UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Lucelia Ferreira Lima Bastos

**AVALIAÇÃO DA REAÇÃO, APRENDIZAGEM
E IMPACTO DE TREINAMENTO EM UM HOSPITAL
DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

SÃO PAULO
2012

LUCELIA FERREIRA LIMA BASTOS

**AVALIAÇÃO DA REAÇÃO, APRENDIZAGEM
E IMPACTO DE TREINAMENTO EM UM HOSPITAL
DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

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

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde.

Orientadora:

Prof^ª. Dra. Maria Helena Trench Ciampone

**SÃO PAULO
2012**

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

ASSINATURA: _____ Data: ____ / ____ / _____

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

Bastos, Lucelia Ferreira Lima

Avaliação da reação, aprendizagem e impacto de
treinamento em um hospital do Município de São Paulo /
Lucelia Ferreira Lima Bastos. -- São Paulo, 2012.

142 p.

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

Área de concentração: Fundamentos e práticas de
gerenciamento em enfermagem e em saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Helena Trench Ciampone

1. Avaliação da educação 2. Educação em saúde
3. Treinamento de pessoal 4. Avaliação da aprendizagem
I. Título.

Nome: Lucelia Ferreira Lima Bastos

Título: Avaliação da reação, aprendizagem e impacto de treinamento em um hospital do Município de São Paulo.

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

Aprovada em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª: Maria Helena Trench Ciampone Instituição: Escola de Enfermagem da USP

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho

A Minha amada família,

A meus maravilhosos pais, Luís Carlos e Zélia, que abdicaram de um mundo de oportunidades, até mesmo de viverem ao meu lado para me proporcionarem uma melhor educação.

A minhas queridas irmãs Licélia e Kézia com quem pouco convivi nas mais importantes fases da vida, e mesmo assim optaram por seguir meus passos nesta profissão, acreditando que sou a melhor enfermeira do País! rs

As minhas adoráveis filhas, a forte e determinada Isabella e a doce e tímida Sophia, que mesmo com pouca idade souberam respeitar minha ausência de um tempo que era delas.

A meu amado esposo e amigo Gleydison, pelo apoio e incentivo nos momentos difíceis, assumindo minhas atividades do lar e por cuidar de mim em parte desta jornada.

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação é fruto de um caminho rico e árduo, que só foi possível graças ao apoio de muitos...

A Deus, pela oportunidade e privilégio de estar aqui escrevendo estas palavras, e por ter me amparado ao longo deste caminho...

À Profª Dra. Maria Helena Ciampone, cujo trabalho intelectual é respeitado e admirado por muitos, agradeço por ter me acolhido como orientanda, por ter acreditado em mim e pelos ensinamentos de vida que vão além deste estudo.

À Profª Vera Mira, por suas palavras de coragem e determinação e ainda, suas contribuições e conselhos preciosos.

Às professoras Marta e Daisy, pelo apoio e carinho com que me receberam no meu primeiro grupo, impulsionando-me para o salto da pesquisa.

A Ana Cristina Rossetti, um exemplo de liderança e determinação, por seu incentivo e apoio no início deste trabalho.

A Elivane, pelo carinho, paciência e a dedicação de horas para a análise estatística e trocas de ideias, dividindo comigo momentos de ansiedades e alegrias.

À Nadir e Kioko que, com um coração gigantesco, fizeram a revisão das referências com muito carinho.

A Evelyn, pelo capricho e competência.

Ao enfermeiro Leonel, pelo apoio e colaboração na fase de planejamento deste estudo.

Ao enfermeiro Clézio, por sua dedicação incondicional na coleta dos dados.

Às amigas e companheiras da pós, Késia, Eloá, Eliane, Patrícia, Melissa e Jaqueline... foi maravilhoso saber que eu poderia contar com vocês e por me passarem a certeza de que o caminho que trilhamos antes de mim seria alcançável.

A Sylvana e seu filhote Enzzo, pelo o carinho, preocupações e amizade.

Aos amigos Haviley e Maristela, por terem me incentivado e apoiado nesta trajetória.

As minhas amigas de uma vida inteira que mesmo distantes torcem muito pelo meu crescimento pessoal e profissional, Ana Lúcia, Eliane, Patrícia, Nilce, Eva, Alice, Fabiana, Vanessa, Janete, Rosângela (mais linda!), Lizzie, Dinéia, Dilene, Cássia e Lilian.

As minhas colegas do grupo de pesquisa, pelo o incentivo quando eu achava que tudo estava indo mal... e por toda disposição em compartilhar suas experiências.

Aos enfermeiros da terapia intensiva do campo de estudo que sempre torceram por mim, em especial a Márcia, Roseleine, Renata, Reginete, Adriana e Talita.

A todos os participantes deste estudo, que contribuíram para que a pesquisa se tornasse realidade.

Bastos, LFL. Avaliação da reação, aprendizagem e impacto de treinamento em um hospital do Município de São Paulo. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

RESUMO

A reorganização dos serviços de saúde necessita incluir, de modo prioritário, o desenvolvimento das pessoas e o acompanhamento destas para fortalecimento dos processos de trabalho. Nas duas últimas décadas, pesquisas sobre avaliação de treinamento vêm ganhando consistência significativa, apontando em seus resultados variáveis que influenciam diretamente na transferência e no impacto do treinamento, tanto para o indivíduo como à organização. Nas pesquisas sobre avaliação de treinamento na área da saúde, observam-se poucos avanços em âmbito nacional. Em muitas organizações de saúde, as estratégias de avaliação de treinamento estão focadas nos níveis de reação e aprendizagem e poucas exploram o impacto da relação entre as variáveis individuais, do ambiente e da organização. O presente estudo avaliou um dos treinamentos estratégicos em uma organização hospitalar no Município de São Paulo: O treinamento alvo do processo avaliativo foi Capacitação em Prevenção e Tratamento de Úlcera por Pressão-UP. Os objetivos da pesquisa foram: avaliar e relacionar variáveis dos níveis de reação, aprendizagem, impacto em amplitude, auto e heteroavaliação do impacto em profundidade e analisar a relação de suporte à transferência com impacto. O delineamento da pesquisa foi do tipo exploratório – correlacional. Os sujeitos foram 75 enfermeiros alocados nas unidades de maior incidência de UP, estes foram avaliados pela liderança imediata quanto ao alcance dos objetivos do treinamento. Os resultados mostraram que os treinandos apresentaram um alto índice de reação positiva em todas as dimensões, em que em uma escala de 0 a 10, a média observada foi de 8,7. O instrumento de avaliação da reação mostrou adequação à composição dos cinco domínios ($p=0,220$) e boa consistência interna ($\text{Alpha de Cronbach}>0,56$). Na avaliação da aprendizagem, houve diferença estatisticamente significativa entre os momentos pré e pós-treinamento ($p<0,001$), embora com médias consideradas baixas em ambos os momentos, no pré com 4,2 e no pós com 5,5. Constatou-se impacto positivo do treinamento, em uma escala de 0 a 10, o impacto médio do treinamento foi 7,5. A heteroavaliação do impacto em profundidade foi realizada pelos gestores e mostrou um resultado positivo, porém, menor que o da autoavaliação, com média 6,4. A estrutura do instrumento adaptado para avaliação do impacto em profundidade apresentou boa consistência interna ($\text{Alpha de Cronbach}>0,70$). Constatou-se associação positiva entre reação e impacto ($p<0,001$), relação fraca entre reação e aprendizagem e ausência de relação entre aprendizagem e impacto. Evidenciou-se forte relação entre suporte à transferência e impacto, sendo fatores situacionais de apoio, fortes preditores de impacto. Os resultados da pesquisa permitiram problematizar o processo e apontar trilhas no sentido de reconduzir a prática de ações instrucionais formais, retroalimentando o sistema de Treinamento, Desenvolvimento e Educação no cenário do estudo e em situações semelhantes que ocorrem nas organizações prestadoras de serviços de saúde. O diagnóstico foi útil e importante, contudo, deve gerar ações de intervenção na estrutura e no processo visando seu aperfeiçoamento.

Descritores: Avaliação da Educação. Educação em Saúde. Treinamento de Pessoal. Avaliação da Aprendizagem.

BASTOS, LFL. Assessment of reaction, learning and impact of training in a hospital of the city of São Paulo. [Dissertation]. School of Nursing, Universidade de São Paulo; 2012.

ABSTRACT

The reorganization of health services needs to include, as a priority, development and monitoring of personnel in order to strengthen the work process. In the last two decades, researches on training assessment have gained significant importance, showing in their results variables directly influencing on the transfer and on the impact of training for the individual performance and for the organization. Little progress was nationally observed regarding training evaluation in the health area. In many healthcare organizations, strategies to assess training have its focus on the levels of reaction and learning and few explore the impact of the relationship among individual, environmental and organizational variables. The present study evaluated one of the strategic trainings in a hospital organization in the city of São Paulo: the aim of the assessment process was Training in Prevention and Treatment of Pressure Ulcer-PU. The objectives of this research were to evaluate and correlate variables of reaction, learning, and impact on amplitude, self and hetero-evaluation on deep impact and to analyze the supportive relationship related to transfer with impact. This is an exploratory, correlational study. The subjects were 75 nurses allocated in the units with higher incidence of PU who were evaluated by the immediate direction regarding the scope of the training objectives. The results showed that the trainees had a high rate of positive reaction in all the applied dimensions, with a mean of 8.7 in a scale from 0 to 10. The reaction assessment tool showed to be satisfactory regarding the composition of the five domains ($p = 0.220$) and showed adequate internal consistency (Cronbach's $\alpha > 0.56$). Regarding learning assessment, a statistically significant difference between the pre and post-training ($p < 0.001$) was observed, although with low means in both instances, pre with 4.2 and post with 5.5. A positive impact related to training was observed with a mean of 7.5 in a scale from 0 to 10. The hetero-evaluation of deep impact was assessed by managers and showed a positive result, though lower than the result of the self-evaluation, mean of 6.4. The structure of the adapted tool to assess deep impact showed good internal consistency (Cronbach's $\alpha > 0.70$). It was observed a positive association between reaction and impact ($p < 0.001$), weak relationship between learning and reaction and lack of relationship between learning and impact. A strong relationship was evidenced between support for transfer and impact, being the supportive situational factors considered strong predictors of impact. The survey results allowed us to discuss the process and show directions to re-conduct practice of formal instructional activities, providing feedback of TD & E system in the environment of the study and in similar situations occurring in organizations which provide health services. The diagnosis was useful and important; however, it must generate intervention actions in the structure and process aiming improvement of the same.

Descriptors: Education Assessment. Health Education. Personnel training, Learning Evaluation.

BASTOS, LFL. Evaluación de reacción, aprendizaje y el impacto del entrenamiento en un hospital de São Paulo. [Tesis]. Escuela de Enfermería de la Universidade de São Paulo; 2012.

RESUMEN

La reorganización de los servicios de salud debe incluir, como prioridad, el desarrollo de las personas y el seguimiento de estas, para fortalecer los procesos de trabajo. En las dos últimas décadas, pesquisas sobre evaluación de entrenamiento han adquirido consistencia significativa, señalando en sus resultados variables que influyen directamente en la transferencia y en el impacto del entrenamiento, tanto para el individuo como para la organización. En pesquisas sobre evaluación del entrenamiento en el área de la salud, poco se ha avanzado con relación a la evaluación de la formación a nivel nacional. En muchas organizaciones de salud, las estrategias para evaluar la formación se centran en los niveles de reacción y aprendizaje y pocas exploran el impacto de la relación entre las variables individuales, del medio ambiente y de la organización. En este estudio se evaluó una estrategia de formación en una organización hospitalaria en São Paulo: el foco del entrenamiento del proceso de evaluación fue de Capacitación en Prevención y Tratamiento de Úlcera por Presión-UP. Los objetivos de la pesquisa fueron evaluar y relacionar los niveles de reacción, aprendizaje, impacto en amplitud, auto y heteroevaluación del impacto en profundidad y analizar la relación de soporte a la transferencia con impacto. El diseño de la pesquisa fue exploratorio - correlacional. Los sujetos fueron 75 enfermeros asignados en las unidades con mayor incidencia de UP, que fueron evaluados por la dirección inmediata sobre el alcance de los objetivos del entrenamiento. Los resultados mostraron que los participantes presentaron una alta tasa de reacción positiva en todas las dimensiones aplicadas, donde en una escala de 0 a 10 el promedio observado fue de 8,7. El instrumento de evaluación de la reacción se mostró adecuado a la composición de los cinco dominios ($p = 0,220$) con una buena consistencia interna (Alpha de Cronbach $> 0,56$). En la evaluación del aprendizaje hubo diferencia significativa entre el pre y post-entrenamiento ($p < 0,001$), aunque con medias consideradas bajas, en ambos los momentos, el antes con 4,2 y después con 5,5. Se encontró un impacto positivo de entrenamiento, siendo que en una escala de 0 a 10, el promedio del impacto de la capacitación fue de 7,5. La heteroevaluación del impacto en profundidad fue realizada con los administradores y mostró un resultado positivo, sin embargo, con resultado más bajo que en la autoevaluación, promedio de 6,4. La estructura del instrumento adaptado para la evaluación de impacto en profundidad mostró una buena consistencia interna (Alpha de Cronbach $> 0,70$). Se encontró una asociación positiva entre la reacción y el impacto ($p < 0,001$), una débil relación entre la reacción y el aprendizaje y falta de relación entre aprendizaje e impacto. Hubo una fuerte relación entre el apoyo a la transferencia y el impacto siendo factores situacionales de apoyo, fuertes predictores de impacto. Los resultados de la pesquisa nos permitieron discutir el proceso y mostrar los caminos en la dirección de reconducir la práctica de las acciones educativas formales, retroalimentando el sistema TD&E en el escenario del estudio y en situaciones similares que se dan en las organizaciones que prestan servicios de salud. El diagnóstico fue útil e importante, sin embargo, debe generar acciones de intervención en la estructura y en el proceso visando el perfeccionamiento del mismo.

Descriptor: Evaluación de la Educación. Educación el Salud. Entrenamiento de Personal. Evaluación del Aprendizaje.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Níveis de avaliação de processos educativos formais	40
Figura 1 – Sistema de TD&E	42
Quadro 2 – Planejamento do treinamento de capacitação para prevenção e tratamento de UP do HMMD. 2011	60
Figura 2 – Distribuição do público alvo do curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP por unidade de trabalho do HMMD. São Paulo – 2011	69
Figura 3 – Participação das unidades alvo no curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP por unidade de trabalho do HMMD. São Paulo – 2011	70
Figura 4 – Representação individual das alterações nas notas de cada participante nos momentos pré e pós do Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011	76
Figura 5 – Representação média das notas dos sujeitos nos momentos pré e pós do Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011	77
Figura 6 – Gráfico Scree-plot referente aos dados de reação ao Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011	86
Figura 7 – Curvas Características dos itens do instrumento de avaliação da aprendizagem do Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP. São Paulo, 2011	88
Figura 8 – Gráfico Scree-plot referente aos dados de impacto em profundidade no Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP. São Paulo, 2011	89
Figura 9 – Auto e Heteroavaliação do impacto em profundidade do Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011	95
Figura 10 – Avaliação da concordância entre Auto e Heteroavaliação do Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011	96
Figura 11 – Incidência de UP das unidades de terapia intensiva, pronto socorro e clínica médico cirúrgica do HMMD. São Paulo, 2011	99

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Descrição das questões do instrumento de avaliação de reação dos treinandos em relação ao Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo – 2011	72
Tabela 2	– Distribuição das respostas corretas e incorretas nos momentos pré e pós do Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011.....	73
Tabela 3	– Descrição das alterações nas respostas corretas e incorretas de cada sujeito nos momentos pré e pós do Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011	75
Tabela 4	– Medidas resumo do impacto relativo ao Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011	78
Tabela 5	– Distribuição das respostas obtidas do instrumento Impacto em profundidade aplicado no Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011	79
Tabela 6	– Distribuição das respostas obtidas do instrumento Impacto do treinamento no trabalho aplicado no Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011	80
Tabela 7	– Distribuição das respostas obtidas na seção 4 - Fatores Situacionais de Apoio aplicado no Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011	81
Tabela 8	– Distribuição das respostas obtidas na seção 5 - Suporte material aplicado no Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011.....	82
Tabela 9	– Distribuição das respostas obtidas na seção 6 - Consequências associadas ao uso das novas habilidades aplicado no Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011	83
Tabela 10	– Distribuição das respostas obtidas na heteroavaliação do Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011	84
Tabela 11	– Resultados da análise fatorial exploratória do instrumento de reação ao Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011.....	85

Tabela 12 – Estrutura e confiabilidade do instrumento de avaliação de reação aplicado no Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011.....	87
Tabela 13 – Resultados da análise fatorial exploratória do instrumento de impacto em profundidade do Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011	89
Tabela 14 – Estrutura e confiabilidade do instrumento de avaliação de impacto em profundidade aplicado no Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011	90
Tabela 15 – Avaliação da consistência interna do instrumento do Impacto em amplitude e de suporte à transferência aplicado no Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011	91
Tabela 16 – Associação entre características demográficas, funcionais e impacto com reação ao Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011.....	92
Tabela 17 – Associação entre características demográficas e funcionais, níveis de reação e impacto com a alteração de conhecimento após o Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011.....	93
Tabela 18 – Características demográficas e funcionais associadas ao impacto do Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011.....	94
Tabela 19 – Relação das variáveis de suporte à transferência com impacto do Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011	95
Tabela 20 – Relação entre as questões 7 e 8 do instrumento de heteroavaliação do Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011.....	97
Tabela 21 – Frequências à questão “Acompanha o indicador de UP da unidade e sugere melhorias” do instrumento Impacto em profundidade do curso do Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011.....	98

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

CHA	Conhecimentos, Habilidades e Atitudes
EC	Educação Continuada
EP	Educação Permanente
ES	Educação em Serviço
PNEPS	Política Nacional de Educação em Saúde
ANA	American Nursing Association
T&D	Treinamento e Desenvolvimento
TD&E	Treinamento, Desenvolvimento e Educação
UP	Úlcera por Pressão
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
IMPACT	Modelo Integrado de Avaliação do Impacto do Treinamento no trabalho
MAIS	Método de Avaliação Integrado e Somativo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
CMC	Clínica Médico Cirúrgica
PSA	Pronto Socorro
Prohdom	Programa de Internação domiciliar
ETSUS	Escolas Técnicas do SUS
SUS	Sistema Único de Saúde
CEJAM	Centro de Estudos João Amorim
HMMD	Hospital Municipal Moysés Deutsch
OSS	Organização Social de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DO PROCESSO DE ENSINO APRENDIZAGEM NAS DISTINTAS CORRENTES PEDAGÓGICAS	17
3 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL: AS BASES DA NOVA PEDAGOGIA NO TRABALHO	26
4 TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	31
5 TREINAMENTO E AVALIAÇÃO DE TREINAMENTO: CONCEITOS E RELEVÂNCIA.....	36
6 JUSTIFICATIVA DE RELEVÂNCIA DO TREINAMENTO ESCOLHIDO PARA AVALIAÇÃO	47
7 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	50
8 OBJETIVOS	53
8.1 GERAL	54
8.2 ESPECÍFICOS	54
9 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	55
9.1 TIPO DE PESQUISA	56
9.2 LOCAL DE ESTUDO	57
9.3 CASUÍSTICA.....	58
9.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	59
9.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	59
9.6 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	59
9.6.1 Planejamento.....	59
9.6.2 Operacionalização da coleta.....	61
9.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	64
9.8 VARIÁVEIS	64
9.9 PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS	65
10 RESULTADOS	68
10.1 DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	69
10.2 AVALIAÇÃO DA REAÇÃO	71
10.3 AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM	73
10.4 AVALIAÇÃO DO IMPACTO E SUPORTE À TRANSFERÊNCIA	77

10.5 AVALIAÇÃO DO IMPACTO EM PROFUNDIDADE - HETEROAVALIAÇÃO	83
10.6 AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA E CONSISTÊNCIA INTERNA DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA REAÇÃO.....	85
10.7 AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO DE APRENDIZAGEM	88
10.8 AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA E CONSISTÊNCIA INTERNA DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE IMPACTO EM PROFUNDIDADE	89
10.9 AVALIAÇÃO DA CONSISTÊNCIA INTERNA DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE IMPACTO EM LARGURA E SUPORTE À TRANSFERÊNCIA	91
10.10 FATORES ASSOCIADOS À REAÇÃO	91
10.11 FATORES ASSOCIADOS À APRENDIZAGEM.....	92
10.12 FATORES ASSOCIADOS AO IMPACTO	93
10.13 RELAÇÃO DE SUPORTE À TRANSFERÊNCIA COM IMPACTO	94
10.14 AVALIAÇÃO DA CONCORDÂNCIA DO IMPACTO EM PROFUNDIDADE ENTRE A AUTO E HETEROAVALIAÇÃO	95
10.15 RELAÇÃO ENTRE A PROMOÇÃO DE AÇÕES PARA AUMENTAR A ADESÃO DOS FUNCIONÁRIOS E SUPERVISÃO DA PRÁTICA SOB O PONTO DE VISTA DO GESTOR	96
10.16 CONCORDÂNCIA ENTRE AUTOAVALIAÇÃO E HETEROAVALIAÇÃO, NA QUESTÃO “ACOMPANHA O INDICADOR DE UP DA UNIDADE E SUGERE MELHORIAS”	97
10.17 RESULTADOS ADICIONAIS.....	98
11 DISCUSSÃO	100
12 CONCLUSÕES.....	114
REFERÊNCIAS	117
ANEXOS	125
ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	126
ANEXO 2 – AVALIAÇÃO DO IMPACTO EM AMPLITUDE E SUPORTE À TRANSFERÊNCIA	127
APÊNDICES.....	130
APÊNDICE 1 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA.....	131
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	132
APÊNDICE 3 – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR	134
APÊNDICE 4 – AVALIAÇÃO DA REAÇÃO	135
APÊNDICE 5 – AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM	136
APÊNDICE 6 – AUTOAVALIAÇÃO DO IMPACTO EM PROFUNDIDADE.....	140
APÊNDICE 7 – HETEROAVALIAÇÃO DO IMPACTO EM PROFUNDIDADE.....	142

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

Nas organizações contemporâneas, a área de Treinamento e Desenvolvimento tem como finalidade oferecer aos funcionários da empresa oportunidades de aprendizagem, tradicionalmente, aquelas relacionadas à identificação e superação das lacunas de competências de seus integrantes, tornando-os aptos para novas tarefas e capacitando-os, como mão de obra qualificada para uso de novas tecnologias no trabalho, alinhadas às exigências e necessidades do negócio do mundo globalizado (Borges-Andrade e Castro 1996).

Não obstante, estas finalidades sejam aceitas por consenso, ainda existem muitas empresas que utilizam o processo instrucional muito mais como uma atividade pró- forma da área de recursos humanos (RH) do que parte que compõe o planejamento estratégico de desenvolvimento do capital humano. Para Campus et al (2004) essa atitude pode ser justificada em função do despreparo dos gestores da amplitude desse campo de conhecimento e dos benefícios que estes podem agregar à organização.

Os autores citados consideram como principal desafio para a área de RH, tornar prioritária a administração do capital humano, igualando-a a qualquer outro recurso essencial para o desenvolvimento institucional. Empresas de sucesso deram-se conta de que poderiam ser melhores, investindo em seus profissionais e tornando-os alavancadores de resultados, que favoreciam, assim, retornos positivos para o conjunto da organização, compondo uma visão menos focada e mais sistêmica de treinamento.

Para Ceccim (2005), quando se fala da formação de trabalhadores é como se estivesse implícito que estes possam ser gerenciados, da mesma forma, que um dos componentes de um espectro de outros recursos, como os materiais, financeiros e infraestruturais, isto é, como se fosse possível, prescrever-lhes de antemão habilidades, comportamentos e perfis desejáveis para o desempenho com qualidade do serviço.

Pesquisadores da psicologia, educação, administração e sociologia, assim como alguns profissionais responsáveis pela área de treinamento nas organizações, buscam constantemente encontrar alternativas para ampliar a

capacitação dos funcionários para o desempenho de suas funções, visando a atingir os objetivos organizacionais e ganhando maior qualidade e competitividade no mercado (Tamayo e Abbad, 2006).

Desde a década de 1970, vários estudos vêm abordando a questão do treinamento no contexto das organizações, trazendo contribuições importantes sobre em que aspectos os treinamentos deveriam ser avaliados, em todas as etapas que o permeiam. De acordo com Tamayo e Abbad (2006) nas duas últimas décadas, pesquisas sobre avaliação de treinamento têm ganhado consistência significativa, apontando em seus resultados variáveis que têm influência direta na transferência e impacto do treinamento, tanto para o indivíduo como à organização.

A psicologia organizacional, pioneira na produção desses conhecimentos, será utilizada como referência norteadora para a discussão dos conceitos, oferecendo-nos suporte para apropriação das ferramentas desenvolvidas que auxiliam a avaliação do sistema de treinamento nas organizações. Esta área vem integrando uma diversidade de questões pertinentes à organização da produção e eficiência no trabalho, formação profissional e tecnológica, desenvolvendo pesquisas para compreender sistemas de aprendizagem, no contexto de organizações de diferentes naturezas.

Para tanto, faz-se necessário explicitar alguns conceitos que compõem a fundamentação das bases teóricas dessa área, tendo claro que se tratam de conceitos complexos. Portanto, não há ambição de no próximo capítulo esgotá-los, e sim contextualizar ao leitor alguns dos fundamentos que foram utilizados para composição do referencial teórico norteador da presente investigação.

A large, stylized decorative floral ornament on the left side of the page, featuring a central flower-like shape with several curved, swirling lines extending from it, and a thick, dark stem at the bottom.

2 Pressupostos teóricos do processo de ensino aprendizagem nas distintas correntes pedagógicas

2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DO PROCESSO DE ENSINO APRENDIZAGEM NAS DISTINTAS CORRENTES PEDAGÓGICAS

Os estudos da área de educação afirmam que o processo de ensino aprendizagem é complexo e ultrapassa as definições que restringem o ato de adquirir conhecimento, que está relacionado à formação de consciência, à ruptura de paradigmas e construção de novos valores. Trata-se de um processo sistêmico e integrado, que deve ser articulado e flexível em relação ao contexto onde é desenvolvido.

No senso comum, aprendizagem é definida como o ato, arte ou ciência de aprender qualquer ofício (Michaelis, 2008).

Lefrançois (2008) define *aprendizagem*, como toda mudança relativamente permanente no potencial de comportamento, que resulta da experiência, que é significativa para o sujeito. A aprendizagem altera a capacidade e também a disposição para realizar atividades de modo diferente. As teorias da aprendizagem são resultantes das tentativas feitas para sistematizar observações, hipóteses, leis, princípios e conjecturas feitas sobre o comportamento humano. De modo geral, buscam organizar e sistematizar o processo de aprendizagem humana.

A área de treinamento e desenvolvimento de recursos humanos tem a responsabilidade pelo processo educacional formal do trabalhador, no contexto das organizações. Bonfim (2004) acredita que há necessidade dos indivíduos que atuam nessa área, conhecerem a fundamentação sobre as correntes pedagógicas que orientam a prática educativa, visto que são elas que irão dar sustentação teórico-metodológica nos processos de ensino aprendizagem, almejados nos treinamentos.

Como críticas são consideradas as correntes que veem a educação, como uma mediadora ético-política da formação humana, de modo a possibilitar a compreensão da realidade e potencializar a ação dos sujeitos para superar a exploração e a alienação dos trabalhadores, transformando-a em benefício da emancipação humana. Nesse plano situam-se pensadores, como Demerval Saviani e Paulo Freire.

Como não críticas estão: a pedagogia tradicional, o tecnicismo, o pragmatismo e, conforme Ramos (2010) a pedagogia das competências.

Por expressarem concepções de mundo distintas, quanto à finalidade da educação, o significado do conhecimento, as abordagens teórico-metodológicas, o sentido da relação professor-aluno, dentre outras, estas resultam em diferentes entregas no processo educacional, constituindo-se em importantes categorias de análise da avaliação educacional, sobretudo, quando se trata da avaliação da formação e treinamento de trabalhadores.

Para Bonfin (2004), as diversas teorias ou correntes pedagógicas ancoradas nessas distintas bases epistemológicas foram formuladas na tentativa de compreender como ocorre o processo educacional.

Um panorama geral sobre as principais correntes pedagógicas que influenciaram a educação no Brasil, de acordo com o importante educador Saviani (2008), são descritas em dois grupos distintos: as críticas e as não críticas.

No campo da educação, as primeiras teorias denominadas comportamentalistas que fundamentaram a chamada escola tradicional influenciaram, de modo marcante, a área de treinamento e desenvolvimento, assim como o desempenho de educadores e educandos.

Para Schultz e Schultz (2001), a teoria comportamental baseia-se na premissa de que o indivíduo apresenta uma resposta para um determinado estímulo, de forma que se confunde aprendizagem com condicionamento. Estudos desenvolvidos por estes autores mostraram que o condicionamento aplicado ao ensino possibilita atividades, como a instrução programada em que uma situação de reforço é aplicada quando o educando fornece uma resposta correta. A prática de jogos pode ser nesse contexto, um instrumento de fixação de conceitos e de introduzir informações sobre novas formas de desenvolver tarefas ou atividades específicas.

Na perspectiva de Giusta (1995), pesquisando o resultado dos processos educacionais comportamentalistas, alerta que a prática docente demonstrou que, isoladamente, a aplicação desta teoria não apresenta bons resultados em pessoas mais independentes e criativas.

A teoria tradicional, uma das vertentes da teoria comportamentalista de ensino aprendizagem, conforme descrita por Mizukami (1996) é caracterizada em duas correntes: a empirista e a racionalista. A autora afirma que, embora tenham sido criadas no auge do liberalismo econômico, no século XIX, em que era preciso vencer as barreiras da ignorância para formar trabalhadores produtivos, estas ainda predominam nos processos educacionais nos dias atuais. De acordo com a teoria tradicional a educação baseia-se em um processo de disciplina no qual a aprendizagem ocorre pela repetição, com reforço fornecido por meio de exercícios em moldes preestabelecidos pelo educador (Mizukami, 1996).

O sucesso do processo pedagógico é condicionado à aplicação eficaz de procedimentos de planejamento, apresentação, assimilação, generalização e aplicação. Nesse pressuposto, as diferenças individuais são desconsideradas.

Para Neves (2006), a abordagem tradicional pauta-se predominantemente, em metodologias expositivas sobre o tema, com base na transmissão do conhecimento unidirecionado pelo professor/instrutor. O ensino é centrado no professor, a motivação é essencialmente extrínseca ao aprendiz, e o trabalho intelectual deste é deflagrado, após a exposição do professor sobre o conteúdo. Por isso, é denominada de conteudista.

Neste modelo, o educando torna-se um agente passivo, um recipiente considerado vazio no qual é despejado um conhecimento. Espera-se que o aprendiz torne-se executor de tarefas prescritas, cumpridor de um programa de disciplinas engessadas, não lhe cabendo qualquer questionamento sobre o conteúdo apresentado (Neves, 2006).

Na vertente racionalista, também uma derivação da teoria comportamentalista, o docente torna-se um facilitador sem, porém, atuar como um agente que produz um processo reflexivo. Acredita-se que o aprendiz traz o saber em sua carga genética, como potencialidade. O professor deve interferir o mínimo possível nesse processo, pautando-se na estratégia do *laissez-faire* (“deixa fazer”) induz que o educando encontre o caminho para cumprir os objetivos da aprendizagem (Becker, 1993).

Para Giusta (1995) em ambas as vertentes da teoria tradicional, as reflexões a respeito das interações sócio culturais são excluídas da formação, das estruturas comportamentais ou cognitivas do indivíduo no processo de construção do conhecimento, bem como do contexto social onde este vive.

Nessa perspectiva, Rego (1999) considera o entendimento de que a educação, pouco ou quase nada, altera as determinações inatas, subestimando a capacidade intelectual do aprendiz na proporção que seu sucesso ou fracasso depende quase que exclusivamente de seu talento, aptidão, dom ou maturidade. Assim, no que tange ao impacto educacional desse modelo, esse paradigma tradicional promove uma expectativa significativamente limitada do papel da educação para o desenvolvimento individual.

A síntese da teoria tradicional de ensino e suas concepções nos permitem reconhecer as práticas pedagógicas predominantes no cotidiano dos processos instrucionais atuais.

Nos deslocamentos que ocorreram da pedagogia tradicional para o movimento denominado de escolanovismo (escola nova), uma variedade de outras abordagens foram sendo formuladas.

Nesse ínterim, Darsie (1999) acredita que a perspectiva epistemológica do interacionismo, representado pelos estudos marcantes de Piaget, constitui um salto qualitativo do empirismo ao racionalismo. Afirma que, na perspectiva do interacionismo, o sujeito constrói o conhecimento na interação com o meio físico e social, e esta construção dependerá tanto das condições intrínsecas do indivíduo como das condições do meio social onde ele está inserido.

Para Becker (1993), na pedagogia baseada no interacionismo, o docente acredita que o aluno somente construirá algum conhecimento novo, se agir e problematizar sua ação, e este processo dar-se-á por reflexão e diálogo.

Para Neves (2006), é desafiador para o educador identificar se o processo ensino aprendizagem está ancorado numa ou noutra vertente e

conduzir a mudança no processo. A mesma autora justifica sua teoria no tratamento reducionista dado à aprendizagem na perspectiva conteudista, em que o empirismo subordina o sujeito ao objeto de aprendizagem, e o racionalismo reduz o objeto ao sujeito.

Para Bonfin (2004), o caminho pedagógico é um fazer constante, um desafio diário. Mesmo existindo uma matriz teórico-metodológica como referência, é preciso reconstruir, questionar e criticar. O desafio maior nos processos de treinamento e desenvolvimento é tornar o ser humano o foco principal do processo ensino aprendizagem no contexto das organizações.

O autor citado ressalta que a aplicação de paradigmas distintos da vertente empirista ou racionalista (tradicionais) na prática instrucional não é tarefa fácil. Educandos e educadores precisam estar fortemente imbuídos de estímulos e de espírito crítico e reflexivo. Ambos com a disponibilidade e consciência da necessidade de quebrar antigos paradigmas de modelos conceituais já percorridos e vivenciados para reconstruírem os processos de ensino aprendizagem em outras bases. Embora possa haver disponibilidade, essa construção deve ser conjunta e os processos de avaliação processuais indicarem possíveis caminhos ou trilhas da aprendizagem a serem percorridas. Isso exige capacitação pedagógica específica.

De modo geral, apreende-se que essa capacitação pedagógica fica aquém do desejável nos indivíduos que assumem funções de instrutores de treinamentos nas instituições prestadoras de serviços de saúde. Muitas vezes, é escolhido um profissional que tem capacitação técnica com a atividade alvo do treinamento, sem que tenha uma capacitação pedagógica para atuar nesse processo.

Outra abordagem da chamada pedagogia nova, de inspiração filosófica, começa um questionamento importante sobre o aprender a aprender (Saviani, 2008).

O pragmatismo inspirado por John Dewey, um dos seus representantes, inspira na psicologia os objetivos da educação, pautando-se no método reflexivo. A reflexão começa quando se pergunta pela veracidade de uma dada afirmação.

Os fundamentos das chamadas metodologias ativas consistem em despertar no educando a curiosidade, a sugestão e a ordem. O pensamento reflexivo ocorre somente quando a sucessão dessas forças está controlada de tal maneira que forma uma sequência ordenada de ideias que conduz à conclusão, que contém a força intelectual das ideias precedentes como base, desfazendo a confusão e encontrando a solução. A preocupação suaviza-se e a pergunta é respondida (Ramos, 2010).

Nessa perspectiva, só a informação, por mais qualificada que seja, é uma carga indigesta, isto é, não há garantias de que, quando a mesma é apresentada pelo educador, haja a retenção pelo educando. Isto só acontece, quando a aquisição da informação vem acompanhada de uma constante reflexão sobre o significado do que se estuda. Assim, aprender significa apreender um significado, o que implica ser capaz de estabelecer relações deste com outros conhecimentos, em diferentes contextos. A formação de conceitos inicia-se com a experiência e com o uso do conhecimento na prática.

Esse conceito de experiência formulado por Dewey, com base no processo reflexivo, constitui a diferença fundamental entre as correntes pedagógicas tradicionais e a pedagogia nova. Embora se destaquem dimensões progressistas nesta proposta, ela ainda não é considerada crítica. Isto porque conserva a posição de subordinação dos grupos sociais em relação a outros. A marca social das correntes pedagógicas não críticas é perpetuar em cada grupo uma determinada função tradicional, diretiva ou instrumental. Essa crítica pautada em Gramsci foi feita no Brasil por Saviani, dizendo-se dele um crítico da *escolanovismo*, pois as desigualdades sociais como as diferenças individuais não seriam questionadas, condicionando a educação, ainda, à aceitação pacífica e forjada que asseguraria um funcionamento harmonioso da sociedade.

Essa ênfase que foi dada aos métodos pedagógicos presentes na *escolanovismo* acabou desembocando em uma eficiência instrumental que deu suporte ao desenvolvimento de uma nova teoria educacional adequada

ao industrialismo e ao produtivismo que marcam o capitalismo no pós-guerra. (Ramos, 2010)

Sob a hegemonia do capital, a política educacional foi submetida ao rígido planejamento em termos da relação entre custo e benefício promovida pela educação, associada às demandas do setor produtivo e à capacidade de resposta a essas demandas pelos sistemas educacionais. (Ramos 2010, p.191)

A operacionalização dos objetivos e a mecanização do processo ensino aprendizagem são características fundamentais do tecnicismo.

As chamadas correntes críticas baseiam-se na chamada razão dialética que parte dos fenômenos para a essência, das partes para o todo que as supera, concebendo a construção do conhecimento como processo histórico e dialético de questionamento à realidade dada na tentativa de compreendê-la em sua totalidade.

Nesta vertente crítica, destaca-se o grande educador brasileiro Paulo Freire. O compromisso ético-político com os segmentos populares e a natureza progressista de seu pensamento educacional resultaram no método de educação de adultos inovador, eminentemente político e conscientizador. Sintetizar as obras que ele produziu seria reducionismo absoluto. Contudo, vale ressaltar a importância do conceito da educação nessa vertente ser capaz de produzir a passagem da consciência ingênua para a consciência crítica. Defende e pratica a pedagogia dialógica e problematizadora, opondo-se veementemente ao que denominou de educação bancária. À educação caberia o papel de romper com a alienação que interessa manter a maioria dos homens, para que não questionem o modelo de dominação. Isto por meio da conscientização. Freire sempre defendeu o direito de obter o máximo de consciência adequada à realidade a ser atingida por todos, por intermédio da educação, de modo que a classe dominada desenvolvesse a chamada consciência de classe que geraria os movimentos sociais. Esses movimentos poderiam levar à convergência de interesses em comum, construídos pela crítica e pela solidariedade (Ramos, 2010).

Na perspectiva de Freire, o conhecimento não é alheio e imposto, mas, sim, criado e internalizado. Aprender seria uma aventura criadora... seria construir, reconstruir, constatar para mudar, ou seja, o conhecimento deve exercer uma função na realidade concreta. O verdadeiro saber está relacionado com a experiência cotidiana. (Ramos 2010, p.222)

A vertente histórico-crítica, que tem como expoente Demerval Saviane, defende que por um método de ensino ativo e participativo deve-se problematizar o passado, o presente e o futuro. O autor propõe o método histórico-crítico de educação, baseado na contínua vinculação entre educação e sociedade. Parte-se da prática social para a problematização, seguida da instrumentalização (apropriação dos instrumentos teóricos e práticos indispensáveis ao equacionamento dos problemas detectados na prática social); catarse (exposição do aprendido para atuar mudando a prática) e prática social. Esse movimento vai da síncrese (visão caótica do todo) à síntese pela mediação da análise (Saviane, 2008).

Nessa vertente crítica, outro autor importante foi Vygotsky (2008), que defende a construção do conhecimento na práxis social e, uma vez apreendido esse conhecimento promove o desenvolvimento humano. Nessa perspectiva, o conhecimento traz embutido em si as dimensões teóricas e práticas do processo de aprendizagem.

3 Educação profissional: as bases da nova pedagogia no trabalho

3 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL: AS BASES DA NOVA PEDAGOGIA NO TRABALHO

Com a mudança dos processos de trabalho e das formas de organização e gestão, espera-se que sejam superadas as formas tradicionais e os modelos de educação profissional, assim como as propostas pedagógicas clássicas, pautadas no conteudismo e reproduativismo do *status-quo*.

Para Kuenzer (1998), nos dias atuais encontra-se sob júdice o modelo de formação e de educação para o trabalho ou educação permanente, tendo como público-alvo um perfil de trabalhador que executava ao longo de sua vida produtiva as mesmas tarefas exigidas por um processo técnico de base rígida. Por muitas décadas, foi suficiente pouca escolaridade, treinamento, experiência e competências (conhecimentos, habilidades e atitudes), para que um indivíduo fosse contratado para desenvolver uma atividade predominantemente instrumental e mecânica.

Muitas vezes, o trabalhador era treinado em serviço para o exercício da função. Na área da saúde, na enfermagem, muitos atendentes de enfermagem, categoria extinta na atualidade, tiveram esse modelo de capacitação para o trabalho. Para atender às expectativas de um mercado de trabalho, cada vez mais competitivo, as exigências de escolaridade e competências mais complexas são exigências reais e condições para conseguir um emprego.

Com a célere mudança do cenário globalizado, alavancadas pela economia e reestruturação produtiva, os avanços tecnológicos e a inserção de componentes estratégicos de atualização, Zerbini e Abbad (2010) acreditam que há uma inversão radical desta posição, passando o mundo do trabalho e das relações sociais a exigir do trabalhador não mais só o saber fazer, buscando agora atender a uma demanda de mercado cada vez mais exigente e competitiva, pautada em competências organizacionais e individuais.

Essas mudanças para Kuenzer (1998) constituem desafios que devem ser enfrentados como prioridade pela gestão de pessoas nas organizações contemporâneas.

Estudos afirmam que, atribuir ao empenho individual do trabalhador, mudar seu perfil profissional para obter capacidades como inovação, mobilidade e flexibilidade, o modelo da competência ignora o fato de que até o momento não existe uma sólida experiência de reestruturação pedagógica exequível que possibilite aos indivíduos e aos instrutores fazerem estas adaptações. Embora as ciências cognitivas sinalizem que existe a possibilidade de fazer a mobilidade de conhecimento para áreas correlatas, essa mobilização de uma esfera a outra do conhecimento não está subordinada exclusivamente ao esforço individual, mas, sim, a um pesado investimento em qualificação, em que são obtidas experiências significativas que propiciam a reconversão profissional (Arruda 2000).

Apesar da pressão exercida pelo setor produtivo no conjunto dos trabalhadores para tornarem-se capacitados para atuação no novo cenário, as organizações já privilegiam, no recrutamento e seleção, que o trabalhador detenha um conjunto de saberes e fazeres vinculados à sua biografia, que a trajetória percorrida seja demonstrável por meio da capacidade desse indivíduo transferir com eficiência essas competências para o coletivo (Arruda, 2000).

Para Kuenzer (1998), a memorização de procedimentos – necessária a um bom desempenho de processos produtivos rígidos - é substituída pela capacidade de usar o conhecimento científico articulado com diversas áreas, domínios não só de conteúdos, mas, de estratégias metodológicas e sistematizações. Exige-se do trabalhador trabalho intelectual e multidisciplinar que demandem uma educação permanente e rigorosa em níveis crescentes de complexidade, abrangendo nesse escopo a inteligência emocional.

Além disso, paralelamente, Arruda (2000) acredita que são esperados do trabalhador novos comportamentos, em decorrência dos novos paradigmas da organização e gestão do trabalho. As práticas são

substituídas por procedimentos que tendem a ser articulados com diversas áreas e processos, tornando-se cada vez mais coletivos, requerendo compartilhar responsabilidades, informações, conhecimentos e formas de controle, agora internas ao trabalhador e a seu grupo de trabalho.

Conforme Bonfin (2004), a educação deve ser modificada à medida que passa a ser cada vez mais direcionada para a descoberta do todo, em lugar de abarcar apenas o conhecimento pertinente à especialização. Nas organizações contemporâneas, esta é uma necessidade presente, onde o “homem global”, entendido como aquele que detém a empregabilidade, deve ser munido de uma instrução abrangente e flexível, que lhe confira mobilidade organizacional.

A busca por explicitar teorias e práticas educativas presentes no cenário histórico da Educação Profissional em Saúde, empreendida por Ramos (2010), institui conhecimentos e caminhos para a identificação e problematização de referenciais epistemológicos e ético-políticos que orientaram as políticas de educação profissional em saúde no Brasil, desde a década de 1980 até 2000, em seus fundamentos e contradições. Relacionando a educação às relações sociais de produção e reprodução do capital e saúde, a autora enfrenta com sucesso o problema de uma investigação de grande porte, em dois sentidos muito marcados. Primeiro, como uma questão de método, por tratar-se de um campo de pesquisa a ser configurado, definido, analisado e traduzido na linguagem articulada de um estudo crítico. Segundo, pela escassez de publicações científicas sobre a formação profissional do pessoal de nível médio e fundamental na área de saúde — trabalhadores que, em nosso País, são relegados a um aprendizado lacunar, tido como subalterno em relação à formação qualificada requerida e proclamada para os profissionais de nível superior.

O texto nos relembra que o Ensino em Serviço — concepção que orienta as Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) — tem dialogado e unido-se a favor da construção e implementação de políticas governamentais, voltadas a uma formação qualificada dos trabalhadores de níveis fundamental e

médio da saúde. São aliadas, portanto, contra a naturalização do trabalho exercido na saúde, que reduz a formação a mero treinamento.

Há que ressaltar que a pesquisa desenvolvida por Ramos (2010) iluminou a construção do referencial teórico e da análise crítica do material obtido na presente investigação por possibilitar distinguir que os resultados obtidos na avaliação de treinamentos de profissionais de enfermagem devem ser problematizados também à luz das correntes pedagógicas em que se ancoram, e o conceito de educação que tomam como pressuposto orientador da prática pedagógica em que se fundamenta.

4 Treinamento e desenvolvimento nos serviços de saúde

4 TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Para Ceccim (2005) a velocidade com que o conhecimento e tecnologia renovam-se na área da saúde não é acompanhada pela formação dos profissionais que requerem atualização permanente e que estão inseridos nos diferentes tipos de serviços que são prestados nesse contexto.

Torna-se cada vez mais prioritário que haja uma reorganização dos serviços de saúde, tendo como foco o desenvolvimento das pessoas e que culmine no fortalecimento das operações de trabalho. Para tanto as políticas de educação permanente, devem ser priorizadas na formação contínua dos trabalhadores, o que requer aplicação de instrumentos gerenciais específicos da área de RH, que incluem a avaliação de processos de recrutamento, seleção, treinamento e desenvolvimento condizentes com a nova abordagem de gestão de recursos humanos (Ceccim, 2005).

Essa reorganização determina uma reconfiguração da gestão de pessoas que, para Chiavenato (2007), inclui prioritariamente, a qualificação e a educação profissional permanente. Capaz de responder às exigências características do posto de trabalho que o tornem capaz de adaptar-se continuamente a novos cenários, que gerem diferentes necessidades de saúde e vulnerabilidades, de acordo com as determinações socioeconômicas, os avanços tecnológicos e os novos modelos de gestão.

Quando o tema em discussão é o desenvolvimento profissional, encontramos na literatura citações provenientes de três vertentes distintas: educação continuada (EC), educação em serviço (ES) e educação permanente (EP) (Paschoal, Mantovani, Méier, 2007).

Silva (2009) acredita que a literatura que trata da EC considera como foco a atualização dos profissionais de saúde na execução de procedimentos técnicos, adequando-os às mudanças institucionais e ao contexto social ao qual estão inseridos.

Para Motta (2002), o modelo convencional de EC, geralmente, está focado no aspecto técnico da competência individual, pauta-se em metodologias conteudistas de transmissão de conhecimento. Para o autor, o

trabalho é compreendido como aplicação do conhecimento teórico especializado, onde os profissionais estão expostos a métodos reprodutivistas, induzidos à passividade e falta de criatividade e, raramente, permite-se aos profissionais viverem uma experiência de aprendizagem crítico-reflexiva. Na literatura é possível identificar elementos de avaliação que mostrem que o grande investimento na capacitação de recursos humanos nem sempre tem se traduzido em mudanças reais no contexto do trabalho.

Quando se fala em EP, parte-se do pressuposto da aprendizagem significativa, em que o aprender e o ensinar devem integrar a prática dos profissionais, em uma abordagem reflexiva, pautada na metodologia da problematização (Stroschein 2011).

Para Saupe, Cutolo e Sandri (2008), para aplicar a problematização é necessário uma corresponsabilidade entre os atores envolvidos no processo, permeando todas as etapas do que se denomina ensinagem (termo que se refere à integração plena entre ensino e aprendizagem), valorizando o saber do educando, educador e os aspectos sócio culturais e contextuais, de modo indissociado.

A educação permanente no Brasil foi instituída pela Portaria GM/MS n. 198, de 13 de fevereiro de 2004, posteriormente, alterada pela Portaria GM/MS n. 1996, de 20 de agosto de 2007, apresentando novas estratégias e diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação em Saúde (PNEPS). A PNEPS tem por objetivo a transformação das práticas pedagógicas e de saúde, contribuindo para o processo de desenvolvimento individual e coletivo dos profissionais da saúde, que conceitua EP como:

[...] a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais (Ministério da Saúde, 2006).

As diretrizes para o trabalho na educação na saúde descritas no pacto pela saúde (2006) estabelecem, que se deve considerar a educação

permanente, como parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores, adotando diferentes estratégias de ensino-aprendizagem que sejam inovadoras (Ministério da Saúde, 2006).

Para Ceccim (2005), a lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar, podendo esta abordagem propiciar uma democratização institucional; desenvolvendo aprendizagem crítico-reflexiva das situações de saúde de trabalhar em equipes matriciais, melhorando permanentemente a qualidade do cuidado à saúde.

Feuerwerker (2005), afirma que, no desenvolvimento da EP, é fundamental reconhecer os conhecimentos prévios dos profissionais, facilitando uma participação ativa e dialógica de construção do conhecimento entre educando e educador.

Para *American Nursing Association* (ANA), educação em serviço – ES, refere-se às atividades desenvolvidas no ambiente de trabalho, para que o profissional possa adquirir, manter ou aprimorar sua competência, com o objetivo de cumprir suas responsabilidades.

Kurcgant (1993) define a ES, como ações educacionais que ocorrem no ambiente de trabalho, voltadas ao interesse da organização, buscando uma assistência de melhor qualidade ao paciente. Contudo, os autores que discorrem sobre a ES, não deixam claro os pressupostos ou teorias educacionais, nas quais ações educativas ancoram-se, diferentemente da política de EP, que deixa claro a pedagogia dialógica e problematizadora que toma como eixo.

Ceccim (2005) descreve que a EP pode corresponder à ES, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica, submetidos a projetos de mudança organizacional. Pode corresponder à EC, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos.

Silva e Saupe (2000) e Mancia (2004) acreditam que, embora as três vertentes (EC, EP e ES) apresentadas baseiem-se em pressupostos, métodos e conceitos diferentes, estas podem ou não trazer resultados

positivos. Todas as propostas conferem especificidades ao processo de ensino aprendizagem, podendo gerar as transformações desejadas no perfil profissional e pessoal do trabalhador. Existe um vazio de conhecimentos sobre a avaliação desses processos de modo sistematizado, fato esse que motivou a presente investigação. Vale ressaltar que esta temática ainda é alvo de debates e discussões reflexivas tanto nas esferas municipais, estaduais e federais.

Para Mira (2010) as instituições de saúde vêm se preocupando em adotar o termo educação permanente, sem revisitar suas práticas educativas que estão focadas na pedagogia tradicional e seu escopo não está alinhado às propostas da PNEP. A autora alerta que mais que mudar o nome, é preciso reconstruir a concepção.

Em grandes instituições prestadoras de serviços de saúde, a equipe de enfermagem constitui o maior contingente de trabalhadores na área da saúde, contingente esse estimado em cerca de 60%. Portanto, o sucesso e a efetividade na formação e capacitação desses profissionais estão diretamente relacionados ao sucesso e resultados positivos obtidos com a melhor prática assistencial.

5 Treinamento e avaliação de treinamento: conceitos e relevância

5 TREINAMENTO E AVALIAÇÃO DE TREINAMENTO: CONCEITOS E RELEVÂNCIA

Mesmo diante da clareza de que existem diferenças de pressupostos, conceitos e propostas pedagógicas distintas nas vertentes educacionais, na literatura pesquisada, identifica-se que há uma profusão de conceitos de treinamento, educação, aprendizagem e desenvolvimento.

