UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

GABRIELA CRISTINA DA COSTA GONÇALVES

**AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM NO ÂMBITO
HOSPITALAR: CONSTRUÇÃO COLETIVA**

SÃO PAULO

2016

GABRIELA CRISTINA DA COSTA GONÇALVES

**AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM NO ÂMBITO
HOSPITALAR: CONSTRUÇÃO COLETIVA**

Versão corrigida da Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da 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 Dr.^a Vera Lucia Mira

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

SÃO PAULO

2016

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

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Gonçalves, Gabriela Cristina da Costa

Avaliação de necessidades de aprendizagem no âmbito hospitalar: construção coletiva / Gabriela Cristina da Costa Gonçalves. São Paulo, 2016.

134 p.

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

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

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

1. Competência profissional. 2. Recursos humanos - desenvolvimento. 3. Educação permanente. 4. Enfermagem. I.

Nome: Gabriela Cristina da Costa Gonçalves

Título: Avaliação de necessidades de aprendizagem no âmbito hospitalar: construção coletiva.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem (PPGEEn) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovada em: __/__/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr._____ **Instituição**_____

Julgamento:_____ **Assinatura:**_____

Prof. Dr._____ **Instituição**_____

Julgamento:_____ **Assinatura:**_____

Prof. Dr._____ **Instituição**_____

Julgamento:_____ **Assinatura:**_____

DEDICATÓRIA

*À minha família,
Amo vocês!*

AGRADECIMENTOS

A Deus por iluminar meu caminho;

À minha orientadora, professora Vera Lucia Mira, por me guiar durante esta jornada, com sabedoria, disposição e positividade;

Aos meus pais, Claudio e Cida, pelo suporte e carinho dado durante toda a minha vida;

Ao meu irmão, Eduardo, por sempre fazer a vida parecer mais simples;

Ao meu namorado, Tadeu, pelo apoio incondicional e auxílio na construção do banco de dados, obrigada;

À minha família, minha base;

À enfermeira Luciana Costa pelo auxílio e incentivo para início do mestrado;

Às professoras, Heloisa Helena Ciqueito Peres, Fernanda Maria Togeiro Fugulin e Sarah Marília Bucchi, pelas importantes contribuições dadas durante o exame de qualificação;

Aos professores das disciplinas que cursei durante o mestrado, pelo aprimoramento e reflexões constantes, que com certeza me tornaram uma profissional melhor;

Aos colegas do grupo de pesquisa NEPAPEGS por compartilhar experiências e pelas valiosas sugestões;

Às amigas Daniela Pascon e Karen Matsumoto, pela companhia e aprendizado, durante as disciplinas;

À equipe que participou do projeto com disposição, obrigada, sem vocês nada disso seria possível;

Aos participantes do grupo focal, quão importantes e enriquecedoras foram suas falas, facilitaram a compreensão do contexto;

Às minhas amigas Ana Paula Ménès, Dayane Oliveira, Paula Scorsí e Priscilla Mello, por sempre estarem ao meu lado nestes últimos anos;

Ao Edmilson Carvalho do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital pelo auxílio no cadastro na Plataforma Brasil;

Ao hospital e à gerente da UTI por disponibilizarem o campo de estudo, possibilitando a mim e a toda a equipe da UTI, a reflexão sobre a prática;

Ao Tiago Mendonça dos Santos e Lucas Petri Damiani pela análise estatística e auxílio na interpretação dos dados;

À professora Mariana Vitale Teodoro pela revisão de português;

Enfim, a todos aqueles que me apoiaram de alguma maneira nesta conquista! Obrigada!

EPIGRAFE

*“É fundamental diminuir a distância
entre o que se diz e o que se faz,
de tal forma que,
num dado momento,
a tua fala seja a tua prática”*

Paulo Freire

Gonçalves GCC. Avaliação de necessidades de aprendizagem no âmbito hospitalar: construção coletiva. [Dissertação] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução: Considerando a dificuldade prática para avaliação de necessidades de aprendizagem, este estudo tem como **Objetivos:** Avaliar as necessidades de aprendizagem da equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva, considerando o indivíduo, o grupo e o ambiente organizacional; e delinear estratégias de suporte às necessidades de aprendizagem prioritárias. **Método:** Desenvolvido na modalidade pesquisa-ação, com abordagens qualitativa – descritiva – e quantitativa – exploratório-descritiva, configura-se numa triangulação metodológica. O estudo foi realizado na unidade de terapia intensiva de um hospital privado do Município de São Paulo. Inicialmente, para levantamento das necessidades de aprendizagem individuais, 97 profissionais da equipe de enfermagem responderam ao questionário composto de 23 competências a serem avaliadas quanto aos graus de importância e domínio; os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. No segundo momento, foram realizadas três reuniões de grupo focal, com a participação de dois gestores, quatro enfermeiros e dois técnicos de enfermagem, representando os turnos de trabalho e as funções exercidas; os objetivos do grupo consistiram em analisar as necessidades identificadas, estabelecer as prioridades e propor estratégias de suporte à aprendizagem; os dados obtidos foram submetidos à análise temática, cujas categorias, de acordo com o Modelo de Avaliação Integrada e Somativa, foram definidas, *a priori*, em: ambiente – necessidades; ambiente – suporte; ambiente – disseminação; e treinamento. **Resultados:** O grau de importância das competências foi alto e não houve diferenças entre os grupos; quanto ao domínio, o menor grau obtido foi em relação aos conhecimentos sobre legislação e comunicação; enfermeiros, pós-graduados, profissionais do período noturno e do sexo feminino apresentaram maior domínio que os demais. Nas discussões do grupo focal, as prioridades relacionaram-se ao alinhamento das rotinas básicas da unidade e ao treinamento de recém-admitidos; quanto ao suporte à aprendizagem, foram apontadas medidas, tais como, a necessidade de trabalho em equipe, a capacitação dos instrutores, a parceria com o setor de educação do Hospital e o apoio da gestão; ao final, foi proposto um programa de treinamento, considerando as prioridades. **Considerações finais:** O estudo trouxe contribuições ao fixar na avaliação de necessidades, a abordagem por competências de modo participativo e multinível, com equilíbrio entre as necessidades individuais e da equipe, considerando o contexto organizacional. O enfoque por competências, nos eixos técnico-científico, socio-educativo e ético-político, estimulou os profissionais à ampla reflexão, que extrapolaram a dimensão técnica. Embora o questionário careça de validação estatística, a utilização de métodos mistos de pesquisa contribuiu para a compreensão das necessidades reais de aprendizagem, o que demonstra potencialidade para ampliação do estudo. **Palavras-chave:** competência profissional, desenvolvimento de pessoal, educação permanente, enfermagem.

Gonçalves GCC. Evaluation of the learning needs in the hospital environment: a collective construction. [Dissertation] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

ABSTRACT

Introduction: Considering the practical difficulty for the evaluation of the learning needs, this study has as **Objectives:** Evaluate the learning needs of the nursing team in the intensive care unit, considering the individual, the group and the organizational environment; and outline strategies to support the priority learning needs. **Methodology:** Developed in the research-action modality, with the qualitative-descriptive and the quantitative-exploratory-descriptive approaches, it is a methodological triangulation. The study was performed in the intensive care unit of a private hospital in São Paulo. In the beginning, to estimate the individual learning needs, 97 professionals from the nursing team answered a questionnaire made of 23 competencies to be evaluated according to the degree of importance and domain; data were analyzed through descriptive and inferential analysis. Then, three focus group meetings were held, in which participated two managers, four nurses and two nurse technicians, representing the work shifts and the functions performed; the objectives of the group consist in analyzing the identified needs and establishing the priorities and proposing strategies to support learning; the data obtained were submitted to theme analysis in which categories, according to the Model of Integrated and Somative Evaluation, were defined, *a priori*, in: environment-needs; environment-support; environment-dissemination; and training. **Results:** The degree of importance of the competencies was high and there were no differences among groups; as for the domain, the least degree obtained was in relation to the knowledge on legislation and communication; nurses, graduates and postgraduates, night shift professionals and female professionals showed more knowledge than the others. In the discussions of the focus group, the priorities related to the alignment of the basic routines of the unit and to the training of newly hired employees; as for the learning support, measures were indicated, such as the importance of teamwork, the capacitation of instructors, the partnership with the education department in the hospital and the management support; at the end, a training program was proposed, considering the priorities. **Final Considerations:** The study contributed to fixing in the needs evaluation the approach by competencies in a participative and multilevel way, balancing individual and team needs, considering the organizational context. The approach by competencies, in the technical-scientific, social-educative and ethical-political axes stimulated the professionals to a broad reflection that went beyond the technical dimension. Although the questionnaire lacks statistical validation, the use of mixed research methods contributed to the understanding of the real learning needs, which demonstrates the potential to broaden the study.

Key words: professional competence, staff development, continuing nursing education.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Modelo de Análise de Necessidades de Treinamentos.....	34
Figura 2 -	Sistema de TD&E.....	39
Figura 3 -	Modelo de Avaliação Integrado e Somativo.....	41
Figura 4 -	MAIS: ambiente necessidades em destaque.....	72
Figura 5 -	MAIS: ambiente suporte em destaque.....	75
Figura 6 -	MAIS: ambiente disseminação em destaque.....	77
Figura 7 -	MAIS: componentes do treinamento e do ambiente efeitos em longo prazo em destaque.....	78

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Agenda do grupo focal – Avaliação de necessidades de aprendizagem.....	54
Quadro 2 -	Síntese das competências de menor domínio, relacionadas às variáveis com associação significativa.....	71
Quadro 3 -	Síntese: objetivo e operacionalização do grupo de treinamento.....	81
Quadro 4 -	Programa de treinamento da UTI: atualizações e aperfeiçoamento da prática assistencial.....	84
Quadro 5 -	Relação entre o Programa de treinamento da UTI, as competências e dimensão teórica.....	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos participantes conforme formação escolar, turno de trabalho e função, São Paulo – 2016.....	63
Tabela 2 -	Distribuição dos participantes por idade de acordo com sexo, função, turno de trabalho e formação escolar, São Paulo – 2016.....	64
Tabela 3 -	Estatística descritiva e medida de dispersão do tempo de formado de acordo com sexo, função, turno de trabalho e formação escolar, São Paulo – 2016.....	64
Tabela 4 -	Distribuição dos participantes por tempo de exercício de acordo com sexo, função, turno de trabalho e formação escolar, São Paulo – 2016.....	65
Tabela 5 -	Análise estatística descritiva geral e medida de dispersão das competências em relação à importância e ao domínio, São Paulo – 2016.....	66
Tabela 6 -	Testes estatísticos das medidas de domínio e importância de acordo com a formação escolar, São Paulo – 2016.....	118
Tabela 7 -	Testes estatísticos das medidas de domínio e importância de acordo com o turno de trabalho, São Paulo – 2016.....	120
Tabela 8 -	Testes estatísticos das medidas de domínio e importância de acordo com o sexo, São Paulo – 2016.....	122
Tabela 9 -	Testes estatísticos das medidas de domínio e importância de acordo com a função, São Paulo – 2016.....	123
Tabela 10	Coeficientes de correlações e p-valores das medidas de domínio e importância com idade, tempo de formado e tempo de exercício na UTI, São Paulo – 2016.....	125

LISTA DE SIGLAS

ANA	-	Avaliação de Necessidade de Aprendizagem
ANT	-	Avaliação de Necessidade de Treinamento
AVC	-	Acidente Vascular Encefálico
CSR	-	Centro de Simulação Realística
COFEN	-	Conselho Federal de Enfermagem
COREN-SP	-	Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
HE	-	Hospital de Estudo
IAM	-	Infarto Agudo do Miocárdio
IPG	-	Índice de Prioridade Geral
JCI	-	<i>Joint Commission International</i>
LNT	-	Levantamento de Necessidades de Treinamento
MAIS	-	Modelo de Avaliação Integrado e Somativo
PNEPS	-	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
SAE	-	Sistematização da Assistência de Enfermagem
TD&E	-	Treinamento, Desenvolvimento e Educação
TEV	-	Trombo embolismo venoso
UTI	-	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 OBJETIVOS DO ESTUDO	21
3 TD&E NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	25
4 FUNDAMENTOS TEÓRICOS	31
4.1 AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM: DELIMITANDO O CONCEITO	33
4.2 MODELO DE AVALIAÇÃO INTEGRADO E SOMATIVO	37
5 MÉTODO.....	43
5.1 TIPO DE PESQUISA.....	45
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	46
5.3 PERCURSO METODOLÓGICO	49
5.3.1 Levantamento de Necessidades de Treinamento	49
5.3.1.1 População	49
5.3.1.2 Instrumento e Procedimento de Coleta de Dados	49
5.3.1.3 Análise dos dados.....	51
5.3.2 Avaliação das necessidades de aprendizagem	52
5.3.2.1 População	52
5.3.2.3 Análise dos dados.....	54
7 RESULTADOS.....	61
7.1 LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES DE TREINAMENTO	63
7.1.1 Caracterização da população	63
7.1.2 Levantamento de necessidades de treinamento	66
7.1.3 Relação entre as variáveis categóricas e quantitativas e as medidas de importância e domínio	68

7.2 AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM E CONSTRUÇÃO DO PROGRAMA DE TREINAMENTO	71
7.2.1 Primeira Reunião	71
7.2.1.1 Categoria: Ambiente – Necessidades	72
7.2.1.2 Categoria: Ambiente – Suporte	75
7.2.1.3 Categoria: Ambiente – Disseminação	77
7.2.1.4 Categoria: Treinamento	78
7.2.2 Segunda reunião	80
7.2.2.1 Criação do grupo de multiplicadores de treinamento	81
7.2.2.2 Prioridades de treinamento	81
7.2.3 Terceira reunião	83
 8 DISCUSSÃO	 87
 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	 99
 REFERÊNCIAS	 103
 APÊNDICE	 111
 ANEXO	 131

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

Como enfermeira com experiência em educação permanente e em unidade de terapia intensiva (UTI), algumas necessidades relacionadas à capacitação profissional se tornaram evidentes e me impulsionaram a dedicar meus estudos à área de treinamento, desenvolvimento e educação (TD&E). Dentre elas, destaco a ineficácia da avaliação de necessidades de aprendizagem, a premência de adoção de métodos e estratégias de ensino focados na aprendizagem significativa e a dificuldade de implementação da avaliação de resultados, que culminam na inconstância dos processos de TD&E oferecidos.

Tais problemas podem ser explicados pela complexidade do processo, que envolve uma série de aspectos de um contexto organizacional específico. Assim, segundo Borges-Andrade (2006), a eficácia do sistema de treinamento depende, entre outros fatores, do planejamento conforme a realidade organizacional e da análise contínua de resultados.

Esse autor divide o processo de TD&E em três subsistemas: avaliação de necessidades de treinamento; planejamento e execução; e avaliação dos resultados.

Existem fragilidades nos três subsistemas. Entretanto, esta pesquisa, tem como objeto de estudo, a avaliação de necessidades de aprendizagem, constituindo a primeira etapa de um projeto que desenvolverá um programa de treinamento, desde a avaliação de necessidades até a avaliação de resultados, por meio da pesquisa-ação. Esse projeto visa aumentar a compreensão do problema para intervir com maior assertividade em todo o processo de TD&E.

É possível encontrar, facilmente, na literatura recomendações de como deve ser o processo de treinamento ideal. Porém, meu principal questionamento é como operacionalizá-lo em um ambiente com tantas particularidades, como a UTI. No contexto hospitalar, entre os setores que demandam competências específicas do profissional de enfermagem, a UTI se destaca pela complexidade da assistência prestada ao doente crítico e pela marcante incorporação tecnológica (Camelo, 2012), o que exige dos profissionais constante desenvolvimento de suas competências.

Torna-se indispensável, portanto, a realização de programas de treinamentos, que devem englobar os aspectos tecnológico e humano, visto que os profissionais trabalham com rotinas rígidas de cuidado que demandam ações rápidas embasadas no conhecimento técnico-científico, em um ambiente hostil de tomada de decisões, convivendo com a ansiedade dos pacientes, familiares e trabalhadores, e com a constante presença da morte (Camelo, 2012; Silva, Campos, Pereira, 2011).

Construir e avaliar um programa de treinamento de tal complexidade é uma tarefa que requer tempo, já que muitos resultados são alcançados em longo prazo. Por essa razão, este estudo se restringe à etapa inicial do processo.

Assim, os questionamentos que nortearão a pesquisa são:

- Como realizar uma avaliação de necessidades de aprendizagem que reflita as reais necessidades dos profissionais na prática?
- Como o contexto organizacional interfere nesta avaliação?
- Como realizar a avaliação de necessidades de aprendizagem, alinhando as demandas dos indivíduos, do grupo e da organização?

Ao responder estes questionamentos, esperamos que o processo de avaliação de necessidade de aprendizagem desenvolvido neste estudo, sirva de guia a outras instituições de saúde, aprimorando esta etapa do sistema de TD&E.

Compreendo que a avaliação de necessidades de aprendizagem realizada com a participação ativa dos indivíduos envolvidos no processo de trabalho, trará resultados mais consistentes e próximos à realidade, sendo capaz de sustentar a proposição de um programa de treinamento que consiga refletir as prioridades.

2 Objetivos do estudo

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

- * Avaliar as necessidades de aprendizagem da equipe de enfermagem da UTI, considerando o indivíduo, o grupo e o ambiente organizacional.
- * Delinear estratégias de suporte às necessidades de aprendizagem prioritárias.

3 TD&E nos Serviços de Saúde

3 TD&E NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O sistema de TD&E e a avaliação de necessidade de aprendizagem, neste inserida, são processos complexos que envolvem uma série de ações embasadas em alguns pressupostos teóricos. Assim, propõe-se nas seções a seguir tornar evidente a contextualização do sistema de TD&E nos serviços de saúde, bem como as linhas teóricas que serão adotadas neste estudo.

De acordo com Peres, Leite e Gonçalves (2010), as ações de TD&E são imprescindíveis na capacitação dos recursos humanos em saúde e enfermagem, utilizadas para aprimorar o conhecimento e as habilidades dos profissionais, visam favorecer o desenvolvimento de competências que viabilizem a promoção da qualidade da assistência em adequado ambiente aos trabalhadores.

Essas autoras afirmam que, a fim de propiciar aumento da qualificação profissional, as práticas dos programas de TD&E devem estar embasadas na compreensão das necessidades e competências a serem alcançadas, na adequada aplicação dos métodos disponíveis e na conscientização e manutenção do interesse dos treinandos. Integrar aprendizagem e competência é essencial para que esses programas possam estimular as pessoas a seu autodesenvolvimento.

Neste contexto, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) traz um direcionamento para a aprendizagem em trabalho, na qual o aprender e o ensinar devem ser incorporados ao cotidiano das organizações. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais, e propõe que as ações de educação aos trabalhadores da saúde partam da problematização do processo de trabalho. Para tanto, deve alicerçar suas ações em metodologias ativas de ensino, que tem como base o processo crítico-reflexivo (Brasil, 2009).

Assim, a PNEPS traz à área da saúde a relação entre a educação e o trabalho, reforçando a educação permanente como estratégia para a transformação, não só das práticas profissionais, como também da própria organização do trabalho (Lemos, 2016).

As diretrizes da PNEPS refletem abordagens atuais da educação em trabalho, partindo dos pressupostos da andragogia. Na prática, contudo, a literatura recente ressalta o distanciamento dos enfermeiros que exercem as funções de educação

nas instituições de saúde com relação às premissas da PNEPS, reforçando a necessidade de capacitação destes indivíduos (Flores, Oliveira, Zocche, 2016).

Estudos sobre a temática apontam a PNEPS como prática possível, desde que entendidas as necessidades de mudanças e remodelação dos processos de educação instituídos nas organizações de saúde. Entre as principais estratégias mencionadas, destaca-se a incorporação do processo de TD&E na rotina das organizações; a criação de espaços dialógicos, em que os indivíduos envolvidos no processo de trabalho consigam refletir sobre sua prática e como melhorá-la; a adoção da aprendizagem significativa; e o estímulo ao trabalho em equipe e à participação dos gestores no suporte ao processo (Flores, Oliveira, Zocche, 2016; Messias, 2015; Zinn, 2015).

Desta maneira, a consecução da educação permanente em saúde na prática possibilitará o aprimoramento do processo de TD&E à equipe de enfermagem, com repercussão direta na qualidade e na segurança da assistência (Flores, Oliveira, Zocche, 2016).

Além dos pressupostos da PNEPS, estratégias de capacitação permanente, como maneira de diminuir erros e custos, vêm sendo estudadas e exigidas pelos sistemas de acreditação de qualidade hospitalar, sendo assim consideradas um dos desafios das instituições de saúde (Eboli, 2004; World Health Organization, 2006).

Logo, torna-se necessário o aprimoramento e a sistematização do processo de TD&E, desde a avaliação de necessidades até a avaliação de resultados, sendo imperativo compreender as lacunas existentes.

Estudos que problematizam a avaliação de necessidades de treinamento caracterizam sua prática como uma ação pouco participativa, desarticulada, retrospectiva, estática, tarefaira, reativa, burocrática e, muitas vezes, desvinculada dos objetivos da instituição (Abbad, Mourão, 2012; Meneses, Zerbini, 2009).

Quando analisamos este processo especificamente no ambiente hospitalar e junto à equipe de enfermagem, encontramos uma tendência à generalização de treinamentos, tornando-os comuns a todos os indivíduos, sem levar em conta as necessidades peculiares de cada setor ou de cada profissional. Esse quadro fica ainda mais evidente com as crescentes demandas de capacitação exigidas por órgãos reguladores e de acreditação de qualidade hospitalar, tidas como prioritárias nas instituições, e assim, marginalizando as reais necessidades dos grupos, setores e indivíduos.

Em relação ao planejamento e execução, um dos maiores óbices está relacionado à necessidade de adoção de estratégias de ensino que promovam a aprendizagem significativa, com a participação ativa dos treinandos, e que gerem além da aquisição de habilidades técnicas, o desenvolvimento de competências comportamentais, éticas e políticas (Borges-Andrade, 2006; Mitre et al., 2008).

Quanto à avaliação de resultados, é necessária a utilização de ferramentas que apontem os resultados em curto e longo prazos, e os impactos no indivíduo, no grupo e na organização. Para tanto, são indispensáveis, mais investigações sobre o tema, a fim de promover uma cultura de aprendizagem nas organizações e a construção de uma metodologia de avaliação (Mira, 2010).

A revisão integrativa da literatura realizada por Otrenti et al (2014) ratifica que houve poucos avanços na avaliação do impacto das ações educativas nas instituições de saúde e que essas se restringem, ainda, às avaliações de reação e de aprendizado.

Segundo Peres, Leite e Gonçalves (2010) a importância da avaliação do aprendizado é indiscutível e tem como objetivos analisar se as informações transmitidas geraram conhecimento e verificar se tal conhecimento está sendo aplicado às ações práticas. O segundo objetivo citado pelas autoras remete à avaliação do impacto, raramente empregada na área da saúde.

A avaliação educacional tem também como propósito, melhorar e aperfeiçoar as ações e estratégias de ensino e aprendizagem. Contudo, mesmo reconhecida esta importância, a efetiva realização da avaliação dos processos de treinamento e desenvolvimento é ainda pouco aplicada e analisada (Mira, 2010).

As instituições de saúde enfrentam, por conseguinte, percalços e desafios para obter êxito nos seus programas de capacitação, sendo necessários modelos de avaliação das ações educativas que propiciem o desenvolvimento dos recursos humanos, com retorno deste investimento e que permitam a retroalimentação, com o aperfeiçoamento constante do sistema de TD&E (Mourão, Marins, 2009).

Enfim, é preciso incorporar o sistema de TD&E como algo em movimento, que segue um fluxo constante, em que a avaliação é o fim de um ciclo e início de outro, gerando novas necessidades de treinamento e aprimoramento das ações educativas anteriores. Para efetividade deste processo, é necessária a adoção de modelos de avaliação, temática a ser abordada nos fundamentos teóricos da atual pesquisa (Borges-Andrade, 2006; Gonçalves, Mourão, 2011).

4 Fundamentos Teóricos

4 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

4.1 AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM: DELIMITANDO O CONCEITO

Nessa seção, apresentamos a evolução conceitual da avaliação de necessidade de treinamento (ANT) para a avaliação de necessidade de aprendizagem (ANA).

A ANT objetiva diagnosticar ou prognosticar necessidades de TD&E, exercendo influência decisiva sobre a efetividade da ação educativa. Essa avaliação, se bem realizada, define com clareza e precisão os conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA) que se deseja desenvolver nos participantes (Abbad, Mourão, 2012).

Contudo, a análise da literatura realizada por Ferreira e Abbad (2014) constata o ainda frequente cenário de levantamento de necessidades de treinamento nas organizações por meio de “cardápios”. Em outras palavras, na prática, os gestores escolhem e solicitam treinamentos prontos por meio de listas pré-definidas de conteúdos e sem dados que sustentem tal escolha.

Abordagens recentes pressupõem a ANT como descrições de hiatos nas competências ou lacunas nos repertórios dos CHA, reforçando o objetivo de prognosticar necessidades (Abbad, Mourão, 2012).

No entanto, é preciso compreender que a ANT é um processo complexo e analítico, já que as necessidades relativas aos indivíduos, grupos ou equipes e organizações não são idênticas (Ferreira, Abbad, 2014). Nesse sentido, segundo Lima e Borges-Andrade (2006), existe um esforço de alinhamento da análise de necessidades de treinamento aos resultados e objetivos estratégicos da organização.

Iqbal e Khan (2011) reforçam que a ANT é vista como um processo sistemático que determina e prioriza treinamentos, relacionando-os com metas organizacionais bem definidas e destacam a interdependência entre a avaliação de necessidade e o estabelecimento de metas.

Encontramos em Abbad e Mourão (2012) um Modelo de Análise de Necessidades de Treinamentos (figura 1) que busca a investigação das necessidades em múltiplos níveis, a fim de sistematizar a ANT.

Figura 1 - Modelo de Análise de Necessidades de Treinamentos

Fonte: Abbad, Mourão, 2012

O modelo propõe uma análise prospectiva e a hierarquização das necessidades, visando à elaboração de currículos e trilhas de aprendizagem contínua. Trata-se, portanto, de uma abordagem em múltiplos níveis com a definição de conceitos, medidas e métodos compatíveis com os respectivos níveis de análise.

Os autores sugerem a adoção de métodos qualitativos e quantitativos de coleta e análise de dados. Uma das estratégias metodológicas indicadas para a identificação de necessidades futuras de treinamento é o grupo focal. A composição dos grupos deve ser compatível com o construto e nível de análise. Por exemplo, no nível organizacional, é preciso formar grupos que representem o pensamento estratégico da organização. Já a identificação de necessidades transversais de treinamento pode exigir a aplicação de questionários em indivíduos de diferentes unidades organizacionais. Outras avaliações requerem a aplicação de metodologias de análise de fluxo de atividades ou de mapeamento de processos.

Assim, o método busca fornecer as informações necessárias ao desenho de situações de aprendizagem e de treinamento que possam promover o desenvolvimento de complexas competências exigidas pelas organizações.

Em consonância com os pressupostos do modelo de análise de necessidades de treinamento, a revisão sistemática da literatura sobre avaliação de necessidades de treinamento de Ferreira e Abbad (2013), destaca as seguintes demandas sobre a temática:

- incrementar técnicas mistas de ANT, com abordagens quantitativas e qualitativas em conjunto;
- incluir profissionais envolvidos no processo de trabalho de diferentes níveis hierárquicos no inquérito sobre ANT e evitar, tanto em estudos, como na prática, consultar apenas os gestores de alto nível na organização;
- adotar modelos multiníveis na prática, pois, segundo a pesquisa, desde a década de 50, há sugestão de modelos teóricos de ANT, porém são poucos os estudos que trazem essa abordagem;

Além disso, os autores acrescentam que as lacunas de competências não indicam, exclusivamente, necessidades de treinamento, pois podem ser sanadas com outras estratégias que não necessariamente treinamentos formais, como por exemplo, ações organizacionais de alteração de processos, rotinas e políticas internas, estratégias de suporte e supervisão.

Visando o aprimoramento do conceito de ANT, ao englobar as demandas anteriormente citadas, principalmente ao que se refere à possibilidade de utilização de outros recursos que não sejam ações instrucionais estruturadas para o aperfeiçoamento de competências, abordagens mais recentes tratam da denominação avaliação de necessidades de aprendizagem (ANA) (Ferreira, 2014). Assim, na atual pesquisa, buscamos contemplar os pressupostos da ANA.

Para tanto, é essencial compreendermos a abordagem de competência adotada nesta pesquisa, temática discutida a seguir.

Considerando o imenso universo teórico acerca de **competências**, com correntes ligadas à área de educação e de administração, optamos por circunscrever seu conceito ao que se refere, mais especificamente, à sua abordagem neste estudo.

Na área da educação, competência pressupõe a preparação do indivíduo para uma atuação como cidadão, a partir de uma práxis emancipatória. Nesta linha,

a ideia de competência está relacionada ao conhecimento em quatro esferas inter-relacionadas: aprender, fazer, conviver e ser (Delors et al, 2006).

Na área do ensino em enfermagem, também com um enfoque na corrente teórica da educação, a literatura aponta o desenvolvimento e a inter-relação de três grupos de competências: **técnico-científicas** – capacidade de unir ciência e técnica, intervindo no processo saúde-doença em distintos cenários; **socio-educativas** – refere-se à responsabilidade social e à cidadania, promovendo reflexão, aprendizagem e transformação da realidade; **ético-políticas** – capacidade de construir coletivamente processos de trabalho, decidir eticamente, ouvir e compartilhar decisões e gerenciar conflitos (Meira, Kurcgant, 2008).

Ampliando a temática para as teorias que tratam do desenvolvimento de competências nas organizações, Fleury e Fleury (2001, p.18) conceituam o termo como “um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos, habilidades, que agregam valor econômico à organização e valor social ao indivíduo”. Nessa linha teórica, destaca-se a importância de saber transferir para a prática o aprendido; e mobilizar recursos para determinado fim e um contexto organizacional específico (Fleury, Oliveira Júnior, 2001).

Assim, a necessidade de determinadas competências se relacionam à execução de um conjunto de atividades em um ambiente específico, que sofre interferências de diversas variáveis relacionadas ao processo de trabalho. A aquisição destas competências agregará ao indivíduo uma bagagem revertida em valor social, mas também deverá ser convertida em resultados à organização, identificada como o valor econômico.

Ao sumarizar os conceitos, após análise das distintas linhas teóricas, Ferreira e Abbad (2014) associam competência no nível individual à aplicação de CHA no trabalho, somadas à capacidade de mobilizar recursos e colocar em prática conjuntos de saberes.

Segundo os autores, as diversas correntes sobre o assunto possuem uma relação de complementariedade, em que o conceito pleno de competência é alcançado quando o indivíduo, o contexto e o desempenho são analisados em conjunto.

Desta maneira, buscaremos nesta pesquisa a perspectiva que transcende a tônica individual, trazendo o contexto organizacional como esfera intrínseca ao

processo de necessidade e desenvolvimento das competências. Ao adotar esta abordagem, discutiremos no trabalho a necessidade de habilidades e conhecimentos relacionados às esferas técnico-científica, social, comportamental e ética, inserindo o contexto organizacional, o que demonstrará as necessidades do grupo alinhadas aos objetivos da instituição.

Essa perspectiva apresenta um diálogo coerente com o referencial teórico sobre TD&E adotado na atual pesquisa. Segundo os autores da Psicologia Social e do Trabalho, os treinamentos devem estabelecer relação com o contexto organizacional em que estão inseridos, desde a avaliação de necessidades de treinamento até a avaliação de impacto. Nessa abordagem, os objetivos instrucionais devem estar alinhados com as necessidades práticas dos indivíduos e grupos, e com as necessidades estratégicas da organização; a execução dos programas de treinamento necessita do suporte organizacional; e a avaliação de impacto deve refletir os resultados alcançados no indivíduo, grupo e organização (Abbad, Mourão, 2012; Borges-Andrade, 2006).

Considerando a associação das etapas do processo de TD&E e o envolvimento do contexto organizacional, adotamos o Modelo de Avaliação Integrado e Somativo (MAIS) para conduzir a ANA neste estudo. Assim, optamos, no tópico a seguir, por nortear as ações, segundo os princípios do modelo.

4.2 MODELO DE AVALIAÇÃO INTEGRADO E SOMATIVO

Inicialmente, resgatamos de forma sintética a evolução da avaliação de ações educativas, na qual temos Donald L. Kirkpatrick, em 1976, como o pioneiro na formulação de modelo teórico de avaliação, quando publicou artigos estabelecendo os termos referentes aos níveis de avaliação, para medir reação, aprendizagem, comportamento e resultados. Para avaliação da aprendizagem a literatura baseada em Kirkpatrick exemplifica o uso de instrumentos e métodos na realização de entrevistas ou testes de conhecimentos a serem aplicados antes e depois de treinamentos (Gonçalves, Mourão, 2011; Mira, 2010).

Baseado no modelo de Kirkpatrick, Hablim, em 1978, propõe cinco níveis de avaliação, estruturados em: reação, aprendizado, comportamento no cargo, organização e valor final. Porém, assim como o primeiro modelo, não possibilita o

entendimento das relações entre os níveis e as variáveis que os afetam (Borges-Andrade, 2006; Mira, 2010).

Ressaltando o citado anteriormente, existem níveis de avaliação de treinamentos, alguns mais desenvolvidos e estudados, com maior aplicação na prática, como a avaliação de aprendizagem e a avaliação de satisfação. Outros níveis são ainda pouco utilizados pelas organizações, como as avaliações de impacto e de retorno de investimento (Mira, 2010).

A avaliação da aprendizagem tem sido analisada por meio da aplicação de testes de conhecimentos e habilidades antes e depois de treinamentos, método que visa mostrar em que medida os participantes aprenderam os princípios constantes no treinamento. Assim, essa ferramenta mede o aumento do conhecimento ou da capacidade intelectual antes e depois da ação instrucional (Mira, 2010); ou seja, afere o quanto o conhecimento ministrado no treinamento foi assimilado e retido (Borges-Andrade, 2006).

A partir dessas premissas, muitos estudos têm se preocupado com as formas de favorecer a apreensão do conhecimento e de mensurar sua duração (Chagas et al, 2013; Coscrato et al, 2010; Fornaziero et al, 2010; Ribeiro et al, 2013).

Estima-se que ao longo do tempo ocorre a deterioração do conhecimento, cujo processo é agravado entre os adultos, os quais reteriam tardiamente, entre 50% e 60% do conhecimento adquirido, desenvolvido por meio de competências (Ribeiro et al, 2013).

Diante disso, para que a retenção do conhecimento seja eficaz é necessária a proposição de ações educativas sistemáticas, visando resgatar periodicamente os conhecimentos adquiridos e as competências desenvolvidas e construídas (Chagas et al, 2013).

É possível avaliar, também, a satisfação dos participantes após um treinamento. De acordo com Abbad, Gama e Borges-Andrade (2000) o conceito de avaliação de satisfação foi elaborado em aprofundamento à avaliação de reação e está relacionado ao contentamento dos participantes com o conteúdo programado no treinamento, ao seu nível de utilidade e aos possíveis resultados na prática.

Outro nível corresponde à avaliação de impacto, que se refere à transferência do aprendido às atividades práticas, sendo passíveis de mensuração em curto e longo prazos, através da observação de indicadores, que objetivam inclusive sustentar a estratégia em relação ao retorno do investimento (Mira, 2010).

Em 1982, no Brasil, com o intuito de preencher as lacunas anteriormente mencionadas, o psicólogo Jairo Eduardo Borges-Andrade construiu o “Modelo de Avaliação Integrado e Somativo” (MAIS), que supõe a inter-relação de três subsistemas: avaliação de necessidades; planejamento e execução; e avaliação de TD&E, conforme ilustrado na figura abaixo (Borges-Andrade, 1982, 2006):

Figura 2 - Sistema de TD&E

Fonte: Borges-Andrade, 2006.

Segundo o autor, o subsistema avaliação é o principal responsável por fornecer informações que garantam o aperfeiçoamento constante do sistema. Assim, o MAIS se refere ao processo sistematizado de planejar, obter e analisar informações que trarão subsídios para a adoção ou rejeição de um treinamento ou ação educativa. Logo, o modelo propõe a avaliação de efetividade do sistema de TD&E (Borges-Andrade, 2006).

De modo a contemplar variáveis internas e externas e suas relações de efetividade, o MAIS é um modelo genérico, influenciado pela abordagem de sistemas e pela psicologia instrucional, que sugere o enfoque da avaliação por múltiplas variáveis dispostas em oito componentes e subcomponentes: insumos, procedimentos, processos, resultados e ambiente - avaliação de necessidades, suporte, disseminação e efeitos em longo prazo (Borges-Andrade, 2006; Gonçalves, Mourão, 2011), a seguir descritos:

- Insumos: relacionados aos fatores físicos, sociais e aos estados comportamentais e cognitivos anteriores à ação educativa, que podem apresentar influência sobre a adesão ao treinamento e à predição em relação à aprendizagem, satisfação e impacto. São exemplos de insumos: idade,

nível de escolaridade, cargo ocupado, crenças a cerca do sistema de treinamento, motivação, entre outros;

- Procedimentos: operações necessárias para facilitar ou produzir resultados instrucionais, tais como, estratégias de ensino e clareza dos objetivos;
- Processos: refere-se aos aspectos significantes do comportamento do treinando, à medida que os procedimentos são implementados. Relaciona-se à interação dos participantes com a ação instrucional, como a motivação desenvolvida durante o evento, o compartilhamento de experiências, o registro de atrasos, abandonos e ausências;
- Resultados: componente correspondente aos dois primeiros níveis de indicadores de efetividade de Kirkpatric e Hamblin, referindo-se às competências adquiridas e satisfação após o treinamento. Exemplos disso são os resultados dos testes de aprendizagem e da pesquisa de satisfação com o treinamento;
- Ambiente: constituído por quatro subcomponentes - avaliação de necessidade, suporte ao treinamento, disseminação das informações e resultados em longo prazo. Refere-se ao contexto, ou seja, a todas as condições, atividades e eventos que interferem no treinamento. O ambiente é também alterado pela ação educativa (Freitas, Borges-Andrade, 2004).

No modelo referido na figura a seguir, os quatro primeiros componentes são o cerne do sistema de TD&E, e o ambiente representa a inserção desse sistema em um contexto maior, a organização. Sendo que, componentes e subcomponentes que fazem vizinhança possuem maior probabilidade de estabelecerem relações de dependência, principalmente, da direita para a esquerda (Borges-Andrade, 1982, 2006).

Figura 3 – Modelo de Avaliação Integrado e Somativo

Fonte: Borges-Andrade, 2006.

Assim, pressupõe-se que a avaliação requer planejamento e os resultados deverão gerar alterações em planejamentos futuros (Mira, 2010).

Destacamos que este modelo será utilizado para categorização e compreensão das lacunas do sistema de treinamento investigado na atual pesquisa. Além disso, conduzirá e delimitará as ações propostas neste estudo.

5 Método

5 MÉTODO

5.1 TIPO DE PESQUISA

Adotamos, neste estudo, a modalidade da pesquisa-ação, com as abordagens qualitativa – descritiva – e quantitativa – exploratório-descritiva – o que caracteriza uma triangulação metodológica.

A triangulação metodológica é conhecida como métodos mistos de pesquisa ou *mixed methods research*, pois busca mais do que a coleta de dados qualitativos ou quantitativos e envolve, também, a combinação destes dados. Assim, em estudos com método misto, os investigadores visam, intencionalmente, integrar ou combinar os dados quantitativos e qualitativos ao invés de mantê-los separados. Essa integração maximiza os pontos fortes e minimiza os pontos fracos de cada tipo de dado (Azevedo et al, 2013; Creswell e col., 2011).

Segundo Flick (2009), frequentemente, em pesquisas sobre avaliação, a triangulação de métodos torna-se pragmática, sendo utilizada para responder à pergunta de pesquisa; as combinações de dados podem ser estabelecidas em diferentes níveis.

Neste estudo, a triangulação será aplicada no desenho da pesquisa, em que os métodos e dados quantitativos e qualitativos serão integrados para a interpretação.

Em relação à modalidade de pesquisa adotada, a pesquisa-ação refere-se ao tipo de estudo com base empírica, concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, em que pesquisadores e sujeitos da pesquisa estão envolvidos de modo cooperativo e participante (Thiollent, 2011); tem características situacionais, pois busca diagnosticar um problema específico, em uma situação específica, visando um resultado prático. Além disso, permite a integração de diferentes métodos e técnicas de pesquisa (Gil, 2010).

De acordo com Barbier (2007), numa pesquisa-ação, a interpretação e a análise são produtos da discussão do coletivo estudado e a participação efetiva deve ocorrer em todas as dimensões do sujeito – emocional, cognitivo, ético, existencial – resultando no aumento de discernimento de cada participante.

Nesse aspecto, Franco (2010) realça as possibilidades desta metodologia como produtora de conhecimentos partilhados e a incorporação teórica e prática da pesquisa-ação em estudos e pesquisas no âmbito educacional. Esses estudos trabalham a aprendizagem em processo, tratando assim, da ressignificação da realidade a ser modificada.

Por esse ângulo, coaduna com a finalidade da presente pesquisa, que é transformação das ações educativas no ambiente do trabalho.

A abordagem quantitativa exploratório-descritiva foi adotada para tornar mais evidente o problema investigado e descrever suas características (Cooper, Schindler, 2003).

De acordo com Flick (2009), a pesquisa qualitativa por sua vez visa explicar os fenômenos sociais pela interpretação de experiências de indivíduos ou grupos.

A abordagem qualitativa descritiva, segundo Minayo (2008, p.57): “se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem [...]”. É mais bem aplicada em investigações de grupos delimitados e focalizados.

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado na UTI de um hospital do município de São Paulo, com acreditação de qualidade da *Joint Commission International* (JCI), aqui denominado Hospital de Estudo (HE).

Trata-se de uma Instituição privada, de atenção terciária, voltada ao atendimento integral, individualizado e qualificado, orientado para o desenvolvimento científico, pelo ensino e pesquisa.¹

Possui uma UTI com 38 leitos, dividida em seis postos assistenciais: - uma UTI cardiológica, com seis leitos; - quatro UTI gerais, com seis leitos cada e - uma UTI neurológica, com oito leitos.

Os profissionais de enfermagem trabalham 36 horas semanais, divididos nos turnos: manhã - das 7 às 13 horas; tarde - das 13 às 19 horas e noite - das 19 às 7 horas, com duas equipes que trabalham em noites alternadas.

¹Extraído do site do HE.

A distribuição dos profissionais pelas UTI é realizada conforme escala mensal pré-determinada, com a possibilidade de remanejamento conforme necessidade. Por plantão, há um enfermeiro coordenador, um enfermeiro assistencial para, no máximo, oito leitos e um técnico de enfermagem para cada dois leitos.

Os enfermeiros prestam assistência direta aos pacientes críticos, são responsáveis pela operação das terapias de substituição renal e procedimentos específicos, conforme estabelece a Lei do Exercício dos Profissionais de Enfermagem (Brasil, 1986, 1987) e determinações do COFEN/COREN-SP, ou assumem a referência do posto assistencial, sendo responsáveis no processo de trabalho pela liderança da equipe de enfermagem e gestão do cuidado.

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é realizada diariamente para todos os pacientes, o enfermeiro, em cada turno, é responsável pela realização de duas SAE pré-determinadas.

Ainda quanto à divisão de trabalho por turnos, no período da manhã, o enfermeiro é responsável pelo aprazamento das prescrições médicas e são realizados os banhos de menor complexidade. No período da tarde, normalmente são realizados procedimentos invasivos, como endoscopia e traqueostomia, além da ocorrência da maior parte das altas da UTI e admissões. No período da noite, são realizados os banhos e curativos de maior complexidade.

As visitas de familiares na UTI acontecem no período da tarde, com uma hora de duração, e no período da noite, com meia hora de duração. Pacientes idosos ou em cuidados paliativos podem permanecer com acompanhante durante toda a internação.

Em relação ao sistema de treinamento, o HE possui o setor de Educação Corporativa, componente da área de desenvolvimento humano, subordinado à Superintendência de Desenvolvimento Institucional. Atua com equipe multiprofissional do HE e suas unidades externas, incluindo os terceiros e os parceiros, estagiários, aprendizes e corpo clínico.

A Educação Corporativa é responsável, na UTI, por treinamentos ministrados presencialmente ou à distância através da plataforma "*Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment*" (MOODLE), tais como: treinamentos advindos de necessidades relacionadas às exigências de órgãos reguladores, como, Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária; treinamentos relacionados à manutenção da acreditação da JCI; treinamentos de novos equipamentos e

tecnologias; treinamento de valores, comum a todos os colaboradores, visa estimular a reflexão sobre os valores da Instituição.

Os treinamentos, normalmente, são ministrados durante o período de trabalho, quando excedem ou são realizados em outros horários, os participantes recebem “horas em haver”, podendo convertê-las em folga previamente combinadas.

O treinamento de novos colaboradores na UTI é realizado, inicialmente na Educação Corporativa, com duas semanas de duração. Nesta etapa, são ministrados treinamentos aos técnicos de enfermagem e enfermeiros de todos os setores em conjunto, com um enfoque nos procedimentos, protocolos e rotinas comuns a todas as áreas do Hospital. Ao término, os indivíduos são encaminhados à UTI, onde são acompanhados e avaliados durante os três meses iniciais por um enfermeiro indicado pela coordenação.

O HE, desde 2011, conta com um centro de simulação realística (CSR), composto por três salas de treinamento, com capacidade para 15 alunos cada, equipadas com ambiente para simulação e para discussão, sala de controle, sistema de áudio e câmeras, dois manequins de alta fidelidade, manequins de média fidelidade e simuladores de baixa fidelidade, materiais e equipamentos correspondentes ao cenário hospitalar, como bombas de infusão, ventiladores mecânicos, carros de emergência com desfibrilador, entre outros. O CSR é utilizado para treinamentos internos, organizados pela Educação Corporativa e para treinamentos externos, organizados pelo Instituto de Educação e Ciências e pelo departamento de Sustentabilidade Social.

O Hospital possui dois auditórios e um anfiteatro; três salas de treinamento, com capacidade para 50 pessoas cada; e uma sala de reuniões na UTI, com capacidade para 12 pessoas, todos os ambientes mencionados possuem projetor multimídia. Além desses ambientes, há a possibilidade de utilização para reuniões, das salas de aula do Instituto de Educação e Ciências.

5.3 PERCURSO METODOLÓGICO

Essa seção descreve o estudo em seus dois momentos de coleta de dados; primeiro, o levantamento de necessidades de treinamento e, em seguida, a avaliação das necessidades de aprendizagem.

5.3.1 Levantamento de Necessidades de Treinamento

5.3.1.1 População

A população correspondeu a toda equipe de enfermagem da UTI do HE, a saber: 56 enfermeiros assistenciais, 79 técnicos de enfermagem, quatro enfermeiros coordenadores e uma gerente da UTI, totalizando 140 profissionais. No período de coleta de dados, estavam ausentes por férias, nove indivíduos, e por licença médica ou maternidade, cinco indivíduos. A pesquisadora faz parte do quadro de funcionários e foi excluída da coleta de dados. Assim, foram convidados a participar do estudo, 125 indivíduos, desses, 97 (78,0%) participaram respondendo ao questionário.

Não foram adotados critérios de exclusão, pois são essenciais a opinião e posicionamento de toda a equipe.

5.3.1.2 Instrumento e Procedimento de Coleta de Dados

Desenvolvemos para esta etapa, um questionário (Apêndice A) com base nos aspectos metodológicos do diagnóstico de competências descritos por Guimarães, Bruno-Faria e Brandão (2006). Os autores indicam a análise documental como uma das principais técnicas qualitativas para o diagnóstico de competências nas organizações. Além disso, destacam a importância de conhecer, através de entrevistas, o ambiente, os processos de trabalho e as especificidades das funções desempenhadas pelos profissionais.

Assim, para a construção do questionário, realizamos a análise documental da descrição de cargo dos técnicos de enfermagem e enfermeiros de terapia intensiva do HE. O contexto organizacional e o processo de trabalho foram considerados ao descrevermos as competências, já que a pesquisadora atua como enfermeira na UTI do HE, conhecendo, dessa maneira a realidade do Hospital. Após

ordenar e descrever as competências, estas foram submetidas à avaliação de conteúdo, pela gerente da UTI, que sugeriu a inserção da competência relacionada a conhecimentos sobre legislação específica de enfermagem e trabalhista (competência 19 do questionário).

Buscamos desenvolver o questionário a partir da abordagem de competências descrita no referencial teórico. Assim, elencamos os principais conhecimentos, habilidades e atitudes relacionadas ao âmbito técnico-científico, socio-educativo e ético-político. Destacamos que o questionário refere-se à área assistencial, assim, não apresenta competências relativas à gestão organizacional.

A primeira parte do questionário é composta pelas variáveis categóricas: sexo, formação escolar, turno de trabalho e função; e pelas variáveis quantitativas: idade, tempo de formado e tempo de exercício na UTI do HE. A segunda parte consiste num rol de 23 competências, que compõem o perfil dos profissionais de enfermagem da UTI e são passíveis de treinamento. Destacamos que as competências 1 a 13 relacionam-se ao âmbito técnico-científico, 14 a 16 ao socio-educativo e 17 a 23 ao ético-político.

Além das competências especificadas no questionário, o respondente poderia incluir outras competências que considerasse importante.

Definimos que cada competência deveria ser avaliada pelos profissionais quanto ao grau de importância e domínio, conforme sugerido por Meneses et al (2006). Segundo os autores, a correlação entre importância e domínio poderá demonstrar a necessidade de treinamento, de modo que quanto maior a importância e menor o domínio, maior a prioridade de treinamento.

Além disso, o grau de importância pode ser utilizado para avaliação do próprio questionário, ou seja, demonstrará a relevância das competências relacionadas para os profissionais no processo de trabalho, o que poderá caracterizar a consistência do questionário (Guimarães, Bruno-Faria, Brandão, 2006).

Desta maneira, foram utilizadas escalas psicométrica, compostas de 10 intervalos para classificação das competências quanto à importância e ao domínio, sendo “0” - sem importância e “10” - muito importante; “0” – nenhum domínio e “10” – muito domínio, respectivamente, conforme demonstrado a seguir:

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem importância											Muito importante

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhum											Muito

O mesmo questionário foi aplicado aos técnicos de enfermagem e enfermeiros. Consideramos as competências listadas necessárias a todos os profissionais da equipe de enfermagem; evidentemente, porém, que devido à formação escolar e ao papel desempenhado no processo de trabalho, algumas competências são mais desenvolvidas e necessárias à atuação dos enfermeiros, como as habilidades de liderança e gerenciamento de conflito.

Outro ponto importante é que apesar do questionário ser direcionado à área assistencial, convidamos também, os coordenadores e a gerente a participarem dessa etapa da pesquisa. Entendemos que as competências descritas são necessárias a esses gestores, no desempenho de suas funções; além disso, consideramos que poderia haver contribuições quanto à avaliação de consistência das competências elencadas e a sugestão de outras habilidades importantes à equipe.

5.3.1.3 Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. A análise foi realizada no software estatístico R (R Core Team, 2015). Foi adotado um nível de significância de 5%.

Para comparar os graus de domínio e importância entre as variáveis formação escolar, turno de trabalho, sexo e função, foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Para as medidas quantitativas como idade, tempo de formado e tempo de exercício, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman e o respectivo P-Valor (Conover, 1999).

Para as variáveis com três alternativas de resposta, como formação e turno de trabalho, utilizamos a comparação dois a dois para identificar quais grupos apresentaram diferenças entre si. Já para a variável função, devido ao número

reduzido de observações de gestores (apenas três), consideramos, para o teste estatístico, apenas os enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Para analisar as prioridades de treinamento, Borges-Andrade e Lima propuseram, em 1983, o índice de prioridade geral (IPG), adaptado por Campos et al. (2015). O IPG correlaciona as variáveis importância (I) e domínio (D), assim, **$IPG = I * (D-10)/n$** , em que (n) refere-se ao número de respondentes. Porém, como a medida importância sofreu pouca variação em todos os itens e com médias superiores a nove, a utilização da medida domínio isolada mostrou-se suficiente para estabelecer as prioridades de treinamento.

Em relação à variação, para termos ideia da homogeneidade do grupo, acrescentamos o coeficiente de variação (CV), que leva em conta a média e o desvio padrão. Para interpretação, consideramos $CV \leq 20\%$, grupo homogêneo e $CV > 20\%$, grupo heterogêneo. Assim, quanto menor o valor, mais homogêneo é o grupo (Pimentel-Gomes, 2009).

5.3.2 Avaliação das necessidades de aprendizagem

5.3.2.1 População

Foram convidados para participar do grupo focal, a enfermeira gerente da UTI, um enfermeiro coordenador da UTI e oito participantes da assistência - enfermeiros assistenciais e técnicos de enfermagem de cada turno de trabalho (manhã, tarde e noite) - totalizando 10 convidados ao grupo focal.

Tiveram disponibilidade para participar do grupo focal, oito pessoas, com diferentes funções e horários de atuação, o que caracterizou a diversidade de grupo, como proposto. Assim, participaram: a gerente, uma coordenadora, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem do período matutino, duas enfermeiras e uma técnica de enfermagem do período vespertino, e uma enfermeira do período noturno.

A fim de garantir o sigilo, as participantes, na descrição das falas, serão identificadas como, enfermeiras assistenciais - E1, E2, E3, E4; técnicas de enfermagem - T1 e T2; gerente e coordenadora serão classificadas como gestoras e assim, identificadas como - G1 e G2.

5.3.2.2 Procedimentos de coleta de dados

Nesse momento, adotamos para coleta de dados, o grupo focal, técnica que se refere a grupos de discussão que dialogam sobre um tema em particular, destacando-se os seguintes pontos (Ressel et al., 2008; Trad, 2009):

- Baseia-se na interação entre as pessoas para obter os dados necessários à pesquisa;
- Permite que o processo de interação grupal se desenvolva, favorecendo trocas, descobertas e participações comprometidas, por criar um ambiente de descontração;
- Desenvolve a reflexão e o pensamento crítico dos participantes sobre a temática, possibilitando a desconstrução e reconstrução de conceitos.

O grupo foi moderado pela pesquisadora do estudo e contou com um observador, que teve como função, registrar os acontecimentos e peculiaridades significantes, bem como auxiliar a condução da sessão, intervindo para obter esclarecimentos quando percebesse que não havia os devidos encaminhamentos. O observador foi uma enfermeira da UTI, que antes das reuniões foi instruída quanto ao seu papel e aos cuidados caso houvesse necessidade de intervenção, para não realizar questionamentos que pudessem trazer sua opinião sobre a temática discutida.

As reuniões foram gravadas para facilitar a elaboração do relatório síntese, apresentado aos participantes no início da reunião subsequente.

O grupo teve como finalidade, criar uma agenda de treinamentos de acordo com as prioridades percebidas, a partir da avaliação das necessidades identificadas no momento anterior da pesquisa.

Os participantes do grupo foram instruídos quanto aos objetivos das reuniões, sobre o MAIS e o papel da avaliação de necessidades de aprendizagem. Na primeira reunião, foi apresentada uma agenda com objetivos específicos para as próximas reuniões. Foram programados três encontros com uma hora e trinta minutos de duração, descritos no quadro a seguir, que já apresenta os participantes por reunião.

Quadro 1 - Agenda do grupo focal – Avaliação de necessidades de aprendizagem

Reunião e data	Conteúdo	Participantes
1ª 27/01/2016	<ul style="list-style-type: none"> – Apresentação do conceito de grupo focal, objetivos e regras. – Discussão sobre o sistema de treinamento na UTI. 	Gerente da UTI; Coordenadora; 4 enfermeiras; 2 técnicas de enfermagem
2ª 03/02/2016	<ul style="list-style-type: none"> – Resgate das conclusões da reunião anterior; – Análise dos resultados do questionário de levantamento de necessidades de treinamento; – Definição das prioridades de treinamento na UTI. 	Gerente da UTI; Coordenadora; 3 enfermeiras; 2 técnicas de enfermagem
3ª 18/02/2016	<ul style="list-style-type: none"> – Definição do Programa prioritário de Treinamentos da UTI 	Gerente da UTI; Coordenadora; 2 enfermeiras; 1 técnica de enfermagem

Destacamos que a condução do estudo foi autorizada pela gerência da UTI e a participação, quando fora do horário de expediente, não acarretou banco de horas ou remuneração. As reuniões de grupo focal foram realizadas na sala de teleconferências da UTI.

5.3.2.3 Análise dos dados

Nesta etapa, foi aplicada a triangulação de dados, em que foram analisados os dados quantitativos do questionário, em conjunto com os dados qualitativos, advindos das reuniões do grupo focal. Destaca-se, que parte da análise ocorreu durante as reuniões do grupo focal, no qual os participantes da pesquisa assumiram os papéis de autores e atores de proposições estratégicas (Backes *et al*, 2011).

Após as reuniões de grupo focal, os dados obtidos foram submetidos à análise de conteúdo. Este tipo de análise é composto por várias técnicas sistemáticas que proporcionam o levantamento de indicadores (quantitativos ou não) permitindo a inferência de conhecimentos referentes às condições de produção/percepção das mensagens analisadas (Bardin, 1977).

Para Minayo (2008, p. 308), a análise de conteúdo relaciona estruturas semânticas com sociológicas, bem como, articula a “superfície dos enunciados dos

textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem”.

Dentre as modalidades de análise de conteúdo, optamos pela análise temática, por ser considerada adequada para as investigações qualitativas em saúde. Na análise temática, busca-se descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja frequência ou presença carrega significado ao objeto de estudo (Minayo, 2008).

Para realizá-la, foram seguidas as seguintes etapas propostas por Minayo (2008):

1. Pré-análise - incluiu a leitura flutuante, constituição do *corpus*, formulação e reformulação de hipóteses ou pressupostos;
2. Exploração do material – os dados da primeira reunião foram categorizados de acordo com o MAIS, portanto, categorias definidas *a priori*, sendo: ambiente – necessidades; ambiente – suporte; ambiente – disseminação; e treinamento. Em cada categoria foram elencadas subcategorias que se referem à organização de trechos das falas por assuntos principais. As falas da segunda reunião foram categorizadas de acordo com os dois momentos de discussão – criação do grupo de multiplicadores; e prioridade de treinamento. A categorização dos dados é um processo de redução do texto às palavras, expressões, e acontecimentos considerados relevantes.
3. Tratamentos dos resultados obtidos e interpretação – os dados foram agregados para então propor inferências e interpretações.

6 Aspectos Éticos

6 ASPECTOS ÉTICOS

Os dados foram coletados após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, unidade proponente (Anexo 1) e do HE, campo de estudo, registrados na Plataforma Brasil, sob o número CAAE 45967715.9.1001.5392.

Os participantes do estudo receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com explicações sobre os objetivos do estudo e métodos empregados, voluntariedade da participação, ausência de custos e danos, respeito aos princípios de confidencialidade e sigilo, direito de recusa em qualquer momento do estudo, sem prejuízos ao participante, conforme disposto na resolução 466/2012 (Brasil, 2012).

Como o estudo possui duas etapas, na primeira, foi aplicado o TCLE – Etapa Quantitativa (Apêndice B) e na segunda, foi aplicado o TCLE – Etapa Qualitativa (Apêndice C).

Destacamos que o atual estudo é parte do projeto aprovado na Plataforma Brasil, assim, os TCLE, referem-se, também, às outras etapas do projeto. Ressaltamos que na etapa qualitativa, conduzida por meio de grupo focal, foi mencionada no TCLE, como membro do grupo, uma enfermeira da educação corporativa, que será convidada a participar em etapa posterior a este estudo.

Os resultados do estudo serão divulgados aos participantes através de apresentação em reunião científica no HE.

7 Resultados

7 RESULTADOS

7.1 LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES DE TREINAMENTO

7.1.1 Caracterização da população

A formação escolar, o turno de trabalho e a função dos 97 participantes estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes conforme formação escolar, turno de trabalho e função, São Paulo – 2016

Variável	Categoria	Frequência	
		Absoluta	Relativa
Formação	Graduação cursando	11	11%
	Nível médio	47	48%
	Pós-Graduação	39	40%
Turno	Manhã	24	25%
	Noite	45	46%
	Tarde	28	29%
Função	Enfermeiro	35	36%
	Gestor	3	3%
	Técnico de enfermagem	59	61%

Observamos a predominância do nível médio, logo, da função técnico de enfermagem; quanto ao turno, houve pouca variação, considerando que o noturno corresponde a duas equipes.

As tabelas 2, 3 e 4 apresentam estatísticas descritivas e medidas de dispersão da idade, tempo de formado e tempo de exercício na UTI de acordo com as variáveis sexo, função, turno de trabalho e formação escolar.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes por idade de acordo com sexo, função, turno de trabalho e formação escolar, São Paulo – 2016

Variável	Categoria	Nº de observações	Média	Desvio Padrão
Sexo	Feminino	61	36.75	7.14
	Masculino	36	36.19	5.40
	Total	97	36.55	6.52
Função	Enfermeiro	35	35.20	5.35
	Gestor	3	46.00	4.58
	Técnico de enfermagem	59	36.86	6.86
	Total	97	36.55	6.52
Turno	Manhã	24	34.67	5.58
	Noite	45	39.13	5.82
	Tarde	28	34.00	6.96
	Total	97	36.55	6.52
Formação	Graduação cursando	11	31.64	4.92
	Nível médio	47	38.28	6.62
	Pós-graduação	39	35.85	6.07
	Total	97	36.55	6.52

Tabela 3 - Estatística descritiva e medida de dispersão do tempo de formado de acordo com sexo, função, turno de trabalho e formação escolar, São Paulo – 2016

Variável	Categoria	Nº de observações	Média	Desvio Padrão
Sexo	Feminino	61	12.85	7.59
	Masculino	36	12.08	4.78
	Total	97	12.57	6.67
Função	Enfermeiro	35	10.37	5.78
	Gestor	3	24.00	4.58
	Técnico de enfermagem	59	13.29	6.56
	Total	97	12.57	6.67
Turno	Manhã	24	11.54	4.87
	Noite	45	14.53	6.78
	Tarde	28	10.29	7.08
	Total	97	12.57	6.67
Formação	Graduação cursando	11	9.82	3.49
	Nível médio	47	14.21	6.88
	Pós-graduação	39	11.36	6.69
	Total	97	12.57	6.67

Tabela 4 – Distribuição dos participantes por tempo de exercício de acordo com sexo, função, turno de trabalho e formação escolar, São Paulo – 2016

Variável	Categoria	Nº de observações	Média	Desvio Padrão
Sexo	Feminino	61	6.23	6.02
	Masculino	36	6.15	3.79
	Total	97	6.20	5.28
Função	Enfermeiro	35	5.79	4.44
	Gestor	3	14.00	4.58
	Técnico de enfermagem	59	6.05	5.53
	Total	97	6.20	5.28
Turno	Manhã	24	3.96	3.54
	Noite	45	7.98	5.25
	Tarde	28	5.26	5.73
	Total	97	6.20	5.28
Formação	Graduação cursando	11	3.55	2.46
	Nível médio	47	6.72	5.91
	Pós-graduação	39	6.32	4.92
	Total	97	6.20	5.28

Das tabelas acima, podemos destacar que os gestores, os profissionais de nível médio e os do noturno possuem médias de idade, de tempo de experiência e de tempo de formados mais elevadas.

7.1.2 Levantamento de necessidades de treinamento

A tabela 5 demonstra as medidas, descritiva e de dispersão, das competências quanto aos graus de importância e domínio.

Tabela 5 - Análise estatística descritiva geral e medida de dispersão das competências em relação à importância e ao domínio, São Paulo – 2016

	Importância			Domínio		
	M	DP	CV%	M	DP	CV%
C1	9,84	0,69	7	8,05	1,22	15
C2	9,90	0,47	5	7,94	1,27	16
C3	9,87	0,47	5	7,72	1,36	18
C4	9,52	1,20	13	8,32	1,45	17
C5	9,78	0,62	6	7,97	1,44	18
C6	9,79	0,69	7	8,09	1,39	17
C7	9,92	0,43	4	8,65	1,08	12
C8	9,72	0,66	7	7,91	1,49	19
C9	9,71	0,87	9	9,20	1,16	13
C10	9,65	0,87	9	8,60	1,37	16
C11	9,51	1,18	12	7,91	1,52	19
C12	9,33	1,50	16	7,79	1,52	20
C13	9,63	1,38	14	8,88	1,14	13
C14	9,62	1,55	16	8,84	1,26	14
C15	9,48	1,50	16	7,52	1,98	26
C16	9,62	0,87	9	8,10	1,59	20
C17	9,66	0,82	8	8,22	1,49	18
C18	9,75	0,78	8	8,65	1,24	14
C19	9,63	0,93	10	7,01	1,61	23
C20	9,66	0,80	8	7,94	1,41	18
C21	9,94	0,32	3	9,29	1,02	11
C22	9,84	0,64	7	9,12	1,01	11
C23	9,78	0,72	7	8,05	1,62	20

Observamos nesta tabela, que no geral, não houve diferenças em relação à importância das competências.

Quanto ao domínio, verificamos que foi referido maior domínio (média > 9) nas competências C9 - Ter conhecimento sobre as rotinas de troca de dispositivos; C21 - Ter compromisso ético com o cuidado e C22 - Trabalhar em equipe.

O menor grau de domínio (média < 8) foi referido nas competências C2 - Ter conhecimento sobre a assistência ao paciente crítico com suporte cardiovascular e

instabilidade hemodinâmica; C3 - Ter conhecimento sobre a assistência ao paciente com afecções neurológicas; C5 - Ter conhecimento sobre a assistência ao paciente com disfunções renais e terapias dialíticas; C8 - Ter conhecimento sobre os protocolos clínicos gerenciados; C11 - Ter conhecimento sobre a fisiopatologia das lesões de pele e medidas de prevenção de lesões; C12 - Saber manusear as coberturas especiais para curativos existentes na instituição; C15 - Saber utilizar estratégias de comunicação com paciente e familiares; C19 - Ter conhecimento sobre legislação específica de enfermagem e trabalhista e C20 - Saber gerenciar conflitos.

No campo “outros” do questionário, foram sugeridas temáticas e aspectos para melhorar os treinamentos:

- Treinamento específico de balão intra-aórtico (BIA) e da membrana de oxigenação extracorpórea (ECMO) – sugerido por um participante;
- Treinamentos sobre custos e auditoria – sugerido por dois participantes;
- Treinamento sobre a assistência ao paciente em pós-operatório de cirurgia ortopédica – sugerido por um participante;
- Melhorar o treinamento e acompanhamento de novos colaboradores – sugerido por um participante;
- Aumentar a frequência dos treinamentos ou reciclagem – sugerido por dois participantes.

O primeiro tema sugerido corresponde à C2; os dois seguintes podem ser transformados em competências tal como foram as descritas no questionário, e neste, ser inseridas: - Ter conhecimento sobre custos e auditoria (C24) e - Ter conhecimento sobre a assistência ao paciente em pós-operatório de cirurgia ortopédica (C25).

7.1.3 Relação entre as variáveis categóricas e quantitativas e as medidas de importância e domínio

Os resultados, na íntegra, são apresentados nas Tabelas 6, 7, 8, 9 e 10 (Apêndice D). As quatro primeiras demonstram os resultados da comparação entre as categorias dadas por formação escolar, turno de trabalho, sexo e função; e a última apresenta os resultados da comparação das variáveis quantitativas idade, tempo de formado e tempo de exercício

Nas tabelas 6 e 7, verificamos quais grupos são diferentes entre si. Na tabela 6 (Apêndice D), observamos P-Valores das colunas (1x2): graduação cursando e nível médio; (1x3): graduação cursando e pós-graduação; e (2x3): nível médio e pós-graduação.

Na medida de domínio da competência 1 (C1), por exemplo, como apenas os P-valores das colunas (1x3) e (2x3) são significantes, ou seja, menores do que 5%, concluímos que o domínio da competência 1 é diferente apenas entre os grupos graduação cursando e pós-graduação; e nível médio e pós-graduação. A coluna média mostra qual a categoria referiu o maior domínio.

Assim, em relação à formação escolar, observamos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

- Entre os grupos, graduação cursando e pós-graduação; nível médio e pós-graduação para o grau de domínio nas competências: C1 - Ter conhecimento sobre a assistência ao paciente crítico em choque; C7 - Ter conhecimento sobre a ação das drogas vasoativas e C8 - Ter conhecimento sobre os protocolos clínicos gerenciados. Em que o domínio referido pelos indivíduos com pós-graduação é maior que o referido pelos indivíduos dos outros dois níveis de escolaridade.
- Entre nível médio e pós-graduação, para o grau de domínio na competência C2 - Ter conhecimento sobre a assistência ao paciente crítico com suporte cardiovascular e instabilidade hemodinâmica, na qual os indivíduos com pós-graduação referem um domínio maior.

Ao analisarmos a variável turno de trabalho (tabela 7 – Apêndice D), verificamos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

- Maior domínio referido pelos indivíduos do plantão noturno em relação aos indivíduos do plantão da manhã e tarde, nas competências C1 - Ter conhecimento sobre a assistência ao paciente crítico em choque; C7 - Ter conhecimento sobre a ação das drogas vasoativas; C14 - Saber utilizar estratégias de comunicação com a equipe multiprofissional; C16 - Saber acolher familiares e pacientes em casos de complicação do estado de saúde e fase final de vida e C22 - Trabalhar em equipe.
- Maior domínio referido pelo plantão noturno em relação ao plantão da tarde, nas competências C6 - Ter conhecimento sobre a assistência ao paciente com suporte ventilatório; C11 - Ter conhecimento sobre a fisiopatologia das lesões de pele e medidas de prevenção de lesões; C12 - Saber manusear as coberturas especiais para curativos existentes na instituição e C20 - Saber gerenciar conflitos.

Para interpretação das tabelas 8 e 9 (Apêndice D), observamos a coluna P-valor (valores menores do que 5%) para verificar diferença estatisticamente significativa e através da coluna média, conseguimos concluir qual grupo refere o maior domínio. Por exemplo, na tabela 8, na medida de domínio da competência 1, o grupo feminino refere maior domínio, com diferença estatisticamente significativa (P-valor 0,012).

Assim, em relação à variável sexo (tabela 8 – Apêndice D), verificamos maior domínio referido pelo sexo feminino em relação ao sexo masculino nas competências: 1, 4, 6, 7, 8, 16, 17, 18; e no grau de importância, competências: 9, 15, 18, 19 e 20.

Para análise da variável função (tabela 9 – Apêndice D) é importante ressaltar que há diferença em relação à variável formação escolar (tabela 6), já que nesta última, os técnicos de enfermagem estão subdivididos em dois grupos (nível médio e graduação cursando).

Desta maneira, em relação à função, notamos que há maior domínio referido, estatisticamente significativo, de enfermeiros para técnicos de enfermagem nas competências C1 - Ter conhecimento sobre a assistência ao paciente crítico em choque; C2 - Ter conhecimento sobre a assistência ao paciente crítico com suporte cardiovascular e instabilidade hemodinâmica; C5 - Ter conhecimento sobre a

assistência ao paciente com disfunções renais e terapias dialíticas; C7 - Ter conhecimento sobre a ação das drogas vasoativas; C8 - Ter conhecimento sobre os protocolos clínicos gerenciados; C9 - Ter conhecimento sobre as rotinas de troca de dispositivos e C15 - Saber utilizar estratégias de comunicação com paciente e familiares.

Para as variáveis quantitativas – idade, tempo de formado e tempo de exercício na UTI (tabela 10 – Apêndice D), observamos que na variável tempo de formado, não houve associações estatisticamente significativas. As seguintes associações foram verificadas:

- Para a variável idade há uma associação positiva com os graus de domínio, ou seja, quanto maior a idade, maior o domínio referido nas competências C1 - Ter conhecimento sobre a assistência ao paciente crítico em choque; C2 - Ter conhecimento sobre a assistência ao paciente crítico com suporte cardiovascular e instabilidade hemodinâmica; C15 - Saber utilizar estratégias de comunicação com pacientes e familiares e C19 - Ter conhecimento sobre legislação específica de enfermagem e trabalhista.
- Para o tempo de exercício há uma associação estatisticamente significativa com as medidas de domínio, assim, quanto maior o tempo de exercício na UTI maior o domínio referido nas competências C1 - Ter conhecimento sobre a assistência ao paciente crítico em choque; C2 - Ter conhecimento sobre a assistência ao paciente crítico com suporte cardiovascular e instabilidade hemodinâmica; C3 - Ter conhecimento sobre a assistência ao paciente com afecções neurológicas; C11 - Ter conhecimento sobre a fisiopatologia das lesões de pele e medidas de prevenção de lesões e C16 - Saber acolher familiares e pacientes em casos de complicação do estado de saúde e fase final de vida.

Para verificação das prioridades de necessidades de treinamento, conforme o questionário para LNT, apresentamos no quadro 2, em ordem decrescente em relação à média, as competências de menor domínio e as variáveis que apresentam associação positiva estatisticamente significativa. Por exemplo, a competência 19 foi a que apresentou menor média de domínio referido pelos participantes e quanto maior a idade, maior o domínio referido; notamos ainda, que o grupo pode ser considerado heterogêneo ($CV > 20\%$).

Quadro 2 - Síntese das competências de menor domínio, relacionadas às variáveis com associação significativa

Competência	Média	CV %	Idade	Tempo de exercício	Noite	Enfermeiro	Pós-graduação
C19	7,01	22,97	X				
C15	7,52	26,33	X			x	
C3	7,72	17,62		x			
C12	7,79	19,51			X		
C8	7,91	18,84				x	x
C11	7,91	19,22		x	X		
C2	7,94	15,99		x		x	x
C20	7,94	17,76			X		
C5	7,97	18,07				x	

Esses resultados foram apresentados nas sessões de grupo focal para discussão e posterior construção do programa de treinamento proposto como produto do grupo.

7.2 AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM E CONSTRUÇÃO DO PROGRAMA DE TREINAMENTO

7.2.1 Primeira Reunião

No início da reunião foi servido um café-da-manhã, a moderadora explicou, com apoio de apresentação em multimídia (apêndice E), o que é e como funciona um grupo focal e quais eram os objetivos daquela reunião.

Após as devidas explicações, os participantes assinaram o TCLE e foi iniciada a gravação de áudio do encontro.

A questão disparadora da discussão foi “Como vocês percebem o sistema de treinamento na UTI hoje?”.

Essa primeira reunião trouxe um retrato do sistema de treinamento da UTI, em que foram apontadas falhas e possíveis estratégias para melhoria do sistema. A análise temática resultou nas categorias do MAIS destacadas nos próximos tópicos.

Ressaltamos que, foram citados itens relacionados a todos os componentes e subcomponentes do MAIS. Porém, como as falas envolveram principalmente a problematização do contexto organizacional que envolve os treinamentos, as principais categorizações estão relacionadas ao ambiente necessidade, suporte e disseminação.

7.2.1.1 Categoria: Ambiente – Necessidades

Figura 4 - MAIS: ambiente necessidades em destaque

Fonte: Borges- Andrade, 2006.

Esta categoria surgiu logo no início da discussão sobre o sistema de treinamento na UTI e estavam focadas em dois tópicos principais, o treinamento admissional pouco específico e a necessidade de alinhamento de rotinas, que se constituíram em duas subcategorias.

* **Subcategoria: Treinamento admissional específico e sistematizado**

Os participantes do grupo focal, de maneira unânime, caracterizaram o treinamento formal dos novos colaboradores como desarticulado das rotinas da UTI.

...o treinamento admissional, na educação corporativa, continua muito voltado para a unidade de internação. Não há um treinamento para o recém-admitido, seja ele enfermeiro ou técnico de enfermagem, focado para as rotinas ou para as questões específicas de UTI... Assim, após 15 dias de treinamento formal, o indivíduo aprende a trabalhar na unidade de internação e como não foram abordadas as particularidades das rotinas de UTI, quando o profissional chega no setor, tem que reaprender. Eu falo de coisas simples, como sinais vitais, por exemplo, na unidade de internação há um equipamento e na UTI há outro...(G1)

...no treinamento admissional, há muita informação e muita coisa que não é diretamente ligada à UTI. Em várias aulas, é falado – você é da UTI, vai ser um pouquinho diferente... então, você tem que vir para a UTI, passar pela situação, para entender como é diferente... (T1)

Outro ponto citado foi o acompanhamento do novo colaborador na UTI durante o período de experiência. Os participantes referiram que não há um preparo dos indivíduos para acompanhar e treinar os novos profissionais em relação às rotinas da UTI, assim, os treinamentos acabam sendo diferentes e muitas vezes, ineficazes.

...durante o período de experiência, quando o profissional precisa aprender as particularidades do setor, tentamos direcioná-lo a um tutor, que não é um tutor preparado. Tentamos escolher uma pessoa que tem um perfil “educacional”, para que consiga, pelo menos, ter uma empatia com quem está chegando... (G1)

...durante o período de experiência, ter uma única pessoa responsável pelo treinamento e avaliação do indivíduo é bom, mas, esta pessoa deve estar bem adequada às rotinas e estar disposta a conduzir o treinamento, se não, acaba sendo prejudicial ao desenvolvimento do recém-admitido... (E1)

O tutor que acompanha o recém-admitido é sempre um enfermeiro, e uma das enfermeiras, demonstrou frustração devido à falta de sistematização e preparo para esta função:

...como não há uma pessoa diretamente responsável pelos treinamentos e preparada para isso aqui na UTI, a gente vai ficar só tentando fazer o melhor, mas sabendo que não está fazendo... (E1)

Uma das propostas sugeridas para melhorar essa situação foi disponibilizar um indivíduo preparado e direcionado aos treinamentos na UTI, porém um dos gestores apontou a dificuldade de viabilidade da proposta devido aos recursos orçamentários da UTI:

...o nosso sonho de consumo seria ter alguém só para os treinamentos na UTI. Assim, se entrasse uma ou cinco pessoas, esse indivíduo se responsabilizaria por aquele grupo, passaria as mesmas informações, faria a avaliação, mas a gente sabe que isso não é possível. Então, tento deixar o recém-admitido fixo com alguém, que já ajuda bastante... (G2)

Em contrapartida, uma das enfermeiras traz novamente a necessidade de preparo do tutor.

...estar com uma única pessoa é bom, por que você consegue ter um *feed back*, uma avaliação melhor do novo profissional, mas também é ruim se esta pessoa não estiver alinhada com os treinamentos... é o que não aconteceria se houvesse uma pessoa responsável aqui na UTI pelos treinamentos. (E1)

Outra sugestão foi a reorganização dos conteúdos tratados no treinamento admissional:

... será que a carga horária designada para cada assunto não poderia ser disposta de outra forma?... dependendo da turma que está entrando?... por exemplo, tem alguém que vai para a UTI, ou para um setor fechado, vamos inserir um pacote de temas relevantes para essa área?... (E2)

*** Subcategoria: Alinhamento e uniformidade de informações e atualização das rotinas**

Este foi outro ponto de discussão e também unânime, na opinião do grupo, a falta de padronização das atividades na prática, ou seja, a rotina existe, porém os profissionais ao desempenharem suas atividades na UTI não estão alinhados. Além disso, foi mencionada a dificuldade encontrada com as mudanças de rotinas.

... o treinamento na UTI hoje não é tão eficaz, eu falo da noite, porque muda muita coisa e a gente fica sabendo depois... quando já fez, já aconteceu...(E3)

... você observa um profissional fazendo de um jeito, outro profissional fazendo de outro, e quando perguntamos – por que você está fazendo assim?... não tem explicação do porquê a rotina mudou [...] eu vejo uma grande necessidade aqui, da gente ter treinamentos formais internos de rotinas básicas... porque até por excesso de rotinas, de informação, a gente tem um desalinhamento entre os profissionais... (G1)

...acontece muito de ocorrer uma mudança na rotina, cada um fala uma coisa, vira um “telefone sem fio”, e quando você vai verificar, não é nada daquilo, ou alguma informação se perdeu... (E1)

... nós como técnicos temos uma certa dificuldade nos treinamentos, porque um enfermeiro age de uma forma, outro age de outra...um aprendeu de um jeito, um aprendeu do mesmo jeito, mas acha que aquilo não é bom...então não se passa e se perdem muitas informações pra nós como técnicos...(T2)

...eu, quando era técnica de enfermagem, tinha essa dificuldade... a gente não sabe a quem recorrer... (E3)

7.2.1.2 Categoria: Ambiente – Suporte

Figura 5 – MAIS: ambiente suporte em destaque

Fonte: BORGES- ANDRADE, 2006.

Nesta categoria, as principais falas se referiram à proposição de estratégias para o suporte ao treinamento na UTI, à colaboração da equipe de trabalho para que os indivíduos possam participar dos treinamentos e o distanciamento do setor responsável pelos treinamentos. Foram captadas três subcategorias.

* Subcategoria: Perfil do multiplicador de treinamento

Os participantes expuseram que uma solução para as deficiências de treinamento na UTI, tanto para o acompanhamento dos novos colaboradores, como para o alinhamento das rotinas, seria ter multiplicadores de treinamento em cada plantão.

Esta estratégia aparece em falas já citadas, porém, abaixo, serão expostas algumas narrativas que trazem, em síntese, qual deveria ser o perfil deste

multiplicador, destacando-se a necessidade de serem pessoas dispostas, interessadas, com perfil “educador”, capacitadas para tal função e cientes das rotinas do setor.

...se a pessoa responsável por acompanhar o recém-admitido não estiver bem adequada com as rotinas pode prejudicar o novo profissional...outra coisa que observo é que nem todo mundo que está responsável pelo treinamento está interessado nisso, muitas vezes, encara esta atividade como um fardo, prejudicando o desenvolvimento do novo profissional... (E1)

...eu acho necessário ter um multiplicador em cada plantão, ou dois, para gente poder ter a quem se referir, a quem perguntar, e realmente ter alguma coisa formal quando mudasse uma rotina... (E3)

...acho que tem que ter multiplicadores em cada plantão... mas teriam que ser pessoas diferenciadas... pessoas específicas e com vontade... vai ter que ler rotina, não vai poder falar uma coisa que acha que é...tem que saber exatamente o que está escrito nas rotinas do hospital. (E4)

*** Subcategoria: Colaboração da equipe para a participação nos treinamentos – Trabalho em equipe**

Este aspecto, abordado por uma das técnicas de enfermagem, ao fim da reunião, trouxe importante contribuição para a categoria suporte, pois alude a colaboração da equipe para a participação nos treinamentos.

...é preciso adequar a escala de trabalho pra gente participar dos treinamentos... se não isto atrapalha!... Muitas vezes, eu até quero estar aqui, fazer o treinamento... mas as nossas atividades da UTI não possibilitam... você está no treinamento, mas a cabeça está lá no seu paciente, você está preocupada, porque sabe que quando voltar vai estar tudo lá pra você fazer...alguns enfermeiros têm essa consciência e ajudam, outros não...todo mundo precisa ser treinado quanto a isso...se a pessoa está no treinamento, eu preciso continuar a assistência aos pacientes dela...nós somos uma equipe! (T2)

...se você foi a um treinamento que é dito como obrigatório...eu tenho a obrigação de te dar suporte para realizá-lo... onde está o trabalho em equipe?... nós não temos, infelizmente. (G1)

* **Subcategoria: Parceria com a Educação Corporativa**

Esta temática foi citada pelos gestores como ação importante de suporte para que os treinamentos alcancem os resultados esperados.

... o grupo que integra a educação corporativa hoje, ou veio da unidade de internação ou veio de fora... então, não necessariamente conhecem as nossas rotinas... isso a gente sente muita falta... a pessoa que é referência de UTI lá, não trabalhava aqui na instituição, então não conhece... e, não é crítica, mas a gente tem pouca ou mínima parceria. A atenção maior é dada à unidade de internação... aqui nós temos muito mais intervenção, eu tenho que ter a técnica muito mais aprimorada, eu tenho que ter o conhecimento... e a gente é meio que deixado de lado.(G1)

... e em nenhum momento, o pessoal da Educação Corporativa, liga pra saber como estão os novos funcionários que estão treinando... eu só tenho que mandar a folha de avaliação no final... eles não participam.(G2)

...essa parceria tem que existir... se não fica cada um fazendo o seu treinamento... e a gente vai treinar o que a gente acha que é certo...o que é nossa necessidade. Tem que ter esse alinhamento. (G1)

7.2.1.3 Categoria: Ambiente – Disseminação

Figura 6 – MAIS: ambiente disseminação em destaque

Fonte: BORGES- ANDRADE, 2006.

Nesta categoria, destacamos a deficiência das ferramentas de informação da organização. Uma das ferramentas mencionadas foi a “comunicação interna”, esta funciona como se fosse um e-mail, que pode ser enviada a todos os colaboradores e todos, assim que conectam o prontuário eletrônico do Hospital, acessam

automaticamente a tela com as novas mensagens. Outro ponto citado foi a dificuldade de disseminação de informação quando a mensagem a ser transferida no treinamento não é assimilada, por desinteresse do treinando.

* **Subcategoria: Ferramenta de comunicação formal**

...nem toda mudança de rotina gera necessidade de um treinamento formal, talvez apenas a comunicação da mudança seja o suficiente, porém as ferramentas que temos hoje de comunicação estão banalizadas... por exemplo, a comunicação interna é enviada para todos...acontece alguma coisa, precisa reforçar uma informação, mudou uma rotina...tem gente que já nem olha mais, abre e fecha...e a informação estava ali... (G1)

... então de repente, a questão do critério...o que eu posso “banalizar”, colocar só um comunicado, um aviso, simplificar...e o que necessita de uma atenção maior...cinco minutos é suficiente pra atualizar a rotina. (E2)

* **Subcategoria: Disseminação de informações equivocadas e Perda de informações relevantes**

...tem o problema da disseminação do treinamento... porque a pessoa não participou, seja porque dormiu, porque entendeu errado. (G2)

...uma questão importante é o quanto aquela pessoa quer estar presente e entender o treinamento... muitas vezes, você está passando um conteúdo vital e a pessoa não está interessada... como eu vou cobrar o resultado depois? (G1)

7.2.1.4 Categoria: Treinamento

Figura 7 – MAIS: componentes do treinamento e do ambiente efeitos em longo prazo em destaque

Fonte: BORGES- ANDRADE, 2006.

Esta categoria corresponde aos outros componentes do MAIS, em que foram apenas citadas algumas questões, conforme exposto sinteticamente abaixo:

- * **Subcategoria: Insumos** - foi citada a necessidade de motivação e interesse das pessoas em participar dos treinamentos.

...tem aquelas pessoas que só vão porque é obrigatório, porque conta no programa de remuneração variável... triste isso... a pessoa tinha que ir no treinamento porque aquele conteúdo é vital para ela cuidar do paciente. (G1)

- * **Subcategoria: Procedimentos** - foram levantados alguns questionamentos em relação ao planejamento do treinamento, como estratégia de ensino mais adequada (*in loco*, multiplicadores, presencial, ensino à distância), melhor horário para o treinamento e pressupostos da andragogia.

... quando você vai fazer um treinamento pra adulto... você não ensina do mesmo jeito que ensina uma criança... o adulto carrega suas experiências, seus vícios... você tem que trazer um plus, pro adulto achar aquilo interessante... prestar atenção e fixar aquilo na mente [...] as pessoas têm que saber o porquê das coisas, o adulto só aprende assim (E2)

...o período noturno é o melhor exemplo de frustração de treinamento... nenhum horário é bom. (G1)

- * **Subcategoria: Processos** - a motivação durante o treinamento foi assim mencionada.

...a turma, que era formada apenas de enfermeiros, estava com uma resistência muito grande... por que neste treinamento, o foco foi muito operacional ...e quando você está falando do profissional com nível superior, pós-graduado, a expectativa vai lá pra cima...você precisa sensibilizar, trazer dados da literatura que justifiquem... se não, isso vai dar errado. (E2)

- * **Subcategoria: Resultados** - foi ressaltada a necessidade de acompanhamento, monitoramento e cobrança após os treinamentos.

...tem uma frase que eu gosto muito... que é "qualidade é aquilo que a gente faz quando ninguém está vendo"...infelizmente, são poucas as pessoas que pensam assim...o ser humano precisa ser cobrado! (E3)

Após as discussões, a moderadora trouxe ao grupo o conceito de sistema de treinamento, conforme referencial teórico adotado na pesquisa. Ao fim, foi agendada com os participantes a data da segunda reunião de grupo focal.

7.2.2 Segunda reunião

Nesta reunião, participaram sete pessoas, sendo que a enfermeira do período noturno não pôde comparecer. No início, foi servido um café da manhã, em seguida, a moderadora apresentou ao grupo uma síntese da reunião anterior (apêndice F), categorizando os achados conforme o MAIS.

Uma das propostas, que emergiram da primeira reunião, foi a criação de um grupo de multiplicadores de treinamento na UTI, assunto do primeiro momento de discussão desta reunião, no qual houve discussão sobre a função e operacionalização do grupo de treinamento.

...eu acho o grupo de treinamento extremamente viável...é claro, que tem a logística... formar o grupo é muito bom, o difícil será o operacional... mas eu acho que primeiro é perfil... às vezes, temos profissionais incríveis, mas não conseguem transmitir a informação... assim, a primeira coisa é elencar essas pessoas... não apenas enfermeiros, mas técnicos também... o ideal seria que você tivesse um técnico como referência para treinar outro técnico [...] precisaremos trabalhar a escala, também... temos que conseguir conciliar as escalas, devido às folgas. (G1)

... a gente só precisa ter cuidado para não sobrecarregar ninguém [...] o grupo deve se programar... por exemplo, entram cinco funcionários novos no próximo mês... teremos que programar a escala das pessoas do grupo, para que haja assistência aos novos colaboradores. (G2)

Eu acho importante a participação dos grupos de estudos...dependendo do treinamento...por exemplo, treinamento de lesões, quem tem o domínio sobre aquele assunto, ministrar o treinamento...e outra coisa é a cobrança...não adianta educar e não cobrar...as pessoa esquecem...a continuação do processo de treinamento é a prática...tem que ficar em cima...e não só as pessoas do grupo de treinamento. (E4)

Temos que ter a participação de todos os turnos...manhã e tarde são um pouco mais apropriados das rotinas da Instituição... o noturno é mais desalinhado [...] O objetivo final deste grupo é que a gente consiga alinhar as informações. (G1)

Será muito importante para as pessoas que estão entrando... terão um melhor acompanhamento...algo mais sistematizado. (T1)

Eu acho que a primeira pré-seleção para compor o grupo seria perguntar quem quer participar. (E1)

Eu acho que teremos que perguntar quem quer participar e convidar a pessoa a participar, porque, às vezes, há pessoas ótimas que acham que aquilo não é pra ela... então, tem que dar um “empurrãozinho”... eu acho que é muito como a pessoa se expressa, como ela trabalha esse lado educador...e isso é primordial, porque técnica você ensina...a rotina, a pessoa lê e faz... mas essa troca, essa empatia tem que existir. (G1)

O quadro no tópico a seguir traz a síntese dessa discussão.

7.2.2.1 Criação do grupo de multiplicadores de treinamento

Quadro 3 - Síntese: objetivo e operacionalização do grupo de treinamento

Componentes	<ul style="list-style-type: none"> * Representantes de cada plantão de trabalho; * Enfermeiros e técnicos de enfermagem; * Interessados em desempenhar esta função e com perfil “educador”.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> * Alinhar e atualizar as rotinas; * Sistematizar o treinamento admissional; * Organizar treinamentos junto aos especialistas no assunto a ser treinado; * Estipular estratégias e indicadores para acompanhamento dos resultados na prática.
Operacionalização	<ul style="list-style-type: none"> * Estabelecer parceria com a Educação Corporativa; * Convidar as pessoas a participarem; * Capacitar os indivíduos; * Organizar a escala mensal dos participantes.

7.2.2.2 Prioridades de treinamento

Após essas deliberações, os participantes foram questionados a respeito das prioridades de treinamento na UTI, tendo como base os resultados dos questionários e da discussão ocorrida na primeira reunião do grupo.

Ao trazer para o grupo os resultados da análise do questionário de levantamento de necessidades, houve a nítida discordância sobre alguns itens, como o maior domínio referido sobre o compromisso ético com o cuidado (competência 21) e o trabalho em equipe (competência 22), que na reunião anterior já havia sido citado como ponto falho de suporte ao treinamento. Outra questão foi o domínio referido às habilidades básicas como manuseio de equipamentos (competência 13) e rotinas de troca de dispositivos (competência 9).

...minimamente, as rotinas básicas, as pessoas tem que estar alinhadas. (G1)

... em relação à troca de dispositivos, se têm domínio sobre isso, porque não fazem?... acho que precisamos discutir com a equipe sobre ter compromisso ético com o cuidado... porque norteia tudo o que você vai fazer. (E1)

...compromisso ético é fazer o certo, independente da situação... mas, às vezes, a pessoa não sabe que aquilo é o certo... então, precisamos inicialmente alinhar o básico. (G1)

Acho que temos que começar pelo mais básico mesmo... como o manuseio de equipamentos [...] bomba de infusão, por exemplo, a gente mexe todo dia...por que as pessoas ainda se confundem?... talvez precisemos treinar todo mundo mesmo! (E4)

Outro ponto discutido foi a necessidade de treinamento relacionado às habilidades de liderança aos enfermeiros que exercem o papel de referência² nos plantões, ou seja, aqueles que no processo de trabalho, são responsáveis pela liderança da equipe e gestão do cuidado (competência 23).

... é preciso também, treinar os enfermeiros referências... para que saibam cobrar das pessoas o que é prioridade naquele momento no processo de trabalho. (E4)

Existe em relação a isso... o fato do perfil e do comportamento, mas também da percepção das pessoas sobre qual é a sua função... a liderança. (E2)

...acho que só depois que todos estiverem alinhados, é que temos que trabalhar a questão de liderança do enfermeiro referência... e isso é comportamento... é como ele conduz a equipe, delega tarefas, cobra resultados... até mesmo a cobrança do resultado do treinamento tem que vir do enfermeiro referência [...] eu acho que temos que começar, dentro do processo de trabalho, nas rotinas básicas e depois ir evoluindo para as especificidades... acredito que o processo de treinamento tem que ser evolutivo e perpétuo... tem que acontecer o ano todo... desde o que é que todo mundo tem que saber... depois a gente vai para a especificidade. (G1)

² Os enfermeiros referência são profissionais mais experientes e exercem no processo de trabalho, o papel de líder da equipe e da gestão do cuidado dos seis ou oito pacientes da UTI de que são responsáveis.

O grupo definiu que o programa de treinamento deveria ser feito em módulos e que indicadores deveriam ser criados e analisados para avaliação do treinamento.

...acho que tem que ter um programa, mas tem que ser muito amplo... tem que ir por módulos, e tem que atingir todas as pessoas.

... dependendo do treinamento, criamos os indicadores... hoje, temos os indicadores assistências, mas acho que não trabalhamos a importância deles... eles são expostos no mural, mas ninguém sabe o que aquele número significa, se aquilo é ruim ... eles podem refletir necessidade de treinamento. (G1)

Após as discussões foi agendada com os participantes a data da terceira reunião de grupo focal.

7.2.3 Terceira reunião

Nesta reunião foi definido o programa de treinamento (quadro 4) para atualização das rotinas na UTI, a ser aplicado à equipe de enfermagem.

O programa de treinamento foi escrito por módulos e cada módulo representa uma competência principal a ser desenvolvida. Além disso, foram definidos os principais conteúdos a serem abordados.

O primeiro módulo, que trata das rotinas básicas da UTI, será incorporado ao treinamento admissional após alinhamento com a Educação Corporativa.

Apesar da divisão por módulos, foi definido que uma das características do programa será a flexibilidade, assim, durante o ano poderão ocorrer alterações quanto à ordem e aos conteúdos, por mudança de prioridade.

As primeiras ações para operacionalização serão a apresentação do programa à Educação Corporativa, estabelecendo uma parceria e a criação do grupo de multiplicadores de treinamento.

O grupo de treinamentos em parceria com a Educação Corporativa planejará a operacionalização dos treinamentos, definindo as estratégias de ensino, objetivos, competências a serem aprimoradas, público alvo e indicadores para acompanhamento de resultados.

Quadro 4 - Programa de treinamento da UTI: atualizações e aperfeiçoamento da prática assistencial

Módulo 1: Conhecer e saber realizar as rotinas básicas da UTI	
1º mês	- Organização do leito; monitor multiparâmetros; isolamentos; admissão do cliente
	- Higiene (banho no leito, higiene oral e higiene íntima); mobilização do paciente (tração, pacientes ortopédicos, pacientes obesos)
	- Curativo simples (ferida operatória, dreno e traqueostomia)
	- Cuidados com cateter venoso central e PICC
2º mês	- Administração de dietas (enteral, NPT); troca de dispositivos
	- Preparo e administração de medicamentos, reposição de eletrólitos, medicamentos de alta vigilância, bomba de infusão
	- Drogas vasoativas e bomba de infusão
	- Descarte de materiais
Módulo 2: Saber utilizar estratégias de comunicação com a equipe e registro de informações	
3º mês	- Passagem de plantão; registros; atualização do "folhão" ³ ; auditoria e legislação
Módulo 3: Saber utilizar habilidades de liderança e trabalho em equipe	
4º mês	- Liderança para enfermeiros; gerenciamento de conflitos; trabalho em equipe
Módulo 4: Saber utilizar estratégias de comunicação com familiares e ter compromisso ético com o cuidado	
5º mês	- Comunicação com a família; acolhimento; compromisso ético
Módulo 5: Ter conhecimento sobre a assistência ao paciente com afecções neurológicas	
6º mês	- Protocolo AVC
	- Neurocirurgia; PIC e DVE
Módulo 6: Ter conhecimento sobre a assistência ao paciente com lesões	
7º mês	- Lesões e curativos (fisiopatologia; UPP; coberturas especiais)

(Continua)

³ Folhão é a denominação do impresso para anotação dos sinais vitais e balanço hídrico.

(Continuação)

Módulo 7: Ter conhecimento sobre a assistência ao paciente com suporte cardiovascular	
8º mês	- Choque cardiogênico: BIA (função, montagem, manuseio e cuidados); monitorização hemodinâmica/ medidas hemodinâmicas – como medir e o que significam.
	- Marca-passo (transcutâneo, transvenoso e externo); cardioversão elétrica
9º mês	- Nova diretriz de PCR
	- Protocolo choque séptico, IAM, dor torácica, TEV
Módulo 8: Ter conhecimento sobre a assistência ao paciente com disfunções renais	
10º mês	- Métodos dialíticos
	- Manuseio da prisma – principais alarmes e cuidados

(Conclusão)

O quadro a seguir relaciona os módulos do programa de treinamento com as competências elencadas e sugeridas no questionário de levantamento de necessidades de treinamento (apêndice A) e a dimensão teórica a que pertence.

Quadro 5 - Relação entre o Programa de treinamento da UTI, as competências e dimensão teórica.

Módulo	Competência	Dimensão
1	C4 - Ter conhecimento sobre a assistência ao paciente crítico com suporte nutricional C7 - Ter conhecimento sobre a ação das drogas vasoativas C9 - Ter conhecimento sobre as rotinas de troca de dispositivos para prevenção de infecção hospitalar C13 - Saber manusear equipamentos C25 - Ter conhecimento sobre a assistência ao paciente em pós-operatório de cirurgia ortopédica	Técnico-científica
2	C14 - Saber utilizar estratégias de comunicação com a equipe multiprofissional C18 - Saber registrar as informações e ações desenvolvidas durante a prestação do cuidado C19 - Ter conhecimento sobre legislação específica de enfermagem e trabalhista C24 - Ter conhecimento sobre custos e auditoria	Socio-educativa Ético-política

(Continua)

(Continuação)

Módulo	Competência	Dimensão
3	C20 - Saber gerenciar conflitos C22 - Trabalhar em equipe C23- Saber utilizar habilidades de liderança e tomada de decisão	Ético-política
4	C15 - Saber utilizar estratégias de comunicação com pacientes e familiares C16 - Saber acolher familiares e pacientes em casos de complicação do estado de saúde e fase final de vida 17 - Desenvolver a escuta C21 - Ter compromisso ético com o cuidado	Socio-educativa Ético-política
5	C3 - Ter conhecimento sobre a assistência ao paciente com afecções neurológicas C8 - Ter conhecimento sobre os protocolos clínicos gerenciados (AVC)	Técnico-científica
6	C11 - Ter conhecimento sobre a fisiopatologia das lesões de pele e medidas de prevenção de lesões C12 - Saber manusear as coberturas especiais para curativos existentes na instituição	Técnico-científica
7	C1 - Ter conhecimento sobre a assistência ao paciente crítico em choque C2 - Ter conhecimento sobre a assistência ao paciente crítico com suporte cardiovascular e instabilidade hemodinâmica C8 - Ter conhecimento sobre os protocolos clínicos gerenciados (sepse, dor torácica, IAM e TEV)	Técnico-científica
8	C5 - Ter conhecimento sobre a assistência ao paciente com disfunções renais e terapias dialíticas	Técnico-científica

(Conclusão)

Ao final da reunião, os integrantes avaliaram a participação no grupo focal, descrevendo a abordagem participativa e dialógica como favoráveis ao aprimoramento do processo de treinamento na UTI. Além disso, demonstraram expectativas quanto ao impacto do programa na prática, destacando a necessidade de iniciativas como esta para estímulo dos profissionais quanto à busca de qualificação e para a melhoria da qualidade e segurança da assistência de enfermagem na UTI.

8 Discussão

8 DISCUSSÃO

Nesta etapa os resultados quantitativos do questionário serão discutidos em conjunto com os resultados qualitativos do grupo focal, sustentando a triangulação proposta no presente estudo.

Ressaltamos que os achados do questionário trazem a auto-avaliação dos participantes e correspondem ao LNT; e os resultados do grupo foca revelam a avaliação do coletivo, a ANA.

O questionário de LNT traz uma abordagem diferenciada ao elencar as necessidades de treinamento por competências a serem aprimoradas ou desenvolvidas, ao invés de temas.

Entender as necessidades por lacunas de competências poderá auxiliar na escolha da ação instrucional ou organizacional mais adequada para saná-las – informação, instrução, treinamento formal, desenvolvimento (Ferreira, Abbad, 2014). As discussões do grupo focal remetem, sobretudo, às ações de informação e instrução, visto que vários comentários giraram em torno de problemas de desconhecimento de rotinas.

Tratando-se de treinamentos estruturados, a abordagem por competências auxiliará no planejamento instrucional, pois indica o resultado a ser alcançado e assim, facilitará a escolha da estratégia de ensino mais adequada (Ferreira, 2014).

Outro ponto importante foi listar competências que envolvem além do eixo técnico-científico, também o social e o ético. Sendo que as duas principais necessidades resultantes do questionário foram relacionadas à legislação e às estratégias de comunicação com pacientes e familiares, demonstrando uma percepção individual de lacunas relativas ao eixo ético-político e socio-educativo.

Estudo realizado por Messias (2015) mostra a tendência dos profissionais apontarem apenas temáticas que envolvem o âmbito técnico da assistência quando a avaliação de necessidades individuais acontece com questionários abertos.

Enfermeiros intensivistas, ao serem questionados sobre as competências para o trabalho em terapia intensiva, referem como principais as habilidades relacionadas ao conhecimento técnico-científico e destacam como motivação à atuação em UTI, o trabalho com o doente de alta-complexidade e a incorporação tecnológica (Viana et al, 2014). Assim, Messias (2015) reforça a necessidade dos

profissionais reconhecerem também, a importância de competências referentes às áreas de gestão e relações humanas em prol da qualidade e segurança na assistência.

Em relação às escalas utilizadas no questionário, destacamos que a variável importância foi na média geral maior que nove em todas as competências, o que pode indicar a consistência do questionário, ou seja, as competências refletem habilidades realmente relevantes à equipe de enfermagem da UTI. Além disso, poucas competências foram adicionadas no campo “outros”, demonstrando possivelmente a completude do questionário (Guimarães, Bruno-Faria, Brandão, 2006).

Campos et al. (2015), em estudo sobre avaliação de necessidades de treinamento, com aplicação da escala de importância, obtiveram um resultado similar. A este achado, os autores relacionaram a adequação do método de coleta utilizado para descrever as competências.

Desta maneira, a medida importância, por apresentar resultado homogêneo em todos os itens analisados, não foi considerada ao definirmos as prioridades de treinamento, contudo, trouxe-nos uma avaliação de consistência do questionário.

Em relação ao perfil dos participantes da pesquisa, destacamos a semelhança com os resultados do estudo que buscou estabelecer o perfil de enfermeiros intensivistas em diferentes regiões do Brasil, apontando que sua maioria é composta de mulheres (80%), jovens, com idade entre 20 e 39 anos (81%) e com pós-graduação (86%) (Viana et al., 2014).

Discutiremos, a seguir, os resultados das relações das variáveis categóricas e quantitativas com a percepção de domínio.

Quanto à variável formação e função, o maior domínio referido pelos indivíduos com pós-graduação e enfermeiros, foi um resultado esperado, visto o maior nível de escolaridade e função desempenhada no processo de trabalho.

Conforme parecer 046/2011 do COREN-SP (2013), o cuidado de maior complexidade deve ser realizado pelo enfermeiro dotado de conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico à assistência de enfermagem. A Lei do Exercício Profissional de Enfermagem ratifica que prestar assistência direta aos pacientes graves com risco de vida é uma atividade privativa do enfermeiro (Brasil, 1986).

No HE, rotineiramente, os enfermeiros prestam o cuidado direto aos pacientes de maior complexidade, têm maior domínio sobre as terapias dialíticas, são responsáveis pela operacionalização dos protocolos clínicos gerenciados, pela supervisão das rotinas de troca de dispositivos e pela resolução de conflitos com familiares e pacientes, o que pode explicar os resultados encontrados.

Existiam, porém, outras competências fortemente direcionadas à função do enfermeiro no processo de trabalho, como Saber gerenciar conflitos e Saber utilizar habilidades de liderança e tomada de decisão, que não obtiveram diferenças estatisticamente significativas entre as duas classes de profissionais. Tal fato pode estar relacionado ao papel que cada um exerce no processo de trabalho; como essas competências estão, classicamente, associadas à atuação do enfermeiro, os técnicos não souberam como avaliá-la. Por outro lado, como o enfermeiro exerce no HE função assistencial, com prestação de cuidado direto aos pacientes, assim como os técnicos de enfermagem, isso pode dificultar, em algumas situações, a sua caracterização como líder. Esses aspectos foram apontados, também, na discussão de grupo focal – necessidade de estabelecimento e reforço do papel do enfermeiro referência na UTI.

Ainda com relação a esse dado, pode ser uma limitação do questionário apresentar o mesmo rol de competências para técnicos e enfermeiros. Outrossim, ao considerarmos a abordagem de trabalho em equipe e o estilo de liderança situacional, essas competências são pertinentes também ao técnico de enfermagem.

Bucchi, Mira (2010) salientam o perfil do enfermeiro de UTI como gestor do cuidado prestado ao paciente grave, com habilidades que permeiam os campos técnico-científico, ético e político, destacando como características ser bom comunicador, negociador e líder.

Quanto ao turno de trabalho, os indivíduos do plantão noturno apresentaram maior domínio em algumas competências, o que se relaciona ao fato de apresentarem maior média de idade, de tempo de formado e de tempo de exercício na UTI, portanto, maior experiência em relação aos demais.

Além disso, o maior domínio referido pelo plantão noturno sobre as competências relativas aos cuidados com lesões e curativos foi um resultado esperado, já que, rotineiramente, a maioria dos curativos de maior complexidade é realizada nesse período. Outro fator, que pode ser relacionado a esse resultado, é a

maior participação de enfermeiros do período noturno no grupo de estudos de cuidados com a pele.

De outra parte, no grupo focal, houve discussão acerca das dificuldades do plantão noturno em relação ao alinhamento das rotinas. Ao analisarmos esses dois resultados, podemos considerar que existe maior domínio pelo plantão noturno das competências individuais, porém, quando estas são extrapoladas para o plano coletivo, pela própria dinâmica dos processos de trabalho na Instituição, há maior desalinhamento quanto às rotinas em relação aos demais turnos de trabalho.

A dificuldade do desenvolvimento das capacitações no período noturno encontra reforço na literatura, destacando que em atividades educativas, após o plantão noturno, o aprendizado é pouco produtivo devido ao cansaço dos treinandos; no início do plantão, por sua vez, a adesão é baixa devido à dinâmica das unidades (Braga, Melleiro 2009).

Em estudo de Oliveira e De Martino (2013) no qual foram analisadas as funções cognitivas da equipe de enfermagem, os autores destacam o maior nível de atenção após 12 horas de trabalho para indivíduos que trabalham no período diurno em relação ao noturno, sendo melhor também a qualidade do sono. Por essas razões, Messias (2015) recomenda que os treinamentos aconteçam no horário de trabalho, inclusive para os profissionais do período noturno, evitando ações educativas após o plantão, que podem ocasionar diminuição da apreensão e retenção do conhecimento.

O grupo feminino apresentou domínio referido superior ao grupo masculino em diversas competências. A esse resultado, destacamos o fato de 63% dos participantes serem do sexo feminino, além disso, o achado pode estar relacionado ao nível de escolaridade, visto que os indivíduos do sexo masculino têm o menor nível de escolaridade. No entanto, não foi investigada a presença de associação entre domínio, sexo e formação.

As sugestões no campo “outros” do questionário demonstraram além da proposição de competências individuais consideradas importantes no processo de trabalho, a alusão às necessidades do grupo, como a melhoria do treinamento admissional e da frequência dos treinamentos de atualização.

Ainda em relação ao domínio, a média em todas as competências pôde ser considerada alta, já que não houve média inferior a sete. Esse resultado poderia denotar ausência de necessidade de aprimoramento das competências. Porém,

percebemos a existência de lacunas, ao levarmos a temática para discussão no grupo focal, estando as maiores necessidades relacionadas ao alinhamento das rotinas básicas e do próprio processo de trabalho.

Além disso, a literatura aponta a possível distorção da percepção inicial de necessidade de capacitação. O estudo que relacionou a percepção de domínio e importância prévios ao treinamento com a percepção de impacto após, constatou que quanto menor a avaliação de necessidade do treinamento, maior era a percepção de impacto positivo após o treinamento. Ou seja, alguns participantes consideravam que já dominavam determinadas competências e, ao realizar o curso, descobriram novos aspectos que os surpreenderam positivamente. Assim, os autores reforçam a necessidade de estratégias de avaliação de necessidades de treinamento que não tragam apenas o foco individual, ou seja, que compatibilizem e relacionem também aspectos relativos à tarefa, à equipe de trabalho e à organização.

Logo, reforçamos a necessidade de alinhamento entre a auto-avaliação e a avaliação coletiva, em que os dois componentes apresentam relação de complementariedade.

Na avaliação do coletivo, ficou evidente o envolvimento e a análise do contexto organizacional, em que foram apontadas as principais falhas ou lacunas de competências no processo de trabalho.

As necessidades identificadas como prioritárias referem-se a competências complexas que envolvem os indivíduos e o grupo, remetendo à necessidade não apenas de ações educativas, mas também de ações relacionadas à gestão, como a alteração das ferramentas comunicação e a reestruturação de processos na Instituição.

O treinamento de novos colaboradores foi um dos pontos discutidos logo no início das falas do grupo focal. Bucchi e Mira (2010) conceituam o treinamento admissional do enfermeiro intensivista como:

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

Segundo as autoras, por ser uma área complexa que demanda uma série de habilidades e conhecimentos, o treinamento admissional do enfermeiro de UTI deve ser iniciado pela assistência essencial ao paciente grave, evoluindo, de acordo com a complexidade, nas especificidades do cuidado especializado e, por último, no desenvolvimento de habilidades de liderança da equipe de trabalho.

Assim, consideramos que o treinamento admissional de enfermeiros e técnicos de enfermagem na UTI deve ser sistematizado, evolutivo quanto ao nível de complexidade e que englobe o aprimoramento de habilidades técnicas, sociais e éticas, imprimindo, além do alinhamento de rotinas e procedimentos, a cultura organizacional.

Na atual pesquisa, o treinamento admissional teórico foi, em suma, apontado como pouco específico e desarticulado das rotinas da UTI; e o acompanhamento do recém-admitido na UTI foi criticado quanto à falta de sistematização e de preparo dos instrutores.

Resultados semelhantes foram achados no estudo de Bucchi e Mira (2010), em que as autoras sugerem estratégias de reestruturação do treinamento para recém-admitidos na UTI, com proposição de instrumento de acompanhamento e ações de capacitação de instrutores. Notem que esta necessidade constitui-se de ações que extrapolam o âmbito educacional, exigindo a participação do nível estratégico da organização para mudanças em processos internos.

A necessidade relativa à 'falta de alinhamento das rotinas da Instituição durante a realização das atividades pelos profissionais', emergente das discussões do grupo focal, não foi apontada como necessidade ou prioridade individuais no questionário de LNT, já que as competências que tangem às habilidades referentes às rotinas básicas, como as competências C9 (ter conhecimento sobre as rotinas de trocas de dispositivos) e C13 (saber manusear equipamentos) obtiveram médias de percepção de domínio elevadas.

Assim, além da proposição de atualização das rotinas básicas da UTI no programa de treinamento, serão necessárias estratégias de acompanhamento.

Neste sentido, Bastos, Ciampone e Mira (2013) reforçam a importância da supervisão para acompanhamento, desenvolvimento e consolidação dos novos conhecimentos e habilidades na prática. Para tanto, indicam a necessidade de estratégias gerenciais que transcendem a base burocrática, com a participação e articulação dos líderes no gerenciamento da assistência.

Outro ponto interessante que surgiu ao confrontarmos os resultados do questionário de levantamento de necessidades de treinamento e a discussão do grupo focal foi a temática trabalho em equipe. Na avaliação individual, os profissionais não percebem o trabalho em equipe (competência 22) como uma fragilidade, já que referiram um domínio maior que nove sobre o assunto, no entanto, na avaliação coletiva, este foi um dos pontos mais vulneráveis apontados no processo de trabalho.

Esse é mais um exemplo de necessidade de aprendizagem que extrapola ações instrucionais, pois além da abordagem da competência no programa de treinamentos, necessitaremos de estratégias gerenciais para aprimoramento, como discussão da temática com o grupo e levantamento dos fatores que dificultam o trabalho em equipe.

Segundo Balarin, Zerbini e Martins (2014), se a organização, os pares e os chefes não apoiam as buscas à aprendizagem e sua aplicação no trabalho, os treinandos não conseguem implementar as mudanças.

Assim, destacamos que no programa de treinamento, as necessidades individuais e coletivas foram compatibilizadas, porém, alinhado ao programa, necessitaremos de estratégias que envolvem outras ações, que não as educacionais, estas serão discutidas como medidas de suporte.

O treinamento como processo de educação transcende o desenvolvimento de pessoas, abrangendo, também, o desenvolvimento organizacional. Assim, Bucchi e Mira (2010) reforçam o suporte organizacional como preponderante para a implantação de processos educativos estruturados na instituição.

Em consonância, Balarin, Zerbini e Martins (2014) afirmam que quanto maior a percepção de suporte à aprendizagem, maior o impacto do treinamento no trabalho, e vice-versa. Logo, o suporte à aprendizagem, se não percebido pelos profissionais, pode dificultar e até mesmo impedir o desempenho eficaz e a transferência do treinamento à prática (Bastos, Ciamponi, Mira 2013).

No grupo focal foi proposta como estratégia de suporte aos treinamentos de atualização e de acompanhamento de recém-admitidos na UTI, a criação e capacitação de um grupo de multiplicadores. A literatura reforça a complexidade que envolve as atribuições do enfermeiro instrutor, educador ou multiplicador nas organizações e destaca que sua capacitação vai além do aprimoramento de habilidades pedagógicas (Braga, Melleiro, 2009; Bucchi, Mira 2010).

Segundo, Braga e Melleiro (2009), o enfermeiro educador é agente de mudanças, que interage com toda a equipe de enfermagem mediante estratégias de capacitação e aprimoramento. Para Bucchi, Mira, Otrenti e Ciampone (2011), o instrutor do treinamento deve querer ensinar e aprender, aceitando a troca de ensinamentos, processo que certamente ocorrerá na relação de ensino-aprendizagem.

Ao traçar o perfil do enfermeiro-instrutor na UTI, Bucchi e Mira (2010) destacam seu papel no treinamento admissional como veículo transmissor da identidade do grupo. Logo, deve ser alguém que tenha proximidade com a equipe e que reconheça sua importância e influência na formação do enfermeiro recém-admitido.

Assim, o enfermeiro educador deve ser capacitado, compreendendo que o ato de instruir o novo enfermeiro transcende a reprodução de habilidades técnicas; existe a expectativa de transmissão dos valores ético-profissionais, bem como da identidade e autonomia do grupo e cultura institucional (Bucchi, Mira, Otrenti, Ciampone 2011).

Nas discussões do grupo focal, foi proposto que além de enfermeiros, técnicos de enfermagem também fossem capacitados para desempenhar funções educacionais na UTI. Entendemos que o técnico de enfermagem é um importante transmissor de conhecimentos e da identidade do grupo, principalmente aos técnicos recém-admitidos.

Integrando os resultados do grupo focal com a literatura, no que tange ao perfil do profissional educador na UTI, concluímos que estes indivíduos devem: integrar e interagir com a equipe de trabalho; estar dispostos à troca de conhecimentos e alinhados às rotinas do setor; entender que seu papel vai além da transmissão de habilidades técnicas, sendo agentes de mudanças e transmissores da identidade organizacional.

Outro ponto a ser considerado é o papel de suporte da gestão aos treinamentos. As proposições de estratégias de operacionalização, como a formação e capacitação de um grupo de multiplicadores de treinamento na UTI, só serão possíveis com a sensibilização e apoio do nível estratégico da organização. Dessa maneira, torna-se factível a criação de um ambiente propício, com escala de trabalho adequada.

Messias (2015) destaca a necessidade de dimensionamento dos profissionais e provisionamento, na carga horária de trabalho, dos momentos destinados às ações educativas. Para tanto, torna-se fundamental a reconfiguração dos processos e das políticas internas por parte dos gestores.

Além da gestão organizacional, outro fator determinante no sucesso das ações educacionais é a aproximação do setor responsável pela educação no hospital, temática, mencionada no estudo em curso. Messias (2015) destaca que a distância entre o setor que planeja os treinamentos e aquele que colocará em prática as competências deles advindas, faz com que muitas ações educativas não sejam úteis no dia a dia, gerando um impacto pequeno na qualidade assistencial, além do desperdício de recursos.

Questionados sobre as dificuldades encontradas no desenvolvimento das atividades de educação em serviço, enfermeiros referem como fatores principais a ausência de programas de educação específicos para os profissionais de terapia intensiva e a falta de tempo para a qualificação fora do serviço (Viana, Vargas, Carmagnani, Tanaka, Schmitt, 2014).

Além disso, a literatura critica a falta de divulgação dos resultados das capacitações para a equipe de enfermagem. Segundo Braga e Melleiro (2009), o serviço de educação não deve apenas divulgar os resultados, mas também, recomenda-se que desenvolva estratégias de avaliação e acompanhamento, que permitam identificar o impacto das ações educativas.

Quanto ao interesse dos profissionais em participar das ações educativas formais, os resultados apontaram para problemas relacionados à obrigatoriedade e vinculação com remuneração. A literatura mostra que os participantes, na avaliação após o treinamento, tendem a referir menor valor relacionado à utilidade desse na prática, fato possivelmente relacionado à participação no curso ser condição para progressão salarial. Logo, o foco de muitos participantes pode não ser a melhoria do desempenho no trabalho (Mourão et al., 2013).

A esse resultado, podemos relacionar, também, a avaliação de necessidades de aprendizagem desarticulada das percepções de necessidades dos indivíduos e do grupo; e a utilização de estratégias de ensino desvinculadas da teoria de aprendizagem de adultos, que parte dos seguintes pressupostos: traz o aprendizado centrado no problema, relacionado a situações reais, e com conteúdo imediatamente aplicável na rotina de trabalho dos profissionais; possibilita, a participação ativa e

valoriza experiências anteriores; integra teoria e prática e permite a reflexão e discussão (Fanning e Gaba, 2007).

Não ter interesse pelo treinamento, também, pode estar diretamente ligado à ANA, pois se a necessidade não for bem identificada, não ocasionará interesse no indivíduo adulto.

Enfim, a avaliação de necessidades de aprendizagem realizada a partir do estudo, considerando o indivíduo e o grupo, com a participação de profissionais de diferentes níveis hierárquicos, contribuiu para a compreensão da problemática.

Quanto ao programa de treinamento proposto reforçamos que embora a maioria dos módulos se concentre na dimensão técnico-científica, consideramos um avanço a presença de competências das outras dimensões, sobretudo, por se tratar de uma UTI, cujo aparato tecnológico e a alta complexidade dos cuidados resultam nessa tendência.

As prioridades de aprendizagem apontaram para necessidades complexas que exigem ações instrucionais, gerenciais e de reestruturação de processos. Destacamos que este cenário demonstra articulação com o modelo teórico seguido no estudo, visto que no MAIS, o ambiente apresenta influência sobre as ações instrucionais a serem propostas, desde a avaliação de necessidades. A discussão em grupo focal ilustrou esta relação ao considerar o processo de trabalho para compatibilização das necessidades individuais e coletivas. Além disso, os achados auxiliarão nas etapas subsequentes do processo de treinamento, por apontarem necessidades relacionadas ao planejamento, execução e avaliação de resultados, e as competências a serem aprimoradas, evidenciando a relação de interdependência e constância do sistema de treinamento.

9 Considerações Finais

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização de métodos mistos de pesquisa contribuiu para a compreensão das necessidades reais de aprendizagem. Logo, o estudo demonstrou potencialidade para ser replicado.

A construção do questionário com as designações das competências que envolvem não apenas o eixo técnico-científico, mas também o socio-educativo e o ético-político, mostrou-se adequada ao trazer aos profissionais a reflexão sobre sua prática, reconhecendo a importância de habilidades e conhecimentos relativos às áreas técnicas e não técnicas da assistência. Os resultados demonstraram consistência do instrumento, que poderá servir de modelo para a avaliação individual de necessidades de treinamento à equipe de enfermagem de UTI. De todo modo, é essencial proceder às técnicas de verificação de evidências de propriedades psicométricas, semântica e de conteúdo.

A avaliação do coletivo trouxe as necessidades relacionadas às competências da equipe de trabalho e considerou assim, problemas advindos dos processos no desempenho conjunto dos profissionais, tornando evidente o envolvimento do contexto organizacional e as necessidades de medidas de suporte. Nessa etapa da pesquisa, foi possível fazer a ponte entre necessidades dos indivíduos, grupo e organização.

Desta maneira, os achados deste estudo reforçam a necessidade de alinhamento entre a avaliação individual e a coletiva, em que os dois componentes apresentam relação de complementariedade.

A abordagem com participantes de diferentes níveis hierárquicos na organização foi fundamental para o estabelecimento das necessidades de aprendizagem e, também, para as proposições de estratégias de operacionalização e suporte.

Atinente ao suporte às necessidades de aprendizagem, foram apontadas estratégias, tais como, fortalecimento do trabalho em equipe, capacitação dos instrutores, estabelecimento de parceria com o setor de educação do hospital e obtenção de apoio da gestão. Destacamos, ainda, a importância do envolvimento, desde a ANA, dos indivíduos do âmbito estratégico das organizações, já que estes

apresentam o poder de decisão e mudanças efetivas nos processos e políticas internas nas instituições.

O modelo teórico para avaliação de necessidade de aprendizagem e a estratégia de discussão coletiva mostraram-se apropriados à prática. Assim, o atual estudo trouxe contribuições relevantes à área de TD&E nas organizações de saúde, ao fixar na ANA, a abordagem por competências, multinível, com a análise conjunta da auto-avaliação e da avaliação do coletivo.

Logo, indicamos tanto para pesquisas científicas como para a prática dos setores de educação, a utilização de questionários, com o intuito de consolidar além da avaliação individual, a participação de todos os profissionais. Recomendamos, também, a formação de grupos de discussão, com indivíduos de diferentes níveis hierárquicos, articulando as necessidades dos profissionais e do grupo aos objetivos estratégicos da organização.

Como próximas etapas do estudo, pretendemos dar continuidade ao processo, ao planejar, executar e avaliar o programa de treinamento proposto. Desenvolvendo, desta maneira, os demais componentes do MAIS.

Por fim, apontamos como limitação do estudo, o número reduzido de respondentes que não possibilitou validação estatística do questionário de levantamento de necessidades de treinamento.

Para pesquisas posteriores, sugerimos a seguinte agenda: aplicar o questionário de LNT em outras UTI com características semelhantes à UTI do HE para validação estatística; integrar ao processo de ANA proposto, a participação de gestores das áreas estratégicas da organização; relacionar os achados referentes à percepção de domínio e da avaliação coletiva, com os resultados após a implementação das estratégias propostas.

Referências

REFERÊNCIAS

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

Abbad GS, Mourão L. Avaliação de necessidades de TD&E: proposição de um novo modelo. *Rev. Adm. Mackenzie.* 2012; 13 (6):107-137.

Azevedo CEF, Oliveira LGL, Gonzalez RK, Abdalla MM. Estratégia de Triangulação: Objetivos, Possibilidades, Limitações e Proximidades com o Pragmatismo. IV encontro de ensino e pesquisa em administração e contabilidade. Brasília; 2013.

Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O mundo da saúde, São Paulo.* 2011; 35 (4): 438-442.

Balarin CS, Zerbini T, Martins LB. A relação entre suporte à aprendizagem e impacto de treinamento no trabalho. *REAd (Porto Alegre).* 2014; 2 (2): 341-370. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-23112014000200341&lng=pt&nrm=iso&tlng=en. DOI: 10.1590/1413-2311017201341925.

Barbier R. A pesquisa-ação. Brasília: Plano; 2007.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

Bastos LFL, Ciampone MHT, Mira VL. Avaliação de suporte à transferência e impacto de treinamento no trabalho dos enfermeiros. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013; 21 (6): 1274-81.

Borges-Andrade JE. Avaliação integrada e somativa 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. 343-58.

Borges-Andrade JE. Avaliação somativa de sistemas instrucionais: integração de três propostas. *Tecnologia Educacional.* 1982; 11 (46): 29-39.

Braga AT, Melleiro MM. Analysis of the continuing education of a teaching hospital in the perception of the nursing team. *Online Braz J Nurs [serial on the Internet].* 2009; 8 (2): 1676-4285. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2408/511>. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20092408>.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília; 2012.

Brasil. Decreto N° 94.406/87, de 08 de Junho de 1987. Regulamenta a Lei n° 7.498, de 25 de Junho de 1986, que dispõe sobre o Exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília; 1987.

Brasil. Lei N° 7.498, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília; 1986.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília; 2009.

Bucchi SM, Mira VL. Reelaboração do treinamento admissional de enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(4):1003-10.

Bucchi SM, Mira VL, Otrenti E, Ciampone MHT. Enfermeiro instrutor no processo de treinamento admissional do enfermeiro em unidade de terapia intensiva. Acta Paul Enferm. 2011; 24(3): 381-7.

Camelo, SHH. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2012; 20(1): 192-200. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000100025&DOI=10.1590/S0104-11692012000100025.

Campos EBD, Abbad GS, Macedo AGAPS, Silva NP. Necessidades de treinamento: uma proposta de avaliação estratégica no contexto de empresas juniores brasileiras RAM, REV. ADM. MACKENZIE. 2015; 16(6): 126-158.

Chagas IA, Camilo J, Santos MA, Rodrigues FFL, Arrelias CCA, Teixeira CRS et al. Conhecimento de pacientes com diabetes sobre tratamento após cinco anos do término de um programa educativo. Rev. Esc. Enferm. USP. 2013; 47 (5): 1141-6.

Conover WJ. Practical Nonparametric Statistics. New York: John Wiley & Sons; 1999.

Cooper DR, Schindler PS. Métodos de pesquisa em administração. 7ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2003.

Coscrato G, Pina JC, Mello DF. Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura. Acta Paul. 2010; Enferm. 23(2): 257-63.

Creswell JW e col. Best Practices for Mixed Methods Research in the Health Sciences. Office of Behavioral and Social Sciences Research (OBSSR); 2011.

Delors J, presidente. Educação um tesouro a descobrir – Relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre educação para o século XXI. 10ª ed. Unesco; 2006.

Eboli M. Educação corporativa no Brasil: verdades e mitos. São Paulo: editora Gente; 2004.

Fanning RM, Gaba DM. The role of debriefing in Simulation-based learning. *Simulation in healthcare*. 2007; 2 (2): 115-125.

Ferreira RR, Abbad GS. Avaliação de Necessidades de Treinamento no Trabalho: Ensaio de um Método Prospectivo. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*. 2104; 14 (1): 1-17.

Ferreira RR, Abbad GS. Training Needs Assessment: Where We Are and Where We Should Go. *BAR*. 2013; 10 (1): 77-99.

Ferreira RR. Avaliação de Necessidades de Aprendizagem no Trabalho: Proposição e Exploração de um Modelo [Tese]. Brasília: Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia; 2014.

Fleury A, Fleury MTL. Estratégias empresariais e formação de competências: um quebra-cabeça caleidoscópico da indústria brasileira. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 2001. p.17-33.

Fleury MTL, Oliveira Júnior MM, organizadores. Gestão estratégica do conhecimento: integrando aprendizagem, conhecimento e competências. 1ª ed. São Paulo: Atlas; 2001. p.121-156.

Flick U. Desenho da pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Flores GE, Oliveira DLL, Zocche DAA. Educação permanente no contexto hospitalar: a experiência que ressignifica o cuidado em enfermagem. *Trab. educ. saúde* (Rio de Janeiro). 2016. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016005001107&lng=en&nrm=iso. DOI:/10.1590/1981-7746-sip00118.

Fornaziero CC, Gordan PA, Carvalho MAV, Araújo JC, Aquino JCB. O Ensino da Anatomia: Integração do Corpo Humano e Meio Ambiente. *Rev. Bras. Educ. Médica*. 2010; 34 (2): 290-7.

Franco MAS. Pesquisa ação: a produção partilhada de conhecimentos. *UNOPAR Cient., Ciênc. Human. Educ*. 2010; 11 (1): 05-14.

Freitas IA, Borges-Andrade JE. Construção e validação de escala de crenças sobre sistema de treinamento. *Estudos de psicologia*. 2004; 9 (3): 479-488.

Gil AC. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2010.

Guimarães TA, Bruno-Faria MF, Brandão HP. Aspectos metodológicos do diagnóstico de competências em organizações. 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.217-230.

Gonçalves A, Mourão M. A expectativa em relação ao treinamento influencia o impacto das ações de capacitação. RAP – Revista de administração pública. 2011; 45 (2): 483-513.

Iqbal MZ, Khan RA. The growing concept and uses of training needs assessment: a review with proposed model. Journal of European Industrial Training. 2011; 35 (5): 439-466.

Lemos CLS. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? Ciênc. saúde coletiva (Rio de Janeiro). 2016; 21 (3): 913-922. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300913&lng=en&nrm=iso>. DOI: /10.1590/1413-81232015213.08182015.

Lima SMV, Borges-Andrade JE. Bases conceituais e teóricas de avaliação de necessidades 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. 199- 215.

Meira MDD, Kurcgant P. Evaluation of nursing education according to the perception of ex-students. Acta Paul Enferm. 2008; 21(4): 556-561.

Meneses PPM, Abbad GS, Zerbini T, Lacerda ERM. Medidas de características da clientela em avaliação de 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.

Meneses PPM, Zerbini T. Levantamento de necessidades de treinamento: reflexões atuais. Análise. 2009; 20 (2): 50-64.

Messias M. Construção coletiva de programas educativos: potencialidade para consecução da educação permanente em saúde [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 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: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

Mitre SM, Batista RS, Mendonça JMG, Pinto NMM, Meirelles CAB, Porto CP et al. Metodologias ativas de ensino aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciências & Saúde Coletiva (Minas Gerais). 2008; 2 (13): 2133-2144.

Mourão L, Gondim SMG, Macêdo MEC, Luna AF. Avaliação de necessidades de treinamento como preditora do impacto do treinamento no trabalho. *Rev. Psicol. Organ. Trab. (Florianópolis)*. 2013; 13 (2): 203-216.

Mourão L, Marins J. Avaliação de treinamento e desenvolvimento nas organizações: resultados relativos ao nível de aprendizagem. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*. 2009; 9 (2): 72-85.

Oliveira B, De Martino MMF. Análise das funções cognitivas e sono na equipe de enfermagem nos turnos diurno e noturno. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013; 34(1):30-36.

Otrenti E, Mira VL, Bucchi SM, Borges-Andrade JE. Evaluation of formal educational processes for healthcare professionals. *Invest Educ Enferm*. 2014; 32 (1): 103-111.

Peres HHC, Leite MMJ, Gonçalves VLM. Educação Continuada: recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento e avaliação de desempenho profissional. In: Kurcgant P, organizadora. *Gerenciamento em enfermagem*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

Pimentel-Gomes F. Curso de estatística experimental. 15ª ed. Piracicaba: ESALQ; 2009.

R Core Team. R: A Language and Environment for Statistical Computing. Vienna, Austria; 2015. Disponível em: <http://www.R-project.org/>.

Ressel LB, Beck CLC, Gualda DMR, Hoffmann IC, Silva RM, Sehnem GD. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto Contexto Enferm (Florianópolis)*. 2008; 17 (4): 779-86.

Ribeiro LG, Germano R, Menezes PL, Schmidt A, Pazin-Filho A. Estudantes de Medicina Ensinam Ressuscitação Cardiopulmonar a Alunos do Fundamental. *Arq. Bras. Cardiol*. 2013; 101 (4): 328-35.

Silva RS, Campos ERA, Pereira A. Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(3): 738-744.

Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18ª ed. São Paulo: Cortez; 2011.

Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva (Rio de Janeiro)*. 2009; 19 (3): 777-796.

Viana RAPP, Vargas MAO, Carmagnani MIS, Tanaka LH, Luz KR, Schmitt PH. Perfil do enfermeiro de terapia intensiva em diferentes regiões do Brasil. *Texto Contexto Enferm (Florianópolis)*. 2014 Jan-Mar; 23(1): 151-9.

Zinn GR. Educação permanente em saúde: da diretriz política à prática possível [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: forward programme. Geneva; 2006.

Apêndice

APÊNDICE A - Questionário de levantamento de necessidades de treinamento

1. Caracterização da população

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: ____ anos

Função: () Enfermeiro () Gestor () Técnico de enfermagem

Turno de trabalho: () Manhã () Tarde () Noite

Formação: () Nível médio

() Graduação em enfermagem () concluída () cursando

() Pós-graduação concluída

Tempo de formado como técnico de enfermagem ou enfermeiro: ____ anos

Tempo de exercício nesta UTI: ____ anos e ____ meses

2. Levantamento das necessidades de treinamento

Nessa etapa é importante conhecermos a sua opinião sobre **competências a serem abordadas em treinamentos para melhorar a sua atuação na UTI**.

Sugerimos alguns itens, entretanto é fundamental sabermos se para você, ele é importante ou não, e quanto você possui de domínio a cerca de cada competência.

Assim, solicitamos que **responda o questionário individualmente**.

Leia atentamente cada item.

Registre sua resposta, de acordo com a respectiva escala de avaliação, nos campos quadrados à direita de cada item. Note que um campo corresponde à importância e o outro corresponde ao domínio que possui sobre cada conhecimento ou habilidade.

Além das competências relacionadas, no final do questionário há a possibilidade de inclusão de outras competências que considere importantes, devendo também classifica-las quanto à importância e grau de domínio.

Para responder as questões seguintes quanto à IMPORTÂNCIA de cada item, utilize a escala abaixo

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem importância Muito importante

Para responder as questões seguintes quanto ao grau de DOMÍNIO da habilidade, utilize a escala abaixo

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nenhum Muito

Competência	Importância	Domínio
1. Ter conhecimento sobre a assistência ao paciente crítico em choque (hipovolêmico, cardiogênico, obstrutivo e distributivo)		
2. Ter conhecimento sobre a assistência ao paciente crítico com suporte cardiovascular e instabilidade hemodinâmica (monitorização hemodinâmica, BIA, marca-passo, PCR)		
3. Ter conhecimento sobre a assistência ao paciente com afecções neurológicas (pós-operatório imediato de cirurgia neurológica, acidente vascular encefálico, trauma crânio-encefálico)		
4. Ter conhecimento sobre a assistência ao paciente crítico com suporte nutricional (nutrição enteral e parenteral)		
5. Ter conhecimento sobre a assistência ao paciente com disfunções renais e terapias dialíticas		
6. Ter conhecimento sobre a assistência ao paciente com suporte ventilatório (VNI, VM, oxigenoterapia)		
7. Ter conhecimento sobre a ação das drogas vasoativas		
8. Ter conhecimento sobre os protocolos clínicos gerenciados (sepse, AVC, dor torácica, IAM e TEV)		
9. Ter conhecimento sobre as rotinas de troca de dispositivos para prevenção de infecção hospitalar		
10. Ter conhecimento sobre as metas internacionais de segurança ao paciente		
11. Ter conhecimento sobre a fisiopatologia das lesões de pele e medidas de prevenção de lesões		
12. Saber manusear as coberturas especiais para curativos existentes na instituição		
13. Saber manusear equipamentos (ex: bombas de infusão, monitor multiparâmetros)		
14. Saber utilizar estratégias de comunicação com a equipe multiprofissional (ex. passagem de plantão, comunicação de agravo do estado de saúde do paciente)		
15. Saber utilizar estratégias de comunicação com paciente e familiares (ex. comunicação de más notícias, abordagem em caso de doação de córnea)		
16. Saber acolher familiares e pacientes em casos de complicação do estado de saúde e fase final de vida		
17. Desenvolver a escuta		
18. Saber registrar as informações e ações desenvolvidas durante a prestação do cuidado		
19. Ter conhecimento sobre legislação específica de enfermagem e trabalhista		

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: ETAPA QUANTITATIVA – PARTICIPANTES DO TREINAMENTO

Projeto de Pesquisa: “Implementação do modelo de avaliação integrado somativo em treinamento à equipe de enfermagem”

Eu, Gabriela Cristina da Costa Gonçalves, sob a orientação da Professora Vera Lucia Mira, convido você a participar da pesquisa acima intitulada, a ser realizada no Programa de Mestrado da Pós-graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), cuja finalidade é conhecer os potenciais benefícios relacionados à qualidade e segurança advindos de programas de educação permanente sistematizados e passíveis de avaliação e melhorias contínuas. O objetivo da pesquisa é implementar e avaliar o modelo de avaliação integrado somativo em treinamento à equipe de enfermagem.

Sua participação consiste em responder aos questionários referentes às necessidades de treinamento na UTI e às suas crenças no processo de treinamento e de avaliação de treinamento; após a execução de treinamento a ser definido, você deverá realizar a avaliação de satisfação com o treinamento e a avaliação de conhecimento – sendo esta aplicada em três momentos: antes do treinamento, logo após e três meses depois. Os questionários serão analisados estatisticamente e suas variáveis correlacionadas. Os resultados serão posteriormente divulgados em reunião científica da UTI.

Participarão da pesquisa, enfermeiros e técnicos de enfermagem da UTI. A condução desta etapa do estudo foi autorizada pela gerência da UTI e será realizada em horário de expediente dos participantes.

Não há custo ou remuneração para participar. Mesmo aceitando, o participante pode em qualquer momento desistir da pesquisa, sem sanção, prejuízo ou consequência. Sua participação é voluntária, sigilosa e sem identificação pessoal, a fim de garantir o anonimato e privacidade do profissional avaliado. Assim, não haverá riscos diretos ou indiretos. Os benefícios relacionam-se a potenciais melhorias nos programas de treinamento, desenvolvimento e educação dos profissionais de enfermagem.

Os dados referentes aos questionários e avaliações de conhecimento serão sigilosos, analisados estatisticamente e utilizados para publicação de caráter científico.

A pesquisadora estará disponível para esclarecer dúvidas referentes à pesquisa no telefone (11) 97144-8887 ou e-mail gabriela.goncalves@usp.br.

Caso concorde em participar, você deve assinar este Termo, elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com você e a outra arquivada com a pesquisadora.

Declaro estar suficientemente esclarecido a respeito de minha participação na pesquisa e, por intermédio deste, eu _____, dou livremente meu consentimento para participar do estudo.

São Paulo, ____ de _____ de 201__

Assinatura - Participante da Pesquisa

Assinatura - Pesquisadora

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP
e-mail: edipesq@usp.br Telefone 3061-7548

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Estudo
e-mail: cep@xx.com.br Telefone: xxxx-xxxx

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: ETAPA QUALITATIVA – GRUPO FOCAL

Projeto de Pesquisa: “Implementação do modelo de avaliação integrado somativo em treinamento à equipe de enfermagem”

Eu, Gabriela Cristina da Costa Gonçalves, sob a orientação da Professora Vera Lucia Mira, convido você a participar da pesquisa acima intitulada, a ser realizada no Programa de Mestrado da Pós-graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), cuja finalidade é conhecer os potenciais benefícios relacionados à qualidade e segurança advindos de programas de educação permanente sistematizados e passíveis de avaliação e melhorias contínuas. O objetivo da pesquisa é implementar e avaliar o modelo de avaliação integrado somativo em treinamento à equipe de enfermagem.

Caso aceite participar deste estudo, você integrará o grupo focal, que discutirá sobre a avaliação de necessidades e planejamento de treinamento. São propostas seis reuniões, previstas para janeiro e fevereiro de 2016, neste Hospital, uma vez por semana, no período da manhã, com duas horas de duração cada uma. Os encontros do grupo focal serão gravados, visando proporcionar um registro fidedigno das falas. Posteriormente, as falas serão transcritas e o material, entregue aos participantes para leitura e consenso.

O grupo focal, como técnica metodológica de coleta de dados, fundamenta-se na reflexão dos participantes, subsidiada pelo aporte teórico da pesquisadora. Assim, de modo coletivo, são tomadas decisões mais assertivas.

Participarão desta etapa da pesquisa enfermeiros e técnicos de enfermagem da UTI, a gerente e um coordenador da UTI, além de uma enfermeira da educação corporativa. A condução da pesquisa foi autorizada pela gerência da UTI, e sua participação, quando fora do horário de trabalho, não acarretará banco de horas ou remuneração.

Não há custo para participar. Mesmo aceitando, o participante pode em qualquer momento desistir da pesquisa, sem sanção, prejuízo ou consequência. Sua participação é voluntária, sigilosa e sem identificação pessoal, a fim de garantir o anonimato e privacidade do profissional avaliado. Assim, não haverá riscos diretos ou indiretos. Os benefícios relacionam-se a potenciais melhorias nos programas de treinamento, desenvolvimento e educação dos profissionais de enfermagem. Os dados referentes aos encontros do grupo focal serão sigilosos e utilizados para publicação de caráter científico.

A pesquisadora estará disponível para esclarecer dúvidas referentes à pesquisa no telefone (11) 97144-8887 ou e-mail gabriela.goncalves@usp.br.

Caso concorde em participar, você deve assinar este Termo, elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com você e a outra arquivada com a pesquisadora.

Declaro estar suficientemente esclarecido a respeito de minha participação na pesquisa e, por intermédio deste, eu _____, dou livremente meu consentimento para participar do estudo.

São Paulo, ____ de _____ de 201__

Assinatura - Participante da Pesquisa

Assinatura - Pesquisadora

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP
e-mail: edipesq@usp.br Telefone 3061-7548

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Estudo
e-mail: cep@xx.com.br Telefone: xxxx-xxxx

APÊNDICE D - Associação entre as variáveis de controle e as medidas de importância e domínio

Tabela 6 - Testes estatísticos das medidas de domínio e importância de acordo com a formação escolar, São Paulo – 2016.

		Domínio						Importância					
		M	DP	P	(1x2)	(1x3)	(2x3)	M	DP	P	(1x2)	(1x3)	(2x3)
C1	GC	7.45	0.82	0.005	0.313	0.004	0.010	9.91	0.30	0.806	-	-	-
	NM	7.81	1.31					9.77	0.87				
	PG	8.51	1.05					9.90	0.50				
C2	GC	7.55	1.51	0.028	0.868	0.068	0.013	10.00	0.00	0.351	-	-	-
	NM	7.70	1.43					9.85	0.51				
	PG	8.33	0.84					9.92	0.48				
C3	GC	7.45	1.57	0.228	-	-	-	9.82	0.60	0.974	-	-	-
	NM	7.56	1.52					9.85	0.51				
	PG	7.97	1.06					9.90	0.38				
C4	GC	8.09	1.58	0.474	-	-	-	9.64	0.92	0.970	-	-	-
	NM	8.19	1.51					9.43	1.49				
	PG	8.54	1.35					9.59	0.85				
C5	GC	7.36	1.69	0.080	-	-	-	9.64	0.92	0.722	-	-	-
	NM	7.76	1.52					9.83	0.52				
	PG	8.41	1.14					9.77	0.63				
C6	GC	7.64	1.12	0.260	-	-	-	9.91	0.30	0.912	-	-	-
	NM	7.96	1.61					9.77	0.84				
	PG	8.38	1.11					9.79	0.57				
C7	GC	8.36	1.29	0.003	0.765	0.034	0.001	10.00	0.00	0.757	-	-	-
	NM	8.34	1.17					9.89	0.52				
	PG	9.10	0.72					9.92	0.35				
C8	GC	6.73	1.35	< 0.001	0.067	< 0.001	0.003	9.55	1.04	0.970	-	-	-
	NM	7.64	1.52					9.72	0.65				
	PG	8.56	1.17					9.77	0.54				
C9	GC	8.82	1.25	0.055	-	-	-	9.18	1.17	0.022	0.082	0.005	0.144
	NM	8.99	1.35					9.68	0.98				
	PG	9.56	0.72					9.90	0.50				
C10	GC	8.45	1.51	0.758	-	-	-	9.64	0.81	0.999	-	-	-
	NM	8.65	1.51					9.66	0.92				
	PG	8.59	1.16					9.64	0.84				
C11	GC	7.18	1.94	0.397	-	-	-	8.45	2.62	0.156	-	-	-
	NM	7.90	1.71					9.62	0.85				
	PG	8.13	1.06					9.67	0.70				
C12	GC	7.36	1.50	0.186	-	-	-	8.82	2.18	0.629	-	-	-
	NM	8.04	1.63					9.38	1.66				
	PG	7.62	1.37					9.41	0.99				

(continua)

		Domínio						Importância <i>(Continuação)</i>					
		M	DP	P	(1x2)	(1x3)	(2x3)	M	DP	P	(1x2)	(1x3)	(2x3)
C13	GC	8.73	1.10	0.783	-	-	-	9.09	3.02	0.617	-	-	-
	NM	8.87	1.15					9.72	1.10				
	PG	8.92	1.16					9.67	0.93				
C14	GC	8.82	1.17	0.842	-	-	-	9.00	3.00	0.734	-	-	-
	NM	8.71	1.45					9.57	1.65				
	PG	9.00	1.03					9.85	0.49				
C15	GC	7.18	1.89	0.165	-	-	-	8.73	2.45	0.439	-	-	-
	NM	7.12	2.44					9.55	1.64				
	PG	8.10	1.10					9.62	0.81				
C16	GC	7.91	1.87	0.939	-	-	-	9.45	1.04	0.810	-	-	-
	NM	8.07	1.80					9.62	0.95				
	PG	8.18	1.23					9.67	0.74				
C17	GC	7.73	1.35	0.204	-	-	-	9.82	0.40	0.951	-	-	-
	NM	8.34	1.74					9.62	0.97				
	PG	8.21	1.17					9.67	0.70				
C18	GC	8.36	1.43	0.639	-	-	-	9.45	1.51	0.378	-	-	-
	NM	8.56	1.40					9.70	0.78				
	PG	8.85	0.96					9.90	0.38				
C19	GC	6.09	1.81	0.163	-	-	-	9.73	0.90	0.752	-	-	-
	NM	7.01	1.88					9.55	1.10				
	PG	7.26	1.07					9.69	0.69				
C20	GC	7.36	1.50	0.257	-	-	-	9.55	0.93	0.843	-	-	-
	NM	8.12	1.57					9.66	0.89				
	PG	7.90	1.14					9.69	0.66				
C21	GC	9.45	0.82	0.904	-	-	-	10.00	0.00	0.531	-	-	-
	NM	9.19	1.19					9.91	0.35				
	PG	9.36	0.84					9.95	0.32				
C22	GC	8.82	0.98	0.307	-	-	-	9.36	1.57	0.473	-	-	-
	NM	9.21	1.06					9.87	0.45				
	PG	9.10	0.97					9.92	0.27				
C23	GC	7.55	1.86	0.292	-	-	-	9.18	1.66	0.165	-	-	-
	NM	8.00	1.47					9.87	0.45				
	PG	8.26	1.73					9.85	0.49				
GC: graduação cursando		(1x2) Graduação cursando vs Nível médio											
NM: nível médio		(1x3) Graduação cursando vs Pós-graduação											
PG: pós graduação		(2x3) Nível médio vs Pós-graduação											

(conclusão)

Tabela 7 - Testes estatísticos das medidas de domínio e importância de acordo com o turno de trabalho, São Paulo – 2016

		Domínio						Importância					
		M	DP	P-valor	(1x2)	(1x3)	(2x3)	M	DP	P-valor	(1x2)	(1x3)	(2x3)
C1	M	7.75	1.15	0.021	0.026	0.870	0.019	9.92	0.28	0.155	-	-	-
	N	8.42	1.18					9.89	0.75				
	T	7.71	1.21					9.68	0.82				
C2	M	7.96	1.08	0.489	-	-	-	9.96	0.20	0.260	-	-	-
	N	8.02	1.44					9.96	0.30				
	T	7.79	1.13					9.75	0.75				
C3	M	7.56	1.19	0.207	-	-	-	9.83	0.48	0.137	-	-	-
	N	7.98	1.42					9.96	0.30				
	T	7.43	1.37					9.75	0.65				
C4	M	8.25	1.26	0.495	-	-	-	9.62	0.82	0.065	-	-	-
	N	8.51	1.42					9.58	1.45				
	T	8.07	1.65					9.32	1.02				
C5	M	7.85	1.16	0.163	-	-	-	9.83	0.48	0.309	-	-	-
	N	8.24	1.48					9.84	0.56				
	T	7.64	1.54					9.64	0.78				
C6	M	8.33	1.13	0.043	0.838	0.043	0.020	9.96	0.20	0.032	0.641	0.036	0.040
	N	8.33	1.43					9.80	0.84				
	T	7.50	1.40					9.64	0.68				
C7	M	8.42	1.10	0.043	0.045	0.954	0.032	10.00	0.00	0.114	-	-	-
	N	8.91	1.04					9.93	0.45				
	T	8.43	1.07					9.82	0.55				
C8	M	7.71	1.12	0.141	-	-	-	9.75	0.53	0.406	-	-	-
	N	8.20	1.60					9.80	0.59				
	T	7.61	1.52					9.57	0.84				
C9	M	9.06	1.18	0.203	-	-	-	9.83	0.56	0.665	-	-	-
	N	9.38	1.09					9.56	1.16				
	T	9.04	1.23					9.86	0.36				
C10	M	8.77	1.18	0.244	-	-	-	9.92	0.41	0.121	-	-	-
	N	8.76	1.37					9.56	1.01				
	T	8.21	1.47					9.57	0.88				
C11	M	7.85	1.06	0.030	0.100	0.285	0.015	9.58	0.72	0.826	-	-	-
	N	8.29	1.55					9.44	1.49				
	T	7.36	1.68					9.54	0.96				
C12	M	7.67	1.09	0.014	0.073	0.277	0.007	9.50	0.78	0.466	-	-	-
	N	8.24	1.58					9.29	1.93				
	T	7.18	1.54					9.25	1.17				
C13	M	8.92	1.14	0.088	-	-	-	9.92	0.41	0.321	-	-	-
	N	9.07	1.14					9.40	1.94				
	T	8.54	1.10					9.75	0.59				

(continua)

		Domínio						Importância						(Continuação)
		M	DP	P-valor	(1x2)	(1x3)	(2x3)	M	DP	P-valor	(1x2)	(1x3)	(2x3)	
C14	M	8.56	1.17	0.002	0.005	0.650	0.001	9.88	0.45	0.179	-	-	-	
	N	9.31	1.00					9.44	2.19					
	T	8.32	1.47					9.68	0.67					
C15	M	7.60	1.45	0.052	-	-	-	9.83	0.48	0.496	-	-	-	
	N	7.76	2.45					9.27	2.04					
	T	7.07	1.44					9.54	0.92					
C16	M	7.90	1.33	0.006	0.029	0.473	0.003	9.71	0.55	0.352	-	-	-	
	N	8.58	1.60					9.64	1.00					
	T	7.50	1.58					9.50	0.88					
C17	M	8.33	1.46	0.314	-	-	-	9.83	0.38	0.635	-	-	-	
	N	8.40	1.44					9.62	0.96					
	T	7.82	1.56					9.57	0.84					
C18	M	8.60	1.15	0.269	-	-	-	9.92	0.28	0.118	-	-	-	
	N	8.84	1.24					9.73	0.99					
	T	8.39	1.31					9.64	0.68					
C19	M	7.27	1.03	0.011	0.456	0.020	0.006	9.79	0.51	0.822	-	-	-	
	N	7.20	1.98					9.62	0.98					
	T	6.46	1.23					9.50	1.11					
C20	M	7.81	1.31	0.038	0.079	0.471	0.019	9.75	0.44	0.298	-	-	-	
	N	8.31	1.38					9.69	0.95					
	T	7.46	1.43					9.54	0.79					
C21	M	9.29	0.95	0.053	-	-	-	10.00	0.00	0.434	-	-	-	
	N	9.49	0.94					9.93	0.33					
	T	8.96	1.14					9.89	0.42					
C22	M	8.83	1.09	0.015	0.013	0.909	0.017	9.92	0.28	0.814	-	-	-	
	N	9.44	0.81					9.76	0.86					
	T	8.86	1.11					9.89	0.42					
C23	M	8.12	1.39	0.119	-	-	-	9.88	0.34	0.997	-	-	-	
	N	8.22	1.87					9.73	0.91					
	T	7.71	1.36					9.79	0.63					

M: manhã (1x2) manhã vs noite
 N: noite (1x3) manhã vs tarde
 T: tarde (2x3) noite vs tarde

(conclusão)

Tabela 8 - Testes estatísticos das medidas de domínio e importância de acordo com o sexo, São Paulo – 2016

		Domínio			Importância		
		M	DP	P-valor	M	DP	P-valor
C1	Feminino	8.28	1.24	0.012	9.90	0.47	0.254
	Masculino	7.67	1.10		9.72	0.94	
C2	Feminino	8.00	1.24	0.515	9.93	0.40	0.279
	Masculino	7.83	1.32		9.83	0.56	
C3	Feminino	7.80	1.38	0.331	9.92	0.33	0.381
	Masculino	7.57	1.35		9.78	0.64	
C4	Feminino	8.64	1.32	0.006	9.70	0.69	0.256
	Masculino	7.78	1.53		9.19	1.72	
C5	Feminino	8.11	1.37	0.296	9.87	0.50	0.050
	Masculino	7.74	1.54		9.64	0.76	
C6	Feminino	8.39	1.33	0.006	9.87	0.43	0.476
	Masculino	7.58	1.36		9.67	0.99	
C7	Feminino	8.77	1.13	0.041	9.95	0.28	0.566
	Masculino	8.44	0.97		9.86	0.59	
C8	Feminino	8.18	1.51	0.009	9.82	0.47	0.158
	Masculino	7.44	1.34		9.56	0.88	
C9	Feminino	9.38	1.00	0.054	9.93	0.40	0.000
	Masculino	8.90	1.34		9.33	1.24	
C10	Feminino	8.74	1.35	0.173	9.77	0.67	0.071
	Masculino	8.38	1.38		9.44	1.11	
C11	Feminino	8.10	1.40	0.138	9.67	0.68	0.356
	Masculino	7.60	1.69		9.22	1.71	
C12	Feminino	7.82	1.57	0.755	9.57	0.85	0.158
	Masculino	7.75	1.46		8.92	2.16	
C13	Feminino	8.84	1.20	0.768	9.75	0.79	0.860
	Masculino	8.94	1.04		9.42	2.02	
C14	Feminino	8.95	1.32	0.107	9.89	0.45	0.052
	Masculino	8.65	1.15		9.17	2.43	
C15	Feminino	7.77	1.80	0.121	9.80	0.63	0.007
	Masculino	7.10	2.22		8.94	2.24	
C16	Feminino	8.36	1.52	0.034	9.69	0.70	0.645
	Masculino	7.65	1.63		9.50	1.11	
C17	Feminino	8.52	1.30	0.011	9.70	0.69	0.623
	Masculino	7.69	1.65		9.58	1.00	
C18	Feminino	8.89	1.20	0.011	9.92	0.33	0.008
	Masculino	8.26	1.24		9.47	1.16	
C19	Feminino	7.21	1.27	0.221	9.82	0.56	0.015
	Masculino	6.65	2.05		9.31	1.28	

(continua)

		Domínio			Importância			(Continuação)
		M	DP	P-valor	M	DP	P-valor	
C20	Feminino	8.00	1.49	0.375	9.80	0.51	0.048	
	Masculino	7.85	1.27		9.42	1.11		
C21	Feminino	9.38	0.92	0.446	9.95	0.28	0.588	
	Masculino	9.14	1.17		9.92	0.37		
C22	Feminino	9.13	0.97	0.904	9.90	0.35	0.573	
	Masculino	9.11	1.09		9.72	0.94		
C23	Feminino	8.21	1.64	0.106	9.87	0.46	0.200	
	Masculino	7.78	1.57		9.64	1.02		

(conclusão)

Tabela 9 - Testes estatísticos das medidas de domínio e importância de acordo com a função, São Paulo – 2016

		Domínio			Importância		
		M	DP	P-valor	M	DP	P-valor
C1	Enfermeiro	8.60	0.95	0.001	9.89	0.53	0.618
	Gestor	8.00	2.00		10.00	0.00	
	Técnico de enfermagem	7.73	1.23		9.80	0.78	
C2	Enfermeiro	8.34	0.76	0.005	9.91	0.51	0.439
	Gestor	8.67	1.53		10.00	0.00	
	Técnico de enfermagem	7.66	1.42		9.88	0.46	
C3	Enfermeiro	7.97	1.10	0.115	9.89	0.40	0.968
	Gestor	8.00	1.00		10.00	0.00	
	Técnico de enfermagem	7.55	1.50		9.85	0.52	
C4	Enfermeiro	8.57	1.33	0.227	9.63	0.77	0.933
	Gestor	8.00	2.00		9.00	1.73	
	Técnico de enfermagem	8.19	1.50		9.47	1.38	
C5	Enfermeiro	8.46	1.12	0.017	9.74	0.66	0.510
	Gestor	8.33	1.53		10.00	0.00	
	Técnico de enfermagem	7.67	1.54		9.80	0.61	
C6	Enfermeiro	8.40	1.12	0.157	9.77	0.60	0.551
	Gestor	8.33	1.53		10.00	0.00	
	Técnico de enfermagem	7.90	1.52		9.80	0.76	
C7	Enfermeiro	9.14	0.65	0.001	9.91	0.37	0.615
	Gestor	8.67	1.53		10.00	0.00	
	Técnico de enfermagem	8.36	1.17		9.92	0.47	
C8	Enfermeiro	8.63	1.11	< 0.001	9.77	0.55	0.802
	Gestor	8.00	2.00		9.67	0.58	
	Técnico de enfermagem	7.47	1.51		9.69	0.73	
C9	Enfermeiro	9.63	0.60	0.013	9.89	0.53	0.081
	Gestor	9.00	1.73		10.00	0.00	
	Técnico de enfermagem	8.96	1.31		9.59	1.02	

(continua)

(Continuação)

		Domínio			Importância		
		M	DP	P-valor	M	DP	P-valor
C10	Enfermeiro	8.54	1.17	0.489	9.60	0.88	0.793
	Gestor	9.33	1.15		10.00	0.00	
	Técnico de enfermagem	8.60	1.48		9.66	0.88	
C11	Enfermeiro	8.23	1.03	0.405	9.63	0.73	0.736
	Gestor	7.00	1.00		10.00	0.00	
	Técnico de enfermagem	7.77	1.75		9.41	1.40	
C12	Enfermeiro	7.74	1.36	0.560	9.49	0.95	0.808
	Gestor	6.33	1.15		8.67	1.53	
	Técnico de enfermagem	7.90	1.60		9.27	1.75	
C13	Enfermeiro	9.06	1.11	0.320	9.63	0.97	0.218
	Gestor	7.33	0.58		10.00	0.00	
	Técnico de enfermagem	8.85	1.13		9.61	1.61	
C14	Enfermeiro	9.06	1.00	0.432	9.83	0.51	0.883
	Gestor	8.33	1.53		10.00	0.00	
	Técnico de enfermagem	8.74	1.38		9.47	1.94	
C15	Enfermeiro	8.14	1.03	0.044	9.57	0.85	0.387
	Gestor	8.00	2.00		10.00	0.00	
	Técnico de enfermagem	7.13	2.31		9.41	1.81	
C16	Enfermeiro	8.23	1.19	0.994	9.69	0.72	0.885
	Gestor	7.67	2.08		9.33	1.15	
	Técnico de enfermagem	8.04	1.78		9.59	0.95	
C17	Enfermeiro	8.26	1.22	0.748	9.63	0.73	0.608
	Gestor	7.67	0.58		10.00	0.00	
	Técnico de enfermagem	8.22	1.66		9.66	0.88	
C18	Enfermeiro	8.86	0.94	0.421	9.89	0.40	0.241
	Gestor	8.67	1.53		10.00	0.00	
	Técnico de enfermagem	8.53	1.39		9.66	0.94	
C19	Enfermeiro	7.26	1.09	0.459	9.74	0.66	0.900
	Gestor	7.33	1.15		9.00	1.00	
	Técnico de enfermagem	6.84	1.87		9.59	1.05	
C20	Enfermeiro	7.97	1.15	0.920	9.66	0.68	0.776
	Gestor	7.33	1.15		10.00	0.00	
	Técnico de enfermagem	7.96	1.57		9.64	0.89	
C21	Enfermeiro	9.43	0.78	0.744	9.94	0.34	0.623
	Gestor	8.67	1.53		10.00	0.00	
	Técnico de enfermagem	9.24	1.12		9.93	0.31	
C22	Enfermeiro	9.17	0.92	0.923	9.91	0.28	0.730
	Gestor	8.33	1.53		10.00	0.00	
	Técnico de enfermagem	9.14	1.04		9.78	0.79	
C23	Enfermeiro	8.29	1.78	0.105	9.83	0.51	0.916
	Gestor	8.00	1.73		10.00	0.00	
	Técnico de enfermagem	7.92	1.53		9.75	0.84	

(conclusão)

Tabela 10 - Coeficientes de correlações e p-valores das medidas de domínio e importância com idade, tempo de formado e tempo de exercício na UTI, São Paulo – 2016

		Idade	Tempo de Formado	Tempo de Exercício na UTI
Importância	C1	0.044 (0.669)	< 0.001 (0.872)	< 0.001 (0.886)
Domínio		0.266 (0.008)	0.170 (0.095)	0.294 (0.003)
Importância	C2	0.127 (0.216)	0.016 (0.879)	< 0.001 (0.759)
Domínio		0.125 (0.222)	0.100 (0.330)	0.203 (0.046)
Importância	C3	0.096 (0.351)	0.045 (0.658)	0.051 (0.623)
Domínio		0.138 (0.177)	0.069 (0.501)	0.233 (0.022)
Importância	C4	0.012 (0.907)	< 0.001 (0.428)	< 0.001 (0.997)
Domínio		0.079 (0.443)	< 0.001 (0.642)	0.103 (0.317)
Importância	C5	0.089 (0.385)	0.015 (0.883)	< 0.001 (0.744)
Domínio		0.111 (0.279)	0.056 (0.588)	0.185 (0.070)
Importância	C6	0.080 (0.434)	0.016 (0.875)	0.020 (0.842)
Domínio		0.178 (0.082)	0.069 (0.502)	0.074 (0.469)
Importância	C7	< 0.001 (0.204)	< 0.001 (0.075)	< 0.001 (0.053)
Domínio		0.123 (0.232)	0.015 (0.883)	0.193 (0.059)
Importância	C8	0.130 (0.204)	0.071 (0.488)	< 0.001 (0.906)
Domínio		0.097 (0.343)	0.032 (0.754)	0.104 (0.311)
Importância	C9	0.165 (0.107)	0.025 (0.809)	< 0.001 (0.433)
Domínio		0.042 (0.683)	< 0.001 (0.836)	0.073 (0.475)
Importância	C10	0.076 (0.460)	< 0.001 (0.723)	< 0.001 (0.261)
Domínio		0.121 (0.237)	0.072 (0.481)	0.022 (0.830)
Importância	C11	0.032 (0.754)	0.024 (0.812)	< 0.001 (0.896)
Domínio		0.070 (0.493)	0.062 (0.547)	0.227 (0.025)
Importância	C12	0.076 (0.462)	< 0.001 (0.337)	< 0.001 (0.292)
Domínio		0.224 (0.027)	0.170 (0.096)	0.169 (0.098)
Importância	C13	< 0.001 (0.792)	< 0.001 (0.811)	0.007 (0.947)
Domínio		0.073 (0.476)	0.018 (0.859)	0.137 (0.182)
Importância	C14	0.194 (0.057)	0.109 (0.289)	0.020 (0.849)
Domínio		0.122 (0.235)	0.073 (0.474)	0.077 (0.456)
Importância	C15	0.129 (0.209)	0.022 (0.834)	< 0.001 (0.527)
Domínio		0.208 (0.040)	0.106 (0.303)	0.191 (0.061)
Importância	C16	0.073 (0.480)	< 0.001 (0.826)	< 0.001 (0.778)
Domínio		0.182 (0.074)	0.097 (0.342)	0.208 (0.041)
Importância	C17	0.048 (0.639)	0.026 (0.801)	0.011 (0.915)
Domínio		0.074 (0.470)	0.033 (0.746)	0.031 (0.766)
Importância	C18	0.076 (0.458)	< 0.001 (0.428)	< 0.001 (0.428)
Domínio		< 0.001 (0.582)	< 0.001 (0.541)	0.025 (0.811)
Importância	C19	0.042 (0.681)	< 0.001 (0.682)	< 0.001 (0.611)
Domínio		0.219 (0.031)	0.118 (0.250)	0.147 (0.151)

(continua)

(Continuação)

		Idade	Tempo de Formado	Tempo de Exercício na UTI
Importância	C20	0.161 (0.115)	0.094 (0.359)	0.036 (0.727)
Domínio		0.067 (0.511)	0.048 (0.640)	0.129 (0.209)
Importância	C21	< 0.001 (0.878)	< 0.001 (0.290)	< 0.001 (0.572)
Domínio		0.032 (0.756)	< 0.001 (0.933)	< 0.001 (0.387)
Importância	C22	0.079 (0.443)	< 0.001 (0.808)	< 0.001 (0.543)
Domínio		0.101 (0.323)	0.100 (0.328)	0.103 (0.316)
Importância	C23	< 0.001 (0.906)	< 0.001 (0.530)	< 0.001 (0.468)
Domínio		0.034 (0.744)	0.008 (0.939)	0.146 (0.153)

Em destaque os valores com associação significativa.

(conclusão)

APÊNDICE E – Apresentação: primeira reunião de grupo focal

Grupo Focal

Moderadora: Gabriela Cristina da Costa Gonçalves

O que é um grupo focal?

- Técnica de pesquisa que visa através da interação grupal o desenvolvimento de reflexões e do pensamento crítico dos participantes sobre a temática, possibilitando a desconstrução e reconstrução de conceitos.

(RESSEL et al, 2008; TRAD, 2009)

Quais são as regras?

- As discussões serão gravadas
- Há um moderador e um observador
- As pessoas não devem falar juntas e devem ser evitadas discussões paralelas
- Confidencialidade
- Todos tem o direito de dizer o que pensam, não há opinião certa ou errada
- Deve haver respeito em relação às opiniões divergentes
- Com as discussões, as pessoas aprendem e podem ter sua opinião ampliada ou mudada;
- A discussão será posteriormente transcrita e analisada
- Duração: 1h e 30min

Grupo focal

Objetivos:

- Discutir sobre as necessidades de treinamento na UTI
- Estabelecer as prioridades
- Elaborar uma agenda de treinamentos
- Realizar o planejamento instrucional do treinamento prioritário

Estão previstas até três reuniões

Como vocês percebem o sistema de treinamento na UTI?

Sistema de treinamento

Fonte: BORGES-ANDRADE, 2006.

APÊNDICE F – Apresentação: segunda reunião de grupo focal

Grupo Focal
2º encontro

Moderadora: Gabriela Cristina da Costa Gonçalves

Objetivos

- Apresentar os resultados da reunião anterior (45')
- Definir as prioridades de treinamento na UTI (45')

Reunião anterior

- Reunião de diagnóstico
- Foram apontadas, principalmente, falhas no sistema de treinamento na UTI

Após análise da gravação e das anotações do observador, os elementos foram categorizados

Modelo de Avaliação Integrado e Somativo (MAIS)

(BORGES-ANDRADE, 2006)

Resultados da reunião anterior!

Necessidades:

- Treinamento admissional específico e sistematizado
- Alinhamento/ atualização das rotinas
- Uniformidade de informações
- Considerar eventos adversos

Resultados da reunião anterior!

Ambiente - Suporte:

- Multiplicador/ referência em cada plantão – pessoas dispostas/ interessadas e com perfil “educador”/ capacitadas (devem falar a mesma língua)
- Recém-admitido – ter uma referência (já está acontecendo)
- Colaboração da equipe para a participação nos treinamentos – Trabalho em equipe
- Viabilidade/ custos

Resultados da reunião anterior!

Ambiente - Disseminação:

- Ferramenta de comunicação formal
- Disseminação de informações erradas
- Perda de informações relevantes
- Consulta às rotinas: sistema eletrônico

Resultados da reunião anterior!

Insumos:

- Motivação/ interesse em participar dos treinamentos

Resultados da reunião anterior!

Procedimentos:

- Estratégias de ensino adequadas (*in loco*, multiplicadores, presencial, EAD...)
- Aprendizagem para adultos
- Qual o melhor horário?

Resultados da reunião anterior!

Processos:

- Motivação durante o treinamento

Resultados da reunião anterior!

Resultados:

- Acompanhamento / monitoramento/ “cobrança”
- Mensurar resultados
- Ética – “fazer o correto mesmo quando ninguém está olhando”

Como resolver estes problemas?

- Criação de um grupo de treinamento na UTI

- Composto por representantes de cada plantão
- Pessoas interessadas e com perfil “educador” - referência/ multiplicador
- Objetivos: alinhar e atualizar rotinas / sistematizar o treinamento admissional/ operacionalizar e avaliar os treinamentos propostos ...

Quais são as prioridades de treinamento da UTI?

Resultados da análise dos questionário

- Domínio: média >9

Resultados da análise dos questionário

- Domínio: média entre 8-9

Média entre 8,5 – 9	Média entre 8 – 8,5
<ul style="list-style-type: none"> - C7 DVA - C10 metas - C13 equipamentos - C14 comunicação equipe - C18 registro 	<ul style="list-style-type: none"> - C1 assistência ao paciente em choque - C4 suporte nutricional - C6 suporte ventilatório - C16 acolher familiares - C17 escuta - C23 tomada de decisão

Resultados da análise dos questionário

- Domínio: média <8

Questões	Variáveis com associação significativa
C19 legislação	Idade/ < tarde
C15 comunicação família	Enfermeiro/ Idade
C3 afecções neurológicas	Tempo de exercício na UTI
C12 coberturas curativo	Noite
C8 Protocolos Clínicos Gerenciados	Enfermeiro/ Pós-graduação
C11 prevenção de lesões	Tempo de exercício na UTI/ Noite
C2 suporte cardiovascular	Tempo exercício na UTI/Pós-graduação/ Enfermeiro
C20 gerenciar conflitos	Noite
C5 disfunções renais	Enfermeiro

Anexo

ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado do CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE AVALIAÇÃO INTEGRADO SOMATIVO EM TREINAMENTO À EQUIPE DE ENFERMAGEM

Pesquisador: Gabriela Cristina da Costa Gonçalves

Versão: 4

CAAE: 45967715.9.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.400.111

Apresentação do Projeto:

Trata-se de reapresentação de projeto para inclusão de emenda para atender solicitações da instituição coparticipante. As instituições necessitam de modelos de avaliação das ações educativas que propiciem o desenvolvimento dos recursos humanos e que permitam o aperfeiçoamento constante do processo de educação. O presente estudo busca a implementação de um modelo de avaliação de treinamento sistematizado para a equipe de enfermagem. Será uma pesquisa-ação com integração das abordagens qualitativa e quantitativa (desenho experimental). O estudo será realizado na UTI de um hospital do município de São Paulo. A fase qualitativa do estudo, e prévia ao treinamento, será composta pela gerente da UTI, um enfermeiro coordenador da UTI, uma enfermeira da educação corporativa, e oito participantes da assistência - um enfermeiro assistencial e um técnico de enfermagem de cada turno de trabalho, totalizando onze participantes no grupo focal. No grupo focal serão levantadas as necessidades de treinamento e planejamento do treinamento. O treinamento será realizado, junto aos profissionais de enfermagem, sendo 61 enfermeiros assistenciais, cinco enfermeiros gestores e 80 técnicos de enfermagem, totalizando 146 sujeitos, convidados a participar do estudo quantitativo. As crenças da equipe em relação ao sistema de treinamento e ao processo de avaliação serão analisadas por meio de dois questionários validados em estudos anteriores. O treinamento utilizará duas estratégias de ensino, sendo metade dos treinamentos com simulação realística (grupo experimental) e metade dos treinamentos com exposição dialogada (grupo controle). As avaliações do treinamento contemplarão: - a aprendizagem e retenção do conhecimento, com testes antes e após o treinamento; - a satisfação, com instrumento específico; - o envolvimento, com as observações da pesquisadora no relatório síntese de cada treinamento; - o impacto, com acompanhamento dos indicadores de qualidade durante um ano. A comparação das duas estratégias será realizada confrontando-se os resultados das variáveis dessas avaliações.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

- Implementar e avaliar o modelo de avaliação integrado somativo em treinamento à equipe de enfermagem.

Objetivos específicos:

- Conhecer as crenças da equipe de enfermagem da UTI no sistema de treinamento e no processo de avaliação de treinamento;
- Realizar o diagnóstico de necessidades de treinamento da equipe de enfermagem da UTI;
- Planejar o treinamento selecionado do diagnóstico de necessidades;
- Executar o treinamento por meio de duas estratégias de ensino, a exposição dialogada e a simulação realística;

- Avaliar os resultados do treinamento em relação ao envolvimento com o treinamento, à satisfação, aprendizagem, retenção do conhecimento e impacto na assistência;
- Identificar possíveis diferenças nos resultados do treinamento entre as estratégias de ensino adotadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:**Riscos:**

O estudo prevê riscos mínimos relacionados a exposição de informações pessoais, opiniões e nível desconhecimento sobre determinado tema. O pesquisador informa que todas as medidas que garantam o sigilo e confidencialidade das informações serão adotadas, evitando a exposição dos participantes do estudo.

Benefícios:

O pesquisador refere melhorias nos programas de treinamento, desenvolvimento e educação dos profissionais de enfermagem decorrentes da implementação de um programa de treinamento baseado nas reais necessidades da equipe de enfermagem da UTI e monitorado por um modelo de avaliação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem estruturado e que tem por hipótese: A implementação de um programa de treinamento baseado nas reais necessidades da equipe de enfermagem da UTI, monitorado por um modelo de avaliação, trará resultados favoráveis, preenchendo as lacunas anteriormente citadas, existentes no sistema de TD&E e a simulação realística, por ser uma estratégia de ensino mais ativa é mais eficaz que a exposição dialogada, que apesar da característica dialética, apresenta uma conformação mais tradicional.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória em conformidade com a resolução 466/12.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há óbices éticos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil;
- Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Considerações Finais a critério do CEP:

- Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil;
- Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Situação do Parecer:

Aprovado.

Necessita Apreciação da CONEP:

Não.

SAO PAULO, 01 de Fevereiro de 2016

Assinado por:
Lisabelle Mariano Rossato
(Coordenador)