹⁾.

Assim, as competências profissionais identificadas e analisadas com base nos relatórios abrangeram os diferentes saberes:

- saber agir: saber o que e por que faz. Saber julgar, escolher, decidir;
- saber mobilizar recursos: saber mobilizar recursos de pessoas, financeiros, materiais, criando sinergia entre eles;
- saber comunicar: compreender, processar, transmitir informações e conhecimentos, assegurando o entendimento da mensagem pelos outros;
- saber aprender: trabalhar o conhecimento e a experiência, rever modelos mentais; saber desenvolver-se e propiciar o desenvolvimento dos outros;
- saber comprometer-se: saber engajar-se e comprometer-se com os objetivos da organização;
- saber assumir responsabilidades: ser responsável, assumindo os riscos e consequências de suas ações e sendo por isso reconhecido;
- ter visão estratégica: conhecer e entender o negócio da organização, o seu ambiente, identificando oportunidades e alternativas.

As primeiras competências trabalhadas pelo grupo foram as do **SABER COMPROMETER-SE** e **SABER ASSUMIR RESPONSABILIDADES**. O

desenvolvimento destas competências pôde ser percebido desde a inscrição espontânea dos enfermeiros ao grupo, no fato de alguns enfermeiros se candidatarem aos cargos demonstrando o interesse e a iniciativa em pertencer ao grupo, ou ainda para enfrentamento de desafios, tais como desenvolver trabalhos de construção coletiva, de mudanças nos processos de trabalho existentes entre tantos outros.

Esta competência abarcou, além da iniciativa e interesse, a busca de alternativas para resolução de problemas, participação ativa e contribuição para o desenvolvimento das atividades do grupo. Neste contexto, a entrega e competência se assemelharam, pois se tratou de uma dimensão atitudinal, não mensurável quantitativamente, mas sim como uma entrega, uma contribuição perceptível de agregação de valor social.

Os grupos apresentaram uma frequência média de 7 a 11 presenças nas reuniões, realizaram entregas efetivas com empenho de reuniões extras para se prepararem para ocasiões, como apresentação formal de aulas aos enfermeiros, reunião com chefias, apresentação de trabalhos em eventos.

Por outro lado, esta foi uma competência bastante difícil de ser desenvolvida, a considerar que os relatos apontaram para as dificuldades dos enfermeiros em participar das reuniões durante o horário de serviço, por questões de falta de RH, por intercorrências nos setores, além da falta de participação de alguns integrantes nas reuniões que refletiam em dificuldades na entrega de seus resultados. Estes fatos foram apontados em atas e relatórios em relação a todos os grupos, impactando em substituições, inclusões, desligamentos e solicitação de posicionamentos referentes à falta de participação efetiva de cada componente nos grupos.

Compreende-se que, para o desenvolvimento desta competência em serviço, é necessário mobilizar recursos e prover condições operacionais viáveis para esta finalidade. A infra-estrutura física e financeira foi então providenciada aos grupos, bem como flexibilização de escalas, re-alocações de pessoal. Aliada a estas condições, foi requerida a agregação de valores sociais do colaborador, essencial no desenvolvimento de competências profissionais do saber comprometer-se e saber assumir responsabilidades.

Já no desenvolvimento desta competência, percebe-se de fato o apontamento da literatura considerando a competência organizacional como um *portfolio* de recursos e

que precisaria ser mobilizada de forma estratégica para a diferenciação da organização (17,20,21).

Apesar das dificuldades enfrentadas, principalmente relacionadas a ausências de alguns elementos, observou-se que a maioria do grupo demonstrou interesse no desenvolvimento de suas atividades, pois no prazo determinado, conseguiu realizar entregas efetivas, inicialmente de forma mais lenta, sem cumprimento de prazos estipulados, e que foram sendo melhoradas diante da sistemática de controle das entregas junto aos integrantes.

À medida que os elementos começaram a compreender o seu papel, a participar efetivamente dos grupos e foram desenvolvendo seus projetos, percebeu-se a necessidade de adquirir e aprimorar outras competências, como a do saber aprender.

A competência **SABER APRENDER** pôde ser percebida quando diante da necessidade de criação, consolidação dos grupos de estudos e construção do projeto. Os grupos iniciaram suas atividades de busca de literaturas, bibliografias que subsidiassem a construção de um referencial teórico e consistência dos conceitos até então desconhecidos e que necessitariam ser aprofundados. A exceção foi em relação ao grupo de SAE que já tinha seu referencial definido em relação à Horta e classificações dos diagnósticos, intervenção e resultados.

Evidenciou-se ainda o alcance desta competência, uma vez que houve a inclusão de novos conceitos, métodos de trabalho, de busca de alternativas para a continuidade do trabalho dos grupos, ocasionando melhores desempenhos na entrega, bem como no início de mudança na forma de aprendizagem que era centrada num modelo de educação tradicional.

As principais dificuldades no desenvolvimento desta competência foram a falta de conhecimento sobre o assunto, de experiências de trabalhar com grupos de estudos, com atividades de auditoria, de mensuração de qualidade, de processos educativos sistematizados, de elaborar projetos com metas e cronogramas de trabalho, de gestão de projetos, de favorecer a comunicação utilizando-se de recursos tecnológicos.

O grupo precisou desenvolver familiaridade com os assuntos, por meio de leituras de bibliografias, buscas sistemática de literaturas, demonstrações e experimentações com uso de recursos tecnológicos, convite à palestrantes, organização

de atividades educativas realizadas por profissionais que atuassem nas áreas a serem estudadas, e isto foi contribuindo para o desenvolvimento do **saber aprender**.

Apesar de diferenças de objetivos e no tempo de entrega do projeto de trabalho dos grupos, após um ano de atividades, os colaboradores de enfermagem reconheceram a existência dos grupos, dos trabalhos desenvolvidos, bem como começaram a identificar o impacto das ações de cada grupo nos processos de trabalho de enfermagem, melhorando-o, atualizando-o ou ainda, vivenciando diferentes formas de trabalho com construções coletivas.

À medida que as aprendizagens foram ocorrendo, que o contexto institucional passou a ser compreendido, interpretado e analisado em diferentes enfoques, percebeu-se que os setores começaram a questionar e a se comparar quanto ao desenvolvimento das atividades, tendo como consequência a competitividade e visão estratégica do colaborador na empresa.

Estes resultados vão ao encontro do conceito de que a competência se consolida mediante a mobilização de recursos, para a obtenção de um resultado, deixando subentendida a existência de algo que pode ser construído, aperfeiçoado e corrigido. Assim, a competência se insere em uma perspectiva construtivista e mais uma vez a visão de processo, no desenvolvimento de competências, sobrepõe-se à abordagem de resultados. Nesse contexto, a gestão por competências prioriza a noção de processos, dando um lugar privilegiado à aprendizagem da autonomia como autodesenvolvimento⁽⁵⁵⁾.

O fato de a organização estar imersa em uma lógica por competências sugere que: missão, visão, valores e cultura são dinâmicos e refletem um posicionamento da empresa no mercado; a competitividade da organização depende do potencial de desenvolvimento de processos e pessoas; os conhecimentos, habilidades e capacidades constituem-se requisitos para que a empresa tenha a sua vantagem competitiva; a aprendizagem coletiva e organizacional alavanca os processos de mudança⁽⁵⁵⁾.

Cabe esclarecer que a competitividade entre os setores se deu de forma saudável, inclusive no contexto da comparabilidade no mercado de trabalho pois ao perceber-se que indicadores institucionais apontavam bons resultados, que passaram a ser motivo de orgulho e motivação para a continuidade dos trabalhos.

Para desenvolver a competência da **VISÃO ESTRATÉGICA** foram realizadas reuniões, no início das atividades de constituição dos grupos com a apresentação do panorama de diretrizes institucionais e da Divisão de Enfermagem, bem como os objetivos das propostas de se construir os grupos na Instituição.

Outra etapa percorrida para o seu desenvolvimento foi possibilitar o diagnóstico situacional e priorização das ações para intervenção na percepção dos grupos.

Em relação a esta entrega do diagnóstico situacional, os grupos apontaram diferentes necessidades. O grupo que primeiro realizou o diagnóstico foi o da educação. Ele identificou as necessidades de treinamento, de organização dos POPs não padronizados institucionalmente, a preocupação com acolhimento de colaboradores recém-admitidos, optando por iniciar pela validação dos POPs.

O de auditoria deparou-se com dificuldades relativas à organização do prontuário, falta ou ilegibilidade de alguns registros, falta de padronização de impresso único para a SAE, e então, preocupou-se com uniformização de conteúdo, critérios, condutas e abordagem na auditoria, estruturando cronograma de atividades, em busca de resultados. Iniciou pela construção do processo de auditoria e seus documentos.

O de indicadores preocupou-se em construir indicadores inexistentes na Instituição, enquanto o de curativos iniciou a validação do POP de curativos e passou à construção de um protocolo institucional para avaliação de feridas, com caracterização de seu perfil, uma vez que nenhum padrão para avaliação, terapêutica de feridas existia de forma institucionalizada.

E no grupo da SAE, a proposta demorou mais para ser concluída, pois alguns dos integrantes não concordavam com a necessidade de reformular a SAE, nem com as necessidades diagnósticas identificadas. A preocupação era em relação a competência do enfermeiro em realizar a SAE e não no desenvolvimento da SAE como uma ferramenta de gestão da assistência. Ao final, a proposta realizada foi de reformular a SAE com foco no Histórico de Enfermagem (HE) e seu guia instrucional.

Considerando que, em todo projeto, o diagnóstico é uma das etapas essenciais para o planejamento de ações, todos os grupos tinham clareza dos problemas identificados, entretanto encontraram dificuldades para adotar intervenções sistemáticas, principalmente porque a governabilidade para as tomadas de decisões era no âmbito das

chefias e não dos enfermeiros assistenciais, sendo que outro fator dificultador para a resolução de problemas era o fato historicamente constituído, nesta Instituição, da falta de interfaces entre os colaboradores.

Embora haja o reconhecimento de que a ampliação de autonomia e integração dos trabalhadores no processo de trabalho tenha um recorte determinado pelo interesse e visão da direção das organizações, a gestão matricial, a horizontalização dos organogramas, a desconcentração do poder de planejar e de decidir e a construção de espaços coletivos com capacidade de análise e reflexão possibilitaram a constituição e o fortalecimento de sujeitos e da democracia, no sentido das transformações nos esquemas de dominação ⁽⁵⁶⁾.

Outra grande dificuldade percebida na época era que as discussões centralizavam-se por setores, não visualizando os processos no contexto organizacional. Os setores realizavam processos internos, com poucas interfaces entre as áreas, exceto no âmbito da discussão entre chefias de enfermagem uma vez que participavam de reuniões entre diferentes áreas.

No passado, a visão estratégica era privilégio da minoria pensante, situada na cúpula da organização, mas que hoje, essa visão tem que estar presente em todos os níveis (com diferentes ponderações e significações), fazendo parte da competência do indivíduo ⁽¹⁷⁾.

Na gestão de pessoas por competências, algumas premissas são essenciais, como os focos no desenvolvimento das pessoas, no processo, na conciliação dos interesses da empresa e do profissional, e num modelo integrado e estratégico em vez de constituído por partes desarticuladas entre si ⁽⁵⁷⁾.

A dificuldade percebida no desenvolvimento da competência de ter a visão estratégica pode ter sido decorrente da própria inserção do profissional na Instituição pública, na qual o seu desenvolvimento está vinculado ao cargo que ocupa, não havendo um plano de carreira por competências ou agregação de valor individual e reconhecimento de seu trabalho

Como o grupo estava sendo constituído num contexto de mudanças, conflitos, expectativas, o receio do desconhecido, a preocupação com o impacto dos resultados eram freqüentes. Para tanto estas questões foram abordadas com o cuidado de não

infringir questões de respeito, ética; por meio do trabalho coletivo dos enfermeiros, com foco na melhoria contínua, necessária para a continuidade dos processos de trabalho.

A intensidade e a velocidade das mudanças, freqüentemente, ocasionam insegurança nos indivíduos envolvidos e desestabilização das organizações que buscam se adaptar para alcançar novos patamares de estabilidade e reduzir o impacto das mudanças no cotidiano de trabalho ⁽⁵⁸⁾.

A intervenção do SEC, no sentido de expandir a visão estratégica do grupos, foi necessária para o direcionamento das propostas dos grupos e no estabelecimento de prazo para conclusão das atividades distribuídas aos integrantes, da operacionalização das fases e para o dar a continuidade a todas as atividades propostas.

Esta intervenção foi decorrente ao que se considera como sendo necessária na gestão de pessoas, ou seja, avaliar continuamente a entrega (o saber agir responsável e reconhecido, que agregam valor para organização), bem como o desenvolvimento da pessoa (capacidade da pessoa de assumir e executar atribuições e responsabilidades de maior complexidade) e a ampliação do espaço ocupacional na Instituição (relação entre complexidade e entrega, norteadas pela necessidade das empresas e a competência da pessoa em atendê-las, de forma crescente), características estas necessárias para uma liderança estratégica ⁽⁵⁷⁾.

Ao se possibilitar uma visão estratégica, pôde-se perceber o favorecimento à responsabilização dos elementos por cada parte e o todo de sua área de governabilidade, passando a ser requerido maior intervenção e modificações necessárias para a melhoria contínua.

Na seqüência discutiremos o desenvolvimento da competência **SABER COMUNICAR-SE**, competência esta, primordial para a continuidade das atividades propostas de intervenção.

Os grupos tiveram dificuldades iniciais na comunicação decorrente do fato de que nem todos os enfermeiros tinham domínio da tecnologia de informações, nem todos os setores possibilitaram o acesso ao sistema de informações computadorizadas, para a utilização do enfermeiro.

Entretanto, o desenvolvimento do saber comunicar-se ocorreu principalmente, com acesso a redes de informática, tendo como consequência a capacitação dos grupos

no uso da informática como instrumento de comunicação. Foi uma das conquistas conseguir comunicar-se utilizando os computadores, diminuindo assim o número de papéis protocolados circulantes na Instituição, bem realização das reuniões desnecessárias.

Com o tempo, tendo superado a dificuldade da utilização do recurso eletrônico, como um meio facilitador, rápido e prático de comunicação, percebeu-se a existência de outras dificuldades.

Uma delas, refere-se quando os componentes após, primeira experiência em campo, perceberam que cada elemento do grupo havia realizado os processos de forma distinta, tendo lido e interpretado a questão com diferentes entendimentos. Mediante esta situação, os grupos sentiram a necessidade de estabelecer critérios, e padronizar a linguagem interna dos componentes do grupo.

Os grupos trabalharam de forma que a entrega pôde ser percebida também no procedimento de coleta de dados já que foi necessário o engajamento dos membros para a uniformização da coleta, (abordagem, busca, revisão, medidas, critérios, padrões, dentre outros) pois uma vez que vários integrantes realizariam as coletas setoriais, mensurando e avaliando resultados de seu trabalho ou de colegas no mesmo setor ou em outro setor nos diferentes turnos, não se poderia correr riscos de haver erros de apontamentos, nem discrepância dos critérios, por falta de cuidados na coleta de dados. Nesta etapa, várias dificuldades foram encontradas pois nem todos os processos internos foram estabelecidos, alguns fluxogramas dos processos existentes não foram formalizados ou eram diferentes entre setores o que exigiu reuniões paralelas entre as chefias de enfermagem para realizar-se intervenções institucionais de melhoria contínua em toda enfermagem.

Outra dificuldade foi que as unidades não tinham uniformidade dos impressos, processos instaurados, requerendo um trabalho paralelo de construção e de ferramentas auxiliares como manuais de normas, rotinas, procedimentos, comuns entre áreas e compartilhadas e conhecidas por todos a serem desenvolvidos pelos elementos do grupo de educação e chefias de enfermagem.

Também foi observado que a constituição dos grupos possibilitou a descentralização e a socialização das informações, até então muitas vezes centralizadas

nas respectivas chefias. O desafio era que cada colaborador integrante da equipe de enfermagem fosse capacitado e tivesse desenvolvido suas competências para uniformização do conhecimento, possibilitando a gestão do conhecimento, inserida na cultura organizacional.

Em face deste contexto, todo trabalho de resolução de problemas estruturais, processuais e de recursos precisava ser realizado, desenvolvendo-se ações em busca de metas. Dessa forma, aos poucos, foram sendo desenvolvidas as competências do **SABER AGIR** e do **SABER MOBILIZAR RECURSOS**.

Cabe salientar que estas competências foram desenvolvidas, mas com maior grau de dificuldade e diretamente relacionada a uma entrega pré-definida com prazos, sendo nível de comprometimento e adesão do colaborador como determinantes para o alcance de resultados.

O saber agir passou ser visível nos grupos no momento em que se constatou que os elementos sabiam o que fazer e por que fazer, ou seja, o atuar de forma consciente e reflexiva. A dificuldade no desenvolvimento desta competência encontrava-se na tomada de decisão, mediante escolhas que implicariam em conseqüências, nem sempre desejadas pela maioria, pois demandariam trabalho intenso, mas necessárias à organização.

O perfil dos grupos, inclusive dos coordenadores, era inicialmente de receio e respeito pelo trabalho desenvolvido pelos pares e não intervir nos setores para mudanças. Culturalmente, os setores tinham sua autonomia e liberdade de ações, sem grandes intervenções para uma visão estratégica organizacional, sem uniformização dos processos existentes institucionalmente. Intervir para que todos pudessem uniformizar critérios, seguir diretrizes únicas, alinhar a comunicação interna, foram dificuldades intensamente enfrentadas pelos grupos a iniciar pela aceitação da nova forma de organização do processo de trabalho em enfermagem.

Assim, cada grupo, apontou dificuldades, mas sempre foi solicitado que fossem acompanhadas da respectiva sugestão de melhoria ou correção do processo, para que pudessem ser discutidas, resolvidas e implementadas

No desenvolver dos trabalhos, observou-se que, com o tempo, após realizadas consultas no âmbito da ética profissional, as intervenções tendo como base as literaturas,

o compartilhar com outras associações sobre condutas diante de situações similares, os grupos começaram a realizar intervenções, o que inicialmente causou desconfortos, posteriormente, ganhou adesões seguidas de verbalizações em reuniões sobre as melhorias percebidas ou com preocupações com as não conformidades percebidas e não solucionadas.

Nesta fase, a diretora do SEC foi solicitada em vários momentos para facilitar a compreensão do contexto, discutir sobre as tomadas de decisões e direcionamento de ações nos respectivos grupos, apontando os nós críticos dos respectivos setores para que a intervenção pudesse resolver o problema e trazer resultados. Neste sentido, os grupos passaram também a mobilizar recursos para realizar as intervenções necessárias.

A competência da **MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS** foi desenvolvida em várias etapas dos grupos. Ante a necessidade de atualização e sensibilização dos enfermeiros, buscou-se profissionais de referência no assunto, mobilizou-se integrantes do grupo, enfermeiros e auxiliares de enfermagem em seus respectivos setores para o treinamento setorial ou de outros setores, foi organizada e prevista a infra-estrutura mobilizando recursos materiais e financeiros necessários para viabilização dos projetos planejados.

Outras formas de mobilização de RH ocorreram quando foi necessário consultar profissionais de outras áreas atuando de forma integrada, (estatística, nutricionista, médico, SAME da Instituição), a fim de discutir as dúvidas ou visando a facilitar uma construção coletiva junto aos setores em que haveria impacto diante das mudanças. Em outra etapa, quando o grupo se propôs a demonstrar resultados à equipe de enfermagem da Instituição, aliando-se as propostas de melhoria; realizadas de forma compartilhada com outros grupos.

A mobilização de recursos foi uma das competências que para ser desenvolvida, exigia outras competências previamente desenvolvidas. Assim, nem todos os grupos conseguiram trabalhar esta competência, visto que faltava ainda uma visão sistemática de problemas, que envolvia diagnóstico feito com métodos, uso de informação para tomada de decisão, e uso de ferramentas estatísticas para a organização de dados e proceder a inferências ⁽¹⁷⁾.

Para que os grupos atuassem em seus respectivos setores, visando a mobilização de recursos, faltava ainda a autonomia para tomada de decisões, a comunicação e socialização do conhecimento.

Outra questão importante, que não fez parte da análise dos grupos foi a gestão de recursos financeiros, dimensão esta que ainda não gerou preocupações, considerando-se que culturalmente esta dimensão não tem sido discutida em todas as áreas, dificultando trabalhar a questão de custos, auto-sustentação, otimização e re-alocação de recursos.

O agir diante dos problemas foi se acentuando ao longo do percurso dos grupos e mais evidenciado nos grupos de auditoria e educação enquanto nos outros, foi mais demorado.

Finalizando, de uma forma geral, todas as competências foram sendo desenvolvidas nos grupos, uns com maiores êxitos, outras ainda de forma bastante inicial, bem como entre os participantes houve diferenças.

As entregas específicas por grupo também foram realizadas principalmente no que se referia a alcance de resultados e metas, como foi apontado na síntese dos relatórios.(Anexos II, III, IV, V e VI), Cabe salientar que uma das dimensões do processo de trabalho também desenvolvida e cuja entrega refletiu diretamente no impacto das atividades avaliativas da Instituição de referência em ensino e pesquisa foi a entrega relacionada à **PRODUÇÃO CIENTÍFICA** dos grupos. (Anexo VII)

Constatou-se que, apesar de entender que a pesquisa não se realiza com prazos curtos, por produtividade, mas sim pelo teor científico, rigor metodológico e qualidade do produto, as universidades, instituições de ensino e hospitais de ensino têm demandado fortemente a realização de pesquisas, sendo inclusive um dos quesitos de avaliação institucional.

Considerando-se que em Instituição de referência em ensino e pesquisa, não poderia ser diferente e compreendendo que a produção do conhecimento é uma faceta importante no desenvolvimento da Enfermagem que consolida suas ações quando efetivamente implantadas e publicadas, a produção científica passou a ser um dos indicadores dos grupos de estudos, considerando-se uma produção semestral por grupo ou por setor de origem

Assim, os grupos que alcançaram suas metas parcialmente, com divulgação de sua produção no ano de 2005, foram da SAE e de Educação, que conseguiram uma produção científica ao ano. Quanto aos demais, conseguiram concluir uma produção, mas não chegaram a divulgá-la durante o ano, tendo sido dado início a vários projetos de pesquisa para serem concluídos e divulgados em sua continuidade.

Por fim, todos os grupos apresentaram suas **propostas de continuidade** para o ano seguinte, com maior detalhamento de atividades a serem desenvolvidos. Nesse momento foi possível evidenciar que muitos dos grupos que desenvolveram a competência ao longo do ano de realizar planos, com metas e cronogramas, não salientaram suas dificuldades para realizá-lo.

Diante destes resultados, concluiu-se que é possível desenvolver um programa de competências em serviço, entendendo a competência não só como um atributo individual de aquisição e construção de conhecimentos dos sujeitos, mas sim contextualizada com base nas demandas das situações concretas do trabalho que envolve a construção pautada em bases socioculturais e históricos.

Cabe salientar ainda que também neste programa, as escolhas em educação não foram neutras e que os conceitos expressaram as características e os interesses dos grupos e das forças sociais que os elaboraram.

Os resultados alcançados no desenvolvimento das competências profissionais e nas entregas realizadas pelos grupos institucionalmente, somente foram possíveis no momento em que a Instituição determina suas diretrizes, se organiza e investe em seus recursos físicos, financeiros, organizacionais e humanos, agregado ao conceito da competência organizacional e possibilita as intervenções com autonomia, enquanto uma proposta de transformação da natureza do trabalho. Dessa forma, há possibilidade das modificações no mundo do trabalho, com maior chance de agregação de valores sociais à organização.

A noção de competência, enquanto uma construção social, deve enfrentar o desafio de propor alternativas ao modelo de educação que desafiem e dêem respostas à dinâmica e às transformações do mundo do trabalho, no olhar e conforme os interesses, expectativas e aspirações dos diferentes sujeitos coletivos, que possuem propostas e estratégias sociais diferenciadas e buscam a hegemonia de seus projetos políticos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após dois anos de construção dos cinco grupos de estudos, pôde-se avaliar que estes realizaram papel preponderante no desenvolvimento da enfermagem e da Instituição.

Estes grupos foram apontados como pontos positivos de impacto para a Divisão de Enfermagem, na avaliação da certificação da qualidade da Instituição, confirmando assim a importância do investimento nos recursos humanos com foco em entregas como um recurso distintivo da competência organizacional.

A sistemática de mensuração e controle dos indicadores, o processo de educação continuada e a avaliação de impacto dos processos educativos, a existência de gestão da assistência com seus respectivos protocolos, as auditorias da qualidade da assistência foram reconhecidamente contempladas na qualidade da atuação da Enfermagem e no alcance da certificação de segurança e de organização durante a auditoria externa da Divisão de Enfermagem.

Em relação ao grupo da SAE, além de todo trabalho interno desenvolvido, de revisão do histórico de enfermagem, de início da construção sistemática de NANDA NIC NOC, capacitação de enfermeiros, apresentação de trabalhos de produção científica, e auditoria realizada pela comissão de SAE da Secretaria do Estado de Saúde (SES), passou a compor a Comissão local de SAE da SES, como corpo docente para o projeto Tecendo a SAE, no módulo de capacitação da enfermagem dos hospitais do Estado, iniciado em 2007.

O Grupo de Auditoria da Qualidade em Enfermagem, na continuidade, empenhou-se em controlar a forma de preenchimento dos documentos do prontuário seguindo normativas e trabalhando com a qualidade e coerência dos registros em relação à condição real do paciente. Foi por meio de auditorias internas que a equipe de enfermagem identificou a necessidade de melhoria nos registros, realizou intervenções corretivas e na auditoria externa, apresentou conformidade nos prontuários auditados. Houve inclusive reconhecimento da qualidade dos registros de enfermagem, pela Comissão de Prontuários institucional. Apresentou trabalhos de produção científica em

eventos de enfermagem, tendo sido premiado com o trabalho intitulado Auditoria em Enfermagem : Subsídios para gestão da qualidade e quantidade da assistência de enfermagem, cujos objetivos foram de identificar os tipos de não conformidades registradas e propor medidas estratégicas e corretivas para melhoria da qualidade da assistência prestada pela Instituição ⁽⁵⁹⁾.

Quanto ao Grupo de Indicadores de Qualidade e Quantidade em Enfermagem, passou realizar o monitoramento e aos poucos a intervir nos campos em que a não-conformidade no alcance de metas foram evidentes, iniciando um processo de trabalho com plano de ações corretivas. Associada à Comissão de Qualidade Hospitalar (CQH), passou a ter seus indicadores comparados e com resultados que permitiam competitividade no mercado.

No que se refira ao CATF, caracterizou o perfil sóciodemográfico de pacientes com feridas, estabeleceu protocolos assistenciais, realizou capacitação da equipe de enfermagem, acabou por padronizar mostruário de produtos para favorecer as interfaces com o setor de compras e almoxarifado, bem como concluiu o projeto de implantação do ambulatório de feridas ⁽⁶⁰⁻⁶⁴⁾.

O grupo de educação foi um dos maiores destaques tendo conseguido alcançar todas as metas de treinamento, solicitou e participou da capacitação docente internamente programada. Adquiriu autonomia para realizar processos educativos setorialmente, consolidando a sistemática de treinamento, passou a acompanhar os estágios curriculares e voluntários, admissão de novos colaboradores, bem como realizou produções científicas e também conquistou espaços para elaboração do manual de procedimentos operacionais. Teve importante contribuição para o alcance do nível dois no serviço de educação continuada, tendo sido fortemente estimulada para a busca do nível três, na certificação de qualidade, passando a compor e coordenar a Comissão de Treinamento e Desenvolvimento para realizar a educação continuada institucional juntamente à equipe multidisciplinar e setor de Recursos Humanos ⁽⁶⁵⁾.

Os enfermeiros dos grupos sentiram-se mais seguros na abordagem do processo de trabalho desenvolvido, bem como com iniciativas para intervenção sempre que necessária junto ao setor. Demonstraram maior velocidade de produção e uma análise

crítica para tomada de decisões, exatamente por encontrar-se mais contextualizada, melhor instrumentalizada quanto aos processos de trabalho.

Mediante este estudo foi possível verificar que há possibilidade da construção e implantação do programa de desenvolvimento de competências em serviço, uma vez que haja diretrizes organizacionais definidas e competências individuais compatíveis, com a agregação de valor social ao indivíduo e econômico à Instituição.

A construção destes grupos, uma vez compreendida a entrega a ser realizada, impactou não só para o desenvolvimento de competências dos colaboradores, como para facilitar no desenvolvimento dos processos de trabalho da enfermagem, as interfaces entre os diferentes setores, maior velocidade de multiplicação de intervenção na construção de resultados mensuráveis e factíveis produzidos pela coletividade, e portanto mais consolidação de implantação e reconhecimento coletivo.

Para o desenvolvimento deste tipo de trabalho, algumas competências previamente desenvolvidas foram determinantes para o êxito na condução da proposta de educação em serviço. Da coordenação geral, exigiu-se competências múltiplas em todos os processos de trabalho de enfermagem (assistência, ensino, gestão e pesquisa), contínuo fortalecimento junto à direção da instituição e do serviço, atualização diante do contexto do mercado de trabalho e da política institucional, compreensão da cultura e relações de poder na Instituição. Outros requisitos como capacidade de negociação, adaptabilidade e flexibilidade, criatividade e mobilização de recursos, realizar intervenções seguras, estratégicas que fossem ao encontro das necessidades empresariais, capacidade de comunicação, liderança e tomada de decisão, movimentos de persistência e continuidade no trabalho junto aos enfermeiros, em busca dos objetivos propostos também foram necessários.

A re-significação do trabalho e a revisão das formas de condução do processo de trabalho dentro do contexto das adversidades, as formas de enfrentamento de dificuldades, o minimizar o re-trabalhos e valorizar intensamente, cada pequeno avanço conquistado, como parte do processo de mudança foram determinantes no encaminhamento da construção deste programa de desenvolvimento de competências em serviço.

A capacidade de gerenciar (pessoas, recursos, projetos, tempo, processos, resultados entre outros), de articular todas as interfaces setoriais, de mobilizar recursos e flexibilizar processos eram necessidades presentes todo o tempo, sem perder o foco da entrega.

Ter vivenciado a construção e coordenação de cinco grupos de estudos, cada qual com seu projeto de trabalho, em diferentes tempos de andamentos, com características distintas, simultaneamente, foi uma experiência bastante rica e gratificante, de difícil desenvolvimento, mas de construção de possibilidades, perspectivas e enfrentamento de desafios em instituições públicas de saúde.

9. REFERÊNCIA

1. Kobayashi RM. Caracterização da disciplina noções de administração de enfermagem dos cursos técnicos de enfermagem [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.
2. MacClelland DC. Testing for competence rather than for “intelligence”. *Am Psychol.* 1973;28(1):1-14.
3. Boyatzis AR. The competence manager. A model for effective performance. Chichester: John Wiley; 1982. p. 20-1.
4. Le Boterf G. Les éditions d’organisations. Paris: Quatrième Tirage; 1995. De la compétence: essai sur un attracteur étrange p. 15-42
5. Ropé F, Tanguy L. Saberes e competências. Campinas: Papirus; 1997.
6. Zarifian P. Objetivo por competência: por uma nova lógica. São Paulo: Atlas; 2001.
7. Schwartz Y. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Educ Soc.* 1998;19(65):101-40.
8. Meghnagi S. A competência profissional como tema de pesquisa. *Educ Soc.* 1998;19(64):50-86.
9. Dubar C. A sociologia do trabalho frente à qualificação e à competência. *Educ Soc.* 1998;19(64):87-103
10. Bitencourt, C. 2002. A gestão de competências gerenciais e a contribuição da aprendizagem organizacional. *Anais XXVI Enanpad*. Anpad: Salvador. [texto na internet]. [citado 2007 out 13] Disponível em: http://www.fgvsp.br/iberoamerican/Papers/0245_competencias%20-%20iberoamerican.pdf

11. Moglika M. Educar para a democracia. Cad Pesqui. 2003;(119):129-46.
12. RIBEIRO, E.C.O. Representações de alunos e docentes sobre as práticas de cuidado e de formação: uma avaliação de experiências de mudança em escolas médicas. 2003. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
13. Ramos MN. Da qualificação à competência: deslocamento conceitual na relação educação-trabalho [tese]. Niterói (RJ): Faculdade de Educação, Universidade Federal Fluminense, 2001
14. Valle R, organizador. O conhecimento em ação: novas competências para o trabalho no contexto da reestruturação produtiva. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2003.
15. Fleury MT. As competências de uma organização: o link entre estratégia e competência. RAC. 2001;(n. esp):189
16. Dutra JS, organizador. Gestão por competências: um modelo avançado para o gerenciamento de pessoas. São Paulo: Gente; 2001
17. Fleury A, Fleury MTL. Estratégias empresariais e formação de competências: um quebra-cabeça caleidoscópico da indústria brasileira. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 2004.
18. Amatucci M. Perfil do administrador brasileiro para o século XXI: um enfoque metodológico [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, 2000.
19. Mills J, Platts K, Bourne M, Richards HUW. Competing through competences. Cambridge: Cambridge University Press; 2002
20. Barney JB. Firm resources and sustained competitive advantage. J Manag. 1991;17(1):99-120.

21. Dutra JS. Competências: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna. São Paulo: Atlas; 2004
22. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Coordenação do Programa de Divisão de Recursos Humanos. Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Competências e desempenho individual [texto na internet]. [citado 2005 ago. 20]. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/competec.pdf.
23. Bittencourt, C A gestão de competências como alternativa de formação e desenvolvimento nas organizações: uma reflexão crítica baseada na percepção de um grupo de gestores. In Ruas, R.L Antonello, CS & Boff, LH Os novos horizontes da Gestão: Aprendizagem organizacional e competências . Porto Alegre: Bookman. 2005. p. 132 – 49
24. Lyles MA. Organizational learning and knowledge transfer in international joint ventures [Trabalho apresentado no Seminário Internacional Competitividade Organizacional - Gestão do Conhecimento e Universidade Corporativa; 1999; São Paulo].
25. Desaulniers JBR. Formação, competência e cidadania. Educ Soc. 1997;18(60):51-63.
26. Bembom MCLB. Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia: perfil histórico. São Paulo: IDPC; 1986.
27. Corbioli N. Resgatando a nossa história 1: o passado vivo entre as novas gerações [entrevista com o Dr. Adib Jatene]. Rev IDPC. 2000;2(6):8-13.
28. Seabra S. Resgatando a nossa história: uma vida dedicada à cardiologia [entrevista com o Dr. Michel Batlouni]. Rev IDPC. 2000;2(5):44-6 .
29. Piegas LS. No ano de seu cinquentenário, o Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia começa as obras do seu terceiro prédio. Rev IDPC. 2004;6(4):6-8.
30. Ramos R. Tecnologias para salvar vidas. Rev IDPC. 2003;(3):38-9.

31. Sousa JE. Palavra do diretor: Dante Pazzanese e sua visão do “tempo novo”. Rev IDPC. 2000;(6): 4-5.
32. Seabra S. A ANAC não pode parar [entrevista Com Anita Pazzanese]. Rev IDPC. 2000;(6):22-6.
33. Piegas LS. Fundação Adib Jatene: uma trajetória de sucesso. Rev IDPC. 2002;(2):5
34. Seabra S. Destaque 2: SBC faz a história da cardiologia brasileira. Rev IDPC. 2000;(6):28-30.
35. Sousa JE, Bittar OJNV. O Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia cresce uma vez mais com a ampliação das suas instalações. Rev IDPC. 2003;(2):4-7.
36. São Paulo (Estado). Resolução n. 183, de 9 de maio de 1991. Estabelece diretrizes básicas para o programa de integração interinstitucional entre Faculdades de Ensino Médico e o Sistema Único de Saúde – SUS e dá providências correlatas. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 8 jun. 1991. Seção 1, p. 19.
37. São Paulo (Estado). Resolução n. 3.900, de 18 de dezembro de 1991. Altera dispositivo da Resolução n. 3.745 de 1990, que baixou o Regimento Geral da USP. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 20 dez. 1991. Seção 1, p. 101.
38. Piegas, LS Dante Informa. Ano 1, n. 1, janeiro/abril de 2005.
39. Nakamura, R.S, Kobayashi, RM, Leite, MMJ. Resgatando e Construindo a História do Serviço de Enfermagem do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia entre 1970 e 2005, Apresentado e premiado em 2º lugar na Jornada de Enfermagem Cardiovascular. São Paulo, 2006.
40. Maria VLR, Dias AMC, Shiotsu CH, Farias FAC. Sistematização da assistência de enfermagem no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia: relato de experiência. Rev Esc Enferm USP. 1987;21(n. esp):77-87.

41. Jorge ALS. A trajetória do paciente coronariano no Sistema de Saúde até sua internação em hospital especializado [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1995.
42. Farias FAC. Dimensionamento de pessoal de enfermagem para o pronto socorro especializado em afecções cardiovasculares [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.
43. Farias FAC. Sistematização da assistência de enfermagem: como enfermeiros percebem o histórico e o diagnóstico [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1997.
44. Maria VLR, Dias AMC, Shiotsu CH, Farias FAC. Implantação e desenvolvimento do processo de enfermagem em hospital especializado. In: Anais do 1º Ciclo de Debates sobre Assistência de Enfermagem; 1988; São Paulo, Brasil. São Paulo: Centro de Estudos de Enfermagem 8 de Agosto do Hospital 9 de Julho; 1988. p. 59-70.
45. Maria VLR, Iwakura KH, Lim TA, Medeiros SL. Evolução do paciente: anotações de enfermagem no kardex e passagem de plantão com equipe multiprofissional. Rev Bras Enferm. 1977;30(2):237-43.
46. Corbioli N. Diagnóstico em enfermagem. Rev IDPC. 1999;(2):64-5.
47. Volcov VP, Kobayashi RM, Ayoub AC, Leite MMJ. Competência pedagógica: uma necessidade dos enfermeiros para educação em serviço [Apresentado na Jornada de Enfermagem Cardiovascular do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia; 2006; São Paulo].
48. Martins C, Ayoub AC, Kobayashi RM, Leite MMJ. Perfil do enfermeiro de Instituição pública de cardiologia e as necessidades de desenvolvimento profissional. Texto Contexto Enferm. 2006;15(3):472-8.
49. Aguilar ET, Ayoub AC, Kobayashi RM, Leite MMJ. Competências profissionais do enfermeiro de hospital cardiológico. In: Anais do 57º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2005 nov. 3-7; Goiânia, Brasil. Goiás: ABEn-Seção-GO; 2005.

50. Thiollent M. Metodologia de pesquisa ação. São Paulo: Cortez; 1986.
51. Manual das Organizações prestadoras de serviços de saúde - Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2006. 203 p.
52. Maria VLR. Elaboração de diagnóstico de enfermagem ao paciente coronariano em estado crítico [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1997.
53. Martins I. Análise das intervenções de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem desobstrução ineficaz de vias aéreas [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.
54. Souza FMS, Ayoub AC, Kobayashi RM, Leite MMJ. Significados, avaliação e perspectivas da sistematização da assistência de enfermagem num hospital cardiológico. In: Anais do 57º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2005 nov. 3-7; Goiânia, Brasil. Goiás: ABEn-Seção-GO; 2005.
55. MOURA, MCC DE; BITENCOURT, CC A articulação entre estratégia e o desenvolvimento de competências gerenciais. RAE- eletrônica - V. 5, N. 1, ART. 3, JAN./JUN. 2006
56. Campos GWS. Um método para análise de co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.
57. Dutra, JS Modelo de Gestão de pessoas . In: .Dutra, JS Gestão de pessoas: modelo, processos, tendências e perspectivas. 2002. São Paulo, Atlas, 2002. p.41-60
58. Fonseca MG. O trabalho do enfermeiro em um contexto de mudanças organizacionais [tese]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2000.
59. Souza, EE da, Shiotsu, CH, Kobayashi, RM., Ayoub, AC, Leite, MMJ. Auditoria em Enfermagem : Subsídios para gestão da qualidade e quantidade da assistência de enfermagem In: V Encontro Nacional de Gerenciamento em Enfermagem, 2006, Campos do Jordão - SP. V Encontro Nacional de Gerenciamento em Enfermagem. , 2006.

60. Silva JO, Chaves LM, Kobayashi RM. Perfil epidemiológico dos pacientes com feridas agudas e crônicas de um instituto especializado em doenças cardiovasculares In: Congresso da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, 2007, São Paulo. Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. , 2007. v.17. p.145
61. Kantorowitz, CSV, Silva, JO, Tanaka, WY, Ara, CP. Implantação de um protocolo assistencial de úlcera por pressão e úlceras de perna. In: Jornada de enfermagem Cardiovascular. 2006, São Paulo – SP. Jornada de enfermagem Cardiovascular., 2006
63. Zanqueta CO, Silva JO, Bezerra A, Poltronieri NVG, Portela NER. Protocolo de Avaliação e Tratamento de Feridas: abordagem holística para os enfermeiros de um instituto especializado em doenças cardiovasculares. In: Jornada de enfermagem Cardiovascular. 2006, São Paulo – SP. Jornada de enfermagem Cardiovascular., 2006
64. Silva JO, Kobayashi RM Implantação do Ambulatório de Avaliação e Terapêutica de Feridas em Hospital de Cardiologia. In: II Congresso da SOBENDE. São Paulo, 2007, São Paulo-SP. II Congresso da SOBENDE., 2007
65. Martins C, Moita D, Akikubo R, Bachega M, Campos EA, Silva, RR, Kobayashi RM. Programa de Treinamento e Desenvolvimento em Instituição Hospitalar de Ensino In: VIII Encontro de Enfermeiros de Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo - ENFESP, 2007, São Paulo. ENFHESP. , 2007.

1. ANEXO I

1 Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa

2 ANEXO II - ENTREGAS DO GRUPO DE SAE

2.1 Histórico de Enfermagem (HE)

2.2 POP de preenchimento do HE

2.3 Instrumento de Prescrição e Evolução e Anotação de Enfermagem

2.4 SAE ACO

2.5 SAE HDN

3. ANEXO III - ENTREGAS DO GRUPO DE AUDITORIA

3.1 Instrumento de auditoria do Histórico de Enfermagem

3.2 POP de preenchimento do Instrumento de auditoria de HE

3.3 Relatório ao gestor

4. ANEXO IV- ENTREGAS DO GRUPO DE INDICADORES

4.1 POP indicador geral

4.1.1 Planilha de indicador geral

4.2 POP Indicador assistencial

4.2.1 Planilha do indicador assistencial

4.3 POP de Plano de ação

4.4 POP de Extubação acidental

4.5 POP de intercorrências com medicação

4.6 POP de queda

4.7 POP de perda de SNE

4.8 POP de perda de cateter

4.9 POP de úlcera de pressão

4.10 POP de flebite

4.11 Fichas de Notificações

5. ANEXO V - ENTREGAS DA CATF

5.1 Notificação de úlcera de pressão

5.2 Protocolo de Avaliação de Ferida

5.3 Protocolo de Úlcera Crônica

5.4 Implantação de Ambulatório

6. ANEXO VI - ENTREGAS DO GRUPO DE EDUCAÇÃO

6.1 Índice de POPS

6.2 Controle Sistemático de POPS

6.3 Avaliação de Impacto

6.4 POP de Avaliação de Desempenho

6.5 Treinamento Admissional

6.6 POP de Visita e Estágio

6.7 POP Treinamento enfermagem

6.8 Notificação de Treinamento

6.9 Indicador de treinamento

7. ANEXO VII - ENTREGA DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA

Cont. parecer 3462

- a) **Protocolo de Estudo: Aprovado.**
- b) **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Aprovado**

Demais documentos: Encaminhamento p/ o CEP, Folha de rosto, Plano de estudo e Cronograma, Orçamento.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que:

- a. **Enviar primeiro relatório parcial em 10 / 02 / 2007**
- b. **Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido**
- c. **Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE.**

São Paulo, 30 de agosto de 2006.

Pedro L. P. Silva

Pedro L. P. Silva
Coordenador do
CEP de São Paulo

DATA DA ENTRADA: 24 de agosto de 2006.

DATA DO PARECER: 29 de agosto de 2006.

N.º DO PROTOCOLO NO CEP: 3462.

(ESTE N.º DEVERÁ CITAR NAS CORRESPONDÊNCIAS REFERENTES A ESTE PROJETO)

INVESTIGADOR: Enfa Rika M. Kobayashi.

PROJETO DE PESQUISA: "A Construção de Competências Profissionais dos Enfermeiros em Serviços em Serviço num Hospital de Ensino".

Ao se proceder à análise ao projeto em questão, considera-se que:

- a) O projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência Nacional de Vigilância Sanitária e as Boas Práticas de Pesquisa Clínica do ICH-GCP.
- b) O Comitê de Ética em Pesquisa avaliou o Protocolo de Estudo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- c) O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência Nacional de Vigilância Sanitária e as Boas Práticas de Pesquisa Clínica do ICH-GCP.

Diante do exposto, O Comitê de Ética em Pesquisa, manifesta-se pela:

2 ANEXO II - ENTREGAS DO GRUPO DE SAE

2.1 Histórico de Enfermagem (HE)

IDENTIFICAÇÃO

Unidade _____
Nome: _____ Reg: _____
Data nascimento: _____ Sexo: _____ Cor: _____ Escolaridade: _____
Estado civil: _____ Ocupação: _____ Religião: _____
Endereço: _____ Telefone: _____
Reside com: _____ Pessoa Significativa: _____
Moradia: rede de água/luz/esgoto ☐ sim ☐ não Tipo de habitação _____

HISTORIA ATUAL E ANTECEDENTE

Data de admissão: _____ Procedência: _____
Diagnóstico Médico Atual: _____
Outras doenças _____
Hospitalizações e cirurgias anteriores: _____
Conhecimento sobre a doença / tratamento _____
Medicações em uso: _____
Responsável pela administração da medicação: ☐ paciente ☐ cuidador
Alergias: _____
Imunização: _____

Peso	Altura	Pressão Arterial:		FC	FR	T
		BD	BE			

SISTEMA NEUROLÓGICO:

Nível de Consciência: _____
Comunicação: verbal: ☐ falada ☐ escrita ☐ não verbal: _____ Língua dominante: _____
Fala e linguagem: ☐ normal ☐ afonia ☐ disfonia ☐ disartria ☐ dislalia ☐ afasia
Percepção: **P** - preservada **D** - diminuída (Dir / Esq) **A** - ausente
Visual: _____ ☐ lentes corretivas ☐ óculos ☐ Prótese ocular . Problemas de Visão: _____
Auditiva _____ Órtese (D / E) _____ Olfativa: _____ Tátil _____ Gustativa: _____

ESCALA DE GLASGOW

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total
4. Espontânea 3. Estímulo verbal 2. Estímulo doloroso 1. Nenhuma	5. Orientado 4. Confuso 3. Palavras impróprias 2. Sons ininteligíveis 1. Nenhuma	6. Responde aos comandos 5. Localiza e retira o estímulo 4. Localiza a dor 3. Resposta flexora 2. Resposta extensora 1. Nenhuma

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Coordenadoria de Serviços de Saúde
INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA
Divisão de Enfermagem - Serviço de Educação Continuada

Queixas		Pupilas	Tônus Muscular	Força muscular
☐ nenhuma	☐ cefaléia	☐ Isocoria	☐ Normal	☐ Normal
☐ síncope	☐ esquecimento	☐ Midríase (D / E)	☐ flacidez	☐ paresia
☐ tontura	☐ queda	☐ Miose (D / E)	☐ rigidez	☐ hemiparesia (D / E)
☐ vertigem	☐ parestesia	Fotorreação:	☐ espasticidade	☐ hemiplegia (D / E)
☐ tremores	☐	☐ Sim ☐ Não (D / E)		☐ paraplegia
☐ convulsão				☐ tetraplegia
Marcha alterada: ☐ não ☐ sim				

Avaliação da Dor: Localização: _____

Duração: _____ Último episódio de dor: _____ Intensidade: _____

Fatores de melhora: _____

Fatores de piora: _____

SISTEMA TEGUMENTAR

Pele: Hidratação: _____ Coloração: _____

Lesões _____

Cabeça e Pescoço: linfonodos _____

Cabelos/couro cabeludo: ☐ Normais ☐ alopecia ☐ pediculose _____

Mucosas (ocular, oral e língua) Coloração: _____ Lesões / Alterações _____

Boca e garganta: Dentição: ☐ preservada ☐ ausência (total / parcial) ☐ cáries ☐ prótese dentária

Acesso venoso: ☐ periférico _____ ☐ central _____ ☐ FAV _____ ☐ introdutor _____ F

Acesso arterial: ☐ introdutor _____ F ☐ PAM _____ Outros: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

FATORES DE RISCO	TRATAMENTO (especificar: sim e qual ; não ; ou abandonou)
☐ Hipertensão Arterial	
☐ Diabetes Mellitus	
☐ Dislipidemias	Col-total LDL HDL triglicérides
☐ Obesidade	Circunferência abdominal IMC
☐ Tabagismo	Nº cigarros/dia Há quanto tempo: Abandonou: Fumou por quanto tempo
☐ Consumo de álcool	Tipo de bebida Freqüência Dose
☐ Sedentarismo / ☐ Estresse	Se não, tipo de atividade física: Freqüência e duração:

Precórdio: ☐ Abaulamentos _____ Ictus cordis deslocado: ☐ não ☐ sim _____

☐ Frêmito cardiovascular _____ Pulsações: ☐ ausentes ☐ epigástrica ☐ supra-esternais

Bulhas cardíacas: ☐ normais ☐ hipofonética ☐ hiperfonética ☐ desdobramento _____

☐ Sopro _____ RC: ☐ regular ☐ irregular ☐ galope

Marcapasso / CDI: ☐ definitivo ☐ provisório Localização/parâmetros: _____

Periférico: Pulsos: _____

☐ estase jugular _____ ☐ Veias varicosas (MID / MIE) _____

Edema: ☐ MID CMD _____ ☐ MIE CME _____ Temperatura: ☐ normal ☐ quente ☐ frio _____

Sinal de Homans : ☐ positivo ☐ negativo _____ Enchimento capilar: ☐ normal ☐ diminuído _____

☐ claudicação _____ Anormalidades ungueais: _____

Alterações tróficas: _____

SISTEMA PULMONAR

☐ eupneico ☐ dispnéia ☐ taquipnéia ☐ bradipnéia ☐ ortopnéia ☐ DPN ☐ musculatura acessória ☐

batimento de asa de nariz

Expansibilidade torácica: ☐ simétrica ☐ assimétrica _____

Ventilação: Espontânea: ☐ ar ambiente ☐ Catéter O2 ☐ Nebulização ☐ Máscara de Venturi ☐

traqueostomia ☐ Mecânica: Parâmetros do ventilador: _____

Sons respiratórios: ☐ murmúrio vesicular ☐ roncos ☐ sibilos ☐ estertores _____

☐ Drenos _____ **Queixas:** _____

SISTEMA GASTROINTESTINAL E URINÁRIO

Padrão alimentar: ☐ desjejum ☐ almoço ☐ jantar ☐ outros _____

Nutrição: ☐ oral ☐ enteral ☐ parenteral _____ **Deglutição:** ☐ normal ☐ alterada: _____

Hábito alimentar e modo de preparo: _____

Dieta específica: _____ **Ingesta hídrica:** _____ ml/dia

Intolerância alimentar: ☐ não ☐ sim: _____ **Apetite:** ☐ normal ☐ aumentado ☐ diminuído

Queixas: ☐ náusea ☐ vômito ☐ pirose ☐ gastrite ☐ úlcera Fatores de

melhora: _____ Fatores de piora: _____

Hábito urinário	Hábito intestinal
Freqüência	Freqüência
Características	Características
Queixas: ☐ ausentes ☐ oligúria ☐ disúria ☐ polaciúria ☐ anúria ☐ sensação de urgência ☐ nictúria ☐ incontinência urinária ☐ poliúria ☐ retenção	Queixas: ☐ ausentes ☐ incontinência ☐ cólica intestinal ☐ dificuldade para evacuar ☐ sangramento retal ☐ aumento na freqüência ☐ flatulência ☐ obstipação ☐ meteorismo

Abdômem: ☐ plano ☐ globoso ☐ distendido ☐ RHA _____ ☐ timpânico ☐ maciço _____

☐ flácido ☐ rígido ☐ indolor ☐ doloroso à palpação ☐ ascítico Circunferência abdominal: _____ cm

☐ ostomia _____ **Fígado:** ☐ palpável: _____ cm ☐ doloroso à palpação ☐ não palpável

Micção: ☐ espontânea ☐ dispositivo urinário masculino ☐ SVD ☐ cistostomias ☐ prolapso vesical

SEXUALIDADE

Vida sexual ativa: ☐ Sim ☐ Não _____ DST ☐ não ☐ sim Tratamento: ☐ não ☐ sim

Dúvidas, dificuldades e preocupações em relação à atividade sexual: _____

Mulheres: Acompanhamento com o ginecologista: ☐ não ☐ sim Última consulta: _____

DUM: ____/____/____ História Obstétrica: ____ G ____ P ____ A ☐ gestante: IG: _____

Auto exame da mama: ☐ sim ☐ não _____ Papanicolau ☐ não ☐ sim Data: _____

Uso de anticoncepcional oral: _____

☐ Menopausa: _____ Reposição hormonal: ☐ sim ☐ não _____

Queixas: _____

Homens: Acompanhamento com o urologista: ☐ não ☐ sim, Última consulta: _____

Queixas: _____

Sono e repouso: Horas de sono noturno: _____ cochilos: _____ Dificuldade para dormir: ☐

não ☐ sim Recursos para dormir: _____

Autocuidado: Independente (I) Dependente parcial (DP) Total (DT)

() Alimentação () Higiene Corporal () Atividades do Cotidiano _____

ACEITAÇÃO E AUTO-ESTIMA:

Reações e solução dos problemas: _____

Percepção do entrevistador relativa a auto estima: _____

Exames:

Raio X _____

ECG: _____

Imagem: _____

Cateterismo: _____

Bioquímica: _____

Hematologia: _____

Gasometria: _____

Enfermeira(o): _____ COREN/UF: _____ Data: ____/____/____

2 ANEXO II - ENTREGAS DO GRUPO DE SAE

2.2 POP DE PREENCHIMENTO DO HE

O Protocolo de preenchimento do histórico de enfermagem tem por objetivo direcionar a abordagem do enfermeiro para o preenchimento de cada item do instrumento de coleta de dados (histórico de enfermagem). O histórico de enfermagem deverá ser preenchido na íntegra no momento da internação, sempre que as condições do paciente permitirem, com letra legível, sem rasuras, contendo nome e COREN-SP do enfermeiro que realizou a coleta de dados.

Na impossibilidade da sua aplicação na íntegra, deverá ser registrada a justificativa na folha de evolução de enfermagem, que deverá ser completada nas primeiras vinte e quatro horas de internação; Nos casos de reinternações num período inferior a 6 (seis) meses o enfermeiro deverá atualizar os dados, serão aceitos no máximo 2 atualizações. Nos casos de reinternações que ocorrerem num período maior que 6 (seis) meses, deverá ser realizado novo HE.

1- IDENTIFICAÇÃO

Unidade: registrar a unidade onde o histórico está sendo realizado (unidades de internações, ambulatoriais, pronto Socorro, UTI)

Nome: registrar nome completo do paciente

Data Nascimento: registrar data de nascimento do paciente (dia/ mês/ ano)

Sexo: registrar se sexo feminino ou masculino

Cor: branco, negro, pardo

Escolaridade: registrar nível de escolaridade do paciente (analfabeto, ensino fundamental completo ou incompleto, ensino médio completo ou incompleto, ensino superior completo ou incompleto - registrar o nome do curso).

Endereço: registrar endereço completo onde poderemos encontrar o paciente, contendo Rua, número e complemento, bairro, cidade, estado, CEP, telefone para contato.

Pessoa Significativa: registrar nome da pessoa, grau de parentesco, telefone de contato, para quem as intercorrências, recados/ pedidos devem ser comunicados.

Moradia: registrar se reside em área urbana ou rural, tipo de habitação - alvenaria, madeira ou outros(descrever o tipo) e condições saneamento básico (água/ esgoto são encanados, se uso de poço, descrever a sua localização), se energia elétrica. Registrar nº de pessoas que moram na casa e grau de parentesco.

2- HISTÓRIA ATUAL E ANTECEDENTE

Data da Admissão: registrar data da internação (dia/ mês/ ano)

Procedência: registrar origem do paciente (de sua residência, encaminhado de outro serviço de saúde , casa comunitária, casa geriátrica).

Diagnóstico médico atual: registrar diagnóstico médico da admissão

Outras doenças: registrar todas as doenças crônicas apresentadas pelo paciente.

Hospitalização e cirurgias anteriores: registrar datas e motivos de internações / cirurgias ou procedimentos invasivos , realizados anteriormente neste hospital, ou em outras instituições de saúde.

Conhecimento sobre a doença/ tratamento: registrar o que o paciente sabe sobre sua doença/ problema de saúde; qual tratamento ele está fazendo no momento, ou qual tratamento ele será submetido nesta internação: clínico/ cirúrgico.

Medicações em uso: questionar e registrar quais os medicamentos foram prescritas pelo médico para serem usadas em casa, conhecimento sobre o efeito da droga (para que serve), registrar se uso está sendo regular ou irregular, rastrear os motivos do uso irregular ou falta de adesão a terapêutica medicamentosa.

Responsável pela administração da medicação: registrar nome e grau de parentesco do responsável pela administração do medicamento

Cuidador: registrar nome , grau de parentesco , tel. Contato, do responsável pelos cuidados do paciente.

Alergias: questionar e registrar se paciente possui antecedentes de alergias; se positivo, questionar e registrar se sabe identificar o agente agressor e tipo de reação que ele apresenta.

Imunização: registrar se está em dia com esquema de vacinação, data das últimas vacinações, se possível, checar a carteira de vacinação.

Medidas Antropométricas:

- registrar peso-: medir com o mínimo de roupas possíveis, sem calçados, após o esvaziamento da bexiga. Registrar peso em Kg.
- Altura: registrar a altura em cm, observando a postura e medir sem calçados.

Frequência Cardíaca : Verificar frequência apical durante 1 minuto e registrar frequência e ritmo e ritmo (regular ou irregular)

Pressão arterial: registrar medidas de ambos do braço direito e braço esquerdo, se suspeita de alterações vasculares, verificar também nos membros inferiores.

Frequência respiratória: Verificar frequência e profundidade respiratória durante 1 minuto, registrar nº de respiração por minuto e se respiração profunda ou superficial.

Temperatura: Verificar temperatura axilar durante 3 a 5 min e registrar.

3- SISTEMA NEUROLÓGICO

Registrar nível de consciência: se paciente está alerta, consciente, inconsciente, orientado ou desorientado no tempo e espaço, se há falhas na memória, confuso, torporoso, sedado.

Comunicação: registrar se presença de comunicação verbal (falada ou escrita) ou se comunicação não verbal (especificar forma de comunicação).

Língua dominante: registrar idioma do paciente, em caso de idioma estrangeiro, verificar se paciente compreende a língua portuguesa ou se necessita de intérprete.

Fala e Língua: Se não houver alterações, assinalar com “X” em normal. Em caso de alterações, assinalar os itens correspondentes: afonia, disfonia, disartria, dislalia ou afasia.

Percepção: registrar cada item utilizando a legenda **P** (preservada) , **D** (diminuída – Dir/ Esq), **A** (ausente). Descrever alterações no espaço ao lado, as alterações percebidas ou relatadas. No item problemas de visão, registrar se presença de glaucoma, catarata ou especificar outros problemas. Se presença de órtese, descrever se é direita ou esquerda.

Escala de Coma de Glasgow: avaliar nível de consciência através da -Escala de Coma de Glasgow, baseado nos três indicadores- abertura ocular (AO); melhor resposta verbal (MRV), melhor resposta motor-a (MRM).

- A avaliação torna-se prejudicada em situações de sedação, anestesia, após uso de drogas e álcool, -hipotensão e hipóxia. Avaliar o nível de consciência após a estabilização do paciente.

- Atentar para as condições que impeçam avaliar um determinado indicador. Quando presentes estas alterações devem ser registradas.

AO: edema e hematoma palpebral

MRV: condições que impeçam a fala, como a presença de um tubo endotraqueal Pontuação 1 5: - tronco cerebral e córtex estão preservados ; ≤ 8 : coma, 3: paciente aperceptivo ou arreativo

Queixas: questionar o paciente o que ele está sentindo ou que o levou a procurar o serviço hospitalar , assinalar o tipo de queixa neurológica, conforme citadas no quadro . (síncope , tontura , vertigem, tremores , convulsão , cefaléia , esquecimento , queda, parestesia)

Pupilas: Observar e comparar ambas as pupilas quanto ao tamanho (midríase, miose, isocoria ou anisocoria) e reflexos fotomotor (contração pupilar à luz) . Assinalar com X o item que corresponde o exame (isocóricas, midríase (D/ E) , miose (D/ E), fotorreação: Sim, não (D/E)

Tônus muscular: Avaliar os grupos musculares através da palpação e assinalar com X o item correspondente: flacidez, rigidez ou espasticidade.

Força Muscular: Avaliar o comprometimento da força muscular e assinalar o item correspondente:

Paresia- diminuição da força muscular

Hemiparesia – diminuição da força motora de uma metade do corpo

Plegia- ausência da força motora

Hemiplegia- ausência da força muscular de uma metade do corpo

Paraplegia- ausência de força muscular dos membros inferiores

Tetraplegia – ausência de força muscular dos quatro membros

Avaliação da dor: registrar localização, irradiação, qualidade da dor (constante ou intermitente), intensidade - utilizar escala numérica de 0- 10 (0 sem dor e 10 dor insuportável), duração (min/ horas) registrar o último episódio da dor (horas/ minutos ou dias), fatores desencadeantes ou de piora e fatores atenuantes (melhora) .

4- SISTEMA TEGUMENTAR

Verificar e descrever a pele e mucosas:

Pele : Hidratação: verificar hidratação e elasticidade. Se pele rósea, com boa elasticidade e com leve umidade, registrar pele hidratada. Se presença de pele seca, turgor e elasticidade diminuídos, registrar pele desidratada.

Coloração: verificar e registrar se coloração apresenta-se com, rubor/ vermelhidão, palidez, cianose, icterícia, albinismo. Se presença de manchas (hipercrômica/ hipocrômicas hematomas, equimoses) , registrar a sua localização.

Lesões: descrever característica da lesão, formato e localização.

Mucosas: (ocular/ oral e língua)

Coloração: Verificar e registrar se mucosas: normal: róseo- vermelho ou normocoradas ou se descoradas, hipercoradas, cianóticas, ictéricas ou leucoplásicas

Lesões/ Alterações: se presentes descrever a característica e a localização

Cabelos/ couro cabeludo: assinalar se estão normais ou se há presença de alopecia, pediculose . Descrever se presença de outras alterações.

Boca e Garganta: Assinalar com “x” se dentição está preservada, se ausente anotar se ausência total ou parcial, se paciente fizer uso de prótese dentária anotar se prótese de arcada superior/ inferior. Observar a presença de cáries, e anotar se presentes outras alterações.

Acesso Venoso: assinalar se o dispositivo é periférico, central, fístula arterio-venosa (FAV) se está com introdutor, colocar o nº do french (F). Ao lado do item dispositivo anotar a localização.

Acesso arterial: assinalar se esta com introdutor e o numero do french (F0), se está com acesso para medida de pressão arterial média(PAM) e anotar se outros dispositivos estiverem presentes.

5- SISTEMA CARDIOVASCULAR

Fatores de risco: Questionar sobre presença de fatores de risco cardiovascular (hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, obesidade, tabagismo, consumo de álcool, sedentarismo e estresse) e assinalar com “x” nos itens correspondentes. No caso de tabagismo, registrar nº de cigarros/ dia, há quanto tempo o paciente é fumante, se abandonou o tabagismo, registrar há tempo de abandono. Se presença de dislipidemia, registrar, se disponível, os resultados de colesterol total, LDL, HDL e triglicerídeos. Registra valor da circunferência abdominal. Na presença de algum risco, verificar e registrar se paciente faz tratamento, qual o tratamento, se abandono de tratamentos registrar o principal motivo do abandono.

- **Precórdio:** Realizar inspeção, palpação e ausculta observando: Abaulamentos: se presente anotar sua localização e características.

Ictus cordis: registrar se o mesmo encontra-se deslocado ou não. Se deslocado anotar sua localização, extensão (em polpas digitais) e intensidade (grande ou pequena)

Frêmito cardiovascular: registrar se presente ou ausente. Se presente anotar sua localização (usando como referência as áreas de ausculta), situação no ciclo cardíaco (sistólico, diastólico, sistodiastólico) intensidade (+/4+)

Pulsção epigástrica ou supra esternal: Se presente, assinalar com X no item correspondente.

Bulhas cardíacas: Assinalar com “x” se normal, hipofonética ou hiperfonética. Se desdobramento de bulha, anotar se desdobramento ocorre em (B1, B2) se há presença de ritmo de galope (B3, B4).

Sopro: registrar ausente ou presente. Se houver presença de sopro/ cliques ou estalido, anotar sua situação no ciclo cardíaco (sistólico/ diastólico ou sistodiastólico), localização (mitral, tricúspide, aórtico ou pulmonar), irradiação e intensidade.

Ritmo cardíaco: Assinalar com “X” se ritmo regular, irregular ou ritmo de galope

Marcapasso / CDI: se presente anotar se é definitivo ou provisório, sua localização e parâmetros (amplitude, frequência e sensibilidade)

- **Periférico**

Pulsos: verificar os principais pulso (carotídeo, radial, pedioso e tibial posterior) comparar com o lado homólogo. Registrar simetria (S) ou assimetria (A) ou ausência (-) e amplitude (+/ ++++). Registrar presença de sopro carotídeo.

Estase jugular: Marcar com “x” se presente no paciente no ângulo de 45°, anotar o lado alterado ou se bilateralmente.

Veias varicosas: Marcar com “x” se presentes (dilatadas e tortuosas) fazer um círculo em qual membro está afetado (MID/ MIE).

Edema: Se presente marcar com “X” o membro afetado e, registra a medida da circunferência maleolar (CM), direita (CMD) ou esquerda (CME), ou bilateralmente (utilizar como ponto de referência 3cm acima do tornozelo).

Temperatura: marcar com “X” se temperatura anormal, quente ou fria, anotando que membro ou região se encontra alterado

Sinal de Homans (dor na panturrilha após dorsiflexão do tornozelo): marcar com “X” se se negativo ou positivo, anotar qual o membro afetado.

Enchimento capilar: marcar com “X” se normal (até 2 segundos) ou diminuído, registrar qual o membro afetado

Claudicação: anotar se presente ou ausente. Se presente, anotar qual o membro afetado e para quantos metros que claudica.

Anormalidades ungueais: anotar quando presente cianose, baqueteamento digital, unhas quebradiças ou hiperqueratósicas.

Alterações tróficas: anotar quando presente: diminuição do tecido subcutâneo. Diminuição de pelos, celulite, hiperpigmentação ou eczema.

6- SISTEMA PULMONAR

Padrão respiratório: assinalar com “X” se: eupneico, presença de dispnéia, taquipnéia, bradipnéia, ortopnéia, dispnéia paroxística noturna, uso de musculatura acessória e batimento de asa de nariz..

Expansibilidade torácica: assinalar com “X” se expansibilidade simétrica ou assimétrica. Se assimetria, anotar região afetada.

Ventilação: Assinalar com “X” se ventilação ou mecânica(artificial). Se ventilação espontânea assinalar se está em ar ambiente, ou se uso de Catéter O2, nebulização, máscara de Venturi ou traqueostomia . Se a ventilação for mecânica anotar então os parâmetros do ventilador (modalidade, FiO2, volume corrente, fluxo, frequência, pressão).

Sons respiratórios : Assinalar com “X” se presença de murmúrio vesicular, se diminuído ou ausente anotar região. Se presença de ruídos adventícios, assinalar no item correspondente (roncos, sibilos e estertores) e registrar a localização.

Drenos: anotar se presente ou ausente. Se presente, anotar o tipo, a localização e características da secreção drenada.

Queixas: se ausente, registrar ausente. Quando presente, descrever o tipo de queixa, fatores desencadeantes, fatores de melhora. Se presença de tosse, descrever se tosse seca, úmida, se eficaz ou não, se presença de escarro, descrever aspecto.

7- SISTEMA GASTROINTESTINAL E URINÁRIO

Padrão alimentar: marcar com um "X" as opções que referem às refeições realizadas pelo paciente no período do dia, se o paciente realizar mais refeições que não constem neste item ela deverá ser descrita no item outros.

Nutrição: marcar com um "X" a opção que se refere ao tipo de nutrição apresentada pelo paciente (oral, enteral ou parenteral) . Se parenteral especificar o tipo de dieta.

Deglutição.- avaliar a deglutição do paciente e marcar com um "X" a opção que se refere aos achados no paciente (normal ou alterada). Se alterada especificar o tipo de alteração como disfagia.

Hábito alimentar o modo de preparo: descrever os tipos de alimentos que o paciente tem o hábito de ingerir e as quantidades e como estes são preparados

Dieta específica: especificar se o paciente faz uso de dieta específica como: para diabético, para hipertenso, ou seja, dieta que faz uso em função de patologia apresentada.

Ingesta hídrica: especificar se há restrição hídrica e o valor desta, por dia

Intolerância alimentar: marcar com um "X" a opção que refere ao que o paciente manifesta e se houver intolerância especificar qual o tipo, como por exemplo, a lactose.

Apetite: marcar com um "X" a opção que se refere aos dados achados no paciente (norma, aumentado ou diminuído)

Queixas: marcar com um "X" a opção que se refere às queixas manifestadas pelo paciente podendo ser um ou mais achados(náuseas, vômito, pirose, gastrite, úlcera). Questionar o paciente a existência ou não de fatores de melhora e piora e descrevê-los nos respectivos espaços.

Hábito urinário: anotar a frequência diária; as características apresentadas como: cor, odor e quantidade (pequena, média e grande) por ato miccional (em média). **Queixas:** marcar com um "X" a (s) opção (ões) que se refere(m) a(s) queixa(s) do paciente (ausentes, disúria, anúria, nictúria, poliúria, oligúria, polaciúria, sensação de urgência, incontinência urinária, retenção)

Hábito intestinal: anotar a frequência diária o funcionamento intestinal padrão do paciente antes da hospitalização; as características apresentadas como: cor, odor, consistência e quantidade (pequena, média e grande) por evacuação (em média). **Queixas:** marcar com um "X" a(s) opção (ões) que se refere(m) a(s) queixa(s) do paciente (ausentes, dificuldade para evacuar, aumento na frequência, obstipação, incontinência, cólica intestinal, sangramento retal, flatulência, meteorismo).

Abdome: realizar as etapas do exame físico como inspeção, ausculta, palpação e percussão e marcar com "X" a opção referente aos achados no exame físico.

Em **RHA** anotar a presença (+) ou ausência (-) e se este se encontra aumentado (acima de 35borburigmos por minuto) ou diminuído. Se presença de **som maciço** indicar a região deste achado. **Circunferência abdominal** medir com fita métrica passando pela altura do umbigo e anotar o valor encontrado. Se houver **ostomia** marcar a opção com um "X" e anotar na seqüência o tipo de ostomia. Ao avaliar o **fígado** se palpável: -anotar a quantos centímetros do rebordo costal direito, se doloroso à palpação.

Micção: marcar com um "X" a opção que se refere ao(s) achado(s) no paciente durante a coleta de dados(espontânea, dispositivo urinário masculino, SVD, cistostomia, prolapso vesical.

8- SEXUALIDADE

Vida sexual ativa : marcar com um "X" se vida sexual ativa ou não. Se não especificar o motivo, como por exemplo, relata ser viúvo e não tem outra parceira, ou ainda se criança especificar.

DST. marcar com um "X" a presença ou não de DST e se presente se este faz ou não tratamento.

Dúvidas, dificuldades e preocupações sem relação à atividade sexual: questionar o paciente sobre estes três aspectos e descrever o relato paciente e se este não apresentar nenhum questionamento anotar como: não há manifestação de...

• Mulheres

Acompanhamento com o ginecologista: questionar a paciente se esta tem o hábito de realizar acompanhamento com o ginecologista e anotar a data da última consulta ou se esta não lembrar exatamente anotar pelo menos o mês ou o ano.

DUM: anotar a data da última menstruação.

História obstétrica: anotar em algarismos romanos -os números correspondentes aos dados fornecidos pela paciente quanto à gestação (G), partos (P) e abortos (A) e se gestante anotar a idade gestacional (IG), se a paciente não souber exatamente a IG realizar o cálculo através da DUM descrito a seguir:

Método para cálculo da IG quando a DUM é conhecida:

- Uso do calendário - contar o número de semanas a partir -do 1º dia da última menstruação até a data da consulta.

- Uso do disco - instruções no verso do disco, pois o manuseio varia de acordo com o laboratório ou editor.

Método para cálculo da IG quando a DUM é desconhecida, mas se conhece o período do mês em que ela ocorreu:

Se o período foi no início, meio ou final do mês, considerar como data da última menstruação os dias -5, 15 e 25, respectivamente-proceder então a utilização de um dos métodos acima descritos.

- Quando não souber a DUM, utilizar ultra-som como referência.

Auto exame da mama: marcar com um "X" se a paciente realiza o autoexame da mama. Se a resposta for não, anotar a justificativa.

Papanicolau: marcar com um "X" se a paciente realizou exame de Papanicolau. se esta responder que sim anotar data do ultimo exame realizado.

Anticoncepcional oral: questionar a paciente se usa ou não o anticoncepcional oral e se sim especificar qual e há quanto tempo e se este é por prescrição médica.

Menopausa: marcar o quadro com "X" somente se a paciente já passou ou está em período de menopausa e anotar qual a idade " passou alou o tempo de duração do período.

Reposição hormonal: questionar a paciente se usa ou não reposição hormonal e se sim especificar qual hormônio utilizado e há quanto tempo utiliza.

Queixas. anotar a presença de amenorréia, cólica menstrual, condiloma, corrimento (características: cor, odor e quantidade), dispareunia, falta de prazer sexual, frigidez, galactorréia, leucorréia, metrorragia, vulvite. Alguns achados serão levantados durante a inspeção dos genitais; na presença de um ou mais itens descrever no Histórico de enfermagem. Na abordagem de crianças avaliar também a presença de sinéquia (fechamento externo do canal da uretra).

- **Homens**

Acompanhamento com o urologista; : questionar o paciente se esta tem o hábito de realizar acompanhamento com o urologista e anotar a data da última consulta.

Queixas: questionar o paciente sobre a presença de anorgasmia (ou inibição do orgasmo), presença de corrimento uretral, dispareunia, disfunção erétil, dor, ejaculação precoce, priapismo,

presença de lesões no pênis ou bolsa escrotal, uretrite. Alguns achados serão levantados durante a inspeção dos genitais; na presença de um ou mais itens descrever no Histórico de enfermagem.

9 - SONO E REPOUSO

Registrar quantidade de horas de sono noturno, se paciente cochila durante o período diurno, registra média de tempo. Questionar se apresenta dificuldade para adormecer, e assinalar com “X” o item correspondente (sim/ não). Questionar se paciente utiliza algum recurso para induzir o sono. Se sim, descrever o recurso utilizado. Registrar se paciente acorda descansado ou não.

10- AUTO CUIDADO

Informar-se sobre a dependência do paciente para cada uma das atividade(alimentação, higiene, atividades da vida diária). Marcar nos parênteses as siglas: I (independente) quando o paciente faz as atividades se auxílio, DP (dependente parcial) quando realiza com o auxílio de outra pessoa, DT (dependente total) quando é incapaz de realizar sozinho ou com ajuda, para cada atividade: alimentação, higiene corporal, atividades da vida diária.

11- ACEITAÇÃO E AUTO ESTIMA

Questionar o paciente sobre a suas reações frente aos problemas (ex.:chora, fica nervoso, não se alimenta, come demais, ingere bebida alcoólica, drogas, se fuma, solicita ajuda de alguém..)

Entrevistador deverá descrever a sua percepção relativa a auto estima do paciente.

12- Exames:

O enfermeiro deverá registrar o laudo dos exames realizados pelo paciente (Raio X/ ECG/ Exames de Imagem/ cateterismo / Bioquímica/ Hematologia e Gasometria), na ausência dos laudos, enfermeiro deverá registrar que não tem laudo, e descrever a sua avaliação frente aos exames.

Ao término da coleta de dados, o enfermeiro deverá assinar e carimbar o histórico de enfermagem e anotar a data do preenchimento do histórico de enfermagem.

Referência Bibliográficas

- 1- Porto, CC- Exame Clínico; bases para a prática médica. 5ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2004
- 2- Barros, ALBL et al- Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto- Porto Alegre: Artmed 2002

- 3- Maria, VLR; Martins,I; Peixoto, MSP- Exame clínico de Enfermagem do Adulto. 1.ed. São Paulo: Iátria. -2003
- 4- Tilkian&Conover- Entendendo os Sons e Sopros Cardíacos, 4ª- São Paulo: Roca- 2004
- 5- Swearingen PL; Howard, CA- Atlas fotográfico de procedimentos de enfermagem, 3ª-Porto Alegre: Artmed- 2001
- 6- Carpenito, LH- Diagnóstico de enfermagem: aplicação à prática clínica, 6ª-Porto Alegre; Artes médicas, 1997
- 7- Hudak, CM; Gallo, BM- Cuidados Intensivos de Enfermagem: Uma abordagem holística. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan- 1996
- 8- Assistência Pré- Natal: Normas e Manuais técnicos.3ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/ Ministério da Saúde, 2006. 56p.

2 ANEXO II - ENTREGAS DO GRUPO DE SAE

2.3 INSTRUMENTO DE PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO E ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome:- _____ Idade: _____ Sexo: ☐ F ☐ M Leito: _____ Nº Prontuário: _____
Diagnóstico Médico: _____ Procedimentos Realizados: _____ Data Internação: _____ Data: ____/____/____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Evolução de Enfermagem				
	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
1. Risco para Débito cardíaco diminuído FR: () Alterações específicas do ECG, () Sinais hipotensão, () Pulsos periféricos alterado, () Sinais de débito cardíaco diminuído					
2. Débito cardíaco Diminuído. CD: FC alterada: () Taquicardia > 100 bpm; () Bradicardia < 50 bpm; () Pele fria e pegajosa; () Sudorese; () Pulsos periféricos diminuídos; () Reperusão capilar ↑ () Mudanças da cor da pele: palidez, cianose; () Sons B3 e B4; () Hipotensão: Pa ↓ 100/60; () Alteração do nível de consciência: Confusão; Sonolência; Agitação; letargico. FR: Arritmias: () atriais _____ () ventriculares _____ () FE ↓ < _____% () Hipovolemia; () mecanismos reguladores ↓ () Falha na bomba cardíaca: _____ () Uso de medicamentos					
3. Risco para perfusão tissular alterada: () Cardíaca, () Cerebral, () Periférica . FR: () Fenômenos tromboembólicos, () Espasmos vasculares, () Alteração no coagulograma (TTPA TP _____)					
4. Perfusão Tissular Cardíaca Ineficaz: CD: () Precordialgia, () Sensação de morte iminente, () Arritmias, () Alterações específicas do ECG, () Palidez cutânea, () Sudorese, () Náusea/vômito, () Alteração enzimas cardíacas. FR () Interrupção do fluxo arterial, () Mecanismo regulador comprometido					
5. Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz: CD () Anormalidades na fala, () Mudanças nas reações pupilares, () Fraqueza ou paralisia das extremidades, () Estado mental alterado, () Dificuldade de deglutição, () Mudanças de resposta motora, () Mudanças de comportamento FR: () Interrupção do fluxo arterial, () Transporte prejudicado de oxigênio.					
6. Perfusão Tissular Periférica Ineficaz. CD: () Pulsos fracos/ ausentes, () Descoloração da pele, () Mudanças na temperatura da pele, () Edema () Claudicação () Úlcera arterial () Dor em MMII ao levantá-los () Perfusão periférica alterada () Alterações na pele FR: () Redução mecânica no fluxo arterial, () Hipovolemia () Transporte de oxigênio prejudicado

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Coordenadoria de Serviços de Saúde
INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA
Divisão de Enfermagem - Serviço de Educação Continuada

7. Perfusão Tissular Renal rejudicada. CD: () urina escura e concentrada() depressão do nível de consciencia() redução do débito urinário() elevações dos níveis de uréiae creatinina() aumento da pressão arterial() edema periférico() falta de ar() fraqueza() ganho de peso() anormalidaders dos eletrólitos séricos() níveis de hemoglobinareduzidos. FR: () insf. Renal aguda () hemorragia () IAM () cálculos renais () choque () crise falciforme() insf.renal cronica() diabete melitus () fármacos nefrotóxicos					
8. Retorno venoso de MMII prejudicado CD: () Veias dilatadas e tortuosas () edema de MMII () hiperpigmentação () prurido () dor () câimbra () úlcera venosa () veias perfurantes endurecidas () alterações da pele FR: () deficiência no funcionamento das válvulas venosas e/ou da bomba músculo esquelética () fatores mecânicos (paradas prolongadas) () envelhecimento					
9. Insaturação arterial sistêmica: CD: cianose de: () lóbulos das orelhas () lábios () língua () leitos ungueais superiores e inferiores; () saturação de oxigênio $\leq 95\%$ () dispnêia () taquipnêia () irritabilidade, taquicardia ()hipocratismo digital () curva de crescimento físico abaixo do percentil 10 para peso e altura. FR: shunt () venoarterial intracardiaco () venoarterial extracardiaco					
10. Volume de Líquido Excessivo. CD: () Ganho de peso, () PA reduzida, () Retenção de líquidos, () Edema periférico, () Formação de cacifo, () Anasarca, () Distensão venosa jugular, () Reflexo hepato jugular positivo, () Ascite, () Aumento da PVC, () Dispneia, () Ortopneia, () Taquipneia, () Estertores, () Crepitações, () Som cardíaco B3, () Oliguria, () Alterações do sensório () Hemoglobina e hematócrito alterados, () Alteração na densidade da urina, () Alterações do Na/K. FR: () Mecanismo regulador comprometido, () Ingesta excessiva de líquidos, () Ingesta excessiva de Na.					
11. Dor Aguda CD relato verbal() posição antálgica para evitar a dor () expressão facial () distúrbio do sono () comportamento de distração () comportamento de defesa () respostas aunômicas como alteração na respiração, pulso, dilatação das pupilas () comportamento expressivo como gemer, chorar, vigilância, irritabilidade , suspirar () mudanças no apetite e na alimentação () FR agentes lesivos biológicos químicos físicos psicológicos.					
12. Risco para hipoglicemia FR: () jejum prolongado;() álcool;() uso hipoglicemiantes orais; () uso de insulina regular;() uso de insulina NPH;() septicemia					
13. Hipoglicemia CD: () Dx < 60 mg/dl;() cefaléia;() taquicardia;() ↓ nível consciência() vômitos;() sudorese;() palidez;() alterações comportamento; FR: () septicemia avançada; () jejum prolongado;() uso inslina;() uso hipoglicemiantes orais;() uso álcool;() extremos

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Coordenadoria de Serviços de Saúde
INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA
Divisão de Enfermagem - Serviço de Educação Continuada

de idade					
14. Risco para hiperglicemia FR: () uso corticoesteróides;() resistência à insulina;() deficiência insulina (total /parcial);() sepitcemia;() nutrição parenteral;() nutrição enteral					
15. Hiperglicemia CD: () Dx > 110 mg/dl (jejum);() Dx > 140 mg/d (pós prandial);() glicosúria; () poliúria;() polidipsia;() hálito cetônico;() coma; FR: () uso corticóides;() resistência à insulina;() Deficiência nasecreção de insulina;() sepitcemia					
16. Risco p/ sangramento FR: () INR _____; () Dose maior do anticoagulante					
17. Sangramento CD: () Hematúria, () Sgto nasal, () Sgto gengival, () Petéquias, () AVEH, () HDB, () HDA, () Hematoma; FR: () Dose maior do anticoagulante, () INR _____, () Trauma mecânico _____					
18. Dor Crônica CD: () alterações dos sinais vitais – taquicardia, taquipnéia, hipertensão, () expressão facial de dor, () comportamento de proteção ou defesa, () mudança no padrão de sono, () irritabilidade, () atrofia de grupo muscular, () fadiga, () mudanças no apetite e alimentação, () medo, () mudanças de peso, () interação diminuída com as pessoas, () foco em si próprio, () agitação, () depressão. FR: ansiedade, incapacidade física (ex: lesões, úlceras					
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM ESPECÍFICOS

2 ANEXO II - ENTREGAS DO GRUPO DE SAE.
2.3 INSTRUMENTO DE PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO E ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome:- _____ Idade: _____ Sexo: ☐ F ☐ M Leito: _____ Nº Prontuário: _____
Data: ____/____/____

Prescrições de Enfermagem	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Valorizar queixas algícas, registrar: localização e características da dor, intensidade, fatores de melhoras e piora, sintomas associados					
Obs. e comunicar sinais e sintomas de hipoglicemia: sudorese, sonolência, palidez, tontura, conf. mental. Se presente, realizar glicemia capilar					
Observar nível de consciência, padrão respiratório: taqui/dispnéia, ortopnéia,					
Realizar controle de ingestão e/ou restrição hídrica					
Medir circunferência abdominal e maleolar com o paciente em repouso					
Realizar controle da diurese e suas características					
Observar e comunicar ao enfermeiro queixas de precordialgia e suas características como intensidade, duração, irradiação, fatores precipitantes e de alívio.					
Orientar e supervisionar o repouso absoluto/relativo					
Verificar PA e FC de ____/____ e comunicar se PA > 140/90 mmHg e/ou FC > 100					
Monitorar valores de enzimas cardíacas (CK MB e Troponina).					
Realizar ausculta cardíaca e pulmonar.					
Monitorar níveis de glicose no sangue, 3 vezes ao dia;					
Comunicar enfermeiro sinais/sintomas de hipoglicemia					
Monitorar níveis de glicose no sangue, 3 vezes ao dia;					
Comunicar enfermeiro sinais/sintomas de hiperglicemia;					
Reconhecer sinais hipoglicemia;					
Monitorar sinais hipoglicemia (tremores, palpitações, calafrios, palidez, fome, náusea, convulsões)

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Coordenadoria de Serviços de Saúde
INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA
Divisão de Enfermagem - Serviço de Educação Continuada

Manter acesso venoso;																			
Realizar glicemia capilar 6/6 horas;																			
Monitorar sinais de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, polifagia, letargia, mal estar;);																			
Administar insulina con-forme prescrito;																			
Realizar glicemia capilar 6/6 horas;																			
Monitorar restrição ----- ml/dia																			
Registrar volume urinário e aspecto da urina																			
Pesar diariamente em jejum																			
Medir circunferência maleolar antes do banho e Medir circunferência abdominal antes do desjejum																			
Observar o nível de consciência, confusão desorientação agitação)																			
Observar e comunicar ao enfermeiro queixas de dificuldades na respiração intensidade, duração, da queixa																			
Verificar PA, pulso, RC, respiração e temperatura e se presente qualquer alteração comunicar ao enfermeiro.																			
Observar e anotar queixas de dor: verificar intensidade utilizando a escala de graduação da dor, localização, tipo e duração																			
Observar e anotar queixas de câimbra: verificar frequência, duração, localização e se está relacionada a alguma atividade.																			
Manter MMII elevados																			
Orientar e supervisionar para não permanecer para na mesma posição e/ou em pé muito por mais de 4 horas																			
Realizar mudança de decúbito																			
Fazer massagens periodicamente em MMII no sentido pódalo/cefálico																			
Fazer exercícios passivos e ativos com os MMII periodicamente																			
Estimular respiração profunda																			
Documentar arritmias cardíacas;																			
Verificar PA e FC de ___/___ e comunicar se PA < 100/60 mmHg e ou FC > 100 ou < 60 bpm																			
Verificar T °C , cor e umidade da pele. Comunicar se: Hipotermia, cianose, palidez, sudorese, pele fria e pegajosa;																			
Monitorar o estado respiratório e a oxigenação;																			
Palpar pulsos periféricos;

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Coordenadoria de Serviços de Saúde
INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA
Divisão de Enfermagem - Serviço de Educação Continuada

Verificar perfusão capilar																	
Auscultar e registrar alterações dos sons cardíacos;																	
Monitorar nível de consciência																	
Verificar sinais de edema																	
Verificar e anotar pulso																	
Observar coloração da pele																	
Observar e comunicar ao enfermeiro queixas de precordialgia e suas características como intensidade, duração, irradiação, fatores precipitantes e de alívio.																	
Orientar e supervisionar o repouso absoluto/relativo.																	
Verificar PA e FC de ____/____ e comunicar se PA>140/90 mmHg e/ou FC >100.																	
Monitorar valores de enzimas cardíacas (CK MB e Troponina).																	
Realizar ausculta cardíaca e pulmonar.																	
Observar sangramentos em mucosas e eliminações																	
Orientar uso de escovas de dente macias																	
Orientar evitar traumas mecânicos																	
Orientar procurar serviço hospitalar se episódios de sangramento																	
Orientar não aumentar dose do anticoagulante por conta própria																	
OBSERVAR: Coloração de pele, Amplitude de pulsO, Nível de consciência																	
Sgto externo realizar hemostasia																	
Sinais de sgto peritonial (queixa de dor abdominal, distensão abdominal / hematomas infra – abdominal)

Nome: _____ idade: _____ Leito : _____ n.º Prontuário: _____

Elaborado pelo Grupo de SAE 2005-2007

Nome:- _____ **Idade:** _____ **Leito:** _____ **nº Prontuário:** _____

Elaborado pelo Grupo de SAE 2005-2007

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Unidade _____

Nome: _____ Reg: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Cor: _____

Escolaridade: _____ Estado civil: _____

Ocupação: _____ Religião: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Reside com: _____

Pessoa Significativa: _____

HISTORIA ATUAL E ANTECEDENTE

Data de admissão: _____

Procedência: _____

Diagnóstico Médico Atual: _____

Outras doenças _____

Conhecimento sobre a doença / tratamento _____

Medicações em uso: _____

Responsável pela administração da medicação: ☐ paciente ☐ cuidador

SISTEMA NEUROLÓGICO:

Comunicação: verbal: ☐ falada ☐ escrita ☐ não verbal: _____

Língua dominante: _____

Fala e linguagem: ☐ normal ☐ afonia ☐ disfonia ☐ disartria ☐ dislalia ☐

afasia

Queixas	Força muscular
☐ síncope ☐ cefaléia	☐ paresia
☐ tontura ☐ esquecimento	☐ hemiparesia (D / E)
☐ vertigem ☐ queda	☐ hemiplegia (D / E)
☐ tremores ☐ parestesia	☐ paraplegia
☐ convulsão	☐ tetraplegia
Marcha alterada: ☐ não ☐ sim	

SISTEMA TEGUMENTAR

Pele:

Hidratação: _____

Coloração: _____

Lesões _____

Cabelos/couro cabeludo: ☐ Normais ☐ alopecia ☐ pediculose _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

FATORES DE RISCO
☐ Hipertensão Arterial
☐ Diabetes Mellitus
☐ Dislipidemias
☐ Obesidade
☐ Tabagismo
☐ Consumo de álcool
☐ Sedentarismo / ☐ Estresse

SISTEMA PULMONAR

☐ dispnéia ☐ taquipnéia ☐ bradipnéia ☐ ortopnéia ☐ DPN ☐ musculatura acessória ☐ batimento de asa de nariz

SISTEMA GASTROINTESTINAL E URINÁRIO

Padrão alimentar: ☐ desjejum ☐ almoço ☐ jantar ☐ outros

Nutrição: ☐ oral ☐ enteral ☐ parenteral _____ **Deglutição:** ☐ normal ☐ alterada: _____

Dieta específica: _____

Ingesta hídrica: _____ ml/dia

Intolerância alimentar: ☐ não ☐ sim: _____

Apetite: ☐ normal ☐ aumentado ☐ diminuído

Queixas: ☐ náusea ☐ vômito ☐ pirose ☐ gastrite ☐ úlcera

Hábito urinário	Hábito intestinal
Frequência	Frequência
Características	Características
Queixas: ☐ ausentes ☐ disúria ☐ hematúria	Queixas: ☐ ausentes ☐ dificuldade para evacuar ☐ sangramento retal

Abdome:

Micção: ☐ espontânea ☐ dispositivo urinário masculino ☐ SVD ☐ cistostomias ☐ prolapso vesical

SEXUALIDADE

Mulheres: Acompanhamento com o ginecologista: ☐ não ☐ sim Última consulta: ____ DUM: ____/____/____ História Obstétrica: ____G ____P ____

A ☐ gestante: IG: _____

Auto exame da mama: ☐ sim ☐ não _____ Papanicolau ☐ não ☐ sim

Data: ____ Uso de anticoncepcional oral: _____

☐ Menopausa: _____ Reposição hormonal: ☐ sim ☐ não _____

Queixas: _____

Homens: Acompanhamento com o urologista: ☐ não ☐ sim, Última consulta: ____

Queixas: _____

Sono e repouso: Horas de sono noturno: _____ Dificuldade para dormir: ☐ não ☐ sim

Recursos para dormir: _____

Autocuidado: Independente (I) Dependente parcial (DP) Total (DT)

() Alimentação () Higiene Corporal () Atividades do Cotidiano _____

ACEITAÇÃO E AUTO-ESTIMA:

Reações e solução dos problemas: _____

Percepção do entrevistador relativa a auto estima: _____

Enfermeira(o): _____ COREN/UF: _____

Data: ____/____/____

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Coordenadoria de Serviços de Saúde
INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA
Divisão de Enfermagem - Serviço de Educação Continuada

NOME: _____ RG

DIAGNÓSTICO: _____

DATA: ____/____/____ RETORNO: ____/____/____

Diagnóstico de Enfermagem	Características Definidoras	Fat. Relacionados	Intervenção	Metas
1() Risco p/ sangramento	_____	1.1() INR _____ 1.2() Dose maior do anticoagulante	1.1.1() Observar sangramentos em mucosas e eliminações 1.1.2() Orientar uso de escovas de dente macias 1.1.3() orientar evitar traumas mecânicos 1.1.4() Orientar não aumentar dose do anticoagulante por conta própria 1.1.5() Orientar procurar serviço hospitalar se episódios de sangramento	<u>Estado da coagulação</u> 1.01() Episódio de sangramento com necessidade de uso de medicamentos 1.02() Episódios de sangramento sem necessidade de uso de medicamentos 1.03() INR fora da faixa terapêutica sem sgto 1.04() INR próximo da faixa terapêutica 1.05() INR na faixa terapêutica
2() Sangramento	2.1() Hematuria, 2.2() Sgto nasal 2.3() Sgto gengival 2.4() Petéquias 2.5() AVEH 2.6() HDB 2.7() HDA 2.8() Hematoma	2.1.1() Dose maior do anticoagulante 2.2.2() INR _____ 2.2.3() Trauma mecânico _____	2.1.1.1() Verificar PA/FC/RC OBSERVAR: 2.2.2.2() Coloração de pele 2.2.2.3() Amplitude de pulso 2.2.2.4() Nível de consciência 2.2.2.5() Sgto externo realizar hemostasia 2.2.2.6() Sinais de sgto peritonal (queixa de dor abdominal, distensão abdominal / hematomas infra – abdominal)	<u>Estado da coagulação</u> 2.01() Presença de sgto com necessidade de hospitalização 2.02() Presença de sgto com necessidade de terapia medicamentosa ambulatorial 2.03() INR acima da faixa terapêutica sem sgto 2.04() INR próximo da faixa terapêutica 2.05() INR na faixa terapêutica

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Coordenadoria de Serviços de Saúde
INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA
Divisão de Enfermagem - Serviço de Educação Continuada

3() Risco p/ diminuição na perfusão tissular periférica cerebral, renal / coronariana.	_____	3.1() INR abaixo d faixa de proteção 3.2() Uso de prótese valvar mecânica	3.2.2() Orientar quanto à importância do uso correto do anticoagulante 3.3.3() Orientar quanto à restrição de alimentos ricos em vitamina K 3.4.4() Avaliar pulso coloração de pele e temperatura de membros inferiores 3.5.5() Avaliar função renal Ur_____ CREAT_____	<u>Estado circulatório</u> 3.01() Apresenta diminuição de pulsos periféricos 3.02() Apresenta queixas de dor precordial aos esforços, discreta alteração renal 3.03() Pulso presente, ausência de dor precordial e alteração renal 3.04() Ausência de dor precordial, melhora da função renal 3.05() Pulsos presentes, ausência de dor precordial , função renal normalizada.
4() Diminuição da perfusão tissular renal/ periférica cerebral /coronariana	4.1() Ausência/ diminuição de pulsos periféricos palidez cutânea cianose de extremidades claudicação edemas queixas algicas 4.2() Diminuição do nível de consciência 4.3() Fala pastosa 4.4() Desvio de rima 4.5() Déficit motor 4.6() Dificuldades na deglutição 4.7() Diminuição do debito urinário 4.8() Dor precordial aos esforços 4.9() Dor precordial em repouso 4.10() Parestesia Local:_____	4.1.1() Interrupção do fluxo arterial 4.2.2() Interrupção do fluxo venoso 4.3.3() Transporte prejudicado do oxigênio através da membrana alveolar/capilar	4.1.1.1() Observar nível de consciência 4.2.2.2() Observar pulso, temperatura e perfusão de membros. 4.3.3.3() Observar dificuldade de deglutição 4.4.4.4() Observar alteração na função renal CR_____ UR_____	<u>Estado circulatório</u> 4.01() Não responde a estímulos verbais, presença de déficit motor, alteração da função renal e alteração da perfusão periférica. 4.02() Respondem somente a estímulos dolorosos e apresenta cianose de extremidades e alteração da função renal. 4.03() Respondem a estímulos porem apresenta alteração renal e cianose de extremidade 4.04() Respondem a estímulos, função renal normalizada, discreta cianose de extremidade 4.05() Respondem todos os estímulos ausência de déficit motor, função renal preservada, perfusão periférica preservada.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Coordenadoria de Serviços de Saúde
INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA
Divisão de Enfermagem - Serviço de Educação Continuada

5. () Controle ineficaz do regime terapêutico:				<u>Comportamento do tratamento (Doença)</u>
	medicamentoso	5.1() Uso da dose menor que é prescrita pelo medico 5.2() Uso da dose maior que é prescrita pelo médico 5.3 () Não tomou a medicação. 5.4 () Interação medicamentosa	5.1.1() Falta de conhecimento 5.1.2 / () Falta do medicamento na farmácia hospitalar 5.1.3 () Não teve condições financeiras para comprar o medicamento 5.2.1 () Falta de conhecimento 5.3.1() Falta de conhecimento 5.3.2 () Esquecimento 5.3.3 () Falta de entendimento da tabela 5.3.4 () Falta do medicamento na farmácia hospitalar 5.3.5 () Não teve condições financeiras para comprar o medicamento 5.4.1() Falta de conhecimento em comunicar o setor quanto a introdução de nova medicação. 5.4.2 () Falta de conhecimento sobre interação medicamentosa	5.1.1.1 () Orientar quanto à finalidade de cada medicamento e à importância da dose correta e horários de cada medicamento 5.2.1.1() Orientar quanto à finalidade de cada medicamento e à importância da dose correta e horários de cada medicamento 5.3.3.1() Orientar quanto à finalidade de cada medicamento e à importância da dose correta e horários de cada medicamento 5.4.1.1 () Orientar quanto a necessidade de comunicar o setor na introdução de novos medicamentos. 5.4.2.1 () Reforçar as orientações quanto aos medicamentos que interagem com os ACOs.
alimentar	5.5 () Não segue dieta prescrita 5.6 () Ingesta maior de vitamina K 5.7() Ingesta menor de vitamina K	5.5./5.6./5.7 () Falta de conhecimento	5.5.1.1() Orientar sobre os tipos de alimentos que contém vitamina K e sua relação com o ACO. 5.5.1.2() Orientar sobre a ingestã regular diária de alimentos que contém vitamina K. 5.5.1.1 () Ingerir alimentos verdes diariamente ou pequenas porções, uma qualidade por dia e uma vez no dia.	5.01() Não segue dieta orientada, não toma medicamento conforme prescrito 5.02() As vez faz dieta prescrita e usa adequadamente os medicamentos 5.03() Diariamente usam adequadamente o medicamento, mas não segue dieta. 5.04() Usam adequadamente o medicamento 5.05() Usam adequadamente o medicamento e segue dieta prescrita

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
 Coordenadoria de Serviços de Saúde
 INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA
 Divisão de Enfermagem - Serviço de Educação Continuada

6() Déficit de conhecimento, patologia, tratamento, setor.	6.1() Relato de não saber sobre sua doença 6.2() Desconhece sobre seu tratamento e finalidade 6.3() Desconhece rotina do setor	6.1.1() Falta de orientação 6.2.2() Déficit cognitivo	6.1.1.1() Incentivar a participar da aula para iniciantes ao tratamento 6.2.2.2() Orientar sobre a necessidade do tratamento e acompanhamento diário no setor 6.3.3.3() orientar quanto às doses do medicamento 6.4.4.4() Orientar quanto ao valor adequado de INR para sua patologia	<u>Comportamento de aceitação, conhecimento e tratamento</u> 6.01() Não apresenta entendimento sobre sua patologia e tratamento 6.02() Entendem pouco sobre sua patologia e desconhece importância da medicação 6.03() Conhecem pouco da sua patologia e do seu tratamento, mas não segue orientações. 6.04() Conhecem sobre sua patologia e seu tratamento e às vezes segue orientações 6.05() Sabem sobre sua patologia e tratamento e segue adequadamente as orientações
---	---	--	--	--

RESULTADO

1. Extremamente comprometido
2. Substancialmente comprometido
3. Moderadamente comprometido
4. Levemente comprometido
5. Não comprometido

[illegible]

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA
Divisão de Enfermagem - Serviço de Educação Continuada

Nome: _____ Idade: _____ RH: _____ Data: ____/____/____ Leito _____

Historico de enfermagem - Pré - cateterismo	PROBLEMAS COLABORATIVOS	Pré	Trans	Pós	Pós
Diagnóstico médico: _____	1. CP: Reações alérgicas				
Procedimento: _____	Relac.: história de alergia a: () iodo () medicamentos () esparadrapo				
AP: () DM () Tabagista	2. CP: Hemorragia / hematoma no local de punção				
() HAS () Ex-tabagista	Relac.: () trauma mecânico () uso de Antiagregante plaquetário EV				
() DLP	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM				
() Outros: _____	3. Conhecimento deficiente sobre o procedimento				
() Cateterismo/ ATC anterior _____	CD: relato de: () desconhecimento sobre procedimento () seguimento não acurado de instruções				
() Marcapasso/CDI	Relac.: () falta de familiaridade () falta de experiência () limitação cognitiva				
Alergias: () Não () Sim O quê?: _____	4. Integridade da () pele () tissular prejudicada				
	CD: solução de continuidade: _____				
	Relac.: trauma mecânico (especificar): _____				
Medicações suspensas: ACO ____ dias	5. Risco para perfusão tissular RENAL ineficaz				
Metformina ____ dias	FR: () uso de contraste () ingesta inadequada de líquidos () interrupção do fluxo arterial				
Insulina () Sim () Não	6. Risco para Perfusão Tissular Ineficaz Periférica				
Jejum desde: _____ h.	FR: () diminuição da luz do vaso pela presença de material sintético				
Próteses: () não () sim _____	Relac.: () interrupção do fluxo arterial/venoso				
Uso de ATB Recente: () Não () Sim Para quê: _____	7. Débito Cardíaco Diminuído				
Estado Emocional: _____	CD: () alteração de: PA, FC () alt. ECG () oligúria () Fração de ejeção _____				
	() pele fria/pegajosa () pulsos diminuídos () alt. do nível de consciência				
	Relac.: () Arritmia () Hipovolemia () Falha de bomba cardíaca				
Peso: _____ Altura: _____	8. Mobilidade Física Prejudicada				
Lesões de pele: _____	Caracterizada por restrição temporária dos movimentos relacionado a dor ou desconforto/risco de sangramento				
Observações: _____					

Nome/COREN: _____					

A = Ausente	Ma = Mantido	Me = Melhorado	Pr = Presente	Pi = Piordado

3. ANEXO III - ENTREGAS DO GRUPO DE AUDITORIA

3.1 INSTRUMENTO DE AUDITORIA DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

RG: _____ Unidade : _____ Código: _____
Período: _____ Código: _____
Profissional: _____ Código: _____

Cod	Item	Si m	Nã o	NA	Cod	Item	Sím	Não
1.0	Identificação				12.0	Movimentar		
1.1	Nome				12.1	Atividade		
1.2	Idade				12.2	Sono		
1.3	Sexo				12.3	Recreação		
1.4	Registro Hospitalar				12.4	Auto cuidado		
1.5	Endereço							
1.6	Telefone				13.0	Perceber		
1.7	Pessoas significativas				13.1	Autoconceito		
1.8	Diagnóstico Médico				13.2	Percepção sensorial		
1.9	Cirurgias realizadas							
1.10	Alergias				14.0	Conhecer		
1.11	Data de admissão				14.1	Educação		
					14.2	Doenças/ hospitalização e cirurgias anteriores		
2.0	Metabolizar: Circulação cerebral				14.3	Medicações em uso		
					14.4	Fatores de		
3.0	Metabolizar: Circulação cardíaca				14.5	Orientação		
3.1	Precórdio							
3.2	FC				15.0	Sentir		
3.3	Ritmo				15.1	Conforto		
3.4	PVC				15.2	Integridade emocional		
3.5	PVC nl							
3.6	PA/braço D							
3.7	PA/braço E				16.0	Identificação do profissional		
3.8	Soros/medicações				16.1	Nome completo (carimbo)		
3.9	Circulação periférica				16.2	Assinatura		
3.10	Exames				16.3	Nº do COREN/UF		
					16.4	Data de realização		
4.0	Metabolizar: integridade física							
4.1	Tecidual				17.0	Análise qualitativa		
4.2	Pele				17.1	O HE foi realizado e/ou atualizado nas 24hs da admissão?		
					17.2	O HE foi preenchido na unidade da admissão?		
5.0	Metabolizar: oxigenação				17.3	O HE foi feito de acordo com o guia de orientação?		
5.1	FR				17.4	Há alguma anotação indicando a realização do HE

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Coordenadoria de Serviços de Saúde
INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA
 Divisão de Enfermagem - Serviço de Educação Continuada

5.2	Ritmo				17.5	Foram levantados os DE específicos na admissão?		
5.3	Sons pulmonares				17.6	O preenchimento é legível?		
5.4	Aparelhos				17.7	Os dados não preenchidos estão de acordo com a unidade de admissão?		
5.5	Queixas				17.8	A PE de admissão condiz com HE?		
5.6	Gases arteriais				17.9	Os dados de identificação coincidem com os do prontuário?		
					17.10	O padrão Metabolizar: Circulação cerebral permite a avaliação do pcte?		
6.0	Metabolizar: regulação física				17.11	O padrão Metabolizar: Circulação cardíaca permite a avaliação do pcte?		
6.1	Temperatura				17.12	O padrão Metabolizar: integridade física permite a avaliação do pcte?		
6.2	Linfonodos				17.13	O padrão Metabolizar: oxigenação permite a avaliação do pcte?		
6.3	Hemograma				17.14	O padrão Metabolizar: regulação física permite a avaliação do pcte?		
					17.15	O padrão Metabolizar: nutrição permite a avaliação do pcte?		
7.0	Metabolizar: nutrição				17.16	O padrão Expressar permite a avaliação do paciente?		
7.1	Peso				17.17	O padrão Relacionar : papéis permite a avaliação do paciente?		
7.2	Altura				17.18	O padrão Valorizar : religião permite a avaliação do paciente?		
7.3	Peso ideal				17.19	O padrão Escolher permite a avaliação do pcte?		
7.4	Padrão de alimentação				17.20	O padrão Movimentar permite a avaliação do paciente?		
7.5	Sondas/catéteres				17.21	O padrão Perceber permite a avaliação do paciente?		
7.6	Náuseas/vômitos				17.22	O padrão Conhecer permite a avaliação do paciente?		
7.7	Boca e garganta				17.23	O padrão Sentir permite a avaliação do paciente?		
7.8	Hábito intestinal				OBSERVAÇÕES			
7.9	Exame abdominal							
7.10	Hábito urinário							
7.11	Exame de urina							
8.0	Expressar							
9.0	Relacionar : papéis							
9.1	Família							
9.2	Trabalho							
9.3	Sexual							
10.0	Valorizar: religião							
11.0	Escolher							
11.1	Solução de problema							
11.2	Reações ao estress							
					Enfº Auditor :

3. ANEXO III - ENTREGAS DO GRUPO DE AUDITORIA

3.2. POP DE PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO DE AUDITORIA DE HE 2005

CABECALHO:

- Unidade: escrever à unidade em que foi feito o HE;
- Período: escrever o período em que foi feito o HE (manhã, tarde, noite ímpar e noite par);
- Profissional: Enfermeiro Staf (S), Enfermeiro Residente do 1º ano (R1), Enfermeiro Residente do 2º ano (R2), Outros (O).
- Código da Unidade: Pronto Socorro (PS), Enfermaria I (Enf.I), Enfermaria II-1º andar (Enf.II-1º), Enfermaria II-2º andar (Enf.II-2º), Pediatria (Ped.), UTI-I/Transplante (UTI-I/TX), Recuperação Pós-Operatória (RPO), Hemodinâmica (HDN), Coronária (UCO), Centro Cirúrgico I (CCI), Centro Cirúrgico II (CCII), Ambulatório (AMB).
- Código do Período: Manhã (M), Tarde (T), Noite Ímpar (N1) e Noite Par (N2)
- Código do Profissional: S, R1, R2 e O

Do item 1.1 a 16.4, às questões serão **preenchidas** com um **X** no **espaço estipulado**, conforme roteiro abaixo:

1.0: IDENTIFICAÇÃO

1.1) NOME

- Tem que estar escrito por completo **SEM** abreviaturas.

1.2) IDADE

- Tem que estar escrito em anos.

1.3) SEXO

- Tem que estar escrito por extenso MASCULINO ou FEMININO **ou** as siglas M ou F.

1.4) REGISTRO HOSPITALAR

- Tem que ter escrito o nº do RH.
- Caso não tenha será considerado a expressão “não tem”.
- NÃO CONSIDERAR o traço e espaço em branco.

1.5) ENDEREÇO

- Tem que escrever o endereço por completo (rua, avenida, nº, bairro, município).

1.6) TELEFONE

- Tem que escrever o número do telefone.
- Considerar a expressão “não tem”.
- Caso o telefone seja de recado, TEM que ter o nome da pessoa a quem ser solicitada.

1.7) PESSOAS SIGNIFICATIVAS

- Tem que estar escrito o nome da pessoa **E** o seu grau de parentesco;
- Caso não houver alguém específico, CONSIDERAR SOMENTE quando houver alguma observação;
- NÃO CONSIDERAR espaço em branco, traço, SA, NDN.

1.8) DIAGNÓSTICO MÉDICO

- Tem que ter o DIAGNÓSTICO ATUAL DA INTERNAÇÃO.
- NÃO CONSIDERAR se só tiver escrito diagnóstico médico que não justificam a internação atual.

1.9) CIRURGIAS REALIZADAS

- Considerar as do último ano e que não pertinentes ao estado atual.

1.10) ALERGIAS

- Considerar a expressão “paciente desconhece”, NDN.
- NÃO CONSIDERAR traço, espaço em branco.

1.11) DATA DE ADMISSÃO

- Tem que estar escrito à data da internação atual.

2.0) METABOLIZAR: Circulação cerebral

- Tem que estar escrito às alterações relacionadas com o quadro clínico atual.
- NÃO CONSIDERAR traço, espaço em branco.

3.0) METABOLIZAR: Circulação cardíaca

3.1) PRECÓRDIO

- Seguir guia instrucional de preenchimento do HE (nov/1999), juntamente com o exame físico.
- NÃO CONSIDERAR traço, espaço em branco.

3.2) FREQUÊNCIA CARDÍACA

- Tem que estar escrito o valor da FC.

3.3) RITMO

- Tem que estar escrito REGULAR ou IRREGULAR ou as siglas RCR ou RCI.

3.4) PVC

- Considerar traço, NA (não se adequa), caso não se adeque na unidade.
- Colocar o valor do PVC, caso o paciente esteja com controle do mesmo.
- NÃO CONSIDERAR se estiver espaço em branco.

3.5) PVC normal

- Considerar traço, NA (não se adequa), caso não se adeque na unidade.
- Colocar o valor do PVC, caso o paciente esteja com controle do mesmo.
- NÃO CONSIDERAR se estiver espaço em branco.

3.6) PA/BRAÇO DIREITO

- Tem que estar preenchida com o valor da PA.
- Será aceito se não estiver preenchido, em caso de fístula, aneurisma, PORÉM tem que HAVER À JUSTIFICATIVA.

3.7) PA/BRAÇO ESQUERDO

- Tem que estar preenchida com o valor da PA.
- Será aceito se não estiver preenchido, em caso de fístula, aneurisma, PORÉM tem que HAVER À JUSTIFICATIVA.

3.8) SOROS/MEDICAÇÕES

- Considerar à expressão “Sem Prescrição Médica”.
- Escrever as medicações em USO no HOSPITAL e NÃO de uso em casa.
- NÃO CONSIDERAR traço, espaço em branco.

3.9) CIRCULAÇÃO PERIFÉRICA

- Seguir guia instrucional de preenchimento do HE (nov/1999), juntamente com o exame físico.
- NÃO CONSIDERAR traço, espaço em branco e a palavra “normal”.
- Considerar as siglas NDN, SA, SP.

3.10) EXAMES

- Considerar resultados dos exames diagnóstico, bioquímica, hemograma, coagulograma.
- Considerar as expressões “aguardando resultado”, “aguardando coleta”, “não solicitado”
- NÃO CONSIDERAR traço, espaço em branco.

4.0) METABOLIZAR: Integridade Física

4.1) TECIDUAL

- Seguir guia instrucional de preenchimento do HE (nov/1999), juntamente com o exame físico.
- Caso não haja nenhuma alteração, será CONSIDERADO NDN, SA, SP.
- NÃO CONSIDERAR traço, espaço em branco e a palavra “normal”.

4.2) PELE

- Seguir guia instrucional de preenchimento do HE (nov/1999), juntamente com o exame físico.
- Caso não haja nenhuma alteração, será CONSIDERADO NDN, SA, SP.
- NÃO CONSIDERAR traço, espaço em branco e a palavra “normal”.

5.0) METABOLIZAR: Oxigenação

5.1) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (FR)

- Tem que estar escrito o valor da FR.

5.2) RITMO

- Seguir guia instrucional de preenchimento do HE (nov/1999).
- NÃO CONSIDERAR traço, espaço em branco, NDN, SA, SP e a palavra “normal”.

5.3) SONS PULMONARES

- Seguir guia instrucional de preenchimento do HE (nov/1999).
- Considerar NDN, SA, SP.
- NÃO CONSIDERAR traço, espaço em branco e a palavra “normal”.

5.4) APARELHOS

- Seguir guia instrucional de preenchimento do HE (nov/1999).
- Considerar o traço e a sigla NA, como forma de preenchimento.
- NÃO CONSIDERAR quando tiver espaço em branco.

5.5) QUEIXAS

- Considerar como forma de preenchimento NDN, SP, SA, “sem queixas”.
- NÃO CONSIDERAR o traço e a palavra “normal”, como forma de preenchimento.

5.6) GASES ARTERIAIS

- Considerar traço, NA, caso não se adeque na unidade.

6.0) METABOLIZAR: Regulação Física

6.1) TEMPERATURA

- Tem que estar escrito o valor da temperatura.

6.2) LINFONODOS

- Seguir guia instrucional de preenchimento do HE (nov/1999).
- Considerar siglas NDN, SP, SA.
- NÃO CONSIDERAR o traço, espaço em branco e a palavra “normal”.

6.3) HEMOGRAMA

- Considerar as expressões “aguardando resultado”, “aguardando coleta”, “não solicitado”, NDN;
- NÃO CONSIDERAR traço e espaço em branco.

7.0) METABOLIZAR: Nutrição

7.1) PESO

- Tem que estar preenchido com o valor do peso.

7.2) ALTURA

- Tem que estar preenchido com o valor da altura.

7.3) PESO IDEAL

- O preenchimento do peso ideal do paciente, será opcional.
- IMC:
- Considerar como forma de preenchimento o traço.
- NÃO CONSIDERAR quando tiver espaço em branco.

7.4) PADRÃO DE ALIMENTAÇÃO

- Seguir guia instrucional de preenchimento do HE (nov/1999).
- Tem que estar escrito no mínimo sobre o apetite, intolerância, restrição alimentar ou dieta alimentar.
- NÃO CONSIDERAR o traço e espaço em branco.

7.5) SONDAS/CATETERES

- Seguir guia instrucional de preenchimento do HE (nov/1999).
- Considerar como forma de preenchimento o traço, NA.
- NÃO CONSIDERAR o traço e espaço em branco.

7.6) NÁUSEAS/VÔMITOS

- Seguir guia instrucional de preenchimento do HE (nov/1999).
- Considerar como forma de preenchimento NDN, “nega”.
- NÃO CONSIDERAR o traço e espaço em branco.

7.7) BOCA E GARGANTA

- Seguir guia instrucional de preenchimento do HE (nov/1999);
- Descrever se o paciente usa prótese dentária, se está com a mesma no momento da internação ou se foi entregue para família.
- NÃO CONSIDERAR o traço e espaço em branco.

7.8) HÁBITO INTESTINAL

- Seguir guia instrucional de preenchimento do HE (nov/1999).
- NÃO CONSIDERAR o traço, espaço em branco, NDN, SP, SA e a palavra “normal”.

7.9) EXAME ABDOMINAL

- Seguir guia instrucional de preenchimento do HE (nov/1999).
- NÃO CONSIDERAR traço, NDN, SA, SP, espaço em branco e a palavra “normal”.

7.10) HÁBITO URINÁRIO

- Seguir guia instrucional de preenchimento do HE (nov/1999).
- NÃO CONSIDERAR o traço, espaço em branco, NDN, SP, SA e a palavra “normal”.

7.11) EXAME DE URINA

- Seguir guia instrucional de preenchimento do HE (nov/1999).
- Considerar o traço, NDN, SA, SP, “não coletado”, “aguarda coleta”, “não solicitado”.
- NÃO CONSIDERAR espaço em branco e a palavra “normal”.

8.0) EXPRESSAR

- Seguir guia instrucional de preenchimento do HE (nov/1999).
- Considerar o traço, NDN, SA e SP.
- NÃO CONSIDERAR espaço em branco e a palavra “normal”.

9.0) RELACIONAR: Papeis

9.1) FAMÍLIA

- Seguir guia instrucional de preenchimento do HE (nov/1999).
- NÃO CONSIDERAR o traço, NDN, SA, SP e a palavra “normal”.

9.2) TRABALHO

- Seguir guia instrucional de preenchimento do HE (nov/1999).
- NÃO CONSIDERAR o traço, NDN, SA, SP e a palavra “normal”.

9.3) SEXUAL

- Seguir guia instrucional de preenchimento do HE (nov/1999).
- NÃO CONSIDERAR o traço, NDN, SA, SP e a palavra “normal”.

10.0) VALORIZAR: Religião

- Seguir guia instrucional de preenchimento do HE (nov/1999).
- NÃO CONSIDERAR o traço, NDN, SA, SP e a palavra “normal”.

11.0) ESCOLHER (seleção de alternativas)

11.1) SOLUÇÃO DE PROBLEMAS

- Seguir guia instrucional de preenchimento do HE (nov/1999).
- NÃO CONSIDERAR o traço, NDN, SA, SP e a palavra “normal”.

11.2) REAÇÕES AO ESTRESSE

- Seguir guia instrucional de preenchimento do HE (nov/1999).
- NÃO CONSIDERAR o traço, NDN, SA, SP e a palavra “normal”.

12.0) MOVIMENTAR

12.1) ATIVIDADE

- Seguir guia instrucional de preenchimento do HE (nov/1999).
- NÃO CONSIDERAR o traço, NDN, SA, SP e a palavra “normal”.

12.2) SONO

- Seguir guia instrucional de preenchimento do HE (nov/1999).
- NÃO CONSIDERAR o traço, NDN, SA, SP e a palavra “normal”.

12.3) RECREAÇÃO

- Seguir guia instrucional de preenchimento do HE (nov/1999).
- NÃO CONSIDERAR o traço, NDN, SA, SP e a palavra “normal”.

12.4) AUTO-CUIDADO

- Seguir guia instrucional de preenchimento do HE (nov/1999).
- NÃO CONSIDERAR o traço, NDN, SA, SP e a palavra “normal”.

13.0) PERCEBER

13.1) AUTOCONCEITO

- Seguir guia instrucional de preenchimento do HE (nov/1999).
- NÃO CONSIDERAR o traço, NDN, SA, SP e a palavra “normal”.

13.2) PERCEPÇÃO SENSORIAL

- Seguir guia instrucional de preenchimento do HE (nov/1999).
- NÃO CONSIDERAR o traço, NDN, SA, SP e a palavra “normal”.

14.0) CONHECER

14.1) EDUCAÇÃO

- Seguir guia instrucional de preenchimento do HE (nov/1999).
- NÃO CONSIDERAR o traço, NDN, SP, SA .

14.2) DOENÇAS/HOSPITALIZAÇÃO E CIRURGIAS ANTERIORES

- Seguir guia instrucional de preenchimento do HE (nov/1999).
- NÃO CONSIDERAR o traço, NDN, SA, SP.

14.3) MEDICAÇÃO EM USO

- NÃO CONSIDERAR o traço, NDN, SA, SP.
- TEM QUE TER ESCRITO além das MEDICAÇÕES EM USO em casa, o CONHECIMENTO que o paciente tem ou não SOBRE OS MESMOS.

14.4) FATORES DE RISCO

- Seguir guia instrucional de preenchimento do HE (nov/1999).
- NÃO CONSIDERAR o traço, NDN, SP e SA.

14.5) ORIENTAÇÃO

- Seguir guia instrucional de preenchimento do HE (nov/1999).
- NÃO CONSIDERAR o traço, NDN, SP e SA.

15.0) SENTIR

15.1) CONFORTO

- Seguir guia instrucional de preenchimento do HE (nov/1999).
- NÃO CONSIDERAR o traço, NDN, SP, SA e a palavra “normal”.

15.2) INTEGRIDADE EMOCIONAL

- Seguir guia instrucional de preenchimento do HE (nov/1999);
- NÃO CONSIDERAR o traço, NDN, SP, SA e a palavra “normal”.

16.0) IDENTIFICAÇÃO

16.1) NOME COMPLETO (carimbo)

- Tem que ter o nome completo por extenso caso NÃO HAJA carimbo

16.2) ASSINATURA

- Tem que ter assinatura quando fizer uso do carimbo.
- Será considerado quando não houver assinatura, **SOMENTE** quando tiver o nome completo por extenso, pois nesse caso não haverá o carimbo.

16.3) Nº DO COREN/UF

- Tem que ter o número do COREN e a UNIDADE FEDERATIVA, independente de se usar o carimbo ou não.

16.4) DATA DA REALIZAÇÃO

- Data que foi realizado o HE ou à atualização do mesmo.

As questões **17.1 a 17.23**, que se referem a Análise qualitativa do preenchimento do HE, serão avaliadas com um **X** no espaço estipulado: **SIM** ou **NÃO**, conforme a avaliação do enfermeiro auditor.

- 17.1)** O HE foi realizado e/ou atualizado nas 24hs da admissão?
- 17.2)** O HE foi preenchido na unidade da admissão?
- 17.3)** O HE foi feito de acordo com o guia de orientação?
- 17.4)** Há alguma anotação indicando a realização do HE?
- 17.5)** Foram levantados o DE específicos na admissão?
- 17.6)** O preenchimento é legível?
- 17.7)** Os dados não preenchidos estão de acordo com a unidade de admissão?
- 17.8)** A PE de admissão condiz com o HE?
- 17.9)** Os dados de identificação coincidem com os do prontuário?
- 17.10)** O padrão Metabolizar: Circulação cerebral permite a avaliação do paciente?
- 17.11)** O padrão Metabolizar: Circulação cardíaca permite a avaliação do paciente?
- 17.12)** O padrão Metabolizar: integridade física permite a avaliação do paciente?
- 17.13)** O padrão Metabolizar: oxigenação permite a avaliação do paciente?
- 17.14)** O padrão Metabolizar: regulação física permite a avaliação do paciente?
- 17.15)** O padrão Metabolizar: nutrição permite a avaliação do paciente?
- 17.16)** O padrão Expressar permite a avaliação do paciente?
- 17.17)** O padrão Relacionar: papéis permite a avaliação do paciente?
- 17.18)** O padrão Valorizar: religião permite a avaliação do paciente?
- 17.19)** O padrão Escolher (seleção de alternativas) permite a avaliação do paciente?
- 17.20)** O padrão Movimentar permite a avaliação do paciente?
- 17.21)** O padrão Perceber permite a avaliação do paciente?
- 17.22)** O padrão Conhecer permite a avaliação do paciente?
- 17.23)** O padrão Sentir permite a avaliação do paciente?

LEGENDA

NDN: nada digno de nota

SA: sem alteração

SP: sem problemas

NA: não se adequa

3. ANEXO III - ENTREGAS DO GRUPO DE AUDITORIA

3.3 RELATÓRIO DO GRUPO DE AUDITORIA DE QUALIDADE EM ENFERMAGEM AO GESTOR

Título: Auditoria dos Registros de Enfermagem – Busca Ativa

Unidade:

Número de Prontuários:

Período da Realização:

Tabela 1 – Auditoria do Histórico de Enfermagem

Itens de Verificação	Crítérios de Avaliação	Completo (Sim) (%)	Incompleto (Não) (%)	Campo Não Preenchido (%)	Não se Aplica (NA) (%)
1 – Identificação					
2 – Metabolizar: circulação cerebral					
3 – Metabolizar: circulação Cardíaca					
4 – Metabolizar: integridade física					
5 – Metabolizar: oxigenação					
6 – Metabolizar: regulação física					
7 – Metabolizar: nutrição					
8 – Expressar					
9 – Relacionar					
10 – Valorizar					
11 – Escolher					
12 – Movimentar					
13 – Perceber					
14 – Conhecer					
15 – Sentir					
16 – Identificação Profissional					
17 – Análise qualitativa					

Observação:

Tabela 2 – Auditoria da Evolução, Prescrição e Anotação de Enfermagem

Itens de Verificação	Crítérios de Avaliação	Completo (Sim) (%)	Incompleto (Não) (%)	Campo Não Preenchido (%)	Não se Aplica (NA) (%)
1 – Identificação (n=)					
2 – Evolução de Enfermagem (n=)					
3 – Prescrição de Enfermagem (n=)					
4 – Alta Hospitalar (n=)					
5 – Anotação de Enfermagem (n=)					

Observações:

PARECER FINAL:

Enfº Auditor:

ENTREGAS DO GRUPO DE INDICADORES DE QUALIDADE E QUANTIDADE EM ENFERMAGEM

4.1.1 PLANILHA DE INDICADOR GERAL

INDICADORES DE QUALIDADE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM														
INDICADORES DA POLÍTICA	INDICADOR	META	Setor: Data:											
			JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
GERENCIAMENTO DE RECURSOS	1. Absenteísmo	2,5%												
	2. Taxa de ocupação	85%												
	3. Banco de Horas	30 h												
	4. Acidente de Trabalho	Monit												
ASSISTÊNCIAS	5. Índice de queda	0,7%												
	6. Índice ulcera de pressão	11%												
	7. Índice de perda de SNE	4,9%												
	8. Índice de perda de SNG	Monit.												
	9. Índice de extubação acidental	0,5%												
	10. Índice de perda de cateter semi-implantável	0,4%												
	11. Índice de flebite	1,2%												
	12. Índice de erros de medicação	Monit.												
PESQUISA	13. Produção Científica-publicação e/ou divulgação	1/ sem												
EDUCAÇÃO	14. Capacitação, atualização, reciclagens, treinamentos.	2h/homens/setor/ mês (85%)												
	15. Avaliação de Desempenho	80%												
SATISFAÇÃO DO CLIENTE	16. Índice de satisfação de Cliente	85%												

Setor: Divisão de Enfermagem

Profissionais envolvidos: Enfermeiros

Objetivo: Mensurar os Indicadores de Qualidade.

Materiais:

Impresso próprio e caneta.

Descrição da atividade:

- ✓ Conhecer o material sobre indicadores de qualidade, conceitos, finalidades, resultados esperados, metodologias de avaliação, e cálculo de metas;
- ✓ Orientar os funcionários sobre o padrão de qualidade desejado e seus respectivos indicadores;
- ✓ Preencher sistematicamente conforme diretrizes da Diretoria de Enfermagem e Educação Continuada, os impressos para coleta de dados;
- ✓ Apresentar os resultados das mensurações de indicadores até o dia 20 do mês subsequente a medida;
- ✓ As metas apontadas como monitoramento, terão definidas suas metas após acompanhamento mínimo de 3 meses;
- ✓ Para cada indicador que não tenha sua meta alcançada, identificar a causa, elaborar o plano de ação, prazos e responsáveis para resolução de problemas.

Resultados esperados:

Realizar 100% das mensurações de indicadores de enfermagem e a partir desta, identificar necessidades de treinamento e desenvolvimento para melhorias contínuas, facilitar o planejamento de atividades de enfermagem visando alcance e aprimoramentos relativo ao alcance de metas propostas pelo Serviço.

Ações em casos de não conformidades:

O avaliador deve comunicar à Diretoria de Enfermagem e Diretoria da Educação Continuada a não realização da mensuração em tempo hábil, justificando o motivo e estabelecendo novo prazo para realização.

ENTREGAS DO GRUPO DE INDICADORES

4.2.1 PLANILHA DE INDICADOR ASSISTENCIAL

Enfermeiros
Responsáveis:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

SETOR:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL
Nº de Pacientes internados																																0
Nº Ocorrências na Admin. Medic.																																0
Nº de queda no setor																																0
Nº de Pacientes Ulcera de Pressão																																0
Nº de Pacientes Acamados																																0
Nº de Pacientes. cateter central																																0
Nº de perda de cateter central																																0
Nº de Pacientes com cateter periférico																																0
Nº de Flebite																																0
Nº de Pacientes Intubados																																0
Nº de Extubação acidental																																0
Nº de Pacientes com Sonda nasoenteral																																0
Nº de perda de sonda Nasoenteral																																0

Anotar diariamente às 7h a quantidade de pacientes internados;

Setor: Divisão de Enfermagem

Profissionais envolvidos: Enfermeiros

Objetivo: Preencher as Planilhas de Indicadores Assistenciais.

Materiais:

Planilha impressa em papel A4 para preenchimento diário, arquivo disponibilizado pelo Grupo de Indicadores do IDPC aos chefes dos setores e a todos os membros deste grupo, caneta azul ou preta.

Descrição da atividade:

- ✓ Preencher a tabela do respectivo mês todos os dias as 07:00 hs com o número de pacientes recebidos no plantão;
- ✓ Somente será possível digitar no cruzamento das células referentes a data e indicadores, não será possível alterar as fórmulas e nem acrescentar linhas;
- ✓ Todas células deverão se preenchidas por números, nunca colocar letras, quando não existir valores, deverá ser colocado o numero 0 (zero) na respectiva célula;
- ✓ Ao final do mês, o enfermeiro deverá preencher a tabela no disquete e transferir os dados para a ficha de Indicadores de Qualidade da Divisão de Enfermagem;
- ✓ Todos enfermeiros da respectiva unidade deverão conhecer e manipular as planilhas dos indicadores e notificar quanto às ocorrências;
- ✓ O arquivo é do formato Excel, contendo uma planilha para cada mês e uma planilha anual, esta planilha anual não deverá ser manipulada, pois ela é automaticamente atualizada e preenchida no decorrer do preenchimento das planilhas mensais.

Resultados Esperados:

Planilha devidamente preenchida e encaminhada ao SEC.

Cuidados:

Em caso de dúvida no preenchimento das planilhas, deverá comunicar imediatamente o chefe ou representante do grupo de indicadores do setor para esclarecimento.

Ações em casos de não conformidades:

O preenchimento incorreto das planilhas acarreta em indicadores não fidedignos, podendo este setor ser auditado pela equipe de auditoria.

4. ANEXO IV- ENTREGAS DO GRUPO DE INDICADORES.
4.3 PLANO DE AÇÃO – IMPRESSO A

Setor:

Data:

PLANO DE AÇÃO CORRETIVA					
Problema	Causa	Plano de Ação	Prazo	Responsável	Resultados
Verificação de resultados					
Resultado final					

Chefia do Setor:

COREN:

Setor: Divisão de Enfermagem

Profissionais envolvidos: Enfermeiros

Objetivo: Mensurar de Indicadores de Qualidade.

Materiais:

Impresso próprio e caneta.

Descrição da atividade:

- ✓ O registro da ocorrência de extubação acidental será realizado pelo enfermeiro responsável pelo dia e período da perda (no momento da ocorrência) que deverá preencher o impresso de extubação acidental (impresso F);
- ✓ Após o preenchimento do impresso de notificação o enfermeiro deverá arquivá-lo em uma pasta própria na unidade e encaminhar junto com o relatório de indicadores, todo o dia 20 de cada mês;
- ✓ O enfermeiro deverá anotar a perda acidental na planilha de indicadores da unidade. O registro na planilha é feito diariamente;
- ✓ O valor do índice de extubação acidental será calculado automaticamente, na planilha “Anual- 2005”, que deverá ser visualizada clicando na ►I, no mesmo arquivo da planilha assistencial preenchida anteriormente.

Resultados Esperados:

Realizar 100% das mensurações de extubação acidental na instituição e a partir desta, identificar as causas e estabelecer plano de ação para prevenção da mesma. A meta estabelecida para este indicador é estabelecer medidas que previnam as perdas acidentais em 100%.

Cuidados:

Anotar diariamente na planilha de indicadores as ocorrências e o número de pacientes internados (registrado as 7:00 horas diariamente).

Ações em casos de não conformidades:

O enfermeiro-chefe deve comunicar à Diretoria de Enfermagem e Diretoria da Educação Continuada a não realização da mensuração em tempo hábil, justificando o motivo e estabelecendo novo prazo para realização.

Setor: Divisão de Enfermagem

Profissionais envolvidos: Enfermeiros

Objetivo: Mensurar as intercorrências na administração de medicação.

Materiais:

Impressos próprios, caneta e planilha do Excel.

Descrição da atividade:

- ✓ O registro da ocorrência de acidentes por erro de medicação será realizado pelo enfermeiro responsável pelo dia e período da intercorrência na administração de medicação (no momento da ocorrência) que deverá preencher o impresso próprio I;
- ✓ Após o preenchimento do impresso de notificação o enfermeiro deverá arquivá-lo em uma pasta própria na unidade e encaminhar junto com o relatório de indicadores, todo o dia 20 de cada mês;
- ✓ O enfermeiro deverá anotar a intercorrência na administração de medicação na planilha de indicadores da unidade. O registro da planilha é feito diariamente;
- ✓ O valor do índice de erro de medicação será calculado automaticamente, na planilha “Anual-2005”, que deverá ser visualizada clicando na ►I, no mesmo arquivo da planilha assistencial preenchida anteriormente.

Resultados Esperados:

Realizar 100% das mensurações das intercorrências na administração de medicação na Instituição e a partir desta, identificar as causas e estabelecer plano de ação para prevenção da mesma.

Cuidados:

Anotar diariamente na planilha de indicadores as ocorrências de erro de medicação (registrado às 7 horas diariamente).

Ações em casos de não conformidades:

O avaliador deve comunicar a Diretoria de enfermagem da Educação Continuada a não realização da mensuração em tempo hábil, justificando o motivo e estabelecer novo prazo para realização.

Setor: Divisão de Enfermagem

Profissionais envolvidos: Enfermeiros

Objetivo: Mensurar o índice de queda.

Materiais:

Impressos próprios, caneta, calculadora e planilha do Excel.

Descrição da atividade:

- ✓ O registro da ocorrência de acidentes por queda será realizado pelo enfermeiro responsável pelo dia e período da queda (no momento da ocorrência) que deverá preencher o impresso de notificação de queda (impresso C);
- ✓ Após o preenchimento do impresso de notificação o enfermeiro deverá arquivá-lo em uma pasta própria na unidade e encaminhar junto com o relatório de indicadores, todo o dia 20 de cada mês;
- ✓ O enfermeiro deverá anotar o acidente por queda na planilha de indicadores assistenciais da unidade. O registro na planilha é feito diariamente;
- ✓ A mensuração será feita mensalmente utilizando a fórmula para cálculo do índice de acidentes por queda, ou seja, somar todas as quedas do mês anotadas na planilha de indicadores e dividir pelo número de pacientes internados no mês (esse dado também está na planilha de indicadores).

Resultados Esperados:

Realizar 100% das mensurações de queda na instituição. A meta para este indicador é estabelecer medidas que previnam os acidentes por queda em 100%.

Cuidados:

Anotar diariamente na planilha de indicadores as ocorrências e o número de pacientes internados (registrado às 7:00 horas diariamente).

Ações em casos de não conformidades:

O enfermeiro-chefe deve comunicar à Diretoria de Enfermagem e Diretoria da Educação Continuada a não realização da mensuração em tempo hábil, justificando o motivo e estabelecendo novo prazo para realização.

Setor: Divisão de Enfermagem

Profissionais envolvidos: Enfermeiros

Objetivo: Mensurar do índice de perda accidental de sonda enteral.

Materiais: impressos próprios, caneta e planilha do Excel.

Descrição da atividade:

- ✓ Registro da ocorrência de perda accidental de sonda enteral será realizado pelo enfermeiro responsável pelo dia e período da perda (no momento da ocorrência) que deverá preencher o impresso de perda accidental de sonda enteral (impresso E);
- ✓ Após o preenchimento do impresso de notificação o enfermeiro deverá arquivá-lo em uma pasta própria na unidade e encaminhar junto com o relatório de indicadores, todo o dia 20 de cada mês;
- ✓ Enfermeiro deverá anotar a perda accidental na planilha de indicadores assistenciais da unidade. O registro na planilha é feito diariamente;

O valor do índice de perda de sonda enteral será calculado automaticamente, na planilha “Anual-2005”, que deverá ser visualizada clicando na ►I, no mesmo arquivo da planilha assistencial preenchida anteriormente.

Resultados Esperados:

Realizar 100% das mensurações de perda de sonda enteral na instituição e a partir do preenchimento correto das planilhas, afim de, identificar as causas e estabelecer plano de ação para prevenção da mesma. A meta estabelecida para este indicador é estabelecer medidas que previnam as perdas accidentais em 100%.

Cuidados:

Anotar diariamente na planilha de indicadores as ocorrências e o número de pacientes internados (registrado as 7:00 horas diariamente).

Ações em casos de não conformidades:

O enfermeiro-chefe deve comunicar à Diretoria de Enfermagem e Diretoria da Educação Continuada a não realização da mensuração em tempo hábil, justificando o motivo e estabelecendo novo prazo para realização.

Setor: Divisão de Enfermagem

Profissionais envolvidos: Enfermeiros

Objetivo: Mensurar o índice de perda de cateter semi-implantável.

Materiais:

Impressos próprios, caneta e planilha do Excel.

Descrição da atividade:

- ✓ Registro da ocorrência de perda acidental do cateter semi-implantável será realizado pelo enfermeiro responsável pelo dia e período da perda (no momento da ocorrência) que deverá preencher o impresso de perda acidental do cateter semi-implantável (impresso G);
- ✓ Após o preenchimento do impresso de notificação o enfermeiro deverá arquivá-lo em uma pasta própria na unidade e encaminhar junto com o relatório de indicadores, todo o dia 20 de cada mês;
- ✓ O enfermeiro deverá anotar a perda acidental na planilha de indicadores assistenciais da unidade. O registro na planilha é feito diariamente;
- ✓ O valor do índice de perda do cateter semi-implantável será calculado automaticamente, na planilha "Anual- 2005", que deverá ser visualizada clicando na ►I, no mesmo arquivo da planilha assistencial preenchida anteriormente.

Resultados Esperados:

Realizar 100% das mensurações de perda de cateter na instituição e a partir desta, identificar as causas e estabelecer plano de ação para prevenção da mesma. A meta estabelecida para este indicador é estabelecer medidas que previnam as perdas acidentais em 100%.

Cuidados:

Anotar diariamente na planilha de indicadores as ocorrências e o número de pacientes internados (registrado as 7:00 horas diariamente).

Ações em casos de não conformidades:

O enfermeiro-chefe deve comunicar à Diretoria de Enfermagem e Diretoria da Educação Continuada a não realização da mensuração em tempo hábil, justificando o motivo e estabelecendo novo prazo.

Setor: Divisão de Enfermagem

Profissionais envolvidos: Enfermeiros

Objetivo: Mensurar do índice de úlcera de pressão.

MATERIAIS:

Impressos próprios, caneta, calculadora e planilha do Excel.

Descrição da atividade:

- ✓ O registro da ocorrência da úlcera será realizado pelo enfermeiro responsável pelo dia e período da ocorrência, que deverá preencher o impresso de notificação de feridas (D);
- ✓ Após o preenchimento do impresso de notificação o enfermeiro deverá arquivá-lo em uma pasta própria na unidade e encaminhar junto com o relatório de indicadores, todo o dia 20 de cada mês;
- ✓ O enfermeiro deverá anotar a ocorrência na planilha de indicadores assistenciais da unidade. O registro na planilha é feito diariamente;
- ✓ O valor do índice de úlcera por pressão será calculado automaticamente, na planilha “Anual-2005”, que deverá ser visualizada clicando na ►I, no mesmo arquivo da planilha assistencial preenchida anteriormente.
- ✓ Computar somente as úlceras por pressão que iniciaram em suas unidades para efeito do cálculo de indicador, porém a notificação ao grupo de feridas deve ser feita em todos os casos;
- ✓ Encaminhar todas as notificações até o dia 20 de cada mês, juntamente com os indicadores.

Resultados Esperados:

Realizar 100% das mensurações de ocorrências de úlcera por pressão na instituição e a partir desta, identificar as causas e estabelecer plano de ação para prevenção da mesma. A meta estabelecida para este indicador é estabelecer medidas que previnam as lesões em 100%.

Cuidados:

Anotar diariamente na planilha de indicadores as ocorrências e o número de pacientes internados (registrado as 7:00 horas diariamente). 2- Úlceras que iniciaram em outro setor não entrarão no senso da nova unidade. 3- Enquanto o paciente estiver com a úlcera por pressão esta deverá ser computada diariamente e entrará como acamado diariamente.

Ações em casos de não conformidades:

O enfermeiro-chefe deve comunicar à Diretoria de Enfermagem e Diretoria da Educação Continuada a não realização da mensuração em tempo hábil, justificando o motivo e estabelecendo novo prazo para realização.

Setor: Divisão de Enfermagem

Profissionais envolvidos: Enfermeiros

Objetivo: Mensurar do índice de flebite.

Materiais:

Impressos próprios, caneta e planilha do Excel.

Descrição da atividade:

- ✓ O registro da ocorrência de flebite será realizado pelo enfermeiro responsável pelo dia e período da ocorrência, que deverá preencher o impresso de risco de flebite (impresso H);
- ✓ Após o preenchimento do impresso de notificação o enfermeiro deverá arquivá-lo em uma pasta própria na unidade e encaminhar junto com o relatório de indicadores, todo o dia 20 de cada mês;
- ✓ O enfermeiro deverá anotar a perda acidental na planilha de indicadores da unidade. O registro na planilha é feito diariamente;
- ✓ O valor do índice de flebite será calculado automaticamente, na planilha “Anual- 2005”, que deverá ser visualizada clicando na ►I, no mesmo arquivo da planilha assistencial preenchida anteriormente.

Computar somente as flebites que iniciaram em suas unidades para efeito do cálculo de indicador, porém a notificação a CCIH deve ser feita em todos os casos.

Resultados Esperados:

Realizar 100% das mensurações de ocorrências de flebite na instituição e a partir desta, identificar as causas e estabelecer plano de ação para prevenção da mesma.

Cuidados:

Anotar diariamente na planilha de indicadores as ocorrências e o número de pacientes internados (registrado as 7:00 horas diariamente).

Ações em casos de não conformidades:

O enfermeiro-chefe deve comunicar à Diretoria de Enfermagem e Diretoria da Educação Continuada a não realização da mensuração em tempo hábil, justificando o motivo e estabelecendo novo prazo para realização.

**ENTREGAS DO GRUPO DE INDICADORES DE QUALIDADE
E QUANTIDADE EM ENFERMAGEM**

4.11 FICHAS DE NOTIFICAÇÕES

PLANO DE AÇÃO CORRETIVA

Setor:

Data:

PLANO DE AÇÃO CORRETIVA					
Problema	Causa	Plano de Ação	Prazo	Responsável	Resultados
-					
Verificação de resultados					
Resultado final					

Chefia do Setor:

COREN:

NOTIFICAÇÃO DE EXTUBAÇÃO ACIDENTAL.

NOME: _____ IDADE: _____ RG: _____
SETOR _____ DATA: _____

Condições clínicas do paciente, assinalar um ou mais itens:

- ☐ agitação
- ☐ confusão
- ☐ distúrbios neurológicos
- ☐ em uso de sedativos ou pós sedação
- ☐ fixação da cânula inadequada, material utilizado: _____
- ☐ pressão inadequada do cuff da cânula
- ☐ uso incorreto do suporte para extensões e circuitos ventilatórios
- ☐ com restrição no leito
- ☐ acotovelamento da cânula

Da extubação acidental:

- ☐ sacado pelo paciente
- ☐ sacado durante manuseio no paciente pela equipe de enfermagem:
- ☐ no banho no leito ☐ higiene íntima ☐ mudança de decúbito
- ☐ transporte / transferência

Extubação acidental ocorrida em ____/____/____ às _____h.

Detectado por: _____

Condições do paciente pós saque:

- ☐ não houve trauma
- ☐ com trauma. Especificar local e aspecto: _____
- ☐ insuficiência respiratória
- ☐ outros _____

Conduta pós perda (Intervenções imediatas realizadas):

- ☐ Avaliação clínica médica.
- ☐ Procedimento de _____
- ☐ Solicitação de Exame de _____
- ☐ outras _____

Funcionário responsável pelo paciente (nome e coren) _____

Enfermeira de plantão (nome e coren) _____

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA
Divisão de Enfermagem - Serviço de Educação Continuada

NOTIFICAÇÃO DE INTERCORRENCIA COM MEDICAÇÃO

NOTIFICAÇÃO DE QUEDA

NOME: _____ IDADE: _____ RG: _____
SETOR _____ DATA: _____

Condições clínicas do paciente, assinalar um ou mais itens:

- ☐ agitação
- ☐ confusão
- ☐ déficit sensitivo
- ☐ distúrbios neurológicos
- ☐ em uso de sedativos ou pós sedação
- ☐ com dificuldades de marcha

Da queda

Local da queda:

Da cama ☐ grade elevada ☐ grade abaixada ☐ sem grade ☐

Da cadeira ☐

Da própria altura ☐ ☐ síncope

Com acompanhante ☐ sem acompanhante ☐

Queda ocorrida em ____/____/____ às ____h.

Detectado por: _____

Condições do paciente pós queda

- ☐ Não se machucou
- ☐ Com equimose
- ☐ Com hematoma
- ☐ Com escoriações
- ☐ Com traumatismos
- ☐ outros _____

Conduta pós queda (Intervenções imediatas realizadas):

- ☐ Avaliação clínica médica.
- ☐ Procedimento de _____
- ☐ Solicitação de Exame de _____
- ☐ outras _____

Funcionário responsável pelo paciente (nome e coren) _____

Enfermeira de plantão (nome e coren) _____

NOTIFICAÇÃO DE PERDA ACIDENTAL DE SONDA GASTRO-ENTERAL.

NOME: _____ IDADE: _____ RG: _____
SETOR _____ DATA: _____

Condições clínicas do paciente, assinalar um ou mais itens:

- ☐ agitação
- ☐ confusão
- ☐ déficit sensitivo
- ☐ em uso de sedativos ou pós sedação
- ☐ fixação da sonda inadequada, material utilizado: _____
- ☐ obstrução
- ☐ náusea
- ☐ tosse

Sonda destinada para: alimentação e hidratação () drenagem ()

Da perda de sondas:

- ☐ sacado pelo paciente
- ☐ sacado durante manuseio no paciente pela equipe de enfermagem:
- ☐ no banho no leito ☐ higiene íntima ☐ mudança de decúbito
- ☐ administração de medicação ☐ transporte / transferência

Perda de sonda ocorrida em ____/____/____ às ____h.

Detectado por: _____

Condições do paciente pós saque:

- ☐ Não houve trauma
- ☐ Com trauma. Especificar local e aspecto: _____
- ☐ outros _____

Conduta pós saque (Intervenções imediatas realizadas):

- ☐ Avaliação clínica médica.
- ☐ Procedimento de _____
- ☐ Solicitação de Exame de _____
- ☐ outras _____

Funcionário responsável pelo paciente (nome e coren) _____

Enfermeira de plantão (nome e coren) _____

NOTIFICAÇÃO DE PERDA DO CATETER SEMI-IMPLANTÁVEL (Intracath).

NOME: _____ IDADE: _____ RG: _____
SETOR: _____ DATA: _____

Condições clínicas do paciente, assinalar um ou mais itens:

- ☐ agitação
- ☐ confusão
- ☐ distúrbios neurológicos
- ☐ em uso de sedativos ou pós sedação
- ☐ obstrução
- ☐ cateter dobrado
- ☐ fixação do cateter inadequado, material utilizado: _____

Da perda de do cateter semi-implantável:

- ☐ sacado pelo paciente
- ☐ sacado durante manuseio no paciente pela equipe de enfermagem:
- ☐ no banho no leito ☐ higiene íntima ☐ mudança de decúbito
- ☐ administração de medicação ☐ transporte / transferência

Perda do cateter semi-implantável ocorrida em ____/____/____ às ____h.

Detectado por: _____

Condições do paciente pós saque:

- ☐ Não houve trauma
- ☐ Com trauma. Especificar local e aspecto: _____
- ☐ outros _____

Conduta pós-saque (Intervenções imediatas realizadas):

- ☐ Avaliação clínica médica.
- ☐ Procedimento de _____
- ☐ Solicitação de Exame de _____
- ☐ outras _____

Funcionário responsável pelo paciente (nome e coren) _____

Enfermeira de plantão (nome e coren) _____

NOTIFICAÇÃO DE OCORRÊNCIA DE FLEBITE

NOME: _____ IDADE: _____ RG: _____
SETOR: _____ DATA: _____

Condições clínicas do paciente, assinalar um ou mais itens:

- ☐ agitação
- ☐ confusão
- ☐ distúrbios neurológicos
- ☐ fragilidade capilar
- ☐ terapêutica medicamentosa prolongada

Da ocorrência de flebite:

Local: _____ Artefato em uso: _____

Dias de punção: _____. Quem puncionou: _____

Material utilizado para fixação: _____

Produtos em infusão: ☐ droga vaso-ativa ☐ antibiótico ☐ antiarrítmico

☐ medicamento irritante: _____

☐ Antissepsia inadequada

☐ no manuseio pelo paciente

☐ durante manuseio no paciente pela equipe de enfermagem:

☐ no banho no leito ☐ higiene íntima ☐ mudança de decúbito

☐ administração de medicação ☐ transporte / transferência

☐ Outros: _____

Intervenções imediatas realizadas:

☐ Remoção do artefato

☐ Avaliação clínica

☐ outras _____

Funcionário responsável pelo paciente (nome e coren) _____

Enfermeira de plantão (nome e coren) _____

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA
Divisão de Enfermagem - Serviço de Educação Continuada

5. ANEXO V - ENTREGAS DA CATF

5.1 NOTIFICAÇÃO -FICHA DE AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS

Data: / /

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____ RG: _____

Unidade de Internação: _____ Leito: _____ Especialidade _____ Hora: _____

Antecedentes pessoais: _____

Diagnóstico Atual: _____

1. -Tipo de Registro: () somente notificação () pedido de avaliação pela comissão

1.1 - Indicar abaixo o motivo da solicitação da avaliação da ferida pelo grupo

- () Avaliação inicial () Avaliação sequencial () Avaliação de alta hospitalar
() Piora do aspecto da ferida () Melhora do aspecto da ferida () Mudança de conduta
() Dúvidas quanto a utilização dos produtos adequados () Resistência ao tratamento

2 - No momento da admissão do paciente na sua unidade a ferida já existia?

- () sim () não De onde: () outra unidade do IDPC _____ () UBS () ambulatório () outro hospital () no domicílio do paciente N° de feridas: _____

Local: _____

Conduas anteriores: _____

Quem realizava o curativo: _____

3. – Avaliação inicial (descrever: etiologia, localização, estadiamento, mensuração, características do leito, quantidade de exsudação, tipo de exsudação, odor, bordas e pele peri-lesional):

4. – Conduta atual

- () Gaze impregnada com petrolatum () Hidrogel () Hidrocolóide () Carvão e prata () Filme semipermeável () Alginato de cálcio () Papaína 2% () Papaína 6% () Gazes estéreis ()
outro _____

Obs: _____

Enfermeiro/Coren: _____

Nome:

Idade:

Sexo:

RG:

[illegible]

5. ANEXO V - ENTREGAS DA CATF
5.1 NOTIFICAÇÃO -FICHA DE AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____ RG: _____

Resultados esperados (NOC)

DATA																		
Granulação																		
Epitelização																		
Resolução da drenagem:																		
Melhora da borda:																		
Resolução da necrose																		
Resolução do odor																		
Resolução de distúrbios da pele peri-lesão																		
Resolução do tamanho da ferida: PxCxL																		
Conhecimento sobre:																		
Outro:																		

Escala: 1 – Nenhum 2 – Leve 3 – Moderado 4 – Substancial 5 – Completa

Protocolo de Avaliação e Tratamento de Feridas: abordagem holística para os enfermeiros de um instituto especializado em doenças cardiovasculares.

Carlos Odécio Zanquetta¹; Janaina Oliveira Silva²; Amanda Bezerra³; Nadja Van Geen; Poltronieri⁴; Neusa Eli Rodrigues Portela⁵

Introdução

A elaboração e implementação de protocolos assistenciais de enfermagem, tem sido considerado uma ferramenta prática e norteadora na tomada de decisão para a melhor conduta do enfermeiro e ao mesmo tempo propicia um linguagem universal entre os profissionais(1).

Atualmente, os protocolos de avaliação e tratamento de feridas tem sido difundidos na prática assistencial, devido o grande número de novas tecnologias e coberturas, que podem dificultar durante a escolha de uma cobertura.

Frente as essas inovações e algumas dificuldades observadas pela Comissão de Avaliação e Tratamento de Feridas do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (CATF – IDPC), como a falta de padronização de produtos e indicação inadequada de coberturas pelo profissionais que cuidavam das feridas, o grupo elaborou um protocolo de enfermagem assistencial, visando um cuidado especializado, integral e humanizado.

Objetivos

Garantir a continuidade de condutas e intervenções de enfermagem com competência e segurança.

Padronizar os procedimentos; e padronizar os materiais utilizados para tratamento de feridas.

Resultados

O protocolo consta em capítulos sobre como o enfermeiro deve avaliar uma ferida, coberturas padronizadas e abordagem multiprofissional no cuidado de feridas. Durante uma avaliação, o enfermeiro deve ter um enfoque holístico, investigando todos os aspectos bio-sócio-psico-espirituais antes de avaliar a ferida propriamente dita.

- Idade
- Condições sócio – econômicas
- Co – morbidades
- Condições psicológicas
- Condições nutricionais
- Uso de medicamentos
- Presença de infecção
- Microambiente do leito adequado para a cicatrização
- Leito: ✓ tecido viável e inviável
- Mensuração
- Exsudação
- Odor
- Bordas ou margens
- Pele peri-ferida
- Dor
- Etiologia e localização

O enfermeiro também deve estar apto para interagir com os outros profissionais, (médicos, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, etc), garantido a resolução de todas as necessidades que o cliente possa apresentar(5).

Conclusões

A prática assistencial do enfermeiro frente o tratamento de feridas pode apresentar variabilidade nas condutas, acarretando na linguagem não uniforme, dificultando assim a continuidade do tratamento.

A implantação de um protocolo de feridas poderá garantir um processo de trabalho mais integrado durante a tomada de decisão de como cuidar de um cliente portador de ferida.

Referências:

- (1) Kuregant, P. Administração em enfermagem. São Paulo, EPU; 1991:271p. (2) BRYANT, R.A. Acute and chronic wounds: nursing management. 2nd ed. Missouri, 2000. (3) JORGE, S.A. DANTAS, S.R.P.E. Abordagem multiprofissional no tratamento de feridas. São Paulo: Ed. Atheneu, 2003. (4) MANDELBAUM, S.H.; DI SANTIS, E.P.; MANDELBAUM, M.H.S. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares. *An bras Dermatologia*, 78(5): 525-42, set./out. 2003. (5) DONNELLY, J.; SHAW, J. Developing a multidisciplinary complex wound care service. *Br J. Nurs.* 2000 9(19): S50-S55.

Metodologia

Trata-se de um protocolo institucional baseado em evidências científicas e práticas já consagradas extraídas em bases de dados conceituados e bibliografia específica.

Foi considerado para a padronização dos produtos pelo menos um tipo de cobertura ou produto que atuasse em determinada característica do leito da ferida como por exemplo intensa exsudação com ou sem tecido viável, optou-se pelo alginato de cálcio (2-4). Assim, como resultado obteve-se:

Cobertura	Indicações	Efeitos
Carvão ativado + prata	Feridas infectadas, superficiais ou profundas com exsudação moderada a intensa.	Carvão – adsorção. Prata – bactericida.
Alginato de cálcio	Feridas com moderado a intenso exsudato. Adequado em espaço morto.	Absorção de exsudato. Manutenção do meio úmido. Desbridamento autolítico.
Gaze impregnada com petrolatum	Feridas superficiais com tecido de granulação e epitelização	Não-aderência no leito. Proteção do tecido viável recém-formado.
Hidrogel	Feridas com pouca exsudação. Necrose seca e úmida.	Manutenção do meio úmido pela hidratação do leito. Desbridamento autolítico.
Placa de hidrocolóide	Úlcera por pressão nos estágios I, II e III com exsudação até moderada. Feridas com ausente a mínima exsudação e com pouco tecido desvitalizado.	Proteção da lesão sob área de pressão. Cobertura fechada favorece meio úmido e temperatura ideal para cicatrização.
Curativo com gaze seca	Como curativo primário ou secundário.	Proteção da ferida, protegendo contra agentes externos. Manutenção da temperatura. Absorção de exsudato.

¹ Enfermeiro da Unidade de Hemodinâmica do IDPC; Especialista em Administração Hospitalar, Saúde Ocupacional, Saúde Pública, Geriatria e Gerontologia; Vice-diretor da Sociedade de Cardiologia do estado de São Paulo (SOCESP). Coordenador da Comissão de Avaliação e Tratamento de Feridas (CATF-IDPC), gestão ago-dez/2006.

² Enfermeira Aprimorada em Enfermagem Cardiovascular do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC). Membro da Comissão de Avaliação e Tratamento de Feridas (CATF).

³ Enfermeira Aprimorada em Enfermagem Cardiovascular do IDPC do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC). Membro da Comissão de Avaliação e Tratamento de Feridas (CATF).

⁴ Enfermeira do Ambulatório de Transplante Cardíaco; Especialista em Enfermagem Cardiovascular pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Cardiovascular (SOBENC); Especialização em: assistência cardiologia e pesquisa clínica.

⁵ Enfermeira do ambulatório da seção de hipertensão e nefrologia; Aprimorada em enfermagem cardiovascular pelo IDPC; Pós-graduação em Administração Hospitalar.

Implantação de um protocolo assistencial de úlcera por pressão e úlceras de perna

Coralice dos Santos V. Kantorowitz¹; Janaina Oliveira Silva²; Wanda Yoko Tanaka³; Ciania Pereira Ara⁴

Introdução

Atualmente, as úlceras por pressão tem sido consideradas indicadores de qualidade assistencial e sua prevalência nas Américas variam de 2,3 até 28% nas unidades de terapia intensiva(1). Movidos pela preocupação em diminuir esses números, os centros de saúde investem na prevenção do aparecimento dessas lesões e no cuidado especializado, propiciando assim a diminuição do custo da internação desses clientes.

O mesmo tem sido aplicado para o tratamento das úlceras de pernas, cujo principal foco é a viabilização de uma cicatrização rápida das úlceras de longa data e melhoria da qualidade de vida.

Considerando que um instituto de saúde especializado em doenças cardiovasculares atende clientes que realizam cirurgias cardíacas e vasculares, os quais permanecem por um período em unidades de terapia intensiva, e clientes vasculopatas apresentando úlceras crônicas de diversas etiologias, a Comissão de Avaliação e Tratamento de Feridas (CATF) identificou a necessidade de elaborar um protocolo específico para esses tipos de lesões.

Objetivo

Oferecer um cuidado especializado e uniforme pelo enfermeiro, favorecendo o processo de reparação tissular e qualidade de vida aos portadores de úlceras crônicas.

Metodologia

Trata-se de uma revisão de literatura em banco de dados como Medline, Lilacs, Bdenf e Dedalus e em bibliografias específicas sobre úlceras crônicas para a elaboração e implementação de um protocolo institucional.

Resultados

Úlceras de pernas

Os cuidados e orientações de enfermagem para as úlceras de perna consistem:

➤ Avaliação das características específicas das feridas (localização mais freqüente, tipo de margem, qualidade do tecido viável, exame físico dos membros)(4):

✓ Arterial, venosa, mista e neurotrófica

As condutas de Enfermagem, com ênfase no processo educativo dos clientes portadores de úlceras de pernas, variarão conforme a etiologia da ferida, oferecendo assim um instrumento específico para o tratamento dessas lesões.

E.R.N - 15/03/06 úlcera venosa (autorizado uso de imagem pela cliente conforme termo de consentimento aprovado pelo CEP)

E.R.N - 03/04/06 úlcera venosa (autorizado uso de imagem pela cliente conforme termo de consentimento aprovado pelo CEP)

Conclusão

Com a intenção de tornar a linguagem uniforme, prevenir complicações e favorecer o processo de reparação tissular das feridas crônicas, o protocolo assistencial de feridas servirá como um guia institucional para os enfermeiros que buscam resultados positivos durante o cuidado de clientes com úlceras de pernas, como diminuição do tempo de cicatrização ou até mesmo re-inserção do indivíduo nas atividades sociais que estava habituado.

Referências

(1) CUDDIGAN, J; BERLOWITZ, D.R.; AVELLO, E.A. Pressure ulcers in America: prevalence, incidence and implications for the future. Adv Skin & Wound Care 2001; jul/ago. Available from: URL: http://www.findarticles.com/p/articles/mi_ga3977/is_200107/ai_n8994836 (2) BRYANT, R.A. Acute and chronic wounds: nursing management. 2nd ed. Missouri, 2000 (3) CALÍRI, M.H.L. Úlceras de Pressão. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/projeto/ulcera12/11/2005>. (4) BRYANT, R.A. Acute and chronic wounds: nursing management. 2nd ed. Missouri, 2000.558p

1 Enfermeira da unidade de terapia intensiva do IDPC; Especialista em Enfermagem Cardiovascular pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Cardiovascular (SOBENC); Especialista em Unidade de Terapia Intensiva; Aprimorada em Enfermagem Cardiovascular pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC). Membro da Comissão de Avaliação e Tratamento de Feridas (CATF)

2 Enfermeira Aprimorada de Enfermagem Cardiovascular do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC). Membro da Comissão de Avaliação e Tratamento de Feridas (CATF).

3 Enfermeira do ambulatório do setor de curativos do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia; Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica e Terapia Intensiva.

4 Enfermeira da Unidade de Pediatria do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.

REQUISITOS PARA A IMPLANTAÇÃO UM AMBULATÓRIO DE CUIDADO A CLIENTES PORTADORES DE FERIDAS

Janaina Oliveira Silva¹

Rika M. Kobayashi²

Descritores: ambulatório hospitalar, cicatrização de feridas, enfermagem

Introdução

A implantação de um ambulatório de cuidado de feridas, centralizado e especializado, pode garantir aos seus usuários, uma assistência de qualidade, humanizada e preocupada em atender as necessidades dos clientes da instituição, otimizando o tratamento das feridas. A procura por serviços especializados no tratamento de feridas ainda é grande em todo o mundo. Aqui no Brasil apesar de existir escassez nos estudos epidemiológicos acredita-se que muitos casos ainda são subnotificados (1).

O serviço ambulatorial contempla todas as fases de atenção à saúde: primária, secundária e terciária e para sua implementação deverá atender alguns requisitos conforme proposto alguns autores como Gottrup(1), Gottrup *et al*(2) e Donnelly e Shaw(3):

- Necessidades da instituição e da população atendida
- Estrutura física regulamentada pela RDC nº50
- Previsão de recursos materiais e humanos
- Protocolos e manuais de assistência

Objetivo

Descrever a construção de um projeto de implantação de um ambulatório de cuidados a clientes portadores de feridas agudas ou crônicas em um Instituto especializado, de referência na área cardiovascular.

Resultados e discussão

✓ Diagnóstico situacional:

- Perfil epidemiológico do cliente portador de feridas.
- A assistência do cliente portador de feridas no Instituto
- Dificuldades: acompanhar inovações tecnológicas, desenvolver competência clínica, procedimento técnico, inexistência de protocolos assistenciais

✓ Comissão de Avaliação e Tratamento de Feridas

✓ Aspectos legais:

- Lei 8.080/90: universalidade, atenção integral e equidade
- Port. MS nº304/92: continuidade da assistência
- Port. nº1169/GM-2004, art.3º: serviços de alta complexidade
- RDC nº 50
- COFEN 013/2001: competências do enfermeiro

✓ Estrutura física:

- sala de consulta de enfermagem
- sala de curativos

Conclusões

A implementação de um serviço de saúde requer planejamento e organização do setor para e atender aos requisitos legais e a demanda atendida, conforme as necessidades da Instituição, assim a idealização e implementação de um serviço especializado em cuidado de feridas planejado previamente visa minimizar as dificuldades que presumidamente são encontradas em outros serviços.

Referências

- (1) Gottrup, F. A specialized wound-healing center concept: importance of a multidisciplinary department structure and surgical treatment facilities in treatment of chronic wounds. *Am J Surg.* 2004 May; 187(5A):38S-43S.
- (2) Gottrup, F *et al* A new concept of a multidisciplinary wound healing center and a national expert function of wound healing. *Arch Surg.* 2001 Jul;136(7):765-72.
- (3) Donnelly, J.; Shaw, J. Developing a multidisciplinary complex wound care service. *Br J Nurs.* 2000 9(19): S50-S5.

¹ Enfermeira. Aprimorada em Enfermagem Cardiovascular pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC). Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva e Coordenadora da Comissão de Avaliação e Terapêutica de Feridas do IDPC.

² Enfermeira. Pedagoga. Mestre e Doutoranda em Enfermagem pela EEUSP. Diretora Técnica do Serviço de Saúde – Educação Continuada do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.

- Fluxograma de atendimento
- Sistema de referência e contra-referência
- Objetivos e metas (assistencial, pesquisa e ensino) do serviço
- Medidas e Avaliação de resultados e sua divulgação

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência, sobre a construção de um projeto de implantação de um serviço ambulatorial de saúde fundamentado na literatura.

✓ Delineamento dos objetivos do ambulatório: assistência, ensino, pesquisa e gestão

✓ Recursos materiais: kits de curativos, bisturi, bacias, coberturas protocoladas, ataduras, luvas, soluções, aventais, etc.

✓ Competências dos recursos humanos e importância do enfermeiro

✓ Indicadores e metas

✓ Protocolos assistenciais

Elaborado por: Grupo de Educação	Data:	Visto:
Verificado por: Serv. Educ Continuada e Chefias de Enfermagem	Data:	Visto:
Aprovado por: Divisão de Enfermagem	Data:	Visto:

ÍNDICE:

Nº. Capítulo	Conteúdo do Capítulo	Revisão do Capítulo
1	Capa, Aprovação Geral dos Procedimentos	0
2	Internação	0
3	Lavagem das mãos	0
4	Preparo de Leito Hospitalar	0
5	Verificação de Sinais Vitais	0
6	Peso e Medida Antropométrica	0
7	Punção Venosa	0
8	Preparo e Administração de Medicamentos	0
9	Glicemia Capilar	0
10	Coleta de Sangue para Tipagem Sanguínea	0
11	Execução Técnica de Transfusão Sanguínea	0
12	Controle de Diurese	0
13	Controle de Ingesta Hídrica	0
14	Higiene Intima	0
15	Banho no Leito	0
16	Colocação de Dispositivo Masculino para Incontinência Urinária	0
17	Passagem de Sonda Vesical de Demora	0
18	Coleta de Urina em Adultos	0
19	Lavagem Intestinal	0
20	Ajuda ao Paciente Acamado nas Eliminações	0
21	Massagem de Conforto	0
22	Restrição de Movimentos	0
23	Aspiração de Secreção Traqueal	0
24	Higiene Ocular	0
25	Oximetria de Pulso	
26	Limpeza e Desinfecção de Comadres, Papagaios e Bacias	
27	Monitorização Cardíaca	
28	Paracentese	
29	Toracocentese	0
30	Troca e/ou Fixação do Cadoço da Traqueostomia	0
31	Auxílio na Passagem de Cateter Venoso Central	0
32	Alimentação do Paciente	0
33	Conferência do Carrinho de Parada Cardio - Respiratória	0

ENTREGAS DO GRUPO DE EDUCAÇÃO

6.2 CONTROLE SISTEMÁTICO DE TREINAMENTOS DOS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP'S)

SETOR:	CAPÍTULOS DOS POP'S															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
AUXILIAR DE ENFERMAGEM																
A	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	NC
B	C	C	C	C	C	C	C	NC	C	C	C	NC	C	C	C	NC
C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
D	NC	NC	NC	C	C	C	C	NC	C	C	C	C	C	C	C	C
ENFERMEIROS																
Escriturarios																

LEGENDA

C - CONFORMIDADE

NC - NÃO CONFORMIDADE

ENTREGAS DO GRUPO DE EDUCAÇÃO

6.3 AVALIAÇÃO DE IMPACTO DO TREINAMENTO

Ex: Procedimento - Sistematização da Assistência de Enfermagem em criança, pelo enfermeiro segundo o POP

Data	Executante	Setor	Descrição das atividades	checagem		Observação/ Conduta/ Reavaliação
___/___	Enf. ^a A	B	Entrevistar a criança, juntamente com o acompanhante, preenchendo o Histórico de Enfermagem e realizando o Exame Físico completando o histórico;	sim	não	
			Fazer o levantamento de problemas, desenvolvendo os diagnósticos de enfermagem que estão nos padrões mínimos de enfermagem, e se houver necessidade acrescentar outros. Tudo isto no momento de internação;			
			Evoluir diariamente os diagnósticos de enfermagem, com as seguintes siglas: P- presente; Ma – mantido; Pi – piora; Me - melhora e R – resolvido. E conforme as necessidades acrescentar ou diminuir diagnóstico e cuidados de enfermagem			
			Prescrever os cuidados de enfermagem a cada 24 horas, conforme a evolução da criança, e acrescentar durante o período se houver necessidade			
			Fazer evolução de alta da criança			

Setor: SEC

Profissionais envolvidos: Enfermeiros

Objetivo: Estabelecer, padronizar como deve ser a realização da Avaliação de desempenho.

MATERIAIS:

1. Materiais de escritório
2. Impressos próprios

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:

1. Identificar os funcionários de férias no mês subsequente para selecionar os que farão a avaliação de desempenho um mês antes da saída de férias.
2. Orientar o funcionário quanto o impresso da avaliação de desempenho.
3. Solicitar aos enfermeiros responsáveis as avaliações devidamente preenchidas
4. Analisar as avaliações, identificar necessidades de treinamentos.
5. Registrar dados no indicador de avaliação de desempenho.

CUIDADOS:

1. Acompanhar e verificar a continuidade do desenvolvimento dos funcionários avaliados, no cotidiano de trabalho, principalmente no que se refira aos critérios em que apresentou conceito D. Ao final do prazo, emitir um parecer sobre a evolução do funcionário.

RESULTADOS ESPERADOS:

1. Realizar 100% das avaliações de desempenho ao ano dos funcionários de enfermagem e a partir desta, identificar necessidades de treinamento e desenvolvimento, facilitar o planejamento de atividades de enfermagem visando melhorias relativas à produtividade, qualidade, satisfação dos clientes e resultados econômico-financeiros, melhorar a comunicação entre os níveis hierárquicos, obter comprometimento das pessoas em relação aos resultados, sistematizar o fornecimento de feedback.

AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE:

1. O avaliador deve comunicar à Chefia de Enfermagem e Diretoria da Educação Continuada a não realização da avaliação de desempenho, justificando o motivo e estabelecendo novo prazo para realização.

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO PARA ENFERMEIRO

() Anual: período _____ à _____ () Admissional: _____ dias. () Reavaliação Mensal ____/____/____

Orientações gerais para preenchimento

1. Leia o texto sobre a avaliação de desempenho previamente à realização deste processo.
2. Leia os critérios estabelecidos e preencha a avaliação considerando os objetivos de trabalho estipulados e o seu desenvolvimento para o alcance destes objetivos.
3. Atribua para cada critério um conceito, conforme o desenvolvimento de suas competências

CONCEITOS:

A - EXCELENTE: O profissional desenvolveu todas as competências plenamente

B - BOM: O profissional desenvolveu todas as competências

C - SATISFATÓRIO: O profissional desenvolveu basicamente as competências

D - INSATISFATÓRIO: O profissional não desenvolveu as competências

4 O avaliado preenche a auto-avaliação (AA) e após é feita a avaliação pelo AVALIADOR (AV).

5 O preenchimento do campo comentários é obrigatório para o AVALIADO e para o AVALIADOR.

6 A auto-avaliação somente deverá ser assinada no momento da avaliação oficial na presença do Avaliador.

Nome:..... Chapa:.....

Setor: Horário:..... Admissão/...../.....

	AA	AV	AA	AV	AA	AV	AA	AV
	A		B		C		D	
Responsabilidade – Grau de entendimento com o que o funcionário identifica e assume as conseqüências de seus atos (execução de técnicas e conduta).								

AA:.....

AV:.....

	AA	AV	AA	AV	AA	AV	AA	AV
	A		B		C		D	
Interesse e Iniciativa - Prontidão e capacidade para tomada de decisões e atitudes em relação às necessidades requeridas.								

AA:.....

AV:.....

	AA	AV	AA	AV	AA	AV	AA	AV
	A		B		C		D	
Respeito às Normas Institucionais - aceita e acata as normas Institucionais, transmitindo-as e cobrando-as da equipe								

AA:.....

AV:.....

.....

	AA	AV	AA	AV	AA	AV	AA	AV
	A		B		C		D	
Ética Profissional - Conduta e postura profissional frente às situações vivenciadas.								

AA:.....

.....

AV:.....

.....

	AA	AV	AA	AV	AA	AV	AA	AV
	A		B		C		D	
Sociabilidade – Grau de entrosamento com a equipe de trabalho, supervisor de Enfermagem e principalmente pacientes/clientes.								

AA:.....

.....

AV:.....

.....

	AA	AV	AA	AV	AA	AV	AA	AV
	A		B		C		D	
Apresentação Pessoal – Uniforme, sapatos de acordo com as normas, higiene, unhas, cabelos, jóias, material de bolso, barba, calçado, maquiagem.								

AA:.....

.....

AV:.....

.....

	AA	AV	AA	AV	AA	AV	AA	AV
	A		B		C		D	
Pontualidade - Exatidão no cumprimento dos deveres e compromissos, observações aos horários estabelecidos, cumprimento dos horários de entrada e saída.								

AA:.....

.....

AV:.....

.....

AA	AV	AA	AV	AA	AV	AA	AV
A		B		C		D	

Assiduidade – Qualidade de ser assíduo, isto é, frequência sem faltas. Cumprimento de carga horária determinada em escala

--	--	--	--	--	--	--	--

AA:.....

AV:.....

AA	AV	AA	AV	AA	AV	AA	AV
A		B		C		D	

Equilíbrio Emocional – Reações frente à situações inesperadas e adversas encontradas durante a execução de suas tarefas.

--	--	--	--	--	--	--	--

AA:.....

AV:.....

A	AV	AA	AV	AA	AV	AA	AV
A		B		C		D	

Compreensão – Capacidade de perceber, entender as diversas situações que se apresentam, bem como as orientações do Supervisor e Gerência de Enfermagem. Grau de percepção e assimilação do funcionário.

--	--	--	--	--	--	--	--

AA:.....

AV:.....

AA	AV	AA	AV	AA	AV	AA	AV
A		B		C		D	

Cooperação – Capacidade de ajudar a equipe de trabalho

--	--	--	--	--	--	--	--

AA:.....

AV:.....

AA	AV	AA	AV	AA	AV	AA	AV
A		B		C		D	

Organização – Desempenho quanto à ordem, seqüência, prioridades, providenciar preparo de material para as tarefas a serem executadas durante o período de trabalho (planejamento) bem como, capacidade de manutenção dos princípios de higiene e arrumação dos diversos ambientes da Instituição.

--	--	--	--	--	--	--	--

AA:.....

AV:.....

	AA	AV	AA	AV	AA	AV	AA	AV
	A		B		C		D	
Produtividade – Tempo utilizado para desenvolvimento das tarefas, racionalização do tempo e trabalhos a serem executados, desperdício de material.								

AA:.....

AV:.....

	AA	AV	AA	AV	AA	AV	AA	AV
	A		B		C		D	
Habilidade – Destreza manual e segurança na execução das técnicas, processos educacionais e produção científica								

AA:.....

AV:.....

	AA	AV	AA	AV	AA	AV	AA	AV
	A		B		C		D	
Liderança / Coordenação - capacidade de conduzir, comandar e orientar a equipe de enfermagem								

AA:.....

AV:.....

	AA	AV	AA	AV	AA	AV	AA	AV
	A		B		C		D	
Conhecimento Teórico - Conhecimentos mínimos para atuar na função e desenvolvimento da técnica que lhe for atribuída, adequação dos cuidados de Enfermagem a situação encontrada, registro de informações, recepção e passagem de plantão.								

AA:.....

AV:.....

	AA	AV	AA	AV	AA	AV	AA	AV
	A		B		C		D	
Gerenciamento de Custos - atenção com a checagem nas prescrições médicas e de enfermagem, pedido de materiais e medicamentos, anotação de enfermagem, contribuindo para evitar desperdícios								

AA:.....

AV:.....

	AA	AV	AA	AV	AA	AV	AA	AV
	A		B		C		D	
Planejamento da Assistência de Enfermagem - capacidade de desenvolver a SAE (Histórico, Evolução e Prescrição de Enfermagem) segundo as necessidades individuais de cada cliente								

AA:.....

AV:.....

	AA	AV	AA	AV	AA	AV	AA	AV
	A		B		C		D	
Comunicação Oral e Escrita – habilidade de se fazer entender escrita e verbalmente, é claro, objetivo, letra legível, sabe ouvir								

AA:.....

AV:.....

Data de realização da Avaliação: ____/____/____

Avaliado

Avaliador

Com ciência de: _____
Supervisão de Enfermagem

Educação Continuada

Observações:

ENTREGAS DO GRUPO DE EDUCAÇÃO

6.5 TREINAMENTO ADMISSIONAL

Nome: _____ COREN-SP _____

1. **Objetivo:** Capacitar os auxiliares de enfermagem a executarem suas atribuições, conforme o regimento e filosofia do Serviço de Enfermagem, visando a qualidade da assistência de enfermagem.

2. Programa de treinamento

Nº dias	Atividades	Observações	Ass. Func.	Ass. Sup.
1ª SEMANA	Visitar o hospital			
	Integração - CCIH, Almoxarifado, Farmácia, Nutrição, SAME, Humanização e Grupos de Estudo			
	Ser apresentado à equipe da unidade			
	Reconhecer a planta física do setor			
	Realizar leitura dos manuais da unidade			
	Conhecer e seguir as normas e rotinas do setor			
	Conhecer equipamentos / Materiais utilizados no setor			
	Ser orientado quanto às normas CCIH			
	Ser orientado quanto à elaboração de escala			
	Ser orientada quanto ao controle/ solicitação dos materiais/ equipamentos			
	Realizar anotações de enfermagem adequadamente			
	Checar prescrições médicas e de enfermagem			
	Preparar medicações corretamente, possuir conhecimento sobre farmacocinética e farmacodinâmica da principais drogas utilizadas no setor: (Vasotativas Antiarrítmicas Hipotensores Anticoagulantes Pró-coagulantes Betabloqueadores)			
	Conferir o carro de emergência e psicotrópicos (controle); Acompanhar a passagem de plantão			
	Realizar atividades relacionadas à organização do expurgo, posto de enfermagem, sala de equipamentos e materiais			
	Preparar o leito para admissão do paciente em POI;			
	Preparar o leito para admissão de paciente clínico			

	Manipular corretamente pacientes com drenos, cateteres, respirador mecânico			
	Reconhecer e atuar adequadamente em situações de emergências			
	Aprimorar postura profissional, aspectos éticos, filosofia da assistência de enfermagem na unidade.			
	Orientar quanto à utilização e preparo de equipamentos (Cardioscópio, Ventiladores mecânicos, Pressão Invasiva, Pressão Não-Invasiva, Oximetria de Pulso, Desfibriladores, Execução de ECG, bombas de infusão) e Glucômetro; Conhecer noções básicas de Ventilação Mecânica (invasiva / não-invasiva)			
2ª S E M A N A	Assumir cuidados integrais a um paciente clínico/estável e cumprir a SAE			
	Assumir cuidados integrais a dois (2) pacientes clínicos estáveis			
	Assumir cuidados integrais a um paciente entubado / traqueostomizado			
	Assumir cuidados integrais a dois (2) pacientes entubados / traqueostomizados			
	Assumir cuidados integrais a um paciente em POI e cumprir a SAE			
	Preparar leito para POI de cirurgia cardíaca e acompanhar recebimento / admissão			
	Preparar leito para POI de cirurgia cardíaca e assumir cuidados integrais			
	Trocar dispositivos: endovenosos e respiratórios			
	Realizar transferência interna de paciente crítico			
	Prestar assistência de enfermagem à pacientes pediátricos em pós-operatório de cirurgia cardíaca			
	PROCEDIMENTOS (Acompanhar desde o preparo do paciente e material até o término do procedimento e registros)			
	Intubação orotraqueal;			
	Passagem de cateter venoso central;			
	Passagem de sonda nasogástrica			
	Trocar fixação do tubo orotraqueal			
	Passagem de PAI			
	Realizar aspiração traqueal			

	Ressuscitação Cardio-respiratória			
	Passagem de cateter de Swan-Ganz;			
	Passagem de marca-passo temporário;			
	Passagem de Balão Intra-aórtico;			
	Cardioversão elétrica eletiva; Cardioversão química;			
	Processos dialíticos (Diálise Peritoneal e Hemodiálise);			
	Drenagem pleural;			
	Irrigação vesical;			
	Instalação de pressão venosa central;			
	Passagem de sonda nasointestinal;			
	Passagem de sonda vesical de demora;			
	Punção venosa periférica			
	Realizar controles especiais e balanço hídrico			
	Realizar curativos			
	Realizar balanço hídrico parcial e total			
	Dieta enteral e parenteral			
	Transfusão sanguínea			
	Drenos e cateteres			
	Preparar o corpo pós-morte;			
	Preparo pré-operatório;			
	OUTRAS ATIVIDADES			

Resultado: () prorrogar () efetivar () desligar

Assinatura do funcionário

Assinatura do avaliador

Assinatura do Supervisor

Assinatura do SEC

Setor: SEC

Profissionais envolvidos: Serviço de Educação Continuada e Enfermeiros.

Objetivo: Estabelecer, padronizar como deve ser o Agendamento e acompanhamento de visita(s) / estágio(s) voluntários.

MATERIAIS:

- ✓ Materiais de escritório
- ✓ Impressos próprios

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:

- ✓ Encaminhar carta de solicitação de visita / estágio (impresso SEC) ao SEC contendo objetivo, unidade de interesse, horário, dia, instituição e profissional solicitante, número de pessoas, identificadas com nº do R.G., do COREN ou outros documentos que poderão ser solicitados.
- ✓ Informar, caso estagiário seja estrangeiro, para providenciar inscrição provisória para enfermeiros estrangeiros junto ao COREN-SP, cópia autenticada do passaporte ou RG de origem dos países que integram o mercosul, diploma de enfermagem emitido pelo país de origem e traduzido por tradutor público juramentado, declaração emitida pela divisão de enfermagem do IDPC contendo período aceito para estágio e carga horária, comprovante do visto de permanência concedido e expedido pela Polícia Federal e finalmente, comprovante de residência na cidade de São Paulo.
- ✓ Informar sobre o valor do investimento (valor / hora/ pessoa) a ser pago para a instituição relativo ao estágio voluntário.
- ✓ Comunicar a enfermeira chefe da unidade sobre os dados da visita / estágio
- ✓ Responder à solicitação confirmando ou negando a concessão de estágio/ visita.
- ✓ Encaminhar estagiário ao COREN-SP para registro de atividades de estágio voluntário com carta em anexo.
- ✓ Encaminhar estagiário ao setor financeiro da instituição para o pagamento do estágio voluntário mediante carta de encaminhamento
- ✓ Orientar a data e o horário de apresentação do solicitante no 7º andar – Prédio Administrativo – SEC
- ✓ Receber, orientar e encaminhar / acompanhar a visita/estagiário ao setor requisitado.
- ✓ Solicitar avaliação da visita/estágio e emitir declaração se solicitada pelo cliente, ao término do período.
- ✓ Registrar dados no indicador de visita / estágio do SEC.

RESULTADOS ESPERADOS:

Satisfação de expectativas e alcance dos objetivos.

CUIDADOS

Será concedido estágio voluntário apenas a estudantes com comprovação de matrícula.

AÇÕES EM CASOS DE NÃO CONFORMIDADES

- ✓ Os atrasos e as ausências não comunicadas previamente, o não atendimento das normas, rotinas e procedimentos internos da Instituição e as interferências nas dinâmicas institucionais, implicarão em cancelamento da continuidade do processo.

Observações:

- ✓ Número máximo de visitantes nas unidades é variável comportando no máximo 10 pessoas.
- ✓ O tempo máximo de duração da visita é de 2 horas e ultrapassando este período será considerado estágio voluntário.

São Paulo, ____/____/____

À
Diretoria do Serviço de Educação Continuada
Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia

SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIO/ VISITA

Objetivo estágio/visita	
Setores de interesse	
Instituição de Origem	
Nº Visitantes	
Função	
Data Prevista	
Horário solicitado	

Obs.: - duração da visita: - no máximo 2 horas

- apresentar-se no 7º andar, prédio "Torre", para os devidos encaminhamentos, portando a carteirinha do COREN, comprovante de anuidade, outros documentos junto a instituição de ensino.

- solicitamos a avaliação ao final da visita (impresso no Serviço de Educação Continuada)

Nome, endereço, COREN (RG – quando for aluno):

Serviço onde trabalha(m):

Telefone (s) para contato:

E-mail:

Parecer do SEC: - Data: ____/____/____

Assinatura e COREN: _____

AVALIAÇÃO DE ESTÁGIO/ VISITA

Instituição: _____

Unidade(s) de estágio/ visita: _____

Horário(s): _____ Período(s): _____

Enfermeiras que orientaram o estágio/ visita: _____

Avaliação do Campo de Estágio/ Visita quanto ao:

Critérios	Ótimo	Bom	Regular	Ruim
Atendimento do Objetivo(s) do estágio/ visita(s)				
Supervisão de estágio/ visita				
Orientação em relação a dúvida ou dificuldade encontrada				
Oportunidade de aprendizado				
Receptividade e atenção da equipe de enfermagem				
Desenvolvimento e Crescimento Profissional				
Indicação de instituição e o setor como campo de estágio/ visita				
Satisfação cliente				

- Sugestões: _____

Nome, Assinatura e COREN (RG – quando for aluno):

São Paulo, ____/ ____/ ____.

Setor: SEC

Profissionais envolvidos: Serviço de Educação Continuada e Enfermeiros.

Objetivo: Estabelecer, padronizar como deve ser o Programa de treinamento de enfermagem.

MATERIAIS:

- ✓ Materiais de escritório
- ✓ Impressos próprios

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:

- ✓ Identificar junto aos enfermeiros e auxiliares de enfermagem, por meio de questionário, as necessidades de treinamento, atualização individual e setorial.
- ✓ Analisar as sugestões apontadas e definir temas.
- ✓ Incluir o aprimorando que estiver estagiando na disciplina de ensino, no planejamento, desenvolvimento e avaliação do treinamento.
- ✓ Orientar sobre o Kit treinamento contendo: Plano de aula - a aula propriamente dita, podendo ser utilizado qualquer tipo de estratégia de ensino e recurso áudio visual (RAV), Material teórico, contendo referencial bibliográfico, Avaliação escrita da reciclagem, Divulgação da mesma, Lista de presença
- ✓ Tabelas ou gráficos com os dados da avaliação do curso de reciclagem inseridos.
- ✓ Aprovar o Kit treinamento, no mínimo uma semana antes da aula, que deve estar de acordo com a proposta do programa.
- ✓ Elaborar um cronograma semestral e anual de treinamentos contendo datas, horários, local, carga horária, conteúdo programático e identificação do palestrante.
- ✓ Divulgar as enfermeiras chefes e solicitar que seja divulgada e estimulada a participação da equipe.
- ✓ Participar das aulas.
- ✓ Disponibilizar o material teórico de treinamento para reprodução, a partir da primeira semana de cada mês, no entanto os auxiliares somente terão acesso ao mesmo por meio da Enfermeira Chefe.
- ✓ Entregar os certificados do Programa de Treinamento aos auxiliares de enfermagem a cada 4 meses.

RESULTADOS ESPERADOS:

Treinar **2 horas/homem/mês** da equipe de enfermagem da instituição e **atingir a satisfação de 90% dos clientes treinados.**

EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Avaliação do Curso de Reciclagem

TEMA:

Data:

Carga horária:

CrITÉRIOS/Avaliação	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Observações
Tema abordado					
Conteúdo de Aula					
Didática do palestrante					
Recursos áudio visuais					
Satisfação da expectativa					
Sugestões					

Anexo III

Plano de Aula			
Tema		Dias	
Carga horária		Prof(a)	
(1) COMPETÊNCIA ESPECÍFICA			
(2) CONTEÚDOS			
(3) <i>ESTRATÉGIAS</i>			
(4) <i>PROCESSO DE AVALIAÇÃO</i>			
(5) <i>REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA</i>

6.8 NOTIFICAÇÃO DE TREINAMENTO

Data	Nº	Nome do colaborador	Vinculo	Divisão	Setor	Local	Nome do Curso	Curso externo				Horas
								Em horário de serviço?		Custeado pela instituição?		
								Sim	Não	Sim	Não	

Setor: Divisão de Enfermagem

Profissionais envolvidos: Enfermeiros

Objetivo: Mensurar do índice de capacitação.

Materiais:

Comprovante da participação nos treinamentos e planilha do Excel.

Descrição da atividade:

- ✓ Colocar na planilha o nº de funcionários presentes no setor. Automaticamente será dado o número total de horas de treinamento no mês;
- ✓ Deverá ser somada toda a hora de treinamentos interno e externo realizada pelos funcionários da unidade, totalizando duas horas/ homem;
- ✓ As horas de treinamento do setor por funcionário compreende a somatória do número de horas de treinamento do Serviço de Educação Continuada (fornecido pela educação continuada no dia 10 de cada mês) e os desenvolvidos setorialmente ;
- ✓ Preencha o ícone de HORAS DE TREINAMENTO e TOTAL DE FUNCIONÁRIOS CAPACITADOS (somente se o mesmo realizou no mínimo 2 horas) e automaticamente sairá o resultado do indicador;
- ✓ A interpretação da fórmula deverá ser o quanto o setor atingiu em % a meta proposta;
- ✓ A mensuração será feita mensalmente, e entregue ao grupo de indicadores todo dia 20 de cada mês.

Resultados Esperados:

Realizar 85% do treinamento dos colaboradores de enfermagem da unidade (duas horas/ homem).

Cuidados:

- ✓ Os funcionários de férias por 30 dias não entram como funcionário ativo, porém, o funcionário de férias por 15 dias é contado como uma hora de treinamento.
- ✓ Relacionado aos treinamentos internos, deverá ser somado os setoriais e os oferecidos pelo setor de educação continuada.

Ações em casos de não conformidade:

O enfermeiro chefe deve comunicar à Diretoria de Enfermagem e Diretoria da Educação Continuada a não realização da mensuração em tempo hábil, justificando o motivo e estabelecendo novo prazo para realização.