Na perspectiva de estudiosos da administração, conforme Chiavenato (1999), em se tratando de treinamento a confusão inicia-se com base na própria terminologia. O autor afirma que cada especialista atribui significados próprios, alguns enfatizando os aspectos sob a ótica da educação, outros se voltando às exigências dos postos de trabalho, em uma perspectiva mais imediatista, há também aqueles que focam um resultado a médio e longo prazo.

Nadler (1984) tenta traduzir a distinção dos conceitos que, equivocadamente, são utilizados como sinônimos nesse campo. Para o autor, **Treinamento** tem por objetivo melhorar o desempenho do treinando na função que ele exerce, **Educação** pode se considerar no contexto das oportunidades que a organização oferece para o desenvolvimento do potencial do indivíduo, por meio da aprendizagem de novas habilidades, tornando-o capaz de ocupar novas tarefas ou cargos dentro da mesma organização, e **Desenvolvimento** de pessoas, para o mesmo autor, é um conceito mais abrangente que envolve todo o conjunto de oportunidades de aprendizagem e experiências oferecidas pela empresa, possibilitando o crescimento pessoal do empregado.

Para Zerbini e Abbad (2010), faz-se necessário definir de que premissa de treinamento, desenvolvimento e educação se está partindo, visto que cada uma dessas propostas requer uma atuação e entregas diferenciadas por parte dos envolvidos no processo e na organização.

Os pesquisadores Meneses, Zerbini e Abbad (2010) têm por conceito de treinamento “uma ação direcionada para uma determinada tarefa ou cargo atual que o indivíduo exerce em seu ambiente de trabalho”, e definem educação, como “uma ação voltada para atividades que serão

desempenhadas futuramente nesta mesma organização, podendo ser no cargo atual ou em cargos futuros”, e ainda definem desenvolvimento, como “uma ação direcionada para o crescimento pessoal e profissional do indivíduo que não possui relação direta com a atividade atual ou futura dentro da organização”. Entendendo, portanto, que embora haja o embricamento desses conceitos, o que de fato os difere é a finalidade a que se presta a ação educacional.

Outra definição de treinamento estabelecida por Borges-Andrade (1996), na qual ancoramos e embasamos o presente estudo, evidencia como característica essencial do treinamento, a intencionalidade da organização em produzir evoluções de comportamento nas pessoas, gerando resultados positivos para a empresa; logo, treinamento é entendido como uma atividade planejada que altera o comportamento das pessoas, transforma e lapida o desempenho atual, promovendo um melhor desempenho futuro dos profissionais e de uma organização.

Pantoja e Borges-Andrade (2009) definem aprendizagem, como processo psicológico que faz referência às mudanças que ocorrem no comportamento do indivíduo, após articulação de suas competências, que é o conjunto de habilidades e atitudes, que não são resultantes exclusivamente da maturação, mas de sua interação com o meio onde o indivíduo está inserido, adquirindo a capacidade de usar este conhecimento na prática.

Tendo em vista a complexidade desses conceitos, torna-se necessário compreender também como ocorrem os processos de aprendizagem e como se dá a transferência desse aprendizado aos diferentes ambientes organizacionais. Na tentativa de buscar respostas para estes fenômenos, pesquisadores empenhados em garantir a evolução do desempenho no ambiente de trabalho têm investido na análise do processo de aquisição, retenção e transferência de conhecimento, habilidades e atitudes, por meio de ações de TD&E, formação e qualificação profissional, sendo estes, considerados mecanismos formais de indução à aprendizagem em organizações e em ambientes de trabalho (Zerbini e Abbad, 2010).

Para Zerbini e Abbad (2005) e Palmeira (2006), a avaliação da aprendizagem tem sido objeto de pesquisa, tendo em vista que é consenso que somente por meio da sistematização do juízo de valor, constituído com a finalidade avaliativa que se pode evidenciar o desempenho educacional. O processo avaliativo permite averiguar os conhecimentos e habilidades antes e após o treinamento, e a diferença entre erros e acertos pode ser atribuída ao treinamento.

Pilati e Borges-Andrade (2005) enfatizam que o objetivo primordial é analisar o comportamento das variáveis e compreender, como estas afetam o resultado e desempenho no trabalho, fornecendo dados que subsidiam as melhorias do processo, tornando-o mais efetivo.

Assim, as atividades voltadas para treinamento e desenvolvimento tornam-se cada vez mais vitais às organizações de trabalho, em razão dos avanços tecnológicos, econômicos, políticos e sociais. O mundo globalizado está prestes a demandar cada vez mais mão de obra qualificada e polivalente. Treinamento é a chave mestre na construção desse novo perfil exigido pelo mercado de trabalho, pelas mudanças tecnológicas e pela grande difusão das redes de comunicação, assim terá que se tornar um instrumento eficaz de aprendizagem de novas habilidades e garantir uma transferência de impacto positivo a todos os níveis (Abbad, 1999).

Pesquisadores da área anunciam o célere crescimento dos investimentos em programas de treinamento. Para Silva (2006), o retorno desse investimento pouco é conhecido, logo, torna-se vital o alinhamento dos objetivos de treinamento com os objetivos estratégicos da organização.

Ao apresentar o quanto o treinamento gerou de resultados à empresa, a área de Recursos Humanos demonstra o quanto o programa de Treinamento e Desenvolvimento - T&D está alinhado às estratégias da organização (Andrade, 2010 e Palmeira, 2006).

Ao entender que as ações de treinamento são planejadas com foco no desenvolvimento das pessoas e no retorno desse investimento, além da grande perspectiva das empresas em conhecer e entender o assunto, na literatura foram encontrados vários autores que têm se dedicado no

desenvolvimento de modelos de avaliação em treinamento para conhecer sua eficácia.

Na literatura, Meneses, Zerbini e Abbad (2010) encontraram vários modelos de avaliação em treinamento, e grande parte dessa inspiração está baseada nas propostas de um professor da University Of Wisconsin, Donald L Kirkpatrick, que foi presidente da Sociedade Americana de Treinamento em 1975. O autor construiu um modelo de avaliação em quatro níveis sugerindo que estes estivessem fortemente interligados entre si como um elo. Mas, parece não haver um consenso estabelecido e novas pesquisas (Abbad 1999; Abbad, Gama e Borges-Andrade, 2000) questionam esta relação.

Quadro 1 – Níveis de avaliação de processos educativos formais

Kirkpatrick (1976)	Hamblin (1978)	MAIS - Borges Andrade (1982)
Reações	Reações	Ambiente: necessidades de treinamento, apoio e disseminação
Aprendizagem	Aprendizagem	Ambiente: insumos
Comportamento	Comportamento	Processo e procedimento
Resultado	Organização	Resultado no ambiente: resultados em longo prazo
–	Valor final	–

Fonte: Borges-Andrade, 2006

O primeiro nível de avaliação, denominado reação, tem por objetivo avaliar as percepções do treinando quanto à ação educativa ao qual foi submetido. O segundo nível, aprendizagem, mensura o conhecimento adquirido pelos participantes ao final do treinamento, ou seja, o que eles sabem a mais em relação ao que já sabiam ou aquisição de um novo conhecimento, mudança de comportamento corresponde ao terceiro nível, que avalia o que há de diferente no comportamento dos participantes, após o treinamento em seu ambiente de trabalho. Resultados correspondem ao último nível proposto por Kirkpatrick, que avalia o resultado gerado na organização, com base nas mudanças do desempenho dos treinandos (Kirkpatrick e Kirkpatrick, 2006).

Hamblin (1978) fundamentou-se no modelo de Kirkpatrick, desdobrando o quarto nível de avaliação em dois outros níveis, propondo, desta forma, cinco níveis de avaliação de treinamento, estruturados em: reações, aprendizado, comportamento no cargo, organização e valor final.

Recentemente, o método de avaliação desenvolvido por Borges-Andrade propôs um novo modelo mais amplo que os anteriores que objetiva captar informações para avaliar um programa já desenvolvido, com a finalidade de verificar se os resultados foram alcançados com o treinamento, tornando-se referência nacional na temática. O modelo foi denominado MAIS – Método de Avaliação Integrado e Somativo, sugerindo que a avaliação deve envolver múltiplas variáveis, compostas de cinco componentes: insumos, procedimentos, processos, resultado e ambiente, propondo que o último destes seja subdividido em quatro itens (Borges-Andrade, 2006 Zerbini e Abbad, 2010).

1. Insumos: relacionados a fatores físicos e sociais e aos estados comportamentais e cognitivos anteriores à instrução, que podem afetar o resultado. Podem ser associados a resultados de aprendizagem e satisfação;
2. Procedimentos: operações necessárias para facilitar ou produzir resultados de aprendizagem;
3. Processo: englobam os aspectos significantes do comportamento do treinando, à medida que os procedimentos são implementados, as variáveis do componente surgem da interação dos participantes da ação instrucional;
4. Resultados: componente correspondente aos níveis de reação e aprendizagem de Hamblin e referem-se às competências adquiridas, após o treinamento;
5. Ambiente: constituído pelos quatro subcomponentes abaixo:
 - Necessidades – existentes no ambiente de trabalho e que, na maioria das vezes, são definidas como falhas ou interrupções nos desempenhos esperados e apresentados;

- Apoio – corresponde às variáveis no lar, na organização ou na comunidade que têm influência nos procedimentos e processos, consequentemente, no aprendizado e resultados a longo prazo;
- Disseminação – que inclui outros aspectos que podem colaborar para a busca ou escolha do treinamento, tais como os meios e estratégias usadas para sua divulgação; e
- Resultados a longo prazo – consequências ambientais do treinamento medidas depois de transcorrido algum tempo do mesmo.

Partindo desse modelo, Abbad, (1999) desenvolveu e validou o que ficou conhecido como Modelo Integrado de Avaliação do Impacto do Treinamento no Trabalho (IMPACT). Investigando variáveis referentes à organização, denominadas percepção de Suporte Organizacional; ao treinamento, de Características do Treinamento e ao treinando, as Características da Clientela.

Dessa forma, para Borges-Andrade (2006) todos os modelos propostos para avaliação de treinamento podem ser resumidamente definidos, como um processo sistemático de coleta de informações que irá incursionar a revisão, propondo melhorias do modelo instrucional existente. Seus objetivos são controlar o processo, retroalimentar o sistema e tomar decisões sobre o treinamento que permita modificações em seu ambiente.

Figura 1 – Sistema de TD&E

Fonte: Borges- Andrade (2006).

De modo geral, os especialistas preconizam que elementos que compõem o sistema de treinamento sejam divididos em três subsistemas (avaliação de necessidades, planejamento instrucional e avaliação de treinamento) e que mantenham entre si uma relação de interdependência (Abbad, 1999).

A **avaliação de necessidade** sugere-se que seja feita em três níveis. No **nível organizacional**, em que se determina a área para a qual se faz necessário o treinamento, e se as ações serão suficientes para alterar o desempenho da unidade e da organização como um todo. No **nível de tarefas**, cujo foco está na descrição das atividades desenvolvidas, e das condições em que elas são desempenhadas. Por fim, a análise no **nível individual** em que é avaliado o desempenho dos profissionais, com o objetivo de diagnosticar desvios que possam ser corrigidos com ações de treinamentos (Meneses, Zerbini e Abbad, 2010).

Para os mesmos autores, a segunda etapa do sistema refere-se ao **planejamento instrucional**, ou seja, as ações do treinamento, que se iniciam pela definição dos objetivos e das competências que deverão ser desenvolvidas e alcançadas pelos treinados. A terceira e última etapa do subsistema é a de **avaliação de treinamento** que consiste em coletar informações em todos os níveis necessários, fornecendo informações ao sistema que subsidiará modificações no planejamento de treinamento futuro.

Hamblim (1978) acredita que é necessário adotar um sistema de avaliação exploratório, em que não se procura provar algo, mas, simplesmente descobrir como as variáveis comportam-se, e como podem ser modificadas ou controladas.

Nesse sentido, Campus (2004) considera que a avaliação é atribuição de grande valor ao treinamento e traz contribuições positivas para o indivíduo, grupo de trabalho e organização, ajudando a identificar as condições necessárias para o processo de treinamento gerar melhores resultados, assim como identificar os procedimentos que precisam ser modificados para se chegar aos objetivos almejados.

Borges-Andrade (2006) descreve três níveis (nível do indivíduo, da equipe e da organização) em que a avaliação de treinamentos deverá estar focada. No nível do indivíduo deverão ser valorizados os seguintes aspectos: afetivos (atitudes frente a pessoas, objetos, trabalho e não trabalho, a si próprio e à aprendizagem; motivação no trabalho; autoeficácia e bem-estar mental); os cognitivos (uso de informações verbais, conceitos e regras e solução de problemas ou criatividade); psicomotores (velocidade, fluidez), fisiológicos (saúde, doença e aptidão física); instrumentais intrínsecos (autonomia, elogios e ridicularização), instrumentais extrínsecos (aumento da remuneração, promoção e novos trabalhos); instrumentais relacionais (*networking*, relações de colaboração, capacitação de outras pessoas), e os instrumentais não relacionados ao trabalho, como mudanças em relações ou desempenhos fora do trabalho, novos papéis em outras esferas de vida.

No nível da equipe é possível identificar aspectos como: afetivos (coesão, satisfação, autoeficácia, ambiguidade de papéis e orientação para tarefa); cognitivos (conhecimento possuído e representado), de desempenho (comunicação interna, tomada de decisão, solução de conflitos, níveis de participação); instrumentais intrínsecos (responsabilidades e variedade de trabalho recebido); instrumentais extrínsecos (bônus) e os instrumentais de qualificação (certificações formais).

No nível da organização, possibilita verificar aspectos relativos à: metas de produtos (quantidade, qualidade, variedade), metas do sistema (crescimento, lucro, retorno de investimentos); aquisição de recursos (novos clientes, compra de outras organizações), constituintes (satisfação de consumidores e acionistas, imagem); processos internos (novas tecnologias, clima, absenteísmo, rotatividade, taxas de acidentes).

Para Depresbiteris (1989), avaliar e medir ainda são termos utilizados como sinônimos. A autora descreve que a medida retrata a quantidade de uma determinada habilidade que o treinando possui, e a avaliação informa o valor dessa habilidade.

Zerbini e Abbad (2005) sugerem que, para medir os resultados de um treinamento, é necessário avaliar o desempenho, a motivação e as atitudes

dos treinandos, após a conclusão do treinamento. O impacto pode ser medido em largura e profundidade. Em profundidade, permite-se medir os efeitos diretos e específicos do treinamento que estão associados aos conteúdos do programa de treinamento, e o impacto em largura ou amplitude mede os efeitos do treinamento em relação ao desempenho global esperado para o cargo pela organização, vinculada ou não às competências aprendidas no evento instrucional.

Para Freitas et al (2006), a medida de impacto em TD&E possibilita avaliar o resultado que as ações instrucionais foram capazes de modificar no desempenho do indivíduo e na organização, após o programa instrucional.

Mira (2010) considera que o impacto do treinamento pode ser avaliado pela transferência da aprendizagem e da influência do processo instrucional sobre o desempenho do treinando, quando se faz a aplicação correta das competências que se trata do conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA) adquiridas. Aquilo que o treinando transfere ou aplica em uma determinada tarefa ou situação que nunca antes havia sido aplicado.

Em geral, a transferência de treinamento e a transferência de aprendizagem têm sido empregadas em estudos da psicologia, como sinônimos e buscam entender o efeito das sessões de treinamento sobre o desempenho posterior dos indivíduos em atividades similares às que foram ensinadas no treinamento. Para Abbad (1999), o termo transferência de treinamento assume um uso mais específico que se refere à aplicação eficaz, no ambiente de trabalho dos CHAs adquiridos em situações de treinamento.

Em sua tese, a autora citada salienta que a expressão transferência faz parte de uma linguagem do cotidiano e que foi incorporada à expressão técnica transferência de treinamento. Utilizada por pesquisadores da psicologia organizacional que a empregam no sentido de transportar, articular, movimentar as competências da situação de treinamento para uma situação de trabalho, podendo ser positiva ou negativa.

A transferência é positiva, quando as habilidades ou comportamentos aprendidos facilitam uma determinada atividade ou situação, mas ela

também pode ser negativa, quando interfere desfavoravelmente no desempenho do indivíduo, e é considerada zero, quando ela não afeta o desempenho nem positiva, nem negativamente (Abbad, 1999).

Pesquisadores da psicologia organizacional publicaram, em 1996, reflexões sobre o panorama nacional de T&D, alertando quanto à necessidade de pesquisas voltadas para medir o impacto do treinamento, pois grande parte dos estudos abordava os níveis de reação (Borges-Andrade e Castro, 1996).

Diante de resultados incipientes desta temática na área da saúde, Otrenti (2011) realizou uma revisão integrativa, com o objetivo de analisar a metodologia de avaliação nas ações educativas formais para profissionais de saúde. A autora analisou 19 artigos publicados entre 2000 e julho de 2010. Em seus achados, a maioria dos pesquisadores utilizou uma metodologia quantitativa com delineamento predominantemente experimental e não experimental, tendo como objetivo, na maioria dos estudos, as medidas de avaliação no nível de aprendizagem com 73,6% e comportamento no cargo com 57%, a avaliação de reação foi utilizada em 50% dos estudos sempre combinada a outro nível de avaliação, e em 15% foi utilizada a avaliação de impacto, e que apenas um deles foi referenciado para replicação.

Mira (2010) alerta que avaliar programas de educação não é tarefa fácil, é um processo que se dá na integração de técnicas já existentes e requer o comprometimento dos responsáveis, para que os resultados demandem mudanças, visto que esta decisão está mais condicionada às pessoas que ao método.

6 Justificativa de relevância do treinamento escolhido para avaliação

6 JUSTIFICATIVA DE RELEVÂNCIA DO TREINAMENTO ESCOLHIDO PARA AVALIAÇÃO

Dentro do amplo espectro das chamadas feridas complexas e outros termos utilizados, a National Pressure Ulcer Advisory Panel – NPUAP (2007), define a úlcera por pressão – UP– como lesão localizada que acomete a pele e/ou tecidos subjacentes, geralmente, sobre proeminências ósseas; resultante de uma pressão isolada ou combinada com cisalhamento e/ou fricção.

Nos últimos anos com o aumento da expectativa de vida da população, percebe-se um aumento na prevalência de UP. Conforme a NPUAP (2007), a incidência de UP estimada é de 0,4% e 38% em pacientes internados em serviços de emergência, e em pacientes cirúrgicos esta incidência chega a 45%.

Para Wada et al (2010), uma UP ocorre quando a pressão intersticial excede a pressão intracapilar, originando uma deficiência de perfusão impedindo o transporte adequado de nutrientes ao tecido. Outro fator de risco importante é o cisalhamento, definido como tração exercida sobre a pele, fazendo-a deslizar sobre o plano muscular, provocando a oclusão e rompimento dos capilares responsáveis pela perfusão da pele, outro risco não menos importante e determinante para o surgimento da UP é o atrito entre a superfície de apoio e a pele conhecida, como fricção.

Para NPUAP (2007), são considerados fatores de riscos para UP todos aqueles que predisõem o indivíduo a períodos prolongados de isquemia induzida por pressão, reduzindo a capacidade de recuperação tecidual. Estes são subdivididos em intrínsecos, os inerentes ao próprio indivíduo (Ex: idade, perda de sensibilidade, função motora diminuída, patologias prévias como diabetes, hipertensão arterial sistêmica, deficiências nutricionais) e os extrínsecos, que estão relacionados aos fatores do ambiente (Ex: pressão de contato, forças de cisalhamento e fricção).

Estudos demonstram que os custos relacionados ao tratamento de pacientes com úlceras por pressão são significativamente maiores que aqueles gerados com medidas preventivas básicas, podendo variar de

2,000.00 a 70,000.00 dólares por úlcera tratada (Catania et al 2007 e Reddy, Gil e Rochon, 2006).

As medidas de prevenção à UP são simples e poucos dispendiosas. A mais básica e principal medida é a mudança periódica de posicionamento do paciente. O alívio da pressão sobre uma proeminência óssea por 5 minutos a cada 2 horas permite a recuperação do tecido à agressão isquêmica (Catania et al 2007).

O enfermeiro exerce um papel fundamental e de extrema relevância na prevenção e condução do tratamento das úlceras por pressão, pois é este profissional que estabelece o plano de cuidado individualizado por paciente, seja na atenção primária, secundária ou terciária.

Para Moraes et al (2008), é importante resgatar o papel do enfermeiro no diagnóstico dos pacientes de risco para UP, por meio de capacitação, supervisão e disponibilidade de recursos materiais, a fim de implementar avaliações sistematizadas para este processo.

A escolha para avaliar esta ação instrucional, dentre a diversidade de temáticas contidas no planejamento de T&D para 2011, foi incursionada na incidência de UP apresentada nos indicadores institucionais, na observação direta da ausência de padronização de condutas para tratamento e aplicação de medidas preventivas, além de estar alinhado ao objetivo estratégico no processo institucional de segurança do paciente.

7 Justificativa do estudo

7 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Embora a revisão da literatura indique grandes avanços relacionados à avaliação de treinamento, esse conhecimento gerado tem sido pouco aplicado na prática das instituições de saúde. Para Mourão (2004), a lacuna entre o conhecimento gerado e o aplicado pode ser justificado pelo baixo consumo de pesquisas de outras áreas.

Essas organizações têm ambiente complexo e dinâmico, cujas mudanças ocorrem celeremente e nem sempre são acompanhadas do desenvolvimento dos indivíduos que nelas atuam. O conhecimento gerado em outras áreas pouco tem sido empregado para a avaliação consistente e, conseqüentemente, obtenção de melhores resultados.

Em muitas organizações de saúde, as técnicas mais viáveis de aplicação da avaliação de treinamento consistem nos níveis de reação e aprendizagem, não obtendo informações fundamentais da cadeia dos demais níveis para uma avaliação consistente e conclusiva. Em geral, não possuem metodologias e/ou instrumentos adequados que permitam analisar a relação entre as variáveis e conhecer o que pode agregar valor ao indivíduo, ao local de trabalho e à organização.

Estudos recentes indicam poucos avanços nacionais na temática nas organizações de saúde, com apenas duas publicações na última década (Otrenti, 2011).

O interesse da autora deu-se pela relevância da temática sobre treinamento e desenvolvimento, surgindo de uma realidade vivenciada nas organizações contemporâneas de saúde, onde, metodologicamente, não se aplicam avaliações dos processos instrucionais.

A autora busca compreender como se comporta a transferência do treinamento para a área de trabalho e relacionar variáveis, investigando como os efeitos no desempenho individual podem coletivamente atingir os resultados da organização nos níveis de avaliação propostos neste estudo. A inquietação da pesquisadora foi aguçada, quando se evidenciou que a produção científica e as tecnológicas já desenvolvidas por outras áreas são pouco aplicadas na saúde, tornando o sistema de treinamento,

desenvolvimento e educação sem evidência de efetividade nessas organizações.

HIPÓTESE

Na presente investigação, a hipótese formulada é que a avaliação de treinamento nos níveis de reação, aprendizagem e impacto aplicada aos enfermeiros de um hospital sobre o tema prevenção e tratamento de úlcera por pressão, mostrará evidências de impacto positivo nas ações desenvolvidas pós-evento instrucional.

8 Objetivos

8 OBJETIVOS

8.1 GERAL

Avaliar o processo de treinamento nos níveis de reação, aprendizagem e impacto do curso de prevenção e tratamento de úlcera por pressão em uma instituição de saúde do Município de São Paulo.

8.2 ESPECÍFICOS

1. Avaliar a reação, aprendizagem e impacto pós-ação instrucional.
2. Observar e avaliar se há relação entre os níveis de reação, aprendizado e impacto no ambiente de trabalho.
3. Verificar se há relação entre as variáveis demográficas e funcionais com os níveis de reação, aprendizagem e impacto.
4. Observar e analisar se as variáveis de suporte à transferência têm relação com impacto.
5. Observar e avaliar se há relação do impacto em profundidade da auto com a heteroavaliação.

9 Trajetória metodológica

9 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

9.1 TIPO DE PESQUISA

Para alcançar os objetivos pretendidos nesta pesquisa utilizamos o método descritivo exploratório correlacional, desenvolvido na modalidade de estudo de caso.

Um estudo correlacional propõe-se a medir variáveis em diferentes momentos: antes, durante e depois da ação instrucional, não exercendo controle direto sobre as variáveis investigadas. Essa ausência de controle impede o estabelecimento de relações de causalidade entre a variável critério e as variáveis preditoras (Polit, Beck e Hungle 2004 e Borges-Andrade, 2006).

A modalidade de pesquisa pautada em estudo de caso permite proporcionar amplo e detalhado conhecimento sobre o problema, buscando torná-lo mais explícito ou constituir hipóteses. Os objetivos deste tipo pesquisa favorecem o aprofundamento de um tema, e aprimoramento de idéias em um contexto organizacional específico (Gil, 2007)

Tull (1976) afirma que "um estudo de caso refere-se a uma análise intensiva de uma situação particular" e Bonoma (1985) observa que o "estudo de caso é uma descrição de uma situação gerencial".

Estudos afirmam que "o estudo de caso é uma inquirição empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real, quando a fronteira entre o fenômeno e o contexto não é claramente evidente e onde múltiplas fontes de evidência são utilizadas" (Bonoma 1985). Esta definição, apresentada como uma "definição mais técnica" nos ajuda, conforme o mesmo autor, a compreender e distinguir o método do estudo de caso de outras estratégias de pesquisa, como o método histórico, a entrevista em profundidade, o método experimental e o survey.

Com relação ao treinamento específico do pesquisador que irá coletar os dados, Bressan (1985) ressalta ser imprescindível a compreensão dos conceitos básicos, a terminologia, e as questões relevantes do estudo. De forma específica, o investigador deve saber (1) porquê o estudo está sendo

feito, (2) que evidências estão sendo procuradas, (3) que variações podem ser previstas e o que pode se constituir em uma evidência que suporte ou contrarie cada uma das proposições. Além disso, deve ser treinado nas práticas e procedimentos a serem adotados no campo e treinado para o domínio completo das questões do estudo.

Para Yin (2005), o investigador deve, neste processo de treinamento, ter a oportunidade de treinar e praticar cada uma das técnicas e instrumentos que serão utilizados na pesquisa para garantir que possuam a proficiência necessária, para se conduzirem com autonomia, quando estiverem no campo.

9.2 LOCAL DE ESTUDO

A instituição onde o estudo foi desenvolvido é uma Organização Social de Saúde (OSS) Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch – HMMD, foi idealizado e construído pela Prefeitura Municipal de São Paulo, sua mantenedora, com atendimento exclusivo à rede SUS. Sua gestão é compartilhada pela Organização Social de Saúde CEJAM (Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim) e o Hospital Albert Einstein. Possui assistência de média complexidade, de nível secundário, com 234 leitos planejados e 289 operacionais. Conta com 1.300 funcionários diretos e 100 indiretos, sendo destes, 540 da equipe de enfermagem. A instituição tem por missão acolher a população do M' Boi Mirim, prestando assistência humanizada e eficiente, em conformidade com os princípios do SUS e contribuir para o aprimoramento do sistema de saúde.

Possui uma área construída de 27 mil m², distribuídos em cinco pavimentos com foco no atendimento de urgências, emergências e assistência obstétrica, sendo o único hospital da região, atuando como referência para 600 mil habitantes.

A área organizacional direta do estudo foi a de Treinamento e Desenvolvimento (T&D) que possui estrutura própria, hierarquicamente subordinada à área de Recursos Humanos, tendo como principal foco o

desenvolvimento de seus colaboradores nos seguintes aspectos: técnico e comportamental (área assistencial e administrativa) e programas de Desenvolvimento Individual e Organizacional.

O quadro de pessoal dessa área consta de quatro profissionais, sendo três de nível superior (dois enfermeiros e um administrador), e um nível técnico (auxiliar administrativo).

O planejamento anual de treinamento é elaborado pela área de treinamento e desenvolvimento em conjunto com os gestores das unidades, tomando como base o perfil epidemiológico da instituição, indicadores assistenciais e os resultados do gerenciamento de riscos.

Após o levantamento das necessidades, a equipe de T&D agrupa as informações pertinentes a cada área em um único plano de treinamento anual e define a estratégia metodológica do processo instrucional, determinando a viabilidade de recursos externos, oriundos de contrapartida dos campos de estágio (47%) e do parceiro Hospital Albert Einstein (53%).

Quanto ao processo de avaliação de treinamentos, a área de T&D no momento, restringe-se ao primeiro nível de avaliação – isto é, avaliação de reação.

9.3 CASUÍSTICA

A população do estudo teve como alvo 89 enfermeiros que atuam nas unidades de maior incidência de úlceras por pressão - UP (Clínica Médico-Cirúrgica- CMC, Pronto Socorro - PS, Unidade de Terapia Intensiva Adulto-UTIA e o Programa de Internação Domiciliar - Prohdom) nos três turnos de trabalho.

A unidade do PS foi incluída no estudo por apresentar uma incidência de UP justificável, em razão da média de permanência dos pacientes internados nessa área, sem leitos de internação disponíveis para a demanda da região.

9.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- ✓ Todos os enfermeiros ativos da instituição que atuam nas áreas assistenciais de maior incidência em UP.

9.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios definidos para exclusão de enfermeiros do estudo foram estar em:

- ✓ Férias
- ✓ Afastamentos
- ✓ Período experimental - 90 dias
- ✓ Alocados em áreas de baixa incidência de UP.

9.6 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

9.6.1 Planejamento

A ação instrucional foi planejada para quatro turmas, as duas primeiras na última semana de julho de 2011 e as duas últimas na primeira semana de agosto de 2011, nos períodos manhã e tarde, com o objetivo de fornecer um maior número de opções possíveis ao público-alvo, e garantir a oportunidade aos profissionais que estavam em férias.

A carga horária definida pela instrutora foi de 3h30, acrescido o tempo de mais 1 hora para o preenchimento dos instrumentos (reação e aprendizagem) com um intervalo de 20min.

A divulgação foi realizada em meio eletrônico na rede interna e exposta nos murais de comunicação, contendo as informações essenciais como: treinamento oferecido, público alvo, carga horária, instrutor, local e data, assim como o número de turmas disponíveis com a quantidade máxima de treinando por turma. Em razão do baixo número de inscritos da unidade do Pronto Socorro, houve uma busca ativa junto à coordenação da área, uma

vez que este treinamento era de caráter obrigatório por compor os indicadores estratégicos da organização.

O pré-teste do instrumento de aprendizagem foi realizado com cinco enfermeiros das áreas que estavam fora dos critérios de inclusão, com a finalidade de identificar o nível de clareza e compreensão das questões e estimar o tempo de preenchimento do instrumento.

Após a definição do conteúdo a instrutora e o enfermeiro de T&D descreveram o plano instrucional transcrito abaixo, partindo dos objetivos definidos, também apresentados nos dados do quadro 2.

Quadro 2 – Planejamento do treinamento de capacitação para prevenção e tratamento de UP do HMMD. 2011

OBJETIVOS	ESTRATÉGIA	TEMPO
Tornar-se consciente da gravidade epidemiológica das UP	Dialógica	20min
Identificar os fatores de riscos para o desenvolvimento de UP	Dialógica Dinâmica	40min
Ser capaz de reconhecer e classificar o estadiamento das lesões	Dialógica Case*	45min
Avaliar padrões de tratamento baseados em evidências	Dialógica Case*	40min
Conhecer e acompanhar os indicadores da área	Dialógica	20min
Reconhecer a responsabilidade do seu papel frente ao desafio de redução da incidência institucional	Dialógica – Troca de experiências	30min

Fonte: Arquivo de dados de T&D da instituição campo de estudo.

Nota: Case*- terminologia utilizada em adaptação do idioma inglês correspondendo em português ao termo estudo de caso.

Para Depresbiteris (1989), os objetivos educacionais devem basear-se em uma intenção e evidenciar explicitamente o tipo de habilidade, de conhecimento e/ou, de atitudes que se pretende desenvolver.

9.6.2 Operacionalização da coleta

A coleta de dados foi dividida em três fases distintas, conforme a descrição a seguir, bem como se deu a composição de cada uma delas.

Primeira fase: Avaliação de reação e aprendizagem

Para avaliar o nível de reação, foi aplicado um instrumento elaborado pela pesquisadora, contendo 21 assertivas relacionadas à percepção do treinando quanto ao programa, instrutor, organização e aplicabilidade do conteúdo no ambiente de trabalho. Foi adotada a escala de “likert”, constituída de cinco intervalos, variando de discordo totalmente (1), discordo (2), não concordo, nem discordo (3), concordo (4) e concordo totalmente (5) (Apêndice 4).

Neste nível de avaliação, o objetivo do pesquisador é investigar se o treinando está satisfeito, ou seja, se tem uma reação favorável em relação ao evento que acabou de participar.

O instrumento de reação foi entregue aos treinandos imediatamente após o término do treinamento, antes mesmo do pós-teste.

Ainda nesta fase da coleta foram aplicados o pré e o pós-testes, instrumentos contendo dez questões fechadas, relacionadas ao processo instrucional para analisar o nível de conhecimento prévio e relacionar com o adquirido, após o treinamento (Apêndice 5).

O instrumento para avaliar a aprendizagem foi elaborado pela instrutora, o enfermeiro de T&D e a pesquisadora. Este foi encaminhado a seis especialistas, três na área de educação e três na área de estomaterapia para validação semântica, analisando a clareza e a objetividade do instrumento. Após o prazo de 15 dias, cinco das quatro pareceristas retornaram com pequenas sugestões para o instrumento. As especialistas em educação fizeram sugestões quanto à redação das afirmativas e número de alternativas de cada questão, sugerindo que fossem cinco alternativas no lugar de quatro. Todas as sugestões foram aceitas e alteradas no instrumento. As especialistas em estomaterapia consideraram o instrumento

claro e de fácil interpretação para o público-alvo sem sugestões para alteração.

A Instituição, campo de estudo, não realiza avaliações sistematizadas da aprendizagem, por conta desta cultura, a pesquisadora deixou claro para todos os treinandos que a avaliação estaria focada no processo de treinamento e não nas pessoas que participariam. Foi reforçado que o desempenho individual daquele momento não faria parte da avaliação de desempenho institucional que é realizada com a participação dos coordenadores e que a pesquisa possibilitaria desenvolver estratégias, visando a melhorias nos futuros processos educativos formais.

Segunda fase - Aplicação dos instrumentos do Impacto em profundidade e largura e de Suporte à Transferência

Após 30 dias do evento instrucional formal, foram entregues aos sujeitos da pesquisa os instrumentos para autoavaliação do Impacto. A sessão 2 do instrumento referente ao impacto em profundidade relacionado aos objetivos do treinamento (Apêndice 6), foi elaborado pela pesquisadora com base no instrumento IMPACT original, desenvolvido e validado por Abbad (1999), o construiu a partir do MAIS de Borges-Andrade. As demais sessões do instrumento eram da mesma autora, sendo mantida a versão original, adaptando apenas o perfil da organização (Anexo 2).

Os instrumentos do impacto em profundidade e impacto em amplitude e suporte à transferência contêm seis sessões, assim, denominadas: (1) Dados pessoais e funcionais; que trazem informações demográficas e funcionais dos treinandos (2) Impacto em profundidade relativo aos objetivos do treinamento contendo nove afirmativas associadas a uma escala de concordância do tipo “Likert” de 1 a 5, sendo 1 nunca utilizo e 5 utilizo sempre; (3) Impacto em largura ou amplitude do treinamento no trabalho com 13 itens de 1 a 5, sendo 1 discordo totalmente e 5 concordo totalmente; autoavaliação do treinando sobre os efeitos produzidos pelo treinamento em seus níveis de desempenho, motivação, autoconfiança e sua abertura para mudanças nos processos de trabalho.

Os instrumentos de suporte à transferência iniciam-se na sessão (4) Fatores situacionais de apoio com nove elementos, que permite ao participante avaliar o suporte gerencial, social (grupo de trabalho) e organizacional que recebe para aplicar no trabalho as novas habilidades aprendidas em treinamento, (5) Suporte material com cinco itens que se referem à opinião dos treinandos quanto à qualidade, quantidade e disponibilidade dos recursos materiais, assim como a adequação do ambiente físico do local de trabalho à transferência de treinamento, (6) Consequências associadas ao uso das novas habilidades com sete elementos, relacionam-se à opinião dos participantes sobre as reações de pares ou superiores diante das tentativas de aplicar, no trabalho, as novas habilidades aprendidas. As últimas sessões 4, 5 e 6 possuem uma escala com pontuação de 1 a 5, sendo 1 “nunca ocorre” e 5 “ocorre sempre”.

O intervalo de tempo de 30 dias após o evento foi determinado para permitir que os treinandos voltassem ao seu ambiente de trabalho e pudessem ter a oportunidade de aplicar o aprendido, tal como sugerem as tendências de pesquisa nessa área (Abbad, 1999).

Nesta fase a coleta de dados foi acordada previamente com cada participante, que recebia o instrumento para preenchimento e faria a devolução na mesma semana.

Terceira fase - Impacto em profundidade - Heteroavaliação

No terceiro momento, a pesquisadora solicitou aos coordenadores diretos de cada treinando para preencher a heteroavaliação individual de cada um deles quanto aos objetivos propostos no planejamento instrucional (Apêndice 7).

Acordado previamente com os quatro coordenadores, o prazo de 20 dias para entrega dos instrumentos. Como a pesquisadora compunha o quadro de coordenação de uma das áreas da instituição, foi delegada a avaliação de seu grupo para a enfermeira sênior que não fez parte do público alvo e tem função de liderança na organização.

9.7 ASPECTOS ÉTICOS

Os dados foram coletados entre julho e outubro de 2011, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein (Processo nº 11/1551 – **Anexo 1**), e após a obtenção do consentimento da instituição onde se realizou a pesquisa (**Apêndice 1**). Inicialmente, foi explicado aos sujeitos sobre a pesquisa e em que consistiria sua participação, apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que deveria ser assinado, caso concordasse em participar dela (**Apêndice 2**). A pesquisadora também se comprometeu a usar os dados exclusivamente para fins da referida pesquisa, esclarecendo que os resultados seriam divulgados por meio de artigos (**Apêndice 3**).

9.8 VARIÁVEIS

Neste estudo foram observadas as seguintes características demográficas e funcionais dos participantes:

- Gênero;
- Idade (anos);
- Tempo de trabalho na instituição (meses);
- Escolaridade;
- Número de treinamentos realizados nos últimos 12 meses;
- Unidade de trabalho;
- Turno de trabalho;
- Questões do instrumento de avaliação de aprendizagem pré-teste (dez variáveis com respostas binárias (correta ou incorreta));
- Questões do instrumento de avaliação de aprendizagem pós-teste (dez variáveis com respostas binárias (correta ou incorreta));
- Pontuação total na avaliação de aprendizagem pré e pós-teste (duas variáveis assumindo valores de 1 a 10)
- Questões da avaliação de reação (21 variáveis ordinais com cinco opções de resposta);

- Pontuação total na avaliação de reação (uma variável assumindo valores de 21 a 105). Esta pontuação foi padronizada de modo a assumir valores de 0 a 10;
- Questões do instrumento de avaliação do IMPACTO (43 variáveis ordinais com cinco opções de resposta);
- Pontuação por seções do instrumento de avaliação do IMPACTO e suporte à transferência (cinco variáveis assumindo valores de 5 a 25, 7 a 35, 9 a 45 ou 13 a 65). Estas pontuações foram padronizadas de modo a assumirem valores de 0 a 10;
- Pontuação geral do instrumento de avaliação do IMPACTO (uma variável assumindo valores entre 43 e 215). Esta pontuação foi padronizada de modo a assumir valores de 0 a 10;
- Questões do instrumento de heteroavaliação (nove variáveis ordinais com cinco opções de resposta); e
- Pontuação total no instrumento de heteroavaliação (uma variável assumindo valores de 0 a 36). Esta pontuação foi padronizada de modo a assumir valores de 0 a 10.

9.9 PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos com os instrumentos foram descritos por frequências absolutas e porcentagens, no caso das variáveis qualitativas e, por médias, medianas, desvios padrão e intervalos interquartis no caso das variáveis numéricas (Bussab e Morettin, 2007).

A estrutura dos instrumentos de avaliação da reação e de impacto em profundidade foi estudada com o uso da análise fatorial exploratória por máxima verossimilhança, gráficos do tipo Scree-plot e análise fatorial confirmatória. A consistência interna desses instrumentos e dos domínios do questionário de avaliação de impacto foi avaliada com o uso de coeficientes alpha de Cronbach (Cronbach, 1951).

Para avaliar o poder de discriminação das questões do instrumento de avaliação da aprendizagem, utilizamos a curva característica dos itens do instrumento (Anjos e Andrade, 2012) e, para a avaliação da consistência

interna, foram calculados coeficientes alpha de Cronbach para o total de questões e aos subgrupos formados pela exclusão de uma questão de cada vez.

Quatro afirmativas tiveram a pontuação invertida para o cálculo das pontuações totais do instrumento de avaliação do impacto, de modo que todas as assertivas pudessem ser interpretadas considerando quanto maior a pontuação melhor o impacto do treinamento. As alternativas foram: “Falta-me tempo para aplicar, no trabalho o que aprendi no treinamento”, “A demanda de trabalho na minha unidade inviabiliza o uso das habilidades que eu aprendi no treinamento”, “Aqui, passam despercebidas minhas tentativas de aplicar no trabalho as novas habilidades que aprendi no treinamento”, “Minha empresa ressalta mais os aspectos negativos (ex.: lentidão, dúvidas) que os positivos em relação ao uso das novas habilidades”.

A presença de associação entre as pontuações nas seções do instrumento de avaliação do impacto, as questões de aprendizagem e reação foram investigadas por meio do cálculo do coeficiente de correlação de Spearman, entre as variáveis (Siegel and Castellan, 1988). A presença de associação entre as características demográficas e funcionais com o aprendizado na forma categorizada foi avaliada com o uso de modelos de Análise de variância (ANOVA) com um fator. A igualdade das variâncias foi avaliada pelo teste de Levene.

A avaliação da concordância entre a autoavaliação e a heteroavaliação foi feita com o uso do coeficiente de correlação intraclasse e gráficos de dispersão e *Bland-Altman* (Bland e Altman, 1986).

A classificação dos coeficientes de correlação e concordância obtidos utilizou as recomendações de Bussab e Morettin (2007), que consideram fracas as correlações de valor absoluto menor ou igual a 0,4, moderada aquelas com valor absoluto maiores que 0,4 e menores ou iguais a 0,7 e fortes aquelas com valor absoluto entre 0,7 e 1,0.

As análises foram realizadas com o auxílio dos programas estatísticos Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Inc., Chicago, IL, USA -

versão 17.0) e R (R Core Team 2012), além dos pacotes Rcmdr (Fox 2005) e sem (Fox 2012).

Os valores de p referentes aos testes utilizados foram considerados estatisticamente significantes, quando menores que 0,05.

10 Resultados

10 RESULTADOS

10.1 DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

A população deste estudo teve como alvo 89 enfermeiros, sendo 22 atuantes na unidade de Clínica Médico Cirúrgica (CMC), 42 do Pronto Socorro Adulto (PSA), 20 da Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTIA) e quatro no programa de internação domiciliar – Prohdom, conforme apresentado na Figura 2.

Figura 2 – Distribuição do público alvo do curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP por unidade de trabalho do HMMD. São Paulo – 2011

Houve 83 participantes ao final do treinamento, mas, destes somente 75 preenchiam os critérios de elegibilidade. Foram excluídos quatro enfermeiros da UTI neonatal, dois da maternidade e dois que estavam de licença na segunda fase da pesquisa. A maior participação foi observada na UTIA (100%), seguida pela Clínica Médico-Cirúrgica (90,1%), PS (76,2%) e Prohdom (75%), de acordo com a Figura 3.

Figura 3 – Participação das unidades alvo no curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP por unidade de trabalho do HMMD. São Paulo – 2011

Quanto à composição da amostra, dos 75 profissionais observados a maioria foi do gênero feminino com 81,3% e apenas 46,7% em nível de especialista. Quanto à distribuição de treinandos por turno de trabalho, foi observada uma distribuição uniforme, com uma discreta predominância de enfermeiros do turno da tarde, 37%, sendo 32% do turno da manhã e 31%, do turno da noite.

A idade média dos treinandos foi 29,4 anos, com desvio-padrão de 5,5 anos. A idade mínima observada foi 22 anos e a máxima, 41 anos. O tempo de casa variou de 4 a 42 meses, com média de 22,5 meses e o desvio-padrão igual a 13,6 meses. Quanto ao número de treinamentos realizados nos últimos 12 meses, o mínimo foi 0 e o máximo 10, com mediana de três treinamentos.

10.2 AVALIAÇÃO DA REAÇÃO

Conforme descrito nos dados da Tabela 1, a reação dos treinandos ao curso foi positiva em todas as assertivas. As maiores concordâncias de satisfação estavam presentes na 1ª assertiva que se referia à apresentação clara dos objetivos do treinamento e na 15ª que retratava o quanto os treinandos estavam estimulados a aplicar os conhecimentos aprendidos em sua prática, ambas as assertivas com 75 (100%) de concordância. Quanto à carga horária programada para o evento, embora tenha atingido um nível de satisfação favorável de 66 (88%) foi o maior achado de insatisfação com 3 (4%) à afirmação.

Tabela 1 – Descrição das questões do instrumento de avaliação de reação dos treinandos em relação ao Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo – 2011

Afirmação	Discordo totalmente		Não concordo, nem discordo		Concordo totalmente	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Os objetivos foram definidos e apresentados com clareza.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	36 (48,0)	39 (52,0)	
O treinamento foi compatível com as minhas necessidades de treinamento.	0 (0)	0 (0)	2 (2,7)	44 (58,7)	29 (38,7)	
A carga horária programada para apresentação do conteúdo e das atividades práticas foi adequada	0 (0)	3 (4,0)	6 (8,0)	45 (60,0)	21 (28,0)	
O conteúdo apresentado foi adequado para atender os objetivos do treinamento.	0 (0)	0 (0)	1 (1,3)	42 (56,0)	32 (42,7)	
A estrutura do local do curso foi de boa qualidade.	0 (0)	1 (1,3)	3 (4,0)	32 (42,7)	39 (52,0)	
O material distribuído foi claro e objetivo.	0 (0)	0 (0)	3 (4,0)	26 (34,7)	46 (61,3)	
O material distribuído será útil para consulta e aplicação na minha prática.	0 (0)	0 (0)	2 (2,7)	29 (38,7)	44 (58,7)	
Os conhecimentos aprendidos neste treinamento são aplicáveis no meu ambiente de trabalho.	0 (0)	0 (0)	2 (2,7)	23 (30,7)	50 (66,7)	
As condições do local onde trabalho favorecem a aplicação deste conhecimento em curto prazo.	0 (0)	2 (2,7)	6 (8,0)	39 (52,0)	28 (37,3)	
Consegui assimilar os conhecimentos transmitidos no treinamento.	0 (0)	0 (0)	1 (1,3)	45 (60,0)	29 (38,7)	
Sou capaz de reconhecer as situações de trabalho para aplicar os novos conhecimentos.	0 (0)	0 (0)	1 (1,3)	44 (58,7)	30 (40,0)	
Meu desempenho no trabalho tem probabilidade de melhorar após o treinamento.	0 (0)	0 (0)	1 (1,3)	28 (37,3)	46 (61,3)	
Sou capaz de transmitir os conhecimentos adquiridos no treinamento a outros funcionários de minha área.	0 (0)	0 (0)	2 (2,7)	36 (48,0)	37 (49,3)	
É provável que ocorram melhorias nas atividades desenvolvidas pelo meu grupo de trabalho, com base nos conhecimentos adquiridos no treinamento.	0 (0)	1 (1,3)	1 (1,3)	37 (49,3)	36 (48,0)	
Estou estimulado a aplicar, no trabalho, os conhecimentos aprendidos neste treinamento.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	34 (45,3)	41 (54,7)	
O instrutor demonstrou conhecimento e segurança na abordagem dos conteúdos.	0 (0)	0 (0)	4 (5,3)	19 (25,3)	52 (69,3)	
O tema foi apresentado em sequência lógica e facilitadora do aprendizado.	0 (0)	0 (0)	2 (2,7)	29 (38,7)	44 (58,7)	
O nível de complexidade da abordagem do tema foi compatível com os objetivos do treinamento.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	39 (52,0)	36 (48,0)	
O instrutor se mostrou disponível a esclarecer dúvidas.	0 (0)	0 (0)	1 (1,3)	20 (26,7)	54 (72,0)	
O instrutor interagiu com o grupo de treinandos, estimulando-os a manifestar suas idéias.	0 (0)	0 (0)	2 (2,7)	21 (28,0)	52 (69,3)	
O instrutor utilizou recursos audiovisuais com objetividade, clareza e domínio.	0 (0)	0 (0)	3 (4,0)	20 (26,7)	52 (69,3)

Quando foi considerada a pontuação total no instrumento de reação dos treinandos, em uma escala de 0 a 10, a média observada de reação foi 8,7, variando de 7,0 a 10, com desvio padrão de 0,9 e mediana de 8,8.

10.3 AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM

Todos os treinandos foram submetidos à avaliação de aprendizagem por intermédio dos pré e pós-testes, permitindo medir o conhecimento antes da ação instrucional e o que foi agregado, após a ação. Conforme representado nos dados da Tabela 2, observou-se um aumento na proporção de acertos em nove das dez questões consideradas. Chama a atenção a proporção de acertos na Questão 1 que diminuiu, consideravelmente, de 63 (84%) para 34 (45,3%), após o treinamento. A Questão 4 apresentou a maior proporção de respostas incorretas no momento pré 72 (96%), revertendo no momento pós, para apenas 19 (25%) de respostas corretas.

Tabela 2 – Distribuição das respostas corretas e incorretas nos momentos pré e pós do Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011

Questão	Momento		valor p para o teste de alteração da proporção de respostas corretas do pré para o pós
	Pré n(%)	Pós n(%)	
1 - Quanto aos conceitos de Úlcera por Pressão (UP):			<u><0,001</u>
Incorreta	12 (16,0)	41 (54,7)	
Correta	63 (84,0)	34 (45,3)	
2 - Quanto à classificação das UP			0,084
Incorreta	17 (22,7)	9 (12,0)	
Correta	58 (77,3)	66 (88,0)	
3 - Coloque (V) para Verdadeiro e (F).			<u>0,003</u>
Incorreta	66 (88,0)	51 (68,0)	
Correta	9 (12,0)	24 (32,0)	

(Continua)

(Continuação)

Questão	Momento		valor p para o teste de alteração da proporção de respostas corretas do pré para o pós
	Pré n(%)	Pós n(%)	
4 – Fatores intrínsecos que contribuem para UP.			<u><0,001</u>
Incorreta	72 (96,0)	<u>56 (74,7)</u>	
Correta	3 (4,0)	<u>19 (25,3)</u>	
5 – Variáveis da escala de BRADEN			<u><0,001</u>
Incorreta	32 (42,7)	9 (12,0)	
Correta	43 (57,3)	66 (88,0)	
6 – Quanto às medidas preventivas			<u><0,001</u>
Incorreta	20 (26,7)	<u>3 (4,0)</u>	
Correta	55 (73,3)	<u>72 (96,0)</u>	
7 - O processo de cicatrização da UP			<u>0,003</u>
Incorreta	58 (77,3)	41 (54,7)	
Correta	17 (22,7)	34 (45,3)	
8 – Processo de avaliação e plano de cuidado.			0,063
Incorreta	65 (86,7)	<u>56 (74,7)</u>	
Correta	10 (13,3)	<u>19 (25,3)</u>	
9 - Tratamento da UP não se deve:			0,102
Incorreta	40 (53,3)	30 (40,0)	
Correta	35 (46,7)	45 (60,0)	
10 – Fatores extrínsecos que contribuem para UP			0,852
Incorreta	55 (73,3)	<u>56 (74,7)</u>	
Correta	20 (26,7)	<u>19 (25,3)</u>	

(Conclusão)

As respostas obtidas pelos enfermeiros nas duas avaliações da aprendizagem (pré e pós) estão apresentadas nos dados da Tabela 3, demonstrando o desempenho por indivíduo.

Tabela 3 – Descrição das alterações nas respostas corretas e incorretas de cada sujeito nos momentos pré e pós do Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011

Questão	Possibilidades de desempenho nos dois testes				Total	Valor p para alteração entre pré e pós
	Número de treinandos que erraram no pré teste e erraram no pós teste	Número de treinandos que erraram no pré teste e acertaram no pós teste	Número de treinandos que acertaram no pré teste e erraram no pós teste	Número de treinandos que acertaram no pré teste e acertaram no pós teste		
1	<u>10 (13,3%)</u>	02 (2,7%)	<u>31 (41,3%)</u>	32 (42,7%)	75 (100,0%)	<0,001
2	<u>04 (5,3%)</u>	13 (17,3%)	<u>05 (6,7%)</u>	<u>53 (70,7%)</u>	75 (100,0%)	0,096
3	<u>46 (61,3%)</u>	20 (26,7%)	<u>05 (6,7%)</u>	04 (5,3%)	75 (100,0%)	0,004
4	<u>53 (70,7%)</u>	19 (25,3%)	<u>03 (4,0%)</u>	00 (0,0%)	75 (100,0%)	0,001
5	<u>07 (9,3%)</u>	<u>25 (33,3%)</u>	<u>02 (2,7%)</u>	41 (54,7%)	75 (100,0%)	<0,001
6	<u>01 (1,3%)</u>	19 (25,3%)	<u>02 (2,7%)</u>	<u>53 (70,7%)</u>	75 (100,0%)	<0,001
7	<u>36 (48,0%)</u>	22 (29,3%)	<u>05 (6,7%)</u>	12 (16,0%)	75 (100,0%)	0,002
8	<u>51 (68,0%)</u>	14 (18,7%)	<u>05 (6,7%)</u>	05 (6,7%)	75 (100,0%)	0,064
9	<u>27 (36,0%)</u>	13 (17,3%)	<u>03 (4,0%)</u>	32 (42,7%)	75 (100,0%)	0,021
10	<u>45 (60,0%)</u>	10 (13,3%)	<u>11 (14,7%)</u>	09 (12,0%)	75 (100,0%)	>0,999

A maioria dos indivíduos apresentou um acréscimo no número de questões respondidas corretamente. Chama atenção a Questão 1, em que das 12 pessoas que responderam incorretamente no pré, apenas duas responderam corretamente, após o treinamento e, das 63 que responderam corretamente no pré, 31 responderam incorretamente no pós-teste. Além disso, na Questão 10, observa-se que, das 55 pessoas que responderam à questão incorretamente no pré-teste, apenas dez responderam corretamente no pós-teste e, das 20 pessoas que acertaram a questão no pré-teste, nove erraram, após o treinamento.

O maior índice de aprendizagem foi observado na Questão 5 “*Dentre os principais instrumentos de avaliação de risco para UP, a mais utilizada é a escala de BRADEN, que avalia seis variáveis*” em que, das 32 pessoas que responderam incorretamente no primeiro momento, 25 responderam corretamente no segundo momento e, das 43 que responderam corretamente no pré, 41 também responderam corretamente no pós.

Considerando a avaliação da aprendizagem por indivíduo, dos 75 enfermeiros participantes, 49 (65,3%) aprenderam algo, após o treinamento, 16 (21,3%) mantiveram-se no mesmo nível, e 10 (13,3%) diminuíram a nota no pós, em relação ao momento pré.

Quando a pontuação total do instrumento de avaliação de aprendizagem foi considerada, nota-se que a maioria dos participantes tinha a pontuação aumentada, após o treinamento, mas chamou a atenção o número de pessoas que obteve nota pós-treinamento menor que a nota obtida, antes do treinamento, conforme a Figura 4. No pré, a menor nota observada foi 1 e a maior foi 7; e no pós, a menor nota foi 3 e a maior 9.

Figura 4 – Representação individual das alterações nas notas de cada participante nos momentos pré e pós do Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011

De acordo com a Figura 5, a pontuação observada no pré-teste teve média de 4,2, com desvio padrão de 1,5. No pós-teste, a pontuação média foi 5,5 com desvio-padrão de 1,5. O acréscimo médio na nota foi significativo e de magnitude 1,28 ($p < 0,001$), com intervalo de 95% de confiança (0,87;

1,69). A correlação entre as medidas realizadas nos dois momentos foi considerada fraca (coeficiente de correlação de Spearman = 0,271).

Figura 5 – Representação média das notas dos sujeitos nos momentos pré e pós do Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011

10.4 AVALIAÇÃO DO IMPACTO E SUPORTE À TRANSFERÊNCIA

Foi observado impacto positivo do treinamento, e em uma escala de 0 a 10, o impacto médio do treinamento foi 7,5, variando de 5,1 a 9,7. Quando considerado apenas o impacto do treinamento em amplitude evidencia-se o melhor resultado com o valor médio 8,2, variando de 5,6 a 10 e, embora positivo, a menor frequência foi encontrada nos fatores situacionais de apoio, em que o valor médio foi 6,5, com mínimo de 3,3 e máximo de 8,9, conforme os dados da Tabela 10.

Tabela 4 – Medidas resumo do impacto relativo ao Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011

Impacto	Média	Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Impacto em profundidade (0 a 10)	7,91	1,36	3,89	8,06	10,00
Impacto do treinamento no trabalho (0 a 10)	8,17	1,07	5,58	8,46	10,00
Fatores situacionais de apoio (0 a 10)	6,50	1,25	3,33	6,67	8,89
Suporte material (0 a 10)	7,78	1,62	2,50	7,50	10,00
Consequências associadas ao uso das novas habilidades (0 a 10)	6,67	1,53	2,86	6,43	10,00
IMPACTO (0 a 10)	7,48	0,99	5,06	7,38	9,65

Quanto ao impacto em profundidade, referente aos objetivos do treinamento destaca-se a primeira assertiva “Identificação dos fatores de riscos que levam ao desenvolvimento de uma UP”, por apresentarem o melhor resultado, com 96% de respostas “*frequentemente*” e “*utilizo sempre*”. Enquanto as assertivas que apresentaram o resultado mais negativo, foram referentes ao acompanhamento dos indicadores (Questão 9), com 20% de respostas “*nunca utilizo*” e “*raramente*”, e a promoção de ações que elevam a adesão da equipe ao protocolo (Questão 7), com 8% de respostas “*nunca utilizo*” e “*raramente*”, de acordo com os dados da Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição das respostas obtidas do instrumento Impacto em profundidade aplicado no Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011

Afirmação	Nunca utilizo	Raramente	Algumas vezes	Frequente mente	Utilizo sempre
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
1. Identifico previamente todos os fatores de riscos que possam levar ao desenvolvimento de uma úlcera por pressão UP.	0 (0)	0 (0)	3 (4,0)	27 (36,0)	45 (60,0)
2. Planejo o tratamento conforme as necessidades individuais do paciente, considerando também o tipo de lesão.	0 (0)	0 (0)	6 (8,0)	26 (34,7)	43 (57,3)
3. Reconheço todos os estágios de úlcera por pressão (UP).	0 (0)	0 (0)	8 (10,7)	33 (44,0)	34 (45,3)
4. Utilizo o melhor material que tenho disponível promovendo a prevenção de novas úlceras.	0 (0)	0 (0)	8 (10,7)	21 (28,0)	46 (61,3)
5. Reavalio diariamente o paciente, considerando todos os fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de UP através da escala padronizada de avaliação (Braden).	1 (1,3)	3 (4,0)	14 (18,7)	23 (30,7)	34 (45,3)
6. Aplico o protocolo como ferramenta diária na prevenção e tratamento das úlceras por pressão.	2 (2,7)	3 (4,0)	13 (17,3)	24 (32,0)	33 (44,0)
7. Promovo ações que visam aumentar a adesão dos meus funcionários em relação ao protocolo institucional.	1 (1,3)	5 (6,7)	18 (24,0)	31 (41,3)	20 (26,7)
8. Supervisiono a técnica correta dos meus funcionários na aplicação prática das medidas preventivas e curativas.	0 (0)	1 (1,3)	13 (17,3)	38 (50,7)	23 (30,7)
9. Acompanho o indicador de UP na minha unidade e sugiro ações de melhoria.	4 (5,3)	11 (14,7)	26 (34,7)	23 (30,7)	11 (14,7)

Quanto ao impacto do treinamento no trabalho, identifica-se que os treinandos têm grande interesse em aplicar no trabalho as novas habilidades aprendidas no treinamento (Questão 13), e 98,7% “concordam” ou “concordam totalmente” com esta assertiva. Embora o impacto do treinamento no trabalho seja considerado alto, o menor resultado referiu-se a executar com maior rapidez o trabalho, quando as novas habilidades eram aplicadas (Questão 5), em que 4% dos treinandos “discordam” conforme apresentado nos dados da Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição das respostas obtidas do instrumento Impacto do treinamento no trabalho aplicado no Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011

Afirmação	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. Utilizo, com frequência, em meu trabalho atual, o que foi ensinado no treinamento.	0 (0)	2 (2,7)	3 (4,0)	37 (49,3)	33 (44,0)
2. Aproveito as oportunidades que tenho para colocar em prática o que me foi ensinado no treinamento.	0 (0)	0 (0)	2 (2,7)	27 (36,0)	46 (61,3)
3. As habilidades que aprendi no treinamento fizeram com que eu cometesse menos erros, em meu trabalho, em atividades relacionadas ao conteúdo do treinamento.	0 (0)	0 (0)	2 (2,7)	29 (38,7)	44 (58,7)
4. Recordo-me bem dos conteúdos ensinados no treinamento.	0 (0)	2 (2,7)	4 (5,3)	52 (69,3)	17 (22,7)
5. Quando aplico o que aprendi no treinamento, executo meu trabalho com maior rapidez.	0 (0)	3 (4,0)	10 (13,3)	37 (49,3)	25 (33,3)
6. A qualidade do meu trabalho melhorou nas atividades diretamente relacionadas ao conteúdo do treinamento.	0 (0)	0 (0)	5 (6,7)	36 (48,0)	34 (45,3)
7. A qualidade do meu trabalho melhorou mesmo naquelas atividades que não pareciam estar relacionadas ao conteúdo do treinamento.	0 (0)	1 (1,3)	15 (20,0)	38 (50,7)	21 (28,0)
8. Minha participação no treinamento serviu para aumentar minha motivação para o trabalho.	0 (0)	2 (2,7)	14 (18,7)	29 (38,7)	30 (40,0)
9. Minha participação nesse treinamento aumentou minha auto-confiança.	0 (0)	2 (2,7)	7 (9,3)	34 (45,3)	32 (42,7)
10. Após minha participação no treinamento, tenho sugerido, com mais frequência, mudanças nas rotinas de trabalho.	0 (0)	2 (2,7)	11 (14,7)	45 (60,0)	17 (22,7)
11. Esse treinamento que fiz tornou-me mais receptivo a mudanças no trabalho.	0 (0)	1 (1,3)	15 (20,0)	42 (56,0)	17 (22,7)
12. O treinamento que fiz beneficiou meus colegas de trabalho, que aprenderam comigo algumas novas habilidades.	0 (0)	0 (0)	9 (12,0)	38 (50,7)	28 (37,3)
13. Tenho grande interesse em aplicar, no meu trabalho, o que foi ensinado no treinamento.	0 (0)	1 (1,3)	0 (0)	26 (34,7)	48 (64,0)

Dentre as assertivas relativas aos fatores situacionais de apoio, observa-se que o baixo impacto devem-se, sobretudo, à falta de tempo para aplicar no trabalho, o que o treinando aprendeu com 25,4% de respostas nas categorias “*frequentemente*” e “*ocorre sempre*”, seguidas da alta demanda de trabalho que inviabiliza a aplicação de novas habilidades com 24% de respostas “*frequentemente*” e “*ocorre sempre*”. Além disso, 21,3% dos profissionais acreditam que lhes faltam oportunidade de praticar as habilidades recém-adquiridas, conforme apresentado na tabela.

Tabela 7 – Distribuição das respostas obtidas na seção 4 - Fatores Situacionais de Apoio aplicado no Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011

Afirmação	Nunca ocorre	Raramente	Algumas vezes	Frequente- mente	Ocorre sempre
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1.Tenho tido oportunidades de usar no meu trabalho as habilidades que aprendi no treinamento.	0 (0)	2 (2,7)	22 (29,3)	32 (42,7)	19 (25,3)
2. Falta-me tempo para aplicar no trabalho o que aprendi no treinamento.	7 (9,3)	23 (30,7)	26 (34,7)	11 (14,7)	8 (10,7)
3. Os objetivos de trabalho estabelecidos por minha liderança encorajam-me a aplicar o que aprendi no treinamento.	0 (0)	1 (1,3)	13 (17,3)	41 (54,7)	20 (26,7)
4. A demanda de trabalho na minha unidade inviabilizam o uso das habilidades que eu aprendi no treinamento.	7 (9,3)	14 (18,7)	36 (48,0)	14 (18,7)	4 (5,3)
5. Tenho tido oportunidades de praticar habilidades importantes (recém-adquiridas no treinamento), mas, comumente, pouco usadas no trabalho.	4 (5,3)	12 (16,0)	24 (32,0)	34 (45,3)	1 (1,3)
6. Os obstáculos e dificuldades associados à aplicação das novas habilidades que adquiri no treinamento são identificados e removidos por minha liderança	5 (6,7)	9 (12,0)	17 (22,7)	35 (46,7)	9 (12,0)
7. Tenho sido encorajado por minha liderança imediata a aplicar, no meu trabalho, o que aprendi no treinamento.	1 (1,3)	5 (6,7)	13 (17,3)	31 (41,3)	25 (33,3)
8. Minha liderança direta tem criado oportunidades para planejar comigo o uso das novas habilidades.	1 (1,3)	9 (12,0)	20 (26,7)	34 (45,3)	11 (14,7)
9. Eu recebo as informações necessárias à correta aplicação das novas habilidades no meu trabalho.	0 (0)	3 (4,0)	16 (21,3)	37 (49,3)	19 (25,3)

Os achados referentes a suporte material mostraram que 10% dos profissionais consideraram o local de trabalho inadequado para aplicação das novas habilidades (Questão 5). A assertiva que mais contribuiu para o alto impacto em relação a suporte material foi a que se referiu às boas condições dos materiais em uso (Questão 3), na qual 92% dos profissionais disseram “concordar” ou “concordar totalmente” com esta afirmativa, de acordo com os dados da Tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição das respostas obtidas na seção 5 - Suporte material aplicado no Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011

Afirmiação	Nunca ocorre	Raramente	Algumas vezes	Frequente-mente	Ocorre sempre
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. Minha empresa tem fornecido os recursos materiais (equipamentos, materiais, (mobiliários e similares) necessários ao bom uso, no trabalho, das habilidades que aprendi no treinamento.	0 (0)	2 (2,7)	14 (18,7)	32 (42,7)	27 (36,0)
2. Os móveis, materiais, equipamentos e similares têm estado disponíveis em quantidade suficiente à aplicação do que aprendi no treinamento.	0 (0)	5 (6,7)	15 (20,0)	38 (50,7)	17 (22,7)
3. Os materiais por mim utilizados estão em boas condições de uso.	0 (0)	1 (1,3)	5 (6,7)	33 (44,0)	36 (48,0)
4. Os materiais são de qualidade compatível com o uso das novas habilidades.	0 (0)	1 (1,3)	8 (10,7)	35 (46,7)	31 (41,3)
5. O local onde trabalho, no que se refere ao espaço, mobiliário, iluminação, ventilação e/ou nível de ruído, é adequado à aplicação correta das habilidades que adquiri no treinamento.	2 (2,7)	6 (8,0)	14 (18,7)	30 (40,0)	23 (30,7)

A consequência predominante associada ao uso das novas habilidades foi que as sugestões dos treinandos sobre o treinamento foram levadas em consideração no ambiente de trabalho (Questão 1), com 82% de respostas “frequentemente” ou “ocorre sempre”. Chama atenção a assertiva 7, em que 40% dos treinandos afirmaram não serem corrigidos ao cometerem erros referentes às habilidades adquiridas no treinamento, conforme os dados da Tabela 9.

Tabela 9 – Distribuição das respostas obtidas na seção 6 - Consequências associadas ao uso das novas habilidades aplicado no Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011

Afirmação	Nunca ocorre	Raramente	Algumas vezes	Frequente-mente	Ocorre sempre
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. Em meu ambiente de trabalho, minhas sugestões, em relação ao que foi ensinado no treinamento são levadas em consideração.	0 (0)	3 (4,0)	11 (14,7)	41 (54,7)	20 (26,7)
2. Meus colegas mais experientes apóiam as tentativas que faço de usar no trabalho o que aprendi no treinamento.	0 (0)	2 (2,7)	17 (22,7)	35 (46,7)	21 (28,0)
3. Aqui, passam despercebidas minhas tentativas de aplicar no trabalho as novas habilidades que aprendi no treinamento.	20 (26,7)	32 (42,7)	16 (21,3)	5 (6,7)	2 (2,7)
4. Minha empresa ressalta mais os aspectos negativos (ex.: lentidão, dúvidas) do que os positivos em relação ao uso das novas habilidades.	23 (30,7)	36 (48,0)	10 (13,3)	3 (4,0)	3 (4,0)
5. Tenho recebido elogios quando aplico corretamente no trabalho as novas habilidades que aprendi.	6 (8,0)	16 (21,3)	23 (30,7)	21 (28,0)	9 (12,0)
6. Quando tenho dificuldades em aplicar eficazmente as novas habilidades, recebo orientações sobre como fazê-lo.	1 (1,3)	3 (4,0)	24 (32,0)	28 (37,3)	19 (25,3)
7. Chamam minha atenção quando cometo erros ao utilizar as habilidades que adquiri no treinamento.	12 (16,0)	18 (24,0)	21 (28,0)	17 (22,7)	7 (9,3)

10.5 AVALIAÇÃO DO IMPACTO EM PROFUNDIDADE - HETEROAVALIAÇÃO

O impacto em profundidade referente aos objetivos do treinamento avaliado pelos gestores na heteroavaliação mostrou um resultado positivo, porém, menor que o avaliado pelos indivíduos na autoavaliação do mesmo instrumento, com média 6,4, desvio-padrão de 1,4 e variando de 2,5 a 10,0. Na heteroavaliação, 50% dos gestores avaliaram o impacto referente aos objetivos como menor ou igual a 6,4. (Mediana)

Como fator positivo, os gestores identificaram a reavaliação diária dos pacientes por meio de escala padronizada, confirmando que 81,3% de seus enfermeiros “*utilizam sempre*” ou “*frequentemente*”, embora 6,7% dos participantes “*nunca utilizem*”, sob o ponto de vista da liderança. Como fator negativo, identificado o acompanhamento do indicador de UP (Questão 9), em que os gestores afirmaram que 53,3% dos participantes “*nunca*” ou “*raramente*” utilizam, e a promoção de ações com o objetivo de aumentar a adesão dos funcionários ao protocolo institucional (Questão 7), nos quais os avaliadores consideraram que 26,6% dos enfermeiros participantes “*nunca*” ou “*raramente*” utilizaram alguma estratégia para este fim, de acordo com os dados da Tabela 10.

Tabela 10 – Distribuição das respostas obtidas na heteroavaliação do Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011

Afirmação	Nunca utilizo	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Utilizo sempre
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. Identifica todos os fatores de riscos de desenvolvimento de uma UP.	0 (0)	1 (1,3)	16 (21,3)	47 (62,7)	11 (14,7)
2. Planeja o tratamento conforme as necessidades individuais do paciente, considerando o tipo de lesão.	0 (0)	1 (1,3)	17 (22,7)	47 (62,7)	10 (13,3)
3. Reconhece todos os estágios de úlcera por pressão (UP).	0 (0)	1 (1,3)	16 (21,3)	47 (62,7)	11 (14,7)
4. Utiliza as estratégias de prevenção disponíveis que envolvem materiais e ações.	0 (0)	1 (1,3)	14 (18,7)	49 (65,3)	11 (14,7)
5. Reavalia diariamente o paciente por meio da escala de Braden.	5 (6,7)	2 (2,7)	7 (9,3)	51 (68,0)	10 (13,3)
6. Aplica o protocolo institucional como ferramenta na prevenção e tratamento das UP.	0 (0)	2 (2,7)	17 (22,7)	47 (62,7)	9 (12,0)
7. Promove ações visando aumentar a adesão dos funcionários ao protocolo institucional.	4 (5,3)	16 (21,3)	30 (40,0)	20 (26,7)	5 (6,7)
8. Supervisiona a técnica correta dos funcionários na aplicação prática das medidas preventivas e curativas.	0 (0)	9 (12,0)	36 (48,0)	22 (29,3)	8 (10,7)
9. Acompanha o indicador de UP da unidade e sugere melhorias.	31 (41,3)	9 (12,0)	28 (37,3)	3 (4,0)	4 (5,3)

10.6 AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA E CONSISTÊNCIA INTERNA DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA REAÇÃO

O instrumento de avaliação de reação foi desenvolvido com uma estrutura de cinco domínios, denominados Programação (Itens 1, 2, 3, 4, 17 e 18), Recursos (Itens 5, 6 e 7), Aplicabilidade (Itens 8, 9 e 11), Resultados (Itens 10, 12, 13, 14 e 15) e Instrutor (Itens 16, 19, 20 e 21). Para a confirmação do número de domínios do instrumento, foi realizada uma análise fatorial exploratória por máxima verossimilhança, que mostrou indícios de adequação à estrutura de cinco fatores, que explicaram 60% da variância total dos dados, conforme apresentado nos dados da Tabela 11 e representado na Figura 6.

Tabela 11 – Resultados da análise fatorial exploratória do instrumento de reação ao Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011

Fator	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5
Proporção da variância explicada pelo fator	15,6%	13,7%	11,5%	11,3%	8,1%
Porção cumulativa da variância explicada pelos fatores	15,6%	29,3%	40,8%	52,1%	60,2%
Teste de suficiência de 5 fatores: Qui-Quadrado=126,41, graus de liberdade = 115, valor p = 0,220

Ponto de inflexão que indica 5 fatores indicado

Figura 6 – Gráfico Scree-plot referente aos dados de reação ao Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011

Após a confirmação do número de domínios a serem considerados, foi realizada uma análise fatorial confirmatória para verificar a adequação da composição de assertivas em cada domínio. Os resultados desta análise (Tabela 12) mostraram que todas as assertivas estavam relacionadas com seus respectivos fatores originais, já que todos os parâmetros eram estatisticamente significantes ($p < 0,001$). Adicionalmente, pôde-se observar que houve correlação importante entre todos os domínios, assumindo valores entre 0,64 e 0,96. Apesar da forte correlação entre os domínios, as medidas de qualidade de ajuste do modelo foram razoáveis, com GFI 0,738 (valores próximos de 0,90 indicam bom ajuste), Índice RMSEA 0,096 (valores entre 0,6 e 0,8 indicam bom ajuste) e CFI 0,853 (valores acima de 0,9 indicam bom ajuste), de modo que a estrutura original do instrumento foi mantida e considerada adequada sobretudo pela facilidade de interpretação dos domínios.

Tabela 12 – Estrutura e confiabilidade do instrumento de avaliação de reação aplicado no Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011

Fator (Alpha de Cronbach)	Assertiva	Carga fatorial	Erro padrão	valor p
Programação (0,831)	Q1-os objetivos foram definidos e apresentados com clareza.	0,73	0,10	<0,001
	Q2 - O treinamento foi compatível com as minhas necessidades de treinamento.	0,56	0,11	<0,001
	Q3 - A carga horária programada para apresentação do conteúdo e das atividades práticas foi adequada.	0,39	0,12	<0,001
	Q4 - O conteúdo apresentado foi adequado para atender aos objetivos do treinamento.	0,73	0,11	<0,001
	Q17 - O tema foi apresentado em sequência lógica e facilitadora do aprendizado.	0,77	0,10	<0,001
	Q18 - O nível de complexidade da abordagem do tema foi compatível com os objetivos do treinamento.	0,76	0,10	<0,001
Recursos (0,709)	Q5 - A estrutura do local do curso foi de boa qualidade.	0,36	0,12	<0,001
	Q6 - O material distribuído foi claro e objetivo.	0,87	0,10	<0,001
	Q7 - O material distribuído será útil para consulta e aplicação na minha prática.	0,88	0,10	<0,001
	Q8 - Os conhecimentos aprendidos neste treinamento são aplicáveis no meu ambiente de trabalho.	0,61	0,12	<0,001
Aplicabilidade (0,566)	Q9 - As condições do local onde trabalho favorecem a aplicação deste conhecimento em curto prazo.	0,44	0,12	<0,001
	Q11 - Sou capaz de reconhecer as situações de trabalho para aplicar os novos conhecimentos.	0,57	0,12	<0,001
	Q10 - Consegui assimilar os conhecimentos transmitidos no treinamento.	0,63	0,11	<0,001
	Q12 - Meu desempenho no trabalho tem probabilidade de melhorar após o treinamento.	0,71	0,11	<0,001
Resultados (0,845)	Q13 - Sou capaz de transmitir os conhecimentos adquiridos no treinamento a outros funcionários de minha área.	0,71	0,11	<0,001
	Q14 - É provável que ocorram melhorias nas atividades desenvolvidas pelo meu grupo de trabalho, com base nos conhecimentos adquiridos no treinamento.	0,75	0,10	<0,001
	Q15 - Estou estimulado à aplicar, no trabalho, os conhecimentos aprendidos neste treinamento.	0,81	0,10	<0,001
	Q16 - O instrutor demonstrou conhecimento e segurança na abordagem dos conteúdos.	0,86	0,10	<0,001
Instrutor (0,852)	Q19 - O instrutor se mostrou disponível a esclarecer dúvidas.	0,79	0,10	<0,001
	Q20 - O instrutor interagiu com o grupo de treinandos, estimulando-os a manifestar suas idéias.	0,74	0,10	<0,001
	Q21 - O instrutor utilizou recursos audiovisuais com objetividade, clareza e domínio.	0,67	0,11	<0,001

10.7 AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO DE APRENDIZAGEM

A avaliação do poder de discriminação das questões do instrumento de avaliação da aprendizagem mostrou inadequação do instrumento como se observa pelas curvas de informação dos itens (Figura 7), que apresentaram baixa inclinação. A questão a apresentar melhor poder de discriminação foi a 7 “O processo de cicatrização da UP...” , e a questão 8 “Processo de avaliação e plano de cuidados da UP” mostrou o menor poder de discriminação.

A consistência interna do instrumento foi insatisfatória, com coeficiente alpha de Cronbach 0,358 para todas as questões. Quando excluídos os itens um a um, observou-se uma melhora na estrutura do instrumento na exclusão do item 8, alcançando um coeficiente igual a 0,437, ainda considerado baixo.

Figura 7 – Curvas Características dos itens do instrumento de avaliação da aprendizagem do Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP. São Paulo, 2011

10.8 AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA E CONSISTÊNCIA INTERNA DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE IMPACTO EM PROFUNDIDADE

O instrumento de avaliação de impacto em profundidade foi adaptado para aplicação neste estudo, reduzindo-se o número de assertivas a nove e adequando aos objetivos do treinamento. Com isso, foi realizada a avaliação da estrutura do instrumento modificado. Para a identificação do número de domínios do instrumento, foi feita uma análise fatorial exploratória por máxima verossimilhança que mostrou indícios de adequação à estrutura de dois fatores, que explicaram 47,3% da variância total dos dados (Tabela 13 e Figura 8).

Tabela 13 – Resultados da análise fatorial exploratória do instrumento de impacto em profundidade do Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011

Fator	Fator 1	Fator 2
Proporção da variância explicada pelo fator	26,7%	20,6%
Porção cumulativa da variância explicada pelos fatores	26,7%	47,3%
Teste de suficiência de 2 fatores: Qui-Quadrado=20,02,41, graus de liberdade = 19, valor p = 0,393

Figura 8 – Gráfico Scree-plot referente aos dados de impacto em profundidade no Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP. São Paulo, 2011

A análise das cargas fatoriais indicou a composição de um domínio formado pelas assertivas 1, 2, 3 e 4 e de um segundo domínio formado pelas assertivas 5, 6, 7, 8 e 9. Após a análise fatorial exploratória, foi realizada a análise fatorial confirmatória para verificar a adequação da composição de assertivas em cada domínio. Os resultados desta análise apresentados nos dados da Tabela 14 mostraram que, exceto pela assertiva 3, que apresentou correlação baixa com seu fator, as demais assertivas estavam relacionadas com seus respectivos fatores, já que os parâmetros eram estatisticamente significantes e que estes dois domínios estavam correlacionados (correlação = 0,71). O modelo especificado apresentou bom ajuste, verificado pelos índices GFI 0,904 (valores próximos de 0,90 indicam bom ajuste), Índice RMSEA 0,077 (valores entre 0,6 e 0,8 indicam bom ajuste) e CFI 0,944 (valores acima de 0,9 indicam bom ajuste), de modo que a estrutura de dois domínios foi confirmada.

Tabela 14 – Estrutura e confiabilidade do instrumento de avaliação de impacto em profundidade aplicado no Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011

Fator (Alpha de Cronbach)	Assertiva	Carga fatorial	Erro padrão	valor p
Fator 1 (0,822)	5. Reavalio diariamente o paciente, considerando todos os fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de UP através da escala padronizada de avaliação (Braden).	0,722	0,101	<0,001
	6. Aplico o protocolo como ferramenta diária na prevenção e tratamento das úlceras por pressão.	0,766	0,107	<0,001
	7. Promovo ações que visam aumentar a adesão dos meus funcionários em relação ao protocolo institucional.	0,570	0,107	0,001
	8. Supervisiono a técnica correta dos meus funcionários na aplicação prática das medidas preventivas e curativas.	0,527	0,078	<0,001
	9. Acompanho o indicador de UP na minha unidade e sugiro ações de melhoria.	0,655	0,121	0,001
Fator 2 (0,702)	1. Identifico previamente todos os fatores de riscos que possam levar ao desenvolvimento de uma úlcera por pressão UP.	0,456	0,065	<0,001
	2. Planejo o tratamento conforme as necessidades individuais do paciente, considerando também o tipo de lesão.	0,370	0,077	0,016
	3. Reconheço todos os estágios de úlcera por pressão (UP).	0,334	0,082	0,429
	4. Utilizo o melhor material que tenho disponível promovendo a prevenção de novas úlceras.	0,430	0,081	0,001

10.9 AVALIAÇÃO DA CONSISTÊNCIA INTERNA DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE IMPACTO EM LARGURA E SUPORTE À TRANSFERÊNCIA

Os domínios dos instrumentos de medida do impacto em largura ou amplitude (Impacto do treinamento no trabalho) e de suporte à transferência apresentaram consistência interna satisfatória de acordo com os coeficientes Alpha de Cronbach calculados, e o menor coeficiente observado foi 0,692. Concluiu-se que a estrutura original do instrumento manteve-se na população com as características deste estudo conforme, conforme apresentados nos dados da Tabela 15.

Tabela 15 – Avaliação da consistência interna do instrumento do Impacto em amplitude e de suporte à transferência aplicado no Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011

Sessões	Alpha de Cronbach	Número de itens
Sessão 3 - Impacto do treinamento no trabalho	0,874	13
Sessão 4 - Fatores situacionais de apoio	0,692	9
Sessão 5 - Suporte material	0,853	5
Sessão 6 - Consequências associadas ao uso das novas habilidades	0,736	7

10.10 FATORES ASSOCIADOS À REAÇÃO

Foi observada associação positiva entre reação e impacto ($p < 0,001$), conforme apresentado nos dados da Tabela 16. Não houve evidências de associação entre a reação e as características demográficas, idade e gênero. Quanto às características funcionais do profissional, tempo de casa e número de treinamentos realizados no último ano não apresentaram associação com reação; no entanto, observou-se maior reação entre os profissionais que trabalhavam nos períodos tarde e noite, quando comparados aos profissionais que trabalhavam no turno da manhã ($p = 0,029$).

Tabela 16 – Associação entre características demográficas, funcionais e impacto com reação ao Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011

	Reação	Valor p
Idade (anos) - Coeficiente de correlação	-0,069	0,557
Sexo		
Feminino – média (desvio padrão)	93,7 (7,5)	0,082
Masculino – média (desvio padrão)	97,6 (7,5)	
Tempo de casa (meses) - Coeficiente de correlação	-0,180	0,122
Turno		
Manhã	91,3 (7,6)	0,029
Tarde	97,0 (7,0)	
Noite	95,0 (7,3)	
Número de treinamentos realizados nos últimos 12 meses - Coeficiente de correlação	-0,012	0,922
Impacto - Coeficiente de correlação	0,455	<0,001

10.11 FATORES ASSOCIADOS À APRENDIZAGEM

Não foram encontradas evidências de associação entre aprendizado e impacto. Além disso, a idade do profissional, gênero e o número de treinamentos realizados nos últimos 12 meses e turno de trabalho não indicaram estar associados à aquisição do conhecimento. Foi observada associação positiva e fraca entre aprendizagem e reação, conforme os dados da Tabela 17.

Tabela 17 – Associação entre características demográficas e funcionais, níveis de reação e impacto com a alteração de conhecimento após o Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011

	Alteração no conhecimento	Valor p
Idade (anos) - Coeficiente de correlação	-0,088	0,451
Sexo		
Feminino – média (desvio padrão)	1,28 (1,87)	0,990
Masculino – média (desvio padrão)	1,29 (1,49)	
Tempo de casa (meses) - Coeficiente de correlação	-0,118	0,315
Turno		
Manhã	1,08 (1,67)	0,752
Tarde	1,46 (1,91)	
Noite	1,26 (1,84)	
Número de treinamentos realizados nos últimos 12 meses - Coeficiente de correlação	0,088	0,452
Impacto geral- Coeficiente de correlação	0,066	0,575
Reação – Coeficiente de correlação	0,224	0,053

10.12 FATORES ASSOCIADOS AO IMPACTO

Observou-se que quanto maior o tempo de casa do profissional (medido em meses) maior o impacto em profundidade avaliado e, quanto maior o número de treinamentos realizados nos últimos 12 meses maior o impacto relacionado a suporte material (Tabela 18). Não houve relação entre tempo de casa e número de treinamentos com impacto ou suporte à transferência, nem houve evidências de associação entre impacto e gênero ou idade.

Quanto ao turno de trabalho, nota-se que os treinandos que trabalhavam no turno da manhã tinham menor impacto quando comparados aos indivíduos da tarde e noite. Os treinandos da tarde e noite referiram maior suporte material em relação ao período da manhã. Em relação às entregas relacionadas às novas habilidades, os treinandos da tarde apresentaram melhor resultado.

Tabela 18 – Características demográficas e funcionais associadas ao impacto do Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011

		Impacto geral	Impacto em profundidade	Impacto no trabalho	Fatores situacionais de apoio	Suporte material	Consequências relacionadas às novas habilidades
Idade	Coefficiente de correlação	<0,01	0,16	-0,06	-0,03	0,07	-0,16
	valor p	0,985	0,181	0,601	0,812	0,569	0,184
Tempo de casa (meses)	Coefficiente de correlação	0,06	0,30	<0,01	0,07	0,02	-0,12
	valor p	0,584	0,008	0,967	0,579	0,864	0,306
Número de treinamentos realizados nos últimos 12 meses	Coefficiente de correlação	0,11	0,10	0,06	0,02	0,40	0,09
	valor p	0,341	0,396	0,636	0,840	0,000	0,423
Turno de trabalho							
Manhã	Média	6,98	7,31	7,94	6,00	6,92	6,06
	DP	0,85	1,28	0,91	1,27	1,87	1,40
Tarde	Média	7,76*	7,99*	8,34	6,80	8,18*	7,35#
	DP	1,02	1,43	1,13	1,09	1,47	1,28
Noite	Média	7,65*	8,43*	8,21	6,67	8,20*	6,48
	DP	0,93	1,14	1,14	1,30	1,17	1,66
	Valor p	0,009	0,016	0,393	0,050	0,005	0,006#
Sexo							
Feminino	Média	7,45	7,83	8,17	6,48	7,66	6,71
	DP	1,04	1,42	1,03	1,29	1,65	1,61
Masculino	Média	7,60	8,23	8,17	6,59	8,32	6,48
	DP	0,75	1,03	1,24	1,09	1,44	1,09
	Valor p	0,623	0,321	0,996	0,774	0,168	0,615

10.13 RELAÇÃO DE SUPORTE À TRANSFERÊNCIA COM IMPACTO

A avaliação da relação entre suporte e impacto mostrou que fatores situacionais de apoio são fortes preditores de impacto, seguidos das consequências relacionadas às novas habilidades. Embora a relação entre suporte material e impacto fosse significativa, neste estudo foi o menor preditor de impacto. Observamos forte associação entre suporte à transferência e impacto, de acordo com os dados da Tabela 19.

Tabela 19 – Relação das variáveis de suporte à transferência com impacto do Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011

Suporte		Impacto		
		Impacto em profundidade	Impacto em amplitude	Impacto (0 a 10)
Fatores situacionais de apoio	Coefficiente de correlação	0,590	0,593	--
	valor p	<0,001	<0,001	
Consequências relacionadas às novas habilidades	Coefficiente de correlação	0,371	0,443	--
	valor p	0,001	<0,001	
Suporte material	Coefficiente de correlação	0,319	0,389	--
	valor p	0,005	0,001	
Suporte à transferência (0 a 10)	Coefficiente de correlação			0,649
	valor p	--	--	<0,001

10.14 AVALIAÇÃO DA CONCORDÂNCIA DO IMPACTO EM PROFUNDIDADE ENTRE A AUTO E HETEROAVALIAÇÃO

Na avaliação da concordância, observa-se que a heteroavaliação tende a produzir valores menores que a autoavaliação do impacto em profundidade, pois a maioria dos pontos na Figura 9 encontrava-se abaixo da diagonal principal.

Figura 9 – Auto e Heteroavaliação do impacto em profundidade do Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011

Isto se confirma por meio do gráfico de Bland Altman (Figura 10), que mostrou que, em média, a nota da heteroavaliação foi menor que a da autoavaliação em 5,5 unidades. Além disso, não houve concentração dos pontos ao redor da linha correspondente a zero, indicando também baixa concordância. Nota-se que esta discordância não estava associada à magnitude da autoavaliação. O coeficiente de correlação intraclass, utilizado para avaliação da concordância, foi de - 0,162 (IC 95%: - 0,359 a 0,071. $p=0,990$), demonstrando baixa concordância entre as duas avaliações, já que valores acima de 0,7 indicaram boa concordância.

Figura 10 – Avaliação da concordância entre Auto e Heteroavaliação do Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011

10.15 RELAÇÃO ENTRE A PROMOÇÃO DE AÇÕES PARA AUMENTAR A ADESÃO DOS FUNCIONÁRIOS E SUPERVISÃO DA PRÁTICA SOB O PONTO DE VISTA DO GESTOR

Houve associação positiva entre a promoção de ações para aumentar a adesão dos funcionários ao protocolo e a supervisão da execução do plano de ação, ou seja, os profissionais que promoveram maior número de

ações de melhoria também foram os que mais supervisionaram seu grupo de trabalho quanto à realização correta das técnicas de prevenção e tratamento. (Teste de Qui-Quadrado - valor $p < 0,001$), de acordo com os dados da Tabela 20.

Tabela 20 – Relação entre as questões 7 e 8 do instrumento de heteroavaliação do Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011

Promove ações visando aumentar a adesão dos funcionários ao protocolo institucional.		Supervisiona a técnica correta dos funcionários na aplicação prática das medidas preventivas e curativas.				Total
		Raramente	Algumas vezes	Frequente-mente	Utilizo sempre	
Nunca utilizo	n	0	4	0	0	4
	%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Raramente	n	8	8	0	0	16
	%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Algumas vezes	n	1	20	6	3	30
	%	3,3%	66,7%	20,0%	10,0%	100,0%
Frequentemente	n	0	4	15	1	20
	%	0,0%	20,0%	75,0%	5,0%	100,0%
Utilizo sempre	n	0	0	1	4	5
	%	0,0%	0,0%	20,0%	80,0%	100,0%
Total	n	9	36	22	8	75
	%	12,0%	48,0%	29,3%	10,7%	100,0%

10.16 CONCORDÂNCIA ENTRE AUTOAVALIAÇÃO E HETEROAVALIAÇÃO, NA QUESTÃO “ACOMPANHA O INDICADOR DE UP DA UNIDADE E SUGERE MELHORIAS”

Quando avaliada a afirmativa “Acompanha o indicador de UP da unidade e sugere melhorias” quanto à concordância das respostas fornecidas pelo gestor e pelo profissional, notamos que o gestor não apresentou opinião coincidente à do profissional, e os profissionais avaliaram seu desempenho como melhor do que a avaliação fornecida pelo gestor (coeficiente de concordância Kappa = -0,102, valor $p = 0,032$).

Tabela 21 – Frequências à questão “Acompanha o indicador de UP da unidade e sugere melhorias” do instrumento Impacto em profundidade do curso do Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de UP do HMMD. São Paulo, 2011

Autoavaliação	Heteroavaliação					Total
	Nunca utilizo	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Utilizo sempre	
Nunca utilizo	0	0	4	0	0	4
Raramente	5	0	5	1	0	11
Algumas vezes	12	3	8	1	2	26
Frequentemente	11	2	8	0	2	23
Utilizo sempre	3	4	3	1	0	11
Total	31	9	28	3	4	75

Nota: Caselas em destaque indicando posição ideal de concordância

10.17 RESULTADOS ADICIONAIS

Relataram maior impacto no trabalho, os profissionais que foram melhores supervisionados quanto à prática incorreta (coeficiente de correlação de Spearman = 0,283, $p=0,014$)

Os profissionais que acompanharam o indicador de UP na unidade foram os que referiram receber as informações necessárias da liderança (coeficiente de correlação de Spearman = 0,275, $p=0,017$) e tinham oportunidades para planejar o uso de suas novas habilidades junto à liderança (coeficiente de correlação de Spearman = 0,404, $p<0,001$), ou seja, com suporte da liderança imediata.

O impacto no trabalho não foi menor entre aqueles que afirmaram falta de tempo para a aplicação das novas habilidades (coeficiente de correlação de Spearman = -0,137, $p=0,243$).

Quanto melhores as condições do ambiente e estrutura, maior será o impacto no trabalho (coeficiente de correlação de Spearman = 0,425, $p<0,001$)

Como resultado adicional destaca-se a incidência das úlceras por pressão do ano de 2011, antes e depois da ação instrucional das unidades participantes do treinamento, com exceção da unidade do programa de

internação domiciliar que ainda não trabalha com este indicador. Vale ressaltar que este resultado não teve relação exclusiva de causa efeito com a ação instrucional.

Figura 11 – Incidência de UP das unidades de terapia intensiva, pronto socorro e clínica médico cirúrgica do HMMD. São Paulo, 2011

11 Discussão

11 DISCUSSÃO

O objetivo geral deste estudo foi avaliar o processo de treinamento nos níveis de reação, aprendizagem e comportamento no que diz respeito ao impacto na prevenção e tratamento de úlcera por pressão em uma instituição de saúde, de natureza pública. Para tanto, a discussão dos resultados que foram apresentados estará fundamentada no referencial teórico temático que ancorou o desenvolvimento desta pesquisa, assim como o encaminhamento de cada um dos cinco objetivos específicos constitui-se em conhecimento que poderá agregar valor melhorando a avaliação de treinamentos na área de prestação de serviços de saúde.

Reconhece-se que embora os processos de avaliação desenvolvidos no Brasil não estejam aquém dos encontrados internacionalmente, observamos na literatura que predomina uma prática pouco sistematizada, particularmente, na área de prestação de serviços de saúde. O fato torna a tarefa de análise dos resultados obtidos em treinamentos desafiadora, considerando a área e a temática do treinamento escolhidos, e o cenário que constituiu o estudo de caso. Isto porque os enfermeiros eram predominantemente jovens e com pouca experiência de trabalho e cabe à instituição capacitá-los para o desenvolvimento de atividades essenciais à prestação dos cuidados. Em relação à taxa de incidência de úlcera por pressão, constitui-se em uma medida quantitativa que pode ser utilizada para monitorar a qualidade da assistência de enfermagem, conhecido comumente como indicador.

No que se refere aos dados relacionados ao objetivo de verificar a relação entre as variáveis demográficas dos treinandos com os níveis de reação, aprendizagem e impacto, evidenciou-se a predominância do gênero feminino, conforme já era esperado, pois corresponde aos dados da realidade da força de trabalho na área da enfermagem comprovado em outras pesquisas na saúde e referendadas na literatura.

Os treinandos deste grupo, em geral eram jovens, e correspondiam ao perfil característico da instituição campo de estudo, que se propõe a receber profissionais sem experiência prática no mercado e treiná-los.

Verificou-se que quanto maior o tempo de casa da população estudada melhor foi o desempenho específico (impacto em profundidade) na aplicação dos conhecimentos, habilidades e atitudes (CHAs) adquiridos após o evento instrucional. As características demográficas e as demais características funcionais não demonstraram ser preditoras de impacto no nível individual, corroborando o resultado de outros estudos. Mourão (2004) sugere que novas pesquisas sejam desenvolvidas para se confirmar a relação entre essas variáveis.

Os resultados da avaliação de reação obtidos neste estudo foram positivos com um alto índice de satisfação (média de 8,7) entre a população estudada, reforçando os resultados descritos na literatura quanto a outros treinamentos aplicados na área de saúde (Santos, 2012, Otrenti 2011 e Mira, 2010).

Nos achados deste estudo, chama atenção os períodos de trabalho dos indivíduos que melhor avaliaram o treinamento, estando estes alocados nos grupos da tarde e noite. Uma possível hipótese que explicaria este achado pode ser que, no período da tarde haja maior necessidade de conhecimentos em relação à temática, partindo do pressuposto de que há uma concentração maior de enfermeiros recém-formados com pouca experiência, e os enfermeiros do noturno são profissionais que, em geral, já possuem alguma experiência prévia, tendo passado por outros turnos, o que permite um acúmulo de experiências práticas distintas. Para os enfermeiros que atuam no período noturno, a iniciativa de se padronizar como um procedimento facilita a aplicação e sistematização do cuidado.

A insatisfação de 4% da população do estudo quanto à carga horária pôde ser atribuída aos demais treinamentos prévios cuja carga horária era inferior para esse público. O cansaço decorrente da jornada de trabalho e as horas adicionais de treinamento também justificaram a consideração de que a carga horária do curso foi extensa.

Para Abbad, Gama e Borges-Andrade (2000) apesar das medidas de reação serem muito importantes, instrumentos com medidas válidas e confiáveis de satisfação em relação ao treinamento, são ainda raros.

Nesta pesquisa o instrumento de avaliação de reação utilizado corrobora a validação do instrumento proposto por Mira (2010) que buscou ampliar os conceitos atribuídos pelos treinandos, para além de excelente, bom, regular e ruim, gradientes estes tradicionalmente utilizados em avaliações de treinamento nas instituições prestadoras de serviços de saúde. O instrumento mostrou adequação à composição de cinco domínios ($p = 0,220$ para o teste de adequação). Todos os domínios apresentaram boa consistência interna (coeficientes alpha de Cronbach maiores que 0,56).

Borges-Andrade (2002) acredita que seria ideal desenvolver instrumentos, contendo itens de reação aplicáveis a qualquer contexto organizacional, mas, alerta que se perderia a especificidade e muito, provavelmente, os resultados não se comportariam de modo equivalente em todos os ambientes.

No que se refere aos resultados de avaliação da aprendizagem, embora tenhamos encontrado diferença estatisticamente significativa de aquisição de conhecimento entre os momentos pré e pós-ação instrucional, a diferença foi muito pequena com uma nota média do momento pós-treinamento equivalente a 5,47.

Foi observado uma heterogeneidade do grupo em ambos os momentos da avaliação da aprendizagem. Era esperado que, no momento pós-treinamento, o desvio-padrão diminuísse em relação ao desvio do primeiro momento, indicando uma menor variabilidade de conhecimento entre o grupo (Abbad, 1999), o que não se comprovou, pois, tanto no momento pré como no pós o desvio-padrão foi exatamente o mesmo (1,5).

Esperava-se uma média superior a encontrada, após o treinamento, considerando que todos os enfermeiros, mesmo aqueles sem experiência prévia, deveriam possuir algum conhecimento básico na temática, o que se confirmou com os resultados do momento pré, em que não se obteve nenhuma nota zero. Para Abbad (1999), os participantes mais familiarizados com os conteúdos apresentam melhores resultados que aqueles que estão em contato pela primeira vez com o tema.

Entretanto, o baixo desempenho na aprendizagem encontrado neste estudo pode ser atribuído à utilização inadequada das estratégias de ensino, considerando que a modalidade predominante foi a conteudista. A aprendizagem significativa pressuporia o processo de experimentação, isto é, pôr em prática, exercitar sob supervisão os conceitos no próprio processo de trabalho. Para tanto, seria essencial que as unidades de trabalho dos participantes tivessem um agente multiplicador, que consistiria em um profissional devidamente treinado para monitorar o processo de aprendizagem na prática assistencial.

Outra possível consideração para explicar o baixo desempenho na aprendizagem referiu-se às deficiências do próprio instrumento utilizado para medida, que apresentou baixo poder de discriminação em nove das dez questões, de acordo com as curvas de informação dos itens do instrumento. Podemos inferir que esta limitação deveu-se ao fato do instrumento ter sido desenvolvido em forma de teste, contendo assertivas assinaladas com certo ou errado, reforçando a repetição de conteúdos tal e qual foram transmitidos sem contextualização, que é típico também de estratégias expositivas e não dialógicas. As assertivas usadas deveriam ser assinaladas, como certo ou errado continham “pegadinhas” que poderiam confundir na escolha das alternativas. Ainda, para Meneses, Zerbini e Abbad (2010), os baixos desempenhos nas avaliações de aprendizagem podem estar relacionados à delimitação inadequada dos objetivos instrucionais, à inadequada definição dos CHAs e à desatenção ao perfil do público alvo.

Para Borges-Andrade (2002), são grandes as barreiras para a construção de instrumentos de mensuração do nível de aprendizagem. Os estudos desenvolvidos em avaliação de treinamento tiveram como focos de interesse os níveis de reação e desempenho no cargo, e os indicadores no nível de aprendizagem foram apenas coadjuvantes ou complementares.

Após a apresentação dos resultados e a revisão das questões, a principal hipótese para explicar o percentual de erros e acertos deveu-se claramente à forma de redação das questões do instrumento elaborado, cuja interpretação do enunciado pode ser dúbia ou muito mais focada em

aspectos cognitivos que nos demais níveis do contexto da aprendizagem. Para Abbad (1999), este tipo de teste pode constituir-se em medida objetiva, mas é pouco precisa, se o instrumento elaborado não for capaz de medir adequadamente os objetivos instrucionais propostos.

A aprendizagem induzida por este processo instrucional foi desenvolvida privilegiando o nível individual e o processo cognitivo, modelo ainda pautado em uma estratégia tradicional conteudista, sem uma coparticipação mútua de instrutor e treinando, que favoreceria que ocorresse um processo crítico-reflexivo.

Nesse sentido, constatou-se que existe uma contradição importante no que se refere à filosofia de educação permanente-EP defendida como uma política do Ministério da Saúde. Nessa proposta de EP, parte-se do pressuposto que deva ocorrer a aprendizagem significativa, em que o aprender e o ensinar devem integrar a prática dos profissionais, em uma abordagem reflexiva pautada na metodologia da problematização (Stroschein 2011).

Os estudos encontrados na literatura apontam para a necessidade de reestruturação da prática do ensino aprendizagem, tanto na formação como na educação permanente dos profissionais de enfermagem. Especificamente neste estudo, encontramos evidências de que a avaliação deveria subsidiar um modo eficiente de se desenvolver e avaliar os treinamentos.

O modelo conservador que predomina na avaliação escolar tem se repetido nas situações de trabalho, e os questionamentos quanto às metodologias de ensino ainda são alvos de dúvidas e críticas, por utilizarem um sistema classificatório, que demarca as fronteiras incertas e taxativas de êxito e/ou fracasso, não contribuindo para que seja um meio de diagnóstico (Perrenoud, 1999).

Abbad, Zerbini, Carvalho e Menezes (2006) ressaltam que os comportamentos resultantes dos domínios cognitivos, afetivos e psicomotores não podem ocorrer de modo fragmentado no processo de aprendizagem, devendo haver a integração entre o pensar, o sentir e o agir do indivíduo.

Retomando a perspectiva da teoria pedagógica interacionista o conhecimento é construído na síntese entre o agir e o problematizar a ação, na qual o processo de supervisão local é essencial para reinterpretar e transformar a prática.

Para tanto, a supervisão planejada deve constituir-se em uma ação direcionada para o crescimento pessoal e profissional, visando a ultrapassar o interesse direto com a atividade atual ou futura dentro da organização, entendendo-a como processo educacional que visa ao desenvolvimento do indivíduo.

O processo de supervisão com ênfase na dimensão educativa permite que haja mobilidade de conhecimento para áreas correlatas. É importante salientar que essa mobilização de uma esfera a outra do conhecimento não está subordinada exclusivamente ao esforço individual, mas, sim, a um pesado investimento em qualificação, em que se obtêm experiências significativas que propiciam a reconversão profissional (Arruda 2000).

O gestor local ou instância de liderança direta deve atuar como facilitador/mentor e educador. Nessa instância, é possível identificar se o processo de ensino aprendizagem está ancorado numa ou noutra vertente, isto é, se houve fixação da aprendizagem e a corresponsabilização, como elemento fundamental na condução de mudança do comportamento. Para tanto, o planejamento da supervisão deve incluir planos de ação para reforço da aprendizagem por meio de devolutivas do que foi aprendido, fazendo com que o treinando demonstre a seus pares o que apreendeu, expondo suas reflexões a respeito.

Comumente a área de T&D, é a única responsabilizada por toda prática do processo de educação nos serviços de saúde, e esta ação de desenvolvimento das pessoas deve ser uma responsabilidade compartilhada com a liderança local direta dos indivíduos treinados, para que seja viabilizada uma aproximação da prática com a teoria e que, de fato, a aprendizagem torne-se significativa.

O local de transferência de treinamentos deve ser um campo rico de compartilhamento onde o domínio cognitivo encontrará espaço para efetuar

trocas, mediante as situações-problema reais, o que de fato permite ressignificar o conhecimento prévio e o adquirido. Neste contexto, resgatamos a aprendizagem definida por Pantoja e Borges-Andrade que faz referência a mudanças que ocorrem no comportamento do indivíduo, após articulação de suas competências, que não são resultantes, exclusivamente, da maturação, mas, de sua interação com o meio no qual este está inserido, adquirindo a capacidade de usar este conhecimento em diferentes situações de sua prática.

O processo de aprendizagem significativa é, portanto, dependente e subordinado às estratégias adotadas no planejamento e execução das ações pré e pós – instrucionais. A aplicação de uma metodologia expositiva em excesso combinada com o distanciamento entre as situações de treinamento e as de trabalho demonstrou que houve uma baixa retenção dos conteúdos aprendidos, embora com sinais de transferência positiva para o ambiente de trabalho.

Neste estudo a aprendizagem é a única variável cuja medida não é de natureza perceptual, por isso Abbad (1999) reforça ser necessário tomar cuidado, antes de extrair conclusões sobre a magnitude e valoração desse nível.

Zabala e Arnau (2010) consideram a aprendizagem da maioria dos conteúdos como tarefa árdua, na qual a simples memorização de enunciados é insuficiente, para que haja a compreensão. Afirmam que a transferência de conhecimentos adquiridos para outras situações somente será possível se as estratégias de ensino aprendizagem tiverem sido aplicadas adequadamente.

Se considerarmos que os resultados da avaliação da aprendizagem foram baixos, e a avaliação da reação nos cinco domínios propostos foi positivamente alta, pode-se afirmar que reação e a aprendizagem estão fracamente associadas.

O processo sistemático de coleta de informações permite apontar para possíveis melhorias do modelo instrucional desenvolvido. Baseando-se nos achados da pesquisa, a avaliação possibilitou a reflexão sobre os modelos

adotados, como medida de aprendizagem no cenário do estudo e nas situações que ocorrem, em geral, em outras instituições prestadoras de serviços de saúde, que ainda estão focados em testes que focam predominantemente o domínio cognitivo, ancorados em metodologias de ensino excessivamente expositivas, sem nenhuma ou pouca interface com o ambiente pós-treinamento e focando avaliações de natureza apenas quantitativas.

Abbad (1999) alerta que, para a necessidade de se compreender melhor os fenômenos que envolvem a aprendizagem, é necessário construir e testar modelos mais abrangentes, aprimorando medidas de maior validade e fidedignidade. Para a autora os fatores que dificultam a compreensão dos resultados relativos ao relacionamento entre os níveis é o desconhecimento das variáveis que explicam a aprendizagem em ambientes organizacionais.

Otrenti (2011) considera também que as avaliações de aprendizagem e de satisfação são importantes, mas constituem um uso restrito das ferramentas de avaliação, sendo estas ainda insuficientes para alavancar mudanças que supram as necessidades, tanto do indivíduo como da organização.

Nas organizações prestadoras de serviço de saúde, pouco se tem aplicado avaliações de treinamentos, para além das medidas de satisfação e aprendizagem. Estudos desenvolvidos por Borges-Andrade e Abbad (2006) apontam para a necessidade de se investigar a relação entre os demais níveis, explorando o ambiente pós-treinamento, ou seja, entendendo como este cenário interfere no resultado chave, que é a aplicação dos CHAs apreendidos nas situações do trabalho e a mudança real no comportamento do treinando.

Neste estudo, a pesquisadora buscou avançar, no sentido de explorar variáveis de suporte, como sugerido na literatura. Portanto, além de utilizar os indicadores de impacto em profundidade e largura, foram aplicados instrumentos para medir a percepção dos indivíduos quanto ao suporte por eles recebido para aplicação dos CHAs apreendidos.

Menezes, Zerbini e Abbad (2010) ressaltam que se não houver suporte para a transferência, somente a aquisição dos CHAs será insuficiente para gerar mudanças no ambiente de trabalho no nível da equipe e da organização.

Os itens de suporte à transferência dispostos nas sessões 4, 5 e 6 do instrumento, serviram para medir o grau de apoio recebido pelo treinando quanto ao uso eficaz das novas habilidades adquiridas no treinamento. Esse instrumento enfoca algumas condições necessárias, para que haja transferência positiva de aprendizagem, analisando o quanto elas estavam presentes no ambiente de trabalho do treinando, de acordo com sua percepção.

Na literatura as variáveis de suporte à transferência são consideradas, como fortes preditoras de impacto. Tamayo e Abbad (2006) reforçam que as organizações precisam realizar avaliações dos itens de suporte, antes de submeter suas equipes a treinamentos que poderão não ser efetivos, quando eles retornarem para seus ambientes de trabalho, o que também ficou evidenciado na presente investigação.

A falta de tempo para aplicação do conhecimento adquirido no ambiente de trabalho foi percebido por 25% dos participantes, justificados pela assertiva de alta demanda de atividades diárias que inviabilizam tal aplicação. Contudo, o impacto no trabalho não se mostrou menor entre os participantes que afirmam falta de tempo para aplicação do novo conhecimento.

Na análise dos resultados de suporte material, 10% dos participantes consideraram o local de trabalho inadequado quanto à iluminação, ventilação e/ou ruídos. Embora, as condições do ambiente e estrutura fossem facilitadoras, não foram consideradas impeditivas para a aplicação das habilidades adquiridas neste treinamento. Em geral, a estrutura predial do campo de estudo é nova e ampla, mas uma das unidades incluídas tem uma estrutura desfavorável nestes quesitos.

Chama a atenção que 40% dos participantes perceberam que não foram advertidos ou corrigidos quando cometeram erros relativos à prática

das novas habilidades. Aqui encontramos uma lacuna importante no tocante ao papel do supervisor, no sentido de acompanhamento, desenvolvimento e consolidação desse conhecimento na prática. A supervisão é um instrumento gerencial com potencial de provocar mudanças positivas relacionadas ao desenvolvimento de pessoas, capacitando-as para um trabalho de qualidade.

Para Carvalho e Chaves (2011), um expressivo contingente de lideranças adota uma prática gerencial de base burocrática, ainda distante do modelo de gerenciamento articulado e focado no gerenciamento da assistência, prática esta que requer aplicação de estratégias participativas e integradoras.

No cotidiano das organizações prestadoras de serviços de saúde, espera-se destas lideranças que ultrapassem a instância de gerar resultados por meio de ações pautadas na fiscalização e no controle administrativo, sem levar em consideração a prioridade da dimensão educacional e de desenvolvimento de pessoas para o processo de trabalho assistencial.

Servo e Ciampone (2001) consideram um problema latente na enfermagem que a supervisão limite-se aos aspectos tecnoburocráticos e fiscalizadores da assistência à saúde. Enfatizam a importância de desenvolvimento de formas participativas de gestão do trabalho. As autoras acreditam que o papel desenvolvido pela enfermeira no exercício da supervisão possui como âncora o sistema de crenças vigente sobre a mesma, pautada no paradigma da centralização do poder, da burocracia e do controle do trabalho e do trabalhador, sendo marcada pelas contradições, traduzidas em práticas concretas de supervisão não planejada, desarticulada, fragmentada e sem sistematização.

Assim, podemos afirmar que a supervisão no contexto da coordenação da assistência em saúde pode ser um instrumento privilegiado e potente para preencher as lacunas no que tange ao desempenho dos profissionais de enfermagem, que se mostram viáveis se houver interesse organizacional bem alinhado com as estratégias.

Essas afirmações foram constatadas, quando se evidenciou que os participantes do estudo que obtiveram melhor resultado de impacto foram aqueles que relataram ser supervisionados e corrigidos, quando cometem erros relativos às novas habilidades.

Os achados desta pesquisa em relação ao suporte à transferência revelaram algumas condições fundamentais e necessárias para a aplicação do conhecimento no ambiente de trabalho. Se o suporte não for percebido, ele poderá dificultar e até mesmo impedir o desempenho eficaz e a transferência do treinamento.

Os estudos de Abbad (1999) sugerem que as variáveis de suporte à transferência são as mais importantes preditoras de impacto, porém a autora alerta que o saber fazer e ter suporte organizacional são condições necessárias, mas não suficientes para o desempenho eficaz. O querer fazer é tão necessário quanto o saber, para que o indivíduo apresente um melhor resultado, de acordo com as expectativas e padrões definidos.

Abbad (1999) propõe que se faça uma reanálise do conceito de impacto do treinamento em largura, argumentando que ele estaria mais atrelado à ideia de desempenho na produção global do indivíduo em seu ambiente de trabalho. A mesma autora propõe uma distinção teórica entre transferência e impacto. A transferência de aprendizagem refere-se à aplicação correta dos CHAs adquiridos, que ocorre entre o momento de treinamento e a situação de trabalho. Esta seria menos abrangente que o conceito de impacto e sinônimo de impacto em profundidade que mensuram o resultado do treinamento no trabalho. Portanto, impacto em amplitude ou impacto do treinamento no trabalho é medido em termos da transferência de aprendizagem e da influência que a ação instrucional foi capaz de exercer sobre o desempenho global do treinando em atividades específicas relacionadas ao objetivo da ação instrucional e aplicação das habilidades aprendidas em situações não específicas ao treinamento.

Neste sentido, traduzimos na forma dos objetivos do planejamento instrucional os itens do instrumento de medida do impacto em profundidade.

A avaliação do impacto do treinamento obteve uma frequência positivamente alta em todas as assertivas, e o impacto em largura ou amplitude foi o que melhor contribuiu para este resultado com uma média de 8,17. Diante deste resultado, podemos inferir que os treinandos aplicam os CHAs em seu ambiente de trabalho, também em tarefas não específicas aos objetivos da ação instrucional.

Os resultados do impacto em profundidade embora positivos, as assertivas que se apresentaram negativas, foram referentes ao acompanhamento dos indicadores (Questão 9), com 20% de respostas “*nunca utilizo*” e “*raramente*”, e promoção de ações que elevem a adesão da equipe ao protocolo (Questão 7), com 8% de respostas “*nunca utilizo*” e “*raramente*”. Este achado permite inferir que existe pouco contato ou familiaridade dos treinandos com os resultados da assistência prestada por eles mesmos e pelo seu grupo de trabalho, visto que a incidência de úlceras por pressão é resultado direto das ações de cuidado de enfermagem. A segunda questão que está diretamente relacionada a primeira, é quanto ao desenvolvimento de ações que elevem a adesão da equipe ao protocolo de prevenção e tratamento de UP, pois, partindo do pressuposto que não se acompanha o resultado, claramente, não se saberá quando e onde prover orientações ao grupo executor, para que estes possam aderir às melhores práticas.

A informação e o conhecimento de onde estamos e para onde devemos ir é um aspecto fundamental e uma lacuna da entrega esperada no papel das lideranças. As estratégias de divulgação e compartilhamento de informações são diversas, mas indiferente do meio escolhido por cada gestor é preciso certificar-se de que a informação chegou e que foi assimilada pelo o receptor.

Os participantes desta pesquisa que relataram acompanhar o indicador foram os que referiram receber as informações necessárias da liderança para desempenhar suas funções.

Não houve relação forte entre impacto e aprendizagem, corroborando os resultados encontrados na literatura (Abbad, 2006 e Santos, 2012).

Mourão (2004) recomenda que as avaliações do impacto incluam pares, liderança imediata ou usuários do serviço dos treinandos, a fim de obter percepções dos vários atores envolvidos. Neste sentido, a pesquisadora propôs aplicar a heteroavaliação com as lideranças apenas do impacto em profundidade.

Na avaliação da concordância, observamos que a heteroavaliação tende a produzir valores menores que a autoavaliação do impacto em profundidade, não há concordância entre ambas as avaliações. Isso pode ser explicado, em parte, pela deficiência que foi referida pelos treinandos em relação ao processo de supervisão pelo gestor imediato. Se a supervisão tende a ser deficiente no sentido de apontar falhas, corrigir e evitar que o erro aconteça, à medida que o gestor teve direcionada sua atenção para o tema que foi motivo do treinamento, este tenderá a perceber mais falhas no processo do que o que foi percebido na autoavaliação, mas estas avaliações podem diferir quanto à intensidade, dependendo de quem as julga.

Em geral, observamos que os participantes se autoavaliam mais positivamente comparados à avaliação dos gestores. Embora, não se saiba exatamente que fatores podem contribuir para estas percepções diferentes, é sabido que o papel da liderança no acompanhamento e desenvolvimento deveria ser considerado relevante, pois é este que fornece o *feedback* dos pontos fortes e dos que necessitam de melhorias em cada trabalhador da equipe de enfermagem para compor a avaliação de desempenho.

As poucas pesquisas encontradas relatam que a correlação entre a auto e heteroavaliação é particularmente fraca. Magalhães e Borges-Andrade (2001) sugerem que a inconsistência entre ambas as estratégias avaliativas pode ser esperada, porque cada avaliador tem uma perspectiva única e focaliza diferentes facetas do desempenho no trabalho.

Uma das suposições de Kirkpatrick (1977) e Hamblin (1978) é que estes níveis são como “elos” correlacionados fortemente, ou seja, se houver uma reação favorável haverá maior aprendizagem e, conseqüentemente, maior impacto no trabalho, tal suposição não foi confirmada neste estudo como também em outros (Santos 2012, Abbad 1999).

12 Conclusões

12 CONCLUSÕES

Após os resultados do processo de avaliação do treinamento, este estudo permitiu apontar trilhas no sentido de reconduzir a prática de ações instrucionais formais no cenário do estudo e nas demais situações semelhantes que ocorrem nas organizações prestadoras de serviços de saúde.

Este estudo evidenciou que a avaliação de reação obteve altos índices de satisfação em todos os domínios aplicados (Programação, instrutor, recursos, aplicabilidade e resultados).

Na avaliação de aprendizagem, não encontramos neste estudo uma aquisição de conhecimentos significativa entre os momentos pré e pós-treinamento, embora a diferença verificada na análise estatística tenha se comprovado como significante.

A análise de impacto em profundidade e largura evidenciou frequências altamente positivas, permitindo inferências quanto à transferência dos conhecimentos e habilidades adquiridas no ambiente de treinamento para o contexto do trabalho.

Na análise de correlação entre os níveis de avaliação de treinamento aplicados, observamos relação forte e significativa entre reação e impacto, relação fraca entre reação e aprendizagem e ausência de relação entre aprendizagem e impacto. Tendo como base este estudo, concluímos que treinandos satisfeitos não são preditores de que ocorreu aprendizagem, e ainda, se esta ocorrer não será ela a predizer impacto, possivelmente, à satisfação atribuída ao evento instrucional motivará o indivíduo a melhorar seu desempenho no ambiente de trabalho, reforçado pelo reconhecimento e reforço do supervisor imediato.

Quanto à relação entre as variáveis demográficas funcionais e os níveis avaliados, a única relação forte encontrada foi entre o tempo de casa do treinando e o impacto. As demais características, tanto demográficas como funcionais estavam fracamente associadas ou não evidenciaram nenhuma relação.

As variáveis de suporte à transferência estão fortemente relacionadas a impacto, sendo fatores situacionais de apoio o maior preditor de impacto, embora fortemente relacionado o menor achado encontrou-se em relação ao suporte material. A esse respeito, os achados sugerem que as percepções dos treinandos quanto ao suporte influenciam diretamente o impacto do treinamento no ambiente de trabalho.

O resultado referente ao impacto em profundidade na autoavaliação (participante) e heteroavaliação (gestor) aponta para uma baixa concordância entre ambas, na qual o participante tende a se autoavaliar com frequências mais altas se comparadas ao resultado de seu gestor.

Isso posto, chega-se ao final do estudo visualizando-se que o percurso percorrido permitiu cumprir cada um dos objetivos delineados na pesquisa. Dentre as várias constatações, uma única certeza: é necessário prosseguir pesquisando e aperfeiçoando o processo de avaliação do impacto de ações instrucionais formais, considerando os limites e potencialidades dos métodos, técnicas e instrumentos que têm sido utilizados, tanto no cenário do estudo, como em outros cenários dos serviços de saúde, tendo em vista que os resultados apontam para a necessidade inquestionável de empreenderem-se mudanças que abranjam todas as etapas, pois o diagnóstico será inútil se não der lugar a uma ação apropriada e acompanhada de uma intervenção no processo.

Referências

REFERÊNCIAS

Abbad G. Um modelo integrado de avaliação do impacto de treinamento no trabalho – IMPACT [tese doutorado]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 1999.

Abbad G, Gama AL, Borges-Andrade JE. Treinamento: análise do relacionamento da avaliação nos níveis de reação, aprendizagem e impacto no trabalho. RAC. 2000;4(3):25-45.

Abbad G, Pilati R, Pantoja MJ. Avaliação de treinamento: análise da literatura e agenda de pesquisa. Rev Adm. 2003;38(3):205-18.

Abbad GS. Medidas de avaliação de procedimentos, processos e apoio instrucionais em TD&E. In: Borges-Andrade JE, Abbad GS, Mourão L. Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: fundamentos para gestão de pessoas. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 443-68.

Abbad GS, Zerbini T, Carvalho RS, Meneses PP. Planejamento instrucional em TD&E. In: Borges-Andrade JE, Abbad GS, Mourão L. Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: fundamentos para gestão de pessoas. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 289-321.

American Nurses Association. Roles and responsibilities for nursing continuing education and staff development across all settings. Council on Continuing Education and Staff Development. ANA Publ. 1992;(COE-16 10M): iii,1-14.

Andrade RJ, Silva NF. ROI - Uma análise comparativa entre os métodos de avaliação sobre o retorno do investimento em treinamento. In: VII Congresso Virtual Brasileiro – Administração; 2010 nov. 19-21; Rio de Janeiro [Internet] [citado 2011 jan. 15]. Disponível em: <http://www.convibra.com.br/upload/paper/adm/adm1357.pdf>.

Anjos A, Andrade DF. Teoria de resposta ao item com o uso do R. São Paulo: ABE; 2012.

Arruda MC, Marteleto RM, Souza DB. Educação, trabalho e o delineamento de novos perfis profissionais: o bibliotecário em questão. Ci. Inf. 2000;29(3):14-24.

Becker F. Modelos pedagógicos e modelos epistemológicos. Paixão de Aprender. 1993;(5):18-23.

Bland JM, Altman DG. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet*. 1986;1(8476):307-10.

Bonfin D. Pedagogia no treinamento: correntes pedagógicas no ambiente de aprendizagem nas organizações. Rio de Janeiro. Qualitymark; 2004. p.8-155.

Bonoma TV. Case research in marketing: opportunities, problems, and process. *J Mark Res*. 1985;22:199-208.

Borges-Andrade JE, Oliveira-Castro GA. Treinamento e desenvolvimento: reflexões sobre suas pesquisas científicas. *Rev Adm*. 1996;31(2):112-25.

Borges-Andrade JE. Desenvolvimento de medidas em avaliação de treinamento. *Estud Psicol (Natal)*. 2002; 7(n.esp):31-43.

Borges-Andrade JE, Abbad GS, Mourão L, organizadores. Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho. Porto Alegre: Artmed; 2006. Avaliação integrada e somativa em TD&E; p. 343-57.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto [Internet]. Brasília (DF); 2006 [citado 2012 jul. 14]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõem sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF); 2009 [citado 2012 jul. 15]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1996.htm>.

Bressan F. O método do estudo de caso. *Adm On Line* [Internet]. 2000 [citado 2011 abr. 13];1(1). Disponível em: http://www.fecap.br/adm_online/art11/flavio.htm

Bussab WO, Morettin PA. Estatística básica. 6ª ed. São Paulo: Saraiva; 2010.

Campos KC, Barduchi AL, Marques DG, Ramos KP, Santos LA, Becker TJ, et al. Avaliação do sistema de treinamento e desenvolvimento em empresas paulistas de médio e grande porte. *Psicol Reflex Crít*. 2004;17(3):435-46.

Carvalho JF, Chaves LD. Supervisão de enfermagem no contexto hospitalar: uma revisão integrativa. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2011 [citado 2012 ago. 9]; 13(3):546-53. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n3/v13n3a21.htm>.

Catania K, Huang C, James P, Madison M, Moran M, Ohr M. Wound wise: PUPPI: the Pressure Ulcer Prevention Protocol Interventions. *Am J Nurs*. 2007; 107(4):44-52.

Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)*. 2005;9(16):161- 8.

Chiavenato I. Administração: teoria, processo e prática. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.

Chiavenato I. Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. Rio de Janeiro: Campus; 1999. Treinamento; p. 289-311.

Colwell J. Qualitative market research: a conceptual analysis and review of practitioner criteria. *J Mark Res Soc*. 1990;32(1):13-36.

Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951;16:297-333.

Darsier MM. Perspectiva epistemológica e suas implicações no processo de ensino e de aprendizagem. *Uniciências*. 1999;3(1):9-21.

Depresbiteris L. O desafio da avaliação da aprendizagem: dos fundamentos a uma proposta inovadora. São Paulo. EPU; 1989.

Faundez A. Por uma pedagogia da pergunta. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1985.

Feuerwerker L. Educação permanente em saúde: uma mudança de paradigmas. *Olho Mágico*. 2005;12(3):13-20.

Fox J. The R Commander: a basic-statistics graphical user interface to R. *J Stat Softw*. 2005;14(9):1-42.

Freire P. Educação como prática da liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983.

Freitas IA, Borges-Andrade JE, Abbad GS, Pilati R. Medidas de impacto em TD&E no trabalho e nas organizações. In: Borges-Andrade JE, Abbad GS, Mourão L. Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: fundamentos para a gestão de pessoas. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 489-504.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisas. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2007.

Giusta AS. Concepções de aprendizagem e práticas pedagógicas. Educ Rev. 1995;(1):24-31.

Hamblin AC. Avaliação e controle do treinamento. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil; 1978.

Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD. Transformando conhecimento em comportamento: use o modelo dos quatro níveis para melhorar seu desempenho. São Paulo: Futura; 2006.

Kuenzer AZ. As mudanças no mundo do trabalho e a educação: novos desafios para a gestão. In: Ferreira NC. Gestão democrática da educação: atuais tendências, novos desafios. São Paulo: Cortez; 1998.

Kurcgant P. Educação continuada: caminho para qualidade. Rev Paul Enferm. 1993;12(2):66-71.

LeFrançois GR. Teorias da aprendizagem. São Paulo: Cengage Learning; 2008.

Magalhães ML, Borges-Andrade JE. Auto e hetero-avaliação no diagnóstico de necessidades de treinamento. Estud Psicol (Natal). 2001;6(1):33-50.

Mancia JR, Cabral LC, Koerich MS. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. Rev Bras Enferm. 2004;57(5):605-10.

Meneses P, Zerbini T, Abbad G. Manual de treinamento organizacional. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Michaelis. Dicionário escolar da língua portuguesa. São Paulo: Melhoramentos; 2008.

Mira VL. Avaliação de programas de treinamento e desenvolvimento da equipe de enfermagem de dois hospitais do município de São Paulo [tese livre-docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2010.

Mizukami MG. Ensino: as abordagens do processo. São Paulo: EPU/EDUSP; 1986. p. 37-41.

Morais GF, Oliveira SH, Soares MJ. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(1):98-105.

Motta JI, Ribeiro EC, Worzoler MC, Barreto CM, Candal S. Educação permanente em saúde. *Olho Mágico.* 2002;9(1):67-78.

Mourão L. Avaliação de programas públicos de treinamento: um estudo sobre o impacto no trabalho na geração de emprego [tese doutorado]. Brasília: Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia; 2004.

Nadler L. *The handbook of human resources development.* New York: Wiley; 1984.

National Pressure Ulcer Advisory Panel [Internet]. Washington; 2007 [cited 2012 Jun 27]. Available from: <http://www.npuap.org>

Neves RA, Damiani MF. Vygotsky e as teorias da aprendizagem. *Unirevista.* 2006;1(2):1-10.

Otrenti E. Avaliação de processos educativos formais para profissionais da área da saúde: revisão integrativa da literatura [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2011.

Palmeira CG. Avaliação de resultados: retorno do investimento. In: Boog G. *Manual de treinamento e desenvolvimento: processos e operações.* Rio de Janeiro: Person Prentice Hall; 2006. p. 1-14.

Pantoja MJ, Borges-Andrade JE. Estratégias de aprendizagem no trabalho em diferentes ocupações. *RAC Eletr [Internet].* 2009 [citado 2011 abr. 13];3(1):41-62. Disponível em: http://www.anpad.org.br/periódicos/arq_pdf/a_833.pdf.

Paschoal AS, Mantovani MF, Méier MJ. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(3):478-84.

Perrenoud P. Avaliação: da excelência à regulação da aprendizagem-entre duas lógicas. Porto Alegre. *Artmed*; 1999.

Pilati R, Borges-Andrade JE. Estratégias para aplicação no trabalho do aprendido em treinamento: proposição conceitual e desenvolvimento de uma medida. *Psicol Reflex Crit.* 2005;18(2): 207-14.

Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

R Development Core Team. R: A language and environment for statistical computing. Versão 2.15.1. 2012 [Internet]. Viena, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2012 [cited 2012 Mar 16]. Available from: <http://www.r-project.org/>.

Ramos M. Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2010. p. 290.

Rego.TC. Vygotsky: uma perspectiva histórico-cultural da educação. Rio de Janeiro: Vozes; 1999. p.138-45.

Reddy M, Gill SS, Rochon PA. Preventing pressure ulcers: a systematic review. JAMA. 2006; 296:974-84.

Santos PT. Avaliação de satisfação, aprendizagem e impacto do curso introdutório à estratégia saúde da família: um aporte metodológico. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2012.

Saupe R, Cutolo LR, Sandri JV. Construção de descritores para o processo de educação permanente. Trab Educ Saúde. 2008;5(3):433-52.

Saviani D. Escola e democracia: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre a educação política. 40ª ed. Campinas: Autores Associados; São Paulo: Cortez; 2008.

Schultz. DP, Schultz SE. História da psicologia moderna. São Paulo: Cultrix; 2001.

Servo MLS, Ciampone MHT. Supervisão em enfermagem: o (re)velado de uma práxis. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001. p.39-79.

Siegel S, Castellan NJ. Non parametric statistics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1988.

Silva JA. Análise das atividades educativas de trabalhadores da saúde na atenção básica: concepções de educação no trabalho, levantamento de necessidades, público participante e resultados esperados [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2009.

Silva LA, Saupe R. Proposta de um modelo andragógico de educação continuada para a enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2000; 9(2 pt. 2):478-84.

Silva ME. Relações entre impacto do treinamento no trabalho e estratégia empresarial: o caso da Eletronorte. *Rev Adm Contemp.* 2006;10(3):91-110.

Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Version 17.0. Chicago (IL): SPSS.

Stroschein KA, Zocche DAA. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2011 [citado 2012 abr. 30];9(3):505-19. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n3/v9n3a09.pdf>.

Tamayo N, Abbad GS. Autoconceito profissional e suporte à transferência e impacto do treinamento no trabalho. *Rev Adm Contemp* [Internet]. 2006 [citado 2010 dez. 23];10(3):9-28. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v10n3/a02v10n3.pdf>.

Tull DS, Hawkins DI. *Marketing research, meaning, measurement and method.* London: Macmillan; 1976.

Vygotsky LS. *Pensamento e linguagem.* São Paulo: Martins Fontes; 2008.

Wada A, Teixeira Neto N, Ferreira MC. Úlceras por pressão. *Rev Med (São Paulo).* 2010;89(3/4):170-7.

Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos.* 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.

Zabala A, Arnau L. Como aprender e ensinar competências. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 17-26.

Zerbini T, Abbad G. Impacto de treinamento no trabalho via internet. *RAE Eletr* [Internet]. 2005 [citado 2010 dez. 23]; 4(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/raeel/v4n2/v4n2a01.pdf>.

Zerbini T, Abbad G. Aprendizagem induzida pela instrução em contexto de organização e trabalho: uma análise crítica da literatura. *Cad Psicol Soc Trab* [Internet]. 2010 [citado 2010 dez. 23];13(2). Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/cpst/v13n2/v13n2a03.pdf>.

Anexos

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ALBERT EINSTEIN
INSTITUTO ISRAELITA DE
ENSINO E PESQUISA

São Paulo, 29 de junho de 2011.

Processo CEP/Einstein nº. 11/1551 Projeto de Grupo III

Título: "Avaliação de treinamento de profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlcera por pressão em um hospital do município de São Paulo." Protocolo versão um de maio de 2011, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido versão II de junho de 2011.

Pesquisadora responsável: Lucélia Ferreira Lima Bastos

Instituição proponente: Escola de Enfermagem da USP

Responsável institucional: Maria Helena Trench Ciampone - orientadora

Instituição co-participante: Hospital Moyses Deutsch

Responsável institucional: Sílvia Possa - diretor

Patrocinador: pesquisadora

PARECER CEP/EINSTEIN Nº. 199/2011

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein no cumprimento de suas atribuições, **analisou** as respostas às pendências elencadas no Parecer CEP/Einstein 121/2011 e considerou que foram atendidas pela pesquisadora. Assim sendo, **aprovou** o projeto de pesquisa supracitado, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Aproveitamos a oportunidade para orientar a pesquisadora sobre os seguintes itens:

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 196 Item III. 3.z)
- O CEP deve ser informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4).
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.
- Ao pesquisador cabe elaborar e apresentar ao CEP/Einstein os relatórios semestrais e o relatório final (Res. CNS 196, IX.2.c), inicialmente em 2 de janeiro de 2012, conforme o modelo padronizado disponível em <http://apps.einstein.br/forms/pesquisa/form-padr.html>

Prof. Dr. José Pinus
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
do Hospital Israelita Albert Einstein

ANEXO 2 – AVALIAÇÃO DO IMPACTO EM AMPLITUDE E SUPORTE À TRANSFERÊNCIA

Atentamente leia o conteúdo das afirmativas abaixo e avalie o quanto cada uma delas descreve o que você pensa a respeito do impacto exercido pelo Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de Úlcera por Pressão, no trabalho que você realiza, considerando, para tal, o período transcorrido desde o término do mesmo até a data de hoje. Pense também no apoio que vem recebendo para usar no seu trabalho o que aprendeu no treinamento. Para responder a cada questão, escolha o ponto da escala que melhor descreve a sua situação e escreva o número correspondente, nos parênteses colocados à esquerda de cada frase.

Para responder às questões seguintes, utilize a escala abaixo:				
5	4	3	2	1
Concordo totalmente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo totalmente

Seção 3: Impacto do Treinamento no Trabalho	
()	1. Utilizo, com frequência, em meu trabalho atual, o que foi ensinado no treinamento.
()	2. Aproveito as oportunidades que tenho para colocar em prática o que me foi ensinado no treinamento.
()	3. As habilidades que aprendi no treinamento fizeram com que eu cometesse menos erros, em meu trabalho, em atividades relacionadas ao conteúdo do treinamento.
()	4. Recordo-me bem dos conteúdos ensinados no treinamento.
()	5. Quando aplico o que aprendi no treinamento, executo meu trabalho com maior rapidez.
()	6. A qualidade do meu trabalho melhorou nas atividades diretamente relacionadas ao conteúdo do treinamento.
()	7. A qualidade do meu trabalho melhorou mesmo naquelas atividades que não pareciam estar relacionadas ao conteúdo do treinamento.
()	8. Minha participação no treinamento serviu para aumentar minha motivação para o trabalho.
()	9. Minha participação nesse treinamento aumentou minha auto-confiança. (Agora tenho mais confiança na minha capacidade de executar meu trabalho com sucesso).
()	10. Após minha participação no treinamento, tenho sugerido, com mais frequência, mudanças nas rotinas de trabalho.
()	11. Esse treinamento que fiz tornou-me mais receptivo a mudanças no trabalho.
()	12. O treinamento que fiz beneficiou meus colegas de trabalho, que aprenderam comigo algumas novas habilidades.
()	13. Tenho grande interesse em aplicar no meu trabalho, o que foi ensinado no treinamento.

Nas próximas três seções existem algumas afirmações relativas ao apoio que a instituição forneceu para que você pudesse utilizar, no trabalho, o que aprendeu no treinamento. Gostaríamos de conhecer sua opinião. Pense no período posterior ao treinamento, mencionado na primeira página, e avalie cada afirmativa.

ATENÇÃO! Para responder às próximas questões, utilize a **nova** escala abaixo:

5	4	3	2	1
Ocorre sempre	Frequentemente	Algumas Vezes	Raramente	Nunca ocorre

Seção 4: Fatores Situacionais de Apoio

- () 1. Tenho tido oportunidades de usar no meu trabalho as habilidades que aprendi no treinamento.
- () 2. Falta-me tempo para aplicar no trabalho o que aprendi no treinamento.
- () 3. Os objetivos de trabalho estabelecidos por minha liderança encorajam-me a aplicar o que aprendi no treinamento.
- () 4. A demanda de trabalho na minha unidade inviabilizam o uso das habilidades que eu aprendi no treinamento.
- () 5. Tenho tido oportunidades de praticar habilidades importantes (recém-adquiridas no treinamento), mas, comumente, pouco usadas no trabalho.
- () 6. Os obstáculos e dificuldades associados à aplicação das novas habilidades que adquiri no treinamento são identificados e removidos por minha liderança
- () 7. Tenho sido encorajado por minha liderança imediata a aplicar, no meu trabalho, o que aprendi no treinamento.
- () 8. Minha liderança direta tem criado oportunidades para planejar comigo o uso das novas habilidades.
- () 9. Eu recebo as informações necessárias à correta aplicação das novas habilidades no meu trabalho.

5	4	3	2	1
Ocorre sempre	Frequentemente	Algumas Vezes	Raramente	Nunca ocorre

Seção 5: Suporte Material

- () 1. Minha empresa tem fornecido os recursos materiais (equipamentos, materiais, mobiliário e similares) necessários ao bom uso, no trabalho, das habilidades que aprendi no treinamento.
- () 2. Os móveis, materiais, equipamentos e similares têm estado disponíveis em quantidade suficiente à aplicação do que aprendi no treinamento.
- () 3. Os materiais por mim utilizados estão em boas condições de uso.
- () 4. Os materiais são de qualidade compatível com o uso das novas habilidades.
- () 5. O local onde trabalho, no que se refere ao espaço, mobiliário, iluminação, ventilação e/ou nível de ruído, é adequado à aplicação correta das habilidades que adquiri no treinamento.

5	4	3	2	1
Ocorre sempre	Frequentemente	Algumas Vezes	Raramente	Nunca ocorre

Seção 6: Consequências Associadas ao Uso das Novas Habilidades

- () 1. Em meu ambiente de trabalho, minhas sugestões, em relação ao que foi ensinado no treinamento são levadas em consideração.
- () 2. Meus colegas mais experientes apóiam as tentativas que faço de usar no trabalho o que aprendi no treinamento.
- () 3. Aqui, passam despercebidas minhas tentativas de aplicar no trabalho as novas habilidades que aprendi no treinamento.
- () 4. Minha empresa ressalta mais os aspectos negativos (ex.: lentidão, dúvidas) do que os positivos em relação ao uso das novas habilidades.
- () 5. Tenho recebido elogios quando aplico corretamente no trabalho as novas habilidades que aprendi.
- () 6. Quando tenho dificuldades em aplicar eficazmente as novas habilidades, recebo orientações sobre como fazê-lo.
- () 7. Chamam minha atenção quando cometo erros ao utilizar as habilidades que adquiri no treinamento.

Apêndices

APÊNDICE 1 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Solicitamos permissão para que a discente Lucélia Ferreira Lima Bastos, portadora do RG 3460767-7, que está regularmente matriculada na Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, realize a coleta de dados para dissertação de Mestrado, intitulada **“Avaliação da reação, aprendizagem e impacto de treinamento em um hospital do Município de São Paulo.”** sob a orientação da Prof^a Dra Maria Helena Ciampone, da forma como está descrito no projeto anexo.

Prof^a Dra Maria Helena Trench Ciampone
Docente da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisador(es): Maria Helena Trench Ciampone e Lucélia Ferreira Lima Bastos

Título de pesquisa: **“Avaliação da reação, aprendizagem e impacto de treinamento em um hospital do Município de São Paulo.”**

Nome (participante): _____

Caro participante:

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa acima intitulada, que se refere à dissertação de mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). O objetivo deste estudo é analisar o processo de treinamento nas medidas aplicadas de prevenção a úlcera por pressão. Sua forma de participação no estudo consiste em responder um questionário com perguntas fechadas. Não será cobrado nada e não haverá exposição e nem riscos na sua participação neste estudo. Portanto não estão previstos ressarcimentos ou indenizações. Não haverá benefícios imediatos na sua participação, mas os resultados contribuirão para proposição de intervenções cabíveis à melhoria do processo e indicar fatores intervenientes nessa capacitação, a fim captar as necessidades para o seu aprimoramento.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato. Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar seu consentimento ou ainda descontinuar sua participação, se assim o preferir. Se você concordar em participar desta pesquisa, deve rubricar todas as folhas deste termo e apor a sua assinatura no local indicado, assim como o pesquisador principal.

Desde já agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para mais informações, a respeito do estudo, a qualquer momento. Em caso de dúvida entrar em contato com a Enf^a. Lucélia F. Lima Bastos, fone:(11) 5832 2573; e-mail: luceliab@usp.br.

Eu confirmo que Lucélia F. Lima Bastos explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas, e estou ciente que receberei cópia assinada e rubricada deste termo. Eu li e compreendi este termo de consentimento. Portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

____ / ____ / ____

Data

Assinatura do participante

____ / ____ / ____

Data

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE 3 – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Eu, Prof^a Dra. Maria Helena Trench Ciampone, orientadora da dissertação de mestrado da enfermeira Lucélia Ferreira Lima Bastos, aluna regular da pós graduação em gerenciamento de enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, venho, por meio deste termo, comprometer-me a utilizar todos os dados coletados unicamente para a pesquisa intitulada: **"Avaliação da reação, aprendizagem e impacto de treinamento em um hospital do município de São Paulo"**, bem como manter sob sigilo a identificação dos sujeitos, cujas informações terei acesso, respeitando, assim, os preceitos éticos e legais, exigidos pela Resolução nº 196, de 1996, do Ministério da Saúde.

Atenciosamente,

Maria Helena T. Ciampone
E-mail: mhciamp@usp.br

Lucélia Ferreira Lima
Fone: 11- 6703 8795
E-mail: luceliab@usp.br

APÊNDICE 4 – AVALIAÇÃO DA REAÇÃO

AVALIAÇÃO DA REAÇÃO	
Curso: CAPACITAÇÃO EM PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO	
Instrutor: _____	
Nome: _____ DRT _____	
A seguir, escreva o número que melhor expressa sua opinião em relação ao treinamento que você participou no parêntese ao final de cada frase.	

5	4	3	2	1
Concordo totalmente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo totalmente

() Os objetivos foram definidos e apresentados com clareza() O treinamento foi compatível com as minhas necessidades de treinamento() A carga horária programada para apresentação do conteúdo e das atividades práticas foi adequada() O conteúdo apresentado foi adequado para atender aos objetivos do treinamento() A estrutura do local do curso foi de boa qualidade() O material distribuído foi claro e objetivo() O material distribuído será útil para consulta e aplicação na minha prática() Os conhecimentos aprendidos neste treinamento são aplicáveis no meu ambiente de trabalho() As condições do local onde trabalho favorecem a aplicação deste conhecimento em curto prazo() Consegui assimilar os conhecimentos transmitidos no treinamento() Sou capaz de reconhecer as situações de trabalho para aplicar os novos conhecimentos() Meu desempenho no trabalho tem probabilidade de melhorar após o treinamento() Sou capaz de transmitir os conhecimentos adquiridos no treinamento a outros funcionários de minha área() É provável que ocorram melhorias nas atividades desenvolvidas pelo meu grupo de trabalho, com base nos conhecimentos adquiridos no treinamento() Estou estimulado à aplicar, no trabalho, os conhecimentos aprendidos neste treinamento() O instrutor demonstrou conhecimento e segurança na abordagem dos conteúdos() O tema foi apresentado em sequência lógica e facilitadora do aprendizado() O nível de complexidade da abordagem do tema foi compatível com os objetivos do treinamento() O instrutor se mostrou disponível a esclarecer dúvidas() O instrutor interagiu com o grupo de treinandos, estimulando-os a manifestar suas idéias() O instrutor utilizou recursos audiovisuais com objetividade, clareza e domínio

APÊNDICE 5 – AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM

Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de Úlceras por Pressão

Nome: _____
Unidade de trabalho: _____ Horário de Trabalho: _____
Data: _____ Horário do Treinamento: _____

PRÉ E PÓS TESTE

1) Quanto aos conceitos de Úlcera por Pressão (UP) é correto afirmar:

- a) Úlcera por pressão é uma lesão localizada na pele e/ou no tecido ou estrutura subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com fricção e/ou cisalhamento;
- b) O termo escara deve ser utilizado para designar a parte rósea da ferida e não como sinônimo de UP;
- c) Outros termos frequentemente usados como sinônimos de UP são úlceras de decúbito, escara, escara de decúbito, porém, por ser a pressão o agente principal para a sua formação, recomenda-se a adoção do termo – úlcera por pressão (UP);
- d) As lesões caracterizadas como Úlcera por Pressão são as que se desenvolvem na região sacra;

e) As alternativas A e C estão corretas.

2) Quanto à classificação das Úlceras por Pressão é INCORRETO afirmar:

- a) As UP estágio I possuem como característica primária, pele intacta com hiperemia em uma área localizada que embranquece ao ser pressionada. Lesão comum em proeminências ósseas, e de mais fácil detecção em pessoas de pele escura;
- b) **A principal característica das UP estágio II é a perda parcial da espessura dérmica;**
- c) Podemos definir UP estágio III, aquelas lesões que apresentam perda total do tecido subcutâneo, no entanto não existe exposição do tecido ósseo, tendões e músculos;
- d) As Úlceras por Pressão Estágio IV caracterizam-se por perda de tecido na sua espessura total com exposição óssea de músculo ou tendão, havendo presença de esfacelo em algumas partes do leito da ferida, frequentemente, inclui descolamento e túneis.
- e) Todas as alternativas estão incorretas.

3) Coloque (V) para Verdadeiro e (F) para falso nas questões abaixo:

- (v) Esfacelo refere-se ao tecido necrótico de consistência delgada, mucóide, macia, de coloração amarela, bronzeada ou cinza, formados por bactérias, fibrina, elastina, colágeno, leucócitos, fragmentos celulares e exsudato.
- (v) Tecido de Granulação é o crescimento de pequenos vasos sanguíneos e de tecido conectivo para preencher a ferida em toda a sua espessura.
- (v) Uma UP de estágio IV recebe esta mesma classificação até cicatrizar.
- (v) Escara é descrita como uma capa/crosta de tecido de consistência dura, seca, de cor cinza, marrom ou preta e firmemente aderida ao leito da ferida.
- (f) As UP que apresentam extensa região de necrose devem ser classificadas antes do debridamento para identificação da profundidade do dano tecidual.
- (f) As UP são classificadas em estágios com referência à gravidade da lesão e não à profundidade.
- (v) A baixa intensidade de pressão por longo período de tempo causa tanto dano quanto a alta intensidade de pressão por curto período de tempo.

4) Dentre os principais fatores intrínsecos que contribuem para o aparecimento das UP estão:

- a) Idade avançada, imobilidade, incontinência urinária, e déficit nutricional.
- b) Tabagismo, déficit nutricional, etilismo, obesidade e sedentarismo.
- c) Extremos de idade, temperatura alterada, hipertensão e fatores psicológicos.

d) Idade avançada, hipotensão, déficit nutricional, estado psicológico e temperatura.

- e) Diabetes, fricção, imobilidade etilismo e nutrição.

5) Dentre os principais instrumentos de avaliação de risco para UP a mais utilizada é a escala de BRADEN, que avalia seis variáveis. Baseado nesta escala é CORRETO afirmar que:

- a) Todos os itens avaliados têm pontuação de 01 a 06, exceto o item de cisalhamento e fricção que recebe pontuação de 01 a 05;

b) Os itens avaliados na escala de Braden são: Percepção Sensorial, Umidade, Atividade, Mobilidade, Nutrição, Cisalhamento e Fricção.

- c) Podemos considerar que quanto menor for o escore, menor é o Risco para Lesão.
- d) O paciente deve ser avaliado na admissão e com intervalos de 48 horas, independente do seu risco;
- e) Nenhuma das alternativas anteriores.

6) Quanto às medidas preventivas para UP, adotadas no ambiente hospitalar podemos citar:

- a) Identificação precoce do risco, colchão piramidal com capa, almofadas tipo argola e mudança de decúbito de acordo com o risco.
- b) Colchão piramidal sem capa, luvas preenchidas com água quente ou bolhas de ar para elevar calcâneos e massagens de conforto.
- c) Identificação precoce do risco, colchão piramidal sem capa, travesseiros ou coxins de espumas entre os joelhos e abaixo das panturrilhas, mudança de decúbito a cada 2 horas, e decúbito máximo em 30º.
- d) Identificação precoce do risco, almofadas tipo argola, massagens de conforto e estabelecimento de programas de educação para profissionais, pacientes e familiares.
- e) As alternativas B e D estão corretas.

7) O processo de cicatrização das feridas consiste em uma perfeita e coordenada cascata de eventos celulares e moleculares que interagem para que ocorra a repavimentação e a reconstrução de um tecido, sendo assim, é CORRETO afirmar que:

- a) O reparo tecidual acontece por três ou mais fases complexas, dinâmicas e sobrepostas, sendo que o meio úmido facilita a migração do tecido de granulação.
- b) Entre as fases de cicatrização celular estão as fases Inflamatória, proliferativa, de maturação e neutralização.
- c) A fase inflamatória caracteriza-se pelo aparecimento dos sinais de granulação, edema e calor moderado.
- d) As principais características da fase proliferativa são o aparecimento de tecido de granulação composto por capilares, que precisam estar em um meio seco para aderirem ao tecido reepitelizado.
- e) Todas as alternativas estão corretas.

8) O Processo de avaliação das lesões prevê o estabelecimento do plano de cuidados e controle, sendo assim é INCORRETO afirmar que:

- a) O processo de avaliação das UP leva em consideração a localização anatômica, as características e o tipo de tecido, a profundidade, a largura, a presença de exsudado, a dor, o odor e a pele peri-ferida.
- b) Exames laboratoriais devem seguir uma periodicidade padrão para os pacientes portadores de patologias ou lesões crônicas.
- c) Em todas as avaliações devem ser observadas as características do tecido do leito da UP, e descrevê-las em prontuário para acompanhamento.
- d) O processo de avaliação da UP pode ser dividido em fase primária, na admissão do paciente e fase secundária, no momento de evolução da lesão.
- e) Nenhuma das alternativas anteriores está incorreta.

9) Para tratamento da UP não se deve:

- a) Manter o leito da ferida em condições fisiológicas.
- b) Avaliar o produto/material disponível e adequado para cada fase da lesão.
- c) **Avaliar a evolução da lesão periodicamente, alternando os métodos a cada 24 horas para conseguir um melhor resultado.**
- d) Prevenir e controlar infecção.
- e) Todas as alternativas anteriores estão corretas.

10) Assinale os principais fatores extrínsecos que estão diretamente ligados ao desenvolvimento das UP.

- a) Idade avançada, aumento da umidade, desnutrição e cisalhamento.
- b) Fricção, temperatura da pele, cisalhamento e incontinência urinária.
- c) **Mobilidade reduzida, umidade, baixa atividade, cisalhamento e fricção.**
- d) Pressão local, mobilidade reduzida, cisalhamento, tabagismo e nutrição.
- e) As alternativas B e D estão corretas.

APÊNDICE 6 – AUTOAVALIAÇÃO DO IMPACTO EM PROFUNDIDADE

I CURSO DE CAPACITAÇÃO EM PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO DO HMMD

Seção 1

DADOS PESSOAIS E FUNCIONAIS

Nome do Participante: _____

Sexo: () F () M Idade: _____

Unidade atual de trabalho: _____ Turno: () M () T () NA () NB

Função: _____ Tempo de exercício nesta instituição: _____

Mês e Ano de realização do treinamento: _____ / _____

Escolaridade: () Superior Completo () Especialista () Mestre () MBA

Quantos treinamentos você participou nos últimos 12 meses? _____

Orientação

A seguir, serão apresentadas afirmativas a respeito do impacto do treinamento acima mencionado.

Suas respostas **individuais** serão **confidenciais**, tratadas de forma agrupada, exclusivamente pela pesquisadora. A qualidade dos resultados desse trabalho dependerá muito do seu empenho em responder ao questionário com precisão e cuidado. **Por favor, não deixe questões sem resposta.**

Leia atentamente o conteúdo das afirmativas a seguir e responda nos parênteses, de acordo com a **escala apresentada acima de cada seção**.

Lembre-se de que este questionário **não é uma avaliação do seu desempenho**. **Não existem respostas certas ou erradas!** O que nos interessa é **sua opinião!**

Abaixo, você encontrará alguns objetivos relativos ao que foi ensinado no treinamento citado. Leia atentamente cada um e avalie a **frequência com que você utiliza no seu trabalho**, o que foi ensinado. Para responder, escolha o ponto da escala que melhor descreve esta frequência de utilização e escreva no(s) parêntese(s) conforme escala abaixo.

1	2	3	4	5
Nunca Utilizo	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Utilizo sempre

Seção 2: IMPACTO EM PROFUNDIDADE

- () 1. Identifico previamente todos os fatores de riscos que possam levar ao desenvolvimento de uma úlcera por pressão UP.
- () 2. Planejo o tratamento conforme as necessidades individuais do paciente, considerando também o tipo de lesão.
- () 3. Reconheço todos os estágios de úlcera por pressão.
- () 4. Utilizo o melhor material que tenho disponível promovendo a prevenção de novas úlceras.
- () 5. Reavalio diariamente o paciente, considerando todos os fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de UP através da escala padronizada de avaliação (Braden).
- () 6. Aplico o protocolo como ferramenta diária na prevenção e tratamento das úlceras por pressão.
- () 7. Promovo ações que visam aumentar a adesão dos meus funcionários em relação ao protocolo institucional.
- () 8. Supervisiono a técnica correta dos meus funcionários na aplicação prática das medidas preventivas e curativas.
- () 9. Acompanho o indicador de UP na minha unidade e sugiro ações de melhoria.

APÊNDICE 7 – HETEROAVALIAÇÃO DO IMPACTO EM PROFUNDIDADE

Nome: _____
Unidade de trabalho: _____ Horário de Trabalho: _____
Data: _____ Avaliador: _____

Leia atentamente cada uma das afirmações referentes às atividades esperadas após o Curso de Capacitação em Prevenção e Tratamento de **Úlcera por Pressão** e avalie a **frequência** com que o enfermeiro participante as realiza em seu trabalho, conforme escala abaixo.

1	3	3	4	5
Nunca Utilizo	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Utilizo sempre

Objetivos do Treinamento Úlcera por Pressão (UP)

- () Identifica todos os fatores de riscos de desenvolvimento de uma UP.
- () Planeja o tratamento conforme as necessidades individuais do paciente, considerando o tipo de lesão.
- () Reconhece todos os estágios de úlcera por pressão.
- () Utiliza as estratégias de prevenção disponíveis que envolvem materiais e ações.
- () Reavalia diariamente o paciente por meio da escala de Braden.
- () Aplica o protocolo institucional como ferramenta na prevenção e tratamento das UP.
- () Promove ações visando aumentar a adesão dos funcionários ao protocolo institucional.
- () Supervisiona a técnica correta dos funcionários na aplicação prática das medidas preventivas e curativas.
- () Acompanha o indicador de UP da unidade e sugere melhorias.