**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

MELISSA MESSIAS

**CONSTRUÇÃO COLETIVA DE PROGRAMAS EDUCATIVOS:
POTENCIALIDADE PARA CONSECUÇÃO DA EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE**

**SÃO PAULO
2015**

MELISSA MESSIAS

**CONSTRUÇÃO COLETIVA DE PROGRAMAS EDUCATIVOS:
POTENCIALIDADE PARA CONSECUÇÃO DA EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem (PPGEn) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

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

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

**SÃO PAULO
2015**

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

Messias, Melissa

Construção coletiva de programas educativos: potencialidade para consecução da educação permanente em saúde / Melissa Messias. São Paulo, 2015.
267 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

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

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

1. Enfermagem. 2. Educação permanente. 3. Serviço hospitalar de emergência. I. Título.

Nome: Melissa Messias

Título: Construção Coletiva de Programa Educativos: Potencialidade para Consecução da Educação Permanente em Saúde.

Tese 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 Doutora em Ciências.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo ao meu pai Sebastião, que infelizmente não está mais entre nós... PAI, sei que onde estiver está olhando por nós e nos protegendo. Tenho certeza que está muito orgulhoso dos caminhos que escolhi trilhar e da mulher forte, guerreira e corajosa que me tornei. Os obstáculos da vida só me ensinaram a ter mais persistência e perseverança. Sem você nada disso seria possível. AMO VOCÊ ETERNAMENTE. Saudades...

Dedico também à minha mãe Teresa... MÃE, obrigada por ser este exemplo de mulher, mãe e avó. Obrigada por me passar valores tão sólidos, responsáveis pelo meu caráter e princípios inabaláveis. Obrigada por cuidar com tanto amor, carinho e atenção da nossa riqueza, a nossa SOPHIA. AMO VOCÊ ETERNAMENTE e espero ter você ao meu lado por muitos e muitos anos.

Dedico também à minha filha SOPHIA... filha, não existe presente melhor que Deus poderia ter me dado. Você enche as nossas vidas de alegria, paz e amor. Sem você, minha fonte de inspiração, este estudo não teria se concretizado. Obrigada por ser tão carinhosa, companheira e compreensiva. Desculpe-me pelos momentos de ausência, mas, tenho certeza que um dia você vai se orgulhar da mamãe. TE AMO MUITO E INFINITAMENTE.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é sempre um momento especial e de reconhecimento. Espero não ter esquecido de ninguém...

Agradeço...

À Deus por ter iluminado meus caminhos e guiado meus passos por esta jornada chamada VIDA.

Aos meus pais, que me deram a vida e que me proporcionaram condições de chegar até aqui. Deus não poderia ter sido mais generoso comigo.

À minha filha, a quem espero que minha história de vida seja um exemplo e que foi tão madura nos momentos mais difíceis desta jornada, não parecendo que tinha apenas 5 aninhos.

Aos meus amados irmãos, que me deram os outros dois melhores presentes, meus sobrinhos Luiz Henrique e Nícolas. Amo vocês.

Aos meus sobrinhos Luiz Henrique e Nícolas, fontes de alegria e renovação de energias. A titia ama vocês.

À minha cunhada Patrícia Densa, que em um dos momentos mais difíceis da minha vida me mostrou uma luz no fim do túnel.

À minha querida orientadora, Prof^a. Vera Lucia Mira, que, participou da minha formação desde o Mestrado e conduziu-me de forma tranquila e sábia

por este caminho, contrastando com a minha ansiedade. Acho que formamos uma boa dupla e executamos um bom trabalho.

À Profª. Maria Helena Trench Ciampone que me orientou no Mestrado e me ensinou a não desistir dos meus sonhos mesmo diante das dificuldades da vida.

À minha irmã de coração Aline Minharro Piva que está comigo desde a 4ª série do Ensino Fundamental e esteve presente em minha vida em todos os momentos e que torce diariamente pelo meu sucesso.

À minha amiga que a vida aproximou por conta da amizade das nossas filhas, Cristiane Schitne, que ora por mim diariamente.

Ao Hospital do Coração e ao LIGRESS, na figura da coordenadora Enilda Maria de Sousa Lara por ter me liberado para todas as atividades que se fizeram necessárias nestes quatro anos.

Às colegas do grupo de pesquisa NEPAPEGs pelo companheirismo, ajuda e incentivo constante.

Às professoras Paulina Kurcgant, Vanda Elisa Andres Felli, Marina Peduzzi, Heloisa Helena Ciqueto Peres, Maria Madalena Januário Leite e Cláudia Prado pelos espaços de troca de informações e aprendizagem proporcionados durante as disciplinas.

Às professoras Fernanda Maria Togeiro Fugulin e Maria Madalena Januário Leite pelas contribuições inigualáveis no Exame de Qualificação.

À Denise Fidalgo, do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do Coração pela ajuda no cadastro do projeto, na “simpática” Plataforma Brasil.

Às minhas amigas Cintia Cristina da Silva Vasconcelos e Tatiana Yonekura; a primeira pela sua alegria sempre contagiante, otimismo e pé no chão; a segunda pela paciência oriental, tranquilidade e serenidade; agradeço a ambas pela disponibilidade em ajudar.

Aos gestores e trabalhadores participantes, que dedicaram parte do seu tempo na construção deste estudo. Sem a colaboração de vocês não seria viável a execução deste trabalho pautado na parceria e construção coletiva.

À Cintia Cristina da Silva Vasconcelos, Patrícia Tavares dos Santos e Mayla Youko Kato por terem desempenhado com tanta dedicação a tarefa de observadoras do Grupo Focal.

À Michelly Antunes Ribeiro e Thabata Cruz Barros pela prontidão em ajudar nas transcrições do grupo focal e pelo capricho com que desempenharam esta atividade.

À Alessandra Akiko Kodama, profissional competente, a quem aprendi a admirar e que me ajudou na confecção das tabelas.

Ao Lucas Petri Damiani pela colaboração nas análises estatísticas.

À Michelly Antunes Ribeiro e Kássia Fernandes de Carvalho pela tradução do resumo.

*“Ando devagar por que já tive pressa
E levo esse sorriso por que já chorei demais
Hoje me sinto mais forte, mais feliz quem sabe,
Só levo a certeza de que muito pouco eu sei
Nada sei...”*

*“... Todo mundo ama um dia todo mundo chora,
Um dia a gente chega, no outro vai embora
Cada um de nós compõe a sua história
Cada ser em si carrega o dom de ser capaz
E ser feliz...”*

(Trecho da música de Almir Sater)

Messias, M. Construção Coletiva de Programa Educativos: Potencialidade para Consecução da Educação Permanente em Saúde. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

RESUMO

Introdução: Visando uma construção coletiva de ações educativas que privilegiem as necessidades dos trabalhadores e as condições de trabalho, com sustentação nas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e nos princípios dos Núcleos de Educação em Urgências, este estudo teve como **Objetivos:** Caracterizar o ambiente dos prontos socorros quanto aos insumos; conhecer o processo de educação oferecido pelas instituições à equipe de enfermagem; identificar e avaliar as necessidades de treinamento dos profissionais de Enfermagem dos prontos socorros; construir um programa de educação para estes profissionais, baseado no diagnóstico de necessidades de treinamento, considerando o ambiente de trabalho como suporte à aprendizagem contínua. **Metodologia:** Pesquisa quantitativa e qualitativa, com desenhos exploratório e descritivo, desenvolvida em três prontos socorros de duas instituições, uma pública e uma privada do município de São Paulo. A população constituiu-se de 31 enfermeiros, 84 técnicos ou auxiliares de enfermagem, três gestores de Enfermagem e cinco enfermeiros de Serviço de Educação. A caracterização do ambiente foi realizada por meio de entrevistas com os três gestores de enfermagem; para avaliação das necessidades de treinamento, foi aplicado um questionário a toda a equipe de enfermagem; a construção do programa de educação foi operacionalizada por meio de três encontros de grupo focal em cada pronto socorro, do qual participaram, no total, 14 profissionais; entrevistas com dois enfermeiros dos serviços de educação viabilizaram dados para caracterização do processo de educação da equipe de enfermagem. **Resultados:** Dentre os principais resultados, destacam-se que os treinamentos técnicos foram os mais prevalentes no levantamento de necessidades (75,6%); a maioria das sugestões de mudanças nos treinamentos foi relacionada às estratégias instrucionais (32%) e ao horário (19,7%); os treinamentos foram apontados como úteis na prática (72,7%), por possibilitarem aperfeiçoamento profissional (62,5%); participariam do planejamento dos treinamentos 77,7% dos enfermeiros e 46,3% dos profissionais de nível técnico; as unidades oferecem condições para aplicação dos conhecimentos aprendidos nos treinamentos, na opinião de 70,3%, principalmente, no que se refere ao

ambiente e insumo. Os programas de educação construídos pelos grupos apresentam temas técnicos; modalidade de entrega presencial; domínios e objetivos, predominantemente, cognitivos, nos níveis do conhecimento, compreensão, aplicação e análise; estratégias participativas e práticas. Os processos de educação desenvolvidos nas instituições apresentam fragilidades nas fases de avaliação de necessidades e avaliação de resultados de treinamentos. A participação no grupo focal foi avaliada positivamente pelos participantes. **Considerações Finais:** Construir programas educativos baseados nas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e nos princípios dos Núcleos de Educação em Urgências é uma ação possível e promissora, pois problematiza a prática do trabalho e a transforma em necessidade de educação. É essencial, todavia, que os programas sejam executados e avaliados para os ajustes necessários para contemplar o paradigma educacional que fundamenta essa Política, pois aspectos culturais e políticos são indissociáveis da educação. Assim, este estudo tem potencialidade para ser replicado nas demais estruturas que compõem a Rede de Atenção às Urgências e a Rede de Assistência à Saúde, envolvendo a equipe de Enfermagem e as equipes multiprofissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Educação. Serviço Hospitalar de Emergência.

Messias, M. Collective Construction of Educational Programs: Potential for Achievement in Permanent Health Education [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

ABSTRACT

Introduction: This study aims at a collective construction of educational actions that take into account workers' needs and working conditions, based on the guidelines of the National Permanent Health Education Policy and the principles of the Emergency Education Centres. **Objectives:** to characterize the emergency room environment according to the inputs; to know the education process provided by the institutions for nursing staff; to identify and to assess training needs of nursing professionals in emergency rooms; and to develop an education program for these professionals, based on the diagnosis of training needs, considering the work environment to support continuous learning. **Methodology:** Quantitative and qualitative research, with exploratory and descriptive designs, developed in three emergency rooms of two institutions, one public and one private, in São Paulo city. The population consists of 31 nurses, 84 nursing technicians or assistants, three nursing managers, and five nurses of education services. To characterize the environment, three nursing managers were interviewed; to assess the training needs, a questionnaire was applied to all nursing staff; to develop the education program, there were three focus group meetings in the three emergency rooms, attended by a total of 14 professionals; to the description of the nursing staff's education process, two nurses of education services were interviewed. **Results:** Among the main results, it was observed that technical training was the most prevalent in the needs assessment (75,6%); most of the suggestions of changes in training concerned instructional strategies (32%) and schedule (19,7%); training was identified as useful in practice (72,7%) because it enable professional improvement (62,5%); 77,7% of the nurses and 46,3% of the nursing technicians or assistants would take part in the planning of the trainings; the units provide conditions to apply knowledge learned in trainings (70,3%), mainly in relation to environment and input. The education programs developed by the groups contain technical topics; face-to-face delivery method; predominantly cognitive domains and objectives, at the knowledge, comprehension, application, and analysis levels; and participation strategies and practices. The

education processes carried out by the institutions show signs of weaknesses in training needs and results assessment. Participants assessed positively the focus group meetings. **Final Thoughts:** To construct educational programs based on the guidelines of the National Permanent Health Education Policy and the principles of the Emergency Education Centres is a possible and promising action, discussing the work practice and turning it into a training need. However, it is essential that programs are implemented and assessed, considering necessary adjustments to take into account the National Policy's educational paradigm, since cultural and political aspects are inseparable from education. Finally, this study has the potential to be replicated in other settings of the Emergency Care Network, involving the nursing staff and the multidisciplinary teams.

KEYWORDS: Nursing. Education. Emergency Service, Hospital.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Taxonomia de aprendizagem	73
Quadro 2.	Resultados de aprendizagem para os objetivos cognitivos, segundo grau de complexidade	74
Quadro 3.	Resultados de aprendizagem para os objetivos afetivos, segundo grau de complexidade	75
Quadro 4.	Resultados de aprendizagem para os objetivos psicomotores, segundo grau de complexidade	76
Quadro 5.	Instrumentos de avaliação de aprendizagem	81
Quadro 6.	População do estudo por campo de coleta de dados	87
Quadro 7.	Programa de educação do PSI – HUUSP – “Drogas utilizadas na emergência para criança asmática”, 2014	144
Quadro 8.	Tópicos discutidos e decisões tomadas no 3º encontro, PSI – HU/USP, 2014.....	145
Quadro 9.	Programa de educação do PSA – HUUSP – “Desmitificando o atendimento à PCR no PSA”, 2014	153
Quadro 10.	Tópicos discutidos e decisões tomadas no 3º encontro, PSA – HU/USP, 2014.....	154
Quadro 11.	Programa de educação do PS – HCor - “Noções Básicas de ECG”, 2014.....	164
Quadro 12.	Tópicos discutidos e decisões tomadas no 3º encontro, PS – HCor – 2014.....	166
Quadro 13.	Programa de educação consolidado do PSI – HUUSP – “Drogas utilizadas na emergência para criança asmática”, 2014	178
Quadro 14.	Programa de educação consolidado do PSA – HUUSP – “Desmitificando o atendimento à PCR no PSA”, 2014	179
Quadro 15.	Programa de educação consolidado do PS – HCor – “Noções Básicas de ECG”, 2014	180
Quadro 16.	Síntese dos principais resultados das entrevistas com os enfermeiros dos serviços de educação, São Paulo, 2014	181

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Distribuição dos participantes por faixa etária, PSI – HUUSP – 2014	110
Gráfico 2.	Distribuição dos participantes por jornada de trabalho, PSI – HUUSP – 2014	110
Gráfico 3.	Distribuição dos participantes por função, PSI – HUUSP – 2014	111
Gráfico 4.	Distribuição dos participantes por tempo de exercício na função, PSI – HUUSP – 2014	111
Gráfico 5.	Distribuição dos participantes por tempo de atuação na instituição, PSI – HUUSP - 2014	112
Gráfico 6.	Distribuição dos participantes por experiência anterior em PS, PSI – HUUSP – 2014	113
Gráfico 7.	Distribuição dos participantes por faixa etária, PSA – HUUSP – 2014.....	113
Gráfico 8.	Distribuição dos participantes por jornada de trabalho, PSA – HUUSP – 2014	114
Gráfico 9.	Distribuição dos participantes por função, PSA – HUUSP – 2014.....	114
Gráfico 10.	Distribuição dos participantes por tempo de exercício na função, PSA – HUUSP – 2014	115
Gráfico 11.	Distribuição dos participantes por tempo de atuação na instituição, PSA – HUUSP – 2014.....	116
Gráfico 12.	Distribuição dos participantes por experiência anterior em PS, PSA – HUUSP – 2014	116
Gráfico 13.	Distribuição dos participantes por tempo de experiência anterior em PS, PSA – HUUSP – 2014	117
Gráfico 14.	Distribuição dos participantes por faixa etária, PS – HCor – 2014	117
Gráfico 15.	Distribuição dos participantes por jornada de trabalho, PS – HCor – 2014	118
Gráfico 16.	Distribuição dos participantes por função, PS – HCor – 2014	118
Gráfico 17.	Distribuição dos participantes por tempo de exercício na função, PS – HCor – 2014.....	119
Gráfico 18.	Distribuição dos participantes por tempo de atuação na instituição, PS – HCor – 2014.....	120
Gráfico 19.	Distribuição dos participantes por experiência anterior em PS, PS – HCor – 2014.....	120
Gráfico 20.	Distribuição dos participantes por tempo de experiência anterior em PS, PS – HCor – 2014.....	121

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição das categorias dos treinamentos por instituição e por categoria profissional, São Paulo – 2014	124
Tabela 2.	Distribuição por categorias das mudanças necessárias nos treinamentos por instituição e por categoria profissional, São Paulo – 2014	126
Tabela 3.	Distribuição das respostas em relação à utilidade dos treinamentos na prática por instituição e por categoria profissional, São Paulo – 2014	127
Tabela 4.	Distribuição das justificativas dos profissionais que disseram que os treinamentos foram úteis na prática, por instituição, São Paulo – 2014	128
Tabela 5.	Distribuição das justificativas dos profissionais que disseram que os treinamentos não foram úteis na prática, por instituição, São Paulo – 2014	129
Tabela 6.	Distribuição das justificativas dos profissionais que disseram que alguns treinamentos foram úteis na prática, por instituição, São Paulo – 2014	130
Tabela 7.	Distribuição das respostas em relação à participação no planejamento dos treinamentos por instituição e por categoria profissional, São Paulo – 2014	131
Tabela 8.	Distribuição das justificativas dos profissionais que disseram que participariam do planejamento dos treinamentos, por instituição, São Paulo – 2014	132
Tabela 9.	Distribuição das justificativas dos profissionais que disseram que não participariam do planejamento dos treinamentos, por instituição, São Paulo – 2014	133
Tabela 10.	Distribuição das respostas em relação à condição para aplicação dos CHA aprendidos nos treinamentos, por instituição e por categoria profissional, São Paulo – 2014	135
Tabela 11.	Distribuição das justificativas dos profissionais que disseram que a unidade oferece condições para aplicação dos CHA aprendidos nos treinamentos, por instituição, São Paulo – 2014	136
Tabela 12.	Distribuição das justificativas dos profissionais que disseram que a unidade não oferece condições para aplicação dos CHA aprendidos nos treinamentos, por instituição, São Paulo – 2014	137
Tabela 13.	Distribuição das justificativas dos profissionais que disseram que a unidade às vezes oferece condições para aplicação dos CHA aprendidos nos treinamentos, por instituição, São Paulo – 2014	138

LISTA DE SIGLAS

ABP		Aprendizagem Baseada em Problemas
ABS		Atenção Básica em Saúde
ACLS		<i>Advanced Cardiac Life Support</i>
ANT		Avaliação de Necessidades de Treinamento
AP		Atenção Primária
APH		Atendimento Pré-Hospitalar
ATCN		<i>Advanced Trauma Care for Nurses</i>
ATLS		<i>Advanced Trauma Life Support</i>
BLS		<i>Basic Life Support</i>
CCIH		Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CHA		Conhecimento, Habilidade e Atitude
CNS		Conselho Nacional de Saúde
ECG		Eletrocardiograma
EEUSP		Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
EP		Educação Permanente
EPS		Educação Permanente em Saúde
ESF		Estratégia Saúde da Família
GM		Gabinete do Ministro
HCor		Hospital do Coração
HUUSP		Hospital Universitário da Universidade de São Paulo
LIGRESS		Laboratório de Inovação em Planejamento, Gestão, Avaliação e Regulação de Políticas, Sistemas, Redes e Serviços de Saúde
LNT		Levantamento de Necessidades de Treinamento
MAIS		Modelo de Avaliação Integrativa e Somativa
MS		Ministério da Saúde
NEU		Núcleos de Educação em Urgência
OMS		Organização Mundial de Saúde

PALS	☞	<i>Pediatric Advanced Life Support</i>
PHTLS	☞	<i>PreHospital Trauma Life Support</i>
PNAB	☞	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	☞	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PROADI-SUS	☞	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
PS	☞	Pronto Socorro
PSA	☞	Pronto Socorro Adulto
PSI	☞	Pronto Socorro Infantil
QualiSUS	☞	Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência do Sistema Único de Saúde
RAU	☞	Rede de Atenção às Urgências
RCP	☞	Reanimação Cardiopulmonar
RDC	☞	Resolução de Diretoria Colegiada
RH	☞	Recursos Humanos
SAE	☞	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAMU	☞	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAPH	☞	Serviço de Atenção Pré-hospitalar
SE	☞	Sala de Estabilização
SEQ	☞	Serviço de Ensino e Qualidade
SP	☞	São Paulo
SUS	☞	Sistema Único de Saúde
TCLE	☞	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TD&E	☞	Treinamento, Desenvolvimento e Educação
TLSN	☞	<i>Trauma Life Support for Nurses</i>
TOE	☞	Taxonomias de Objetivos Educacionais
UBS	☞	Unidade Básica de Saúde
UPA	☞	Unidade de Pronto-Atendimento
UTI	☞	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	27
2 OBJETIVOS	35
3 ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIAS.....	39
3.1 PRONTOS SOCORROS NÃO HOSPITALARES E ATENÇÃO HOSPITALAR	47
3.2 RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE	51
4 NÚCLEOS DE EDUCAÇÃO EM URGÊNCIAS.....	53
5 POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	59
6 TREINAMENTO, DESENVOLVIMENTO & EDUCAÇÃO – PERSPECTIVA DA PSICOLOGIA SOCIAL E DO TRABALHO	65
6.1 PLANEJAMENTO INSTRUCIONAL EM TD&E	68
6.1.1 Avaliação de necessidades de treinamento (ANT)	68
6.1.2 Definição dos objetivos instrucionais	72
6.1.3 Análise, classificação e ordenação dos objetivos instrucionais.....	72
6.1.4 Escolha da modalidade de entrega da ação instrucional	76
6.1.5 Seleção de estratégias e meios instrucionais	77
6.1.6 Definição dos critérios de avaliação.....	79
7 METODOLOGIA.....	83
7.1 TIPO DE ESTUDO	85
7.2 CENÁRIOS.....	85
7.2.1 Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HUUSP)	86
7.2.2 Associação do Sanatório Sírio – Hospital do Coração (HCor)	86
7.3 POPULAÇÃO	86
7.4 COLETA DE DADOS	87
7.5 CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DOS PS QUANTO AOS INSUMOS, RECURSOS FÍSICOS E MATERIAIS E AÇÕES EDUCATIVAS OFERECIDAS À EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	87
7.5.1 Sujeitos	87
7.5.2 Coleta e análise de dados.....	87

7.6 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE TREINAMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DOS PS.....	88
7.6.1 Sujeitos	88
7.6.2 Coleta e análise de dados	88
7.7 CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM DOS PS	89
7.7.1 Sujeitos	89
7.7.2 Coleta e análise de dados	89
7.8 CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE EDUCAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DOS PS E FASES UTILIZADAS NO PLANEJAMENTO INSTRUCIONAL, EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DE TREINAMENTO.....	93
7.8.1 Sujeitos	93
7.8.2 Coleta e análise dos dados	93
8 ASPECTOS ÉTICOS.....	95
9 RESULTADOS.....	99
9.1 CARACTERIZAÇÃO DOS AMBIENTES DOS PS.....	101
9.1.1 Ambiente do PSI HUUSP	101
9.1.2 Ambiente do PSA HUUSP	104
9.1.3 Ambiente do PS do HCor	106
9.2 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS EQUIPES DE ENFERMAGEM DOS PS.....	109
9.2.1 Perfil da equipe de enfermagem do PSI - HUUSP	109
9.2.2 Perfil da equipe de enfermagem do PSA - HUUSP.....	113
9.2.3 Perfil da equipe de enfermagem do PS - HCor	117
9.3 LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES E PLANEJAMENTO DOS TREINAMENTOS NA PERSPECTIVA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DOS PS	121
9.4 CONSTRUÇÃO DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DOS PS	140
9.4.1 Construção do programa do PSI - HUUSP	140
9.4.2 Construção do programa do PSA - HUUSP.....	147
9.4.3 Construção do programa do PS – HCor.....	157
9.5 PROCESSO DE EDUCAÇÃO DOS PS	168
9.5.1 Processo de educação do PSI e do PSA do HUUSP	168
9.5.2 Processo de educação do PS do HCor	170
9.6 SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS	172
10 DISCUSSÃO	183
11 CONSIDERAÇÕES FINAIS	197

REFERÊNCIAS	203
--------------------------	------------

APÊNDICES	213
------------------------	------------

Apêndice 1 – Instrumentos de coleta de dados – Fase 1	215
Apêndice 2 – Instrumentos de coleta de dados – Fase 2	220
Apêndice 3 – Avaliação de reação do grupo focal	221
Apêndice 4 – Recurso visual do 1º encontro do grupo focal do PSI – HUUSP	222
Apêndice 5 – Recurso visual do 1º encontro do grupo focal do PSA – HUUSP	223
Apêndice 6 – Recurso visual do 1º encontro do grupo focal do PS – HCor	224
Apêndice 7 – Recurso visual do 2º encontro do grupo focal dos três serviços	225
Apêndice 8 – Planilha utilizada e projetada para o 3º encontro do grupo focal dos três serviços.....	227
Apêndice 9 – Roteiro de observação do grupo focal – 1º encontro	228
Apêndice 10 – Roteiro de observação do grupo focal – 2º encontro	229
Apêndice 11 – Roteiro de observação do grupo focal – 3º encontro	230
Apêndice 12 – Instrumentos de coleta de dados – Fase 4	231
Apêndice 13 – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido – Fase 1	232
Apêndice 14 – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido – Fase 2	235
Apêndice 15 – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido – Fase 3	238
Apêndice 16 – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido – Fase 4	241
Apêndice 17 – Tabela de distribuição das respostas à questão “Que treinamentos você tem interesse ou necessidade de participar” por instituição e categoria profissional, São Paulo – 2014	244
Apêndice 18 – Tabela de distribuição das respostas à questão “Como você acha que deveriam ser os treinamentos”, por instituição e categoria profissional, São Paulo, 2014.....	248
Apêndice 19 – Tabela de distribuição das respostas à questão “Os treinamentos que você participou foram úteis na prática? Por quê?” por instituição e categoria profissional, São Paulo, 2014.....	251
Apêndice 20 – Tabela de distribuição das justificativas dos profissionais que responderam que os treinamentos não foram úteis na prática, por instituição, São Paulo, 2014.....	253
Apêndice 21 – Tabela de distribuição das justificativas dos profissionais que responderam que alguns treinamentos foram úteis na prática por instituição, São Paulo, 2014.....	254

Apêndice 22 – Tabela de distribuição das justificativas dos profissionais que responderam que poucos treinamentos foram úteis na prática, por instituição, São Paulo, 2014	255
Apêndice 23 – Tabela de distribuição das respostas à questão “A unidade oferece condições para aplicar os conhecimentos, habilidades e atitudes aprendidos nos treinamentos?” por instituição e categoria profissional, São Paulo, 2014.....	256
Apêndice 24 – Tabela de distribuição das justificativas dos profissionais que responderam que a unidade não oferece condições de aplicação dos treinamentos na prática, por instituição, São Paulo, 2014.....	258
Apêndice 25 – Tabela de distribuição das justificativas dos profissionais que responderam que a unidade às vezes oferece condições de aplicação dos treinamentos na prática, por instituição, São Paulo, 2014.....	259
ANEXOS	261
Anexo 1 – Lista de verbos de ação para o domínio cognitivo entregue aos participantes dos grupos focais	263
Anexo 2 – Lista de verbos de ação para o domínio afetivo entregue aos participantes dos grupos focais	263
Anexo 3 – Lista de verbos de ação para o domínio psicomotor entregue aos participantes dos grupos focais	265
Anexo 4 – Lista de estratégias instrucionais entregue aos participantes dos grupos focais	266

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

O interesse por esse estudo surgiu a partir do trabalho que tenho desenvolvido como assistente de pesquisa do Laboratório de Inovação em Planejamento, Gestão, Avaliação e Regulação de Políticas, Sistemas, Redes e Serviços de Saúde (LIGRESS) de uma instituição hospitalar privada do município de São Paulo (SP).

Por meio de um convênio assinado em abril de 2011, entre esta Instituição e o Ministério da Saúde (MS), iniciaram-se os projetos para o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional (PROADI) do Sistema Único de Saúde (SUS), visando o desenvolvimento da capacidade de monitoramento, análise, planejamento e programação das redes de atenção integral às urgências, hospitalizações e atenção especializada no SUS, composto por cinco subprojetos.

O LIGRESS foi constituído oficialmente em agosto de 2011, com o objetivo principal de produzir, sistematizar e difundir conhecimento inovador no campo das políticas, sistemas, redes e serviços de saúde, constituindo-se em espaço de relação, tanto com a atuação direta do Hospital no campo da saúde suplementar, como espaço de suporte da intervenção do Hospital em suas relações com a alta gestão do SUS, mediante o convênio dos Hospitais de Excelência com o MS.

No início do triênio 2012/2014, outros subprojetos foram agregados, além da continuidade dos cinco primeiros.

Desde então, estive envolvida em vários processos, nos quais minhas funções tem sido o planejamento, a implantação, o gerenciamento e as ações de ensino do projeto denominado **“Desenvolvimento de instrumentos, banco de dados e pesquisa piloto de caráter censitário para o diagnóstico do perfil da força de trabalho dos serviços que atendem urgências”**.

O objetivo geral deste projeto é institucionalizar um exercício de análise para fins estratégicos de dimensionar, perfilar e regular a capacidade profissional, ajustando modalidades de resposta de educação profissional e organização da força de trabalho enquanto sistema de provisão de respostas à população de agudos que ocorrem aos serviços, considerando temas como a horizontalização do trabalho em urgências e as cargas horárias, combinadas com a segurança dos pacientes e os resultados terapêuticos em termos de autonomia preservada.

Estar inserida neste projeto, permeado por dificuldades e avanços, tem me provocado uma série de inquietações, dentre elas, a necessidade de estudar com maior profundidade, aspectos relacionados à formação e capacitação do trabalhador de Enfermagem na área de urgência.

Segundo o MS, os serviços de urgência e emergência constituem-se um importante componente da assistência à saúde (Brasil, 2002a). A crescente demanda por atendimento nestes serviços, nos últimos anos, tem contribuído, decisivamente, para sua sobrecarga, transformando-os em uma das áreas mais problemáticas do sistema de saúde.

O sistema de saúde no Brasil é formado por uma rede hierarquizada de forma a permitir uma melhor organização da assistência, articulação dos serviços, definição de fluxos e referências resolutivas. Essa rede de saúde inclui serviços que vão desde o atendimento pré-hospitalar (APH) ou de atenção primária (AP), como as unidades básicas de saúde (UBS), estratégia de saúde da família (ESF), ambulatorios especializados, serviços de diagnóstico e terapias e unidades não hospitalares; serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, tais como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), resgate, ambulâncias do setor privado; até a rede hospitalar de média e alta complexidade. Cada um dos componentes desta rede assistencial é responsável pela atenção a uma determinada parcela da demanda de urgência, respeitados os limites de sua complexidade e capacidade de resolução (Brasil, 2002a).

Para este trabalho, elegemos como foco de atenção os trabalhadores da Enfermagem da rede hospitalar de média e alta complexidade que abriga os Prontos socorros (PS).

Devido a sua característica e estrutura de atendimento, os PS são, muitas vezes, a “porta de entrada” do sistema de saúde, recebendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desviados da atenção primária e especializada e as urgências sociais (Rossetti, 2010).

Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência, superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população. Essa realidade assistencial é, ainda, agravada por problemas organizacionais destes serviços (Brasil, 2002a).

Soma-se a esta realidade a falta de recursos financeiros para adequação das necessidades locais, sejam essas de estrutura física ou de recursos humanos (RH) (Rossetti, 2010).

Assim, os profissionais de saúde que atuam nesses serviços, além de desempenharem suas atividades em um ambiente de imprevisibilidade e incerteza, que exige prontidão e rapidez de raciocínio para a tomada de decisão, contam com um número insuficiente de pessoal para atender às necessidades dos pacientes (Garcia, Fugulin, 2010).

Aliado a isto, a realidade mostra que boa parte destes trabalhadores não é preparada, especificamente, para atuar nesta área. Ela se constitui, como a porta de entrada dos trabalhadores na área da saúde no mercado de trabalho, atraindo profissionais sem a devida qualificação. Via de regra, um considerável número de profissionais recém formados, egressos de aparelhos formadores com currículos insuficientes no conteúdo de urgências formam os quadros deste setor.

Ciconet, Marques e Lima (2008) chamam a atenção para a insuficiência da formação dos profissionais que atuam na área de urgências, uma vez que este tema ainda é insuficiente nos cursos de graduação e existe um grau importante de desprofissionalização.

Essa situação mostra um dos problemas que precisam ser vistos e mais bem caracterizados como desafio para qualificação do sistema de saúde. Quem são estes trabalhadores? Onde e como foram formados e capacitados para atuar na urgência? Quais são as lacunas relacionadas à educação enfrentadas por estes profissionais no dia a dia?

Como os serviços podem dispor de pessoal insuficientemente preparado para aquilo que se conceitua como “*golden hour*”? Por exemplo, a primeira hora (“*golden hour*”) após a ocorrência de uma lesão traumática é considerada o tempo crítico para a instituição do tratamento que modificará o prognóstico, uma vez que até 40% dos óbitos ocorrem na fase pré-hospitalar do cuidado. Este curto período de tempo é à margem de atuação do Serviço de Atenção Pré-hospitalar (SAPH), que visa retirar a vítima de lesão traumática de forma rápida e segura do local do evento e levá-la ao local onde receberá o tratamento mais adequado (Ladeira, 2007).

Além das necessidades de recursos essenciais para um atendimento de qualidade, o primeiro atendimento de pacientes em situações de risco iminente de

morte e do impacto deste atendimento nas condições de sobrevivência, recuperação e reabilitação são enfáticas e sustentam a necessidade de preparação das equipes que prestarão este atendimento inicial,

Embora o MS/Gabinete do Ministro (GM), por meio da publicação da Portaria nº 1600, de 7 de julho de 2011, tenha definido a necessidade de qualificação da assistência por meio da educação permanente (EP) das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização, ainda há muito o que fazer para a aplicabilidade do estabelecido nesta Portaria, pois, existe um descompasso importante entre variáveis diversas: formação x capacitação em serviço; seleção/admissão x necessidades do serviço x operação do serviço, entre tantas outras.

Os fóruns de debates de temas referentes ao trabalho nas urgências apontam para uma série de necessidades, que vão desde a insuficiência na formação acadêmica e de nível médio da enfermagem, até condições inadequadas de trabalho, como sobrecarga nos serviços, baixa remuneração e tecnologia insuficiente e à falta de organização do sistema de saúde, onde a urgência é a salvaguarda da população para muitas situações que os usuários não encontram respostas nas demais estruturas da saúde.

Nessa perspectiva, definimos como perguntas desta pesquisa:

- Quais são as condições de trabalho oferecidas aos trabalhadores dos serviços de urgência?
- Quem são os trabalhadores que atendem urgências?
- Quais são as necessidades de educação profissional dos trabalhadores que atuam nesta área e como vem sendo respondidas estas necessidades?
- Como construir um programa de educação, considerando as necessidades e as condições oferecidas?

Para encontrar algumas respostas a esses questionamentos, este estudo será desenvolvido em três pronto socorros (PS) da capital paulista.

Inicialmente, para compreensão do macro contexto dos PS, abordamos a estruturação dos serviços de urgência inseridos no SUS. Em seguida, apresentamos a orientação teórica deste estudo, os Núcleos de Educação em

Urgência (NEU), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e a abordagem da Psicologia Social e do Trabalho para treinamento, desenvolvimento e educação (TD&E).

2 Objetivos

2 OBJETIVOS

- Caracterizar o ambiente dos prontos socorros quanto aos insumos - recursos físicos, materiais e humanos;
- Conhecer o processo de educação oferecido pelas instituições à equipe de enfermagem;
- Identificar e avaliar as necessidades de treinamento dos profissionais de Enfermagem dos prontos socorros;
- Construir um programa de educação para estes profissionais, baseado no diagnóstico de necessidades de treinamento, considerando o ambiente de trabalho como suporte à aprendizagem contínua.

3 Estruturação dos serviços de urgências

3 ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIAS

No Brasil, o atendimento às urgências mostra as deficiências estruturais do sistema de saúde, como: dificuldades de acesso em vários níveis de atenção, insuficiência de leitos especializados, incipiência dos mecanismos de referência e inadequação na formação dos profissionais de saúde. Ainda assim, somente no começo dos anos 2000, o MS iniciou a estruturação de uma política articulada para a área (Machado, Salvador, O'Dwyer, 2011).

Uma grande mobilização política ocorreu, no final da década de 90 diante da grave crise que incidia sobre o atendimento pré-hospitalar e hospitalar, sendo normatizada, em junho de 1999, a Portaria Ministerial 824/GM que tratou das urgências em âmbito pré-hospitalar, introduzindo a regulação médica como elemento ordenador e orientador da atenção pré-hospitalar com enlace ao nível hospitalar. Em junho de 2001, foi editada a Portaria 814/GM, revogando a portaria anterior, considerando a necessidade da implantação de sistemas regionalizados, segundo hierarquização resolutiva, integralidade da atenção e equidade na alocação de recursos (Azevedo et al., 2003).

A Política Nacional de Atenção às Urgências de 2003 propôs a conformação de sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais, norteadas pelos princípios do SUS. Essa política estruturou-se em cinco eixos: promoção da qualidade de vida, organização em rede, operação de centrais de regulação, capacitação e educação continuada e humanização da atenção (Brasil, 2003a).

Os seguintes componentes foram considerados para a organização de redes de atenção integral às urgências:

- pré-hospitalar fixo: UBS e saúde da família, equipes de agentes comunitários, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapia e unidades não-hospitalares de atendimento às urgências;
- pré-hospitalar móvel: SAMU;
- hospitalar;
- pós-hospitalar: atenção domiciliar, hospitais-dia e projetos de reabilitação integral (Machado, Salvador, O'Dwyer, 2011).

Em 07/07/2011, o MS publicou a Portaria nº 1600, que reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no SUS. Uma das diretrizes mais importantes é a garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas, como traumatismos, violências e acidentes (Brasil, 2011d).

Também são incorporadas novas figuras como a Atenção Domiciliar e a Força Nacional de Saúde, que deveria reunir profissionais especializados em atendimento a situações de risco ou a populações vulneráveis, que necessitem de uma resposta rápida, apoio logístico e atendimento médico especializado (Brasil, 2011d).

Mesmo a primeira versão datando de 2003, a Política ainda passa por dificuldades quanto à sua plena implementação. Uma lacuna refere-se à qualificação dos profissionais e, apesar de prevista no desenho da política, as iniciativas ainda têm alcance limitado.

Descreveremos agora as estruturas que compõem a RAU, enfatizando os prontos socorros hospitalares que são focos desta pesquisa.

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192

A Portaria nº 1.864/GM, de 29 de setembro de 2003, instituiu o componente Pré-Hospitalar Móvel, por meio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) e os serviços associados de salvamento e resgate, em todo o território nacional, suas Centrais de Regulação Médicas de Urgências e com número único nacional para urgências médicas – 192 (Central SAMU-192) e seus NEU (Brasil, 2003b).

O SAMU-192 é a forma pela qual o MS implementa a assistência pré-hospitalar no âmbito do SUS, prestada em um primeiro nível de atenção, aos indivíduos com quadros agudos, de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica ou psiquiátrica, quando ocorrem fora do ambiente hospitalar, podendo acarretar sofrimento, sequelas ou morte. Nesse contexto, deve existir um forte potencial ordenador da assistência, como forma de responder demandas de urgência ocorridas no domicílio, no local de trabalho, em vias públicas ou aonde o

indivíduo vier a precisar do SUS, com recursos necessários e adequados para a complexidade da condição do paciente (Brasil, 2002a).

O socorro é feito depois da chamada gratuita para o telefone 192. A ligação é atendida por técnicos na central de regulação que imediatamente transferem o telefonema para o médico regulador. Esse profissional faz o diagnóstico da situação e inicia o atendimento no mesmo instante, orientando o paciente ou a pessoa que fez a chamada sobre as primeiras ações (Cabral, Souza, 2008).

Seu atendimento pode ser do tipo primário, quando oriundo do cidadão, ou do tipo secundário, também conhecido como remoção, quando a solicitação parte do serviço de saúde onde o paciente já tenha recebido os primeiros cuidados para estabilização do quadro de urgência, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento (Brasil, 2002a).

A Central de Regulação do SAMU permite que se estabeleça uma porta aberta de comunicação do público com o sistema de saúde, que deve ter o pedido de socorro acolhido, priorizado e atendido no menor intervalo de tempo possível, no local mais adequado à resolução do problema de saúde. Os serviços de APH devem ser estruturados, na perspectiva de melhorar e qualificar o atendimento as urgências, diminuir o tempo de internação hospitalar e melhorar os prognósticos de reabilitação. O atendimento rápido a quadros agudos de natureza traumática e clínica, por meio do envio de ambulâncias de suporte básico e avançado de vida - Unidades de Terapias Intensivas Móveis - com equipes de saúde, pode contribuir para diminuir significativamente o índice de mortes precoces (Brasil, 2002a, 2003b).

As equipes de suporte básico, compostas por condutores e auxiliares/técnicos de enfermagem, realizam medidas de suporte não invasivas, que correspondem à abordagem inicial da vítima, cuidados básicos de ventilação e circulação, imobilização e transporte aos serviços de urgência. As equipes de suporte avançado, compostas por condutores, enfermeiros e médicos, executam procedimentos invasivos de suporte ventilatório e circulatório, e realizam transporte de pacientes entre hospitais, denominado transporte medicalizado (Marques, Lima, Ciconet, 2011).

Atenção Básica em Saúde (ABS)

A Atenção Básica deve se constituir como porta de entrada preferencial do SUS, sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde. Segundo a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011:

“A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.”

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) aprovada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica (Brasil, 2011g).

Segundo esta mesma portaria, são características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o **primeiro atendimento às urgências** (Brasil, 2011g).

A redução do número de atendimentos ambulatoriais nas urgências hospitalares é um dos resultados esperados com a implantação da Estratégia da Saúde da Família (ESF).

Unidade de Pronto-Atendimento (UPA 24h)

Com a intenção de trabalhar com o conceito de atendimento integral aos usuários do SUS, uma das diretrizes traçadas pela Política Nacional de Atenção às Urgências é a descentralização do atendimento de urgências de baixa e média complexidade, diminuindo a sobrecarga dos hospitais de maior porte com a

implantação e qualificação das Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências ou Unidades de Pronto Atendimento (UPA) (Brasil, 2003a).

A Portaria nº 1.601 de 7 de julho de 2011 estabelece diretrizes para a implantação das UPA's 24h e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da RAU, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências (Brasil, 2011e).

Segundo a Portaria nº 2.048 de 5 de novembro de 2002 as UPA's são definidas como unidades não hospitalares que devem funcionar nas 24 horas do dia e devem estar habilitadas a prestar assistência correspondente ao primeiro nível de assistência de média complexidade. Estas unidades devem possuir retaguarda de maior complexidade previamente pactuada, com fluxo e mecanismos de transferência claros, mediados pela Central de Regulação, a fim de garantir o encaminhamento dos casos que extrapolem sua complexidade (Brasil, 2002a).

Outras funções referem-se à garantia de transporte para os casos mais graves, por meio do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, onde ele existir ou outra forma de transporte que venha a ser pactuada. Deve contar com pactuação adequada para exames diagnósticos e atendimento especializado. Outro ponto fundamental é a existência de contra-referência com a rede básica e a ESF, permitindo o adequado seguimento dos pacientes e sua inserção não apenas na atividade curativa como também em atividades de promoção à saúde (Brasil, 2002a).

Como forma de racionalização de recursos e, quando tecnicamente justificável, as Bases Descentralizadas do SAMU 192 poderão estar anexas às UPA's, desde que as mesmas possuam o dimensionamento mínimo previsto na Portaria nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004 (Brasil, 2004b).

Sala de Estabilização

As Salas de Estabilização (SE) foram implantadas através da Portaria nº 2.338, de 3 de outubro de 2011, que estabeleceu diretrizes e criou mecanismos para implantação deste componente da RAU no SUS, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências (Brasil, 2011f).

A SE é a estrutura que funciona como local de assistência temporária e qualificada para estabilização de pacientes críticos/graves, para posterior encaminhamento a outros pontos da rede de atenção à saúde, 24 horas do dia e nos sete dias da semana, com equipe interdisciplinar compatível com suas atividades e com protocolos clínicos e procedimentos administrativos estabelecidos e/ou adotados pelo gestor responsável (Brasil, 2011f).

As SE devem ocupar posição estratégica em relação à rede de suporte ao SAMU e/ou à Cadeia de Manutenção da Vida. Destinam-se a configurar pontos de apoio ao atendimento, transporte e/ou transferência de pacientes críticos/graves nas localidades onde o SAMU tem caráter regional ou em locais/municípios onde haja grande extensão entre os pontos de atenção loco – regional (Brasil, 2008).

Para a implantação da SE devem ser observados os seguintes requisitos:

- 1º) presença de equipe mínima de saúde composta por um médico, um enfermeiro e pessoal técnico com disponibilidade para assistência imediata aos pacientes críticos/graves admitidos nas 24 horas do dia e em todos os dias da semana e
- 2º) treinamento e qualificação da equipe atuante para atendimento de urgências (Brasil, 2011f).

Segundo a Portaria nº 2.338, de 3 de outubro de 2011, constituem-se responsabilidades da SE:

- I. articular-se com a Rede de Atenção Básica, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde do sistema de saúde da região, construindo fluxos coerentes e efetivos;
- II. fornecer retaguarda aos pacientes críticos e graves atendidos em regime de urgência no âmbito da Atenção Básica;
- III. realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos críticos ou de maior gravidade;
- IV. encaminhar os pacientes, após estabilização clínica, para internação em serviços hospitalares, por meio do Complexo Regulador, ou para as

portas de urgências referenciadas pela Central de Regulação Médica das Urgências;

- V. prover atendimento e/ou referenciamento adequado a serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à Rede de Atenção às Urgências da região a partir da complexidade clínica e traumática do usuário;
- VI. referenciar e contrarreferenciar para os demais serviços de atenção integrantes da rede de atenção à saúde, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo e
- VII. solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da SE (Brasil, 2011f).

Como os pronto socorros hospitalares são o foco desta pesquisa, abordaremos em uma seção à parte.

3.1 PRONTOS SOCORROS NÃO HOSPITALARES E ATENÇÃO HOSPITALAR

Os prontos socorros ainda são importante porta de entrada para assistência médica e boa parte da população usuária do SUS busca assistência por meio de consultas de pronto atendimento nos prontos socorros, ao invés de buscar esse tipo de atendimento na rede básica de saúde - porta de entrada presumida.

É fato que o padrão de utilização de serviços de saúde de um determinado grupo populacional é principalmente explicado por seu perfil de necessidade em saúde (Hulka, Wheat, 1985); porém, as preferências e escolhas dos usuários influenciam a utilização dos serviços tanto quanto a forma como a rede está estruturada.

Essa constatação precisa ser incorporada por gestores e profissionais para diminuir a expectativa de que a resolução estrutural da rede de serviços de saúde

é condição suficiente para corrigir o inadequado padrão de utilização dos mesmos (Porto, Santos, Ugá, 2006).

Entendemos que os serviços de urgência são o espelho do desempenho da totalidade do SUS e sua sobrecarga, falta de qualidade técnica e/ou humana refletem problemas estruturais do sistema de saúde e da própria organização das urgências. Neste contexto e como tal devem ser tratados, exigindo uma resposta sustentada e adequada à complexidade do problema.

Atualmente, a atenção às urgências está centrada nos hospitais. Os serviços de urgência funcionam com grande afluxo de demanda espontânea, culminando com a superlotação e, conseqüentemente, com a percebida baixa qualidade da assistência. O acesso aos recursos do SUS é difícil, as filas de espera para consultas, exames e cirurgias são longas e faltam vagas para internação, bem como pessoal capacitado (O'Dwyer, Matta, Pepe, 2008).

Além da dificuldade de absorção pelo próprio hospital do atendimento gerado na urgência, principalmente da urgência clínica, existe pouca conexão entre esse atendimento e o seguimento possível na rede. A urgência, por suas características, acaba fazendo o papel de reguladora do sistema, ou seja, depósito dos problemas não resolvidos (O'Dwyer, Matta, Pepe, 2008).

É interessante ressaltar que o grande acúmulo de doentes nos serviços de urgência ocorre tanto no setor público como no privado, tanto no Brasil, como no exterior, em países em desenvolvimento ou em grandes potências (Lovalho, 2004; Coleman, Irons, Nicholl, 2001).

Em situações de excesso de demanda, os pacientes que precisam de recursos tecnológicos sofisticados em função da gravidade ou complexidade do seu problema de saúde são alvo de maior preocupação dos profissionais, dos gestores e dos formuladores de políticas de saúde. Os pacientes que exigem menos recursos tecnológicos são absorvidos como secundários e são atendidos rapidamente após uma triagem e não são, linearmente, os que necessitam de menos atenção. Deve-se evitar que esse paciente seja rotulado como "inapropriado" ao serviço e que sofra a frustração de ter seu atendimento negado como eventualmente tem sido sugerido pela literatura. Restrições de acesso têm sido propostas, mas, não são aceitáveis em um país com tanta desigualdade social como o Brasil (McGugan, Morrison, 2000; O'Dwyer, Matta, Pepe, 2008).

Por tudo isso, torna-se imperativa a necessidade do funcionamento articulado do SUS, incluindo o sistema de referência e contra referência. Contudo, diante das dimensões territoriais e da complexidade brasileira, esse processo exigiu e continuará exigindo mudanças de várias ordens, pois é sabido que não bastam os instrumentos e as medidas legais para que uma empreitada tenha sucesso. Urge alterar não apenas os formatos institucionais, mas, sobretudo as práticas de gestão, tanto nos órgãos que transferem como nos que recebem atribuições.

As dificuldades que o hospital e a atenção básica sempre tiveram para aceitar e lidar com a porta hospitalar de urgência e pronto atendimento são bem conhecidas. A percepção que se tem é que, se a atenção básica pudesse, livrar-se-ia dos prontos atendimentos e o hospital, das suas portas hospitalares de urgência (Santos et al., 2003).

Além disso, no atendimento em urgências é necessário saber lidar com situações nas quais devem estar sempre presentes a criatividade, o espírito de observação e a tomada de atitude (Silva, Sena, 2006).

No processo de trabalho do atendimento em urgências, essas características se expressam das mais variadas formas: pela necessidade de responder aos agravos de qualquer natureza, sejam eles clínicos, traumáticos, obstétricos ou psiquiátricos, nem sempre coincidentes com as áreas de profissionalização do trabalhador ou de sua formação específica; pela necessidade de estar preparado para atender pacientes de quaisquer faixas etárias, de interagir com profissionais que não são da área da saúde, mas que participam da atenção às urgências, de assumir o cuidado em situações completamente adversas e de complementar a assistência, adentrando em serviços que não são pertinentes à sua atuação (Ciconet, Marques e Lima, 2008).

Tendo em vista esta realidade, estratégias de enfrentamento têm sido propostas pelo Estado por meio de políticas públicas de saúde.

Uma proposta importante para as grandes urgências foi o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência do Sistema Único de Saúde (QualiSUS), que estabelece um conjunto de mudanças que visa proporcionar maior conforto ao usuário, atendimento de acordo com o grau de risco, atenção mais efetiva pelos profissionais de saúde e menor tempo de

permanência no hospital. Além de uma reforma mais estrutural dos hospitais, foi criado um grupo de humanização do atendimento e houve uma reorganização da oferta de leitos com priorização para a urgência, relevante porta de entrada para o sistema hospitalar (Brasil, 2011b, 2011c).

Concomitante ao QualiSUS, outras políticas que visavam à melhoria da qualidade da assistência foram implantadas, como a Política Nacional de Humanização e a criação de Centrais de Regulação de Leitos, estratégica para a urgência. A ordenação do acesso à rede assistencial de urgência por meio da regulação médica pode transformar o cenário dos hospitais de referência em urgência e induzir à reorganização, com o aumento da resolutividade e da qualidade dos serviços (Santos, 2002).

A integração de serviços por meio de redes assistenciais remete ao conceito de integralidade que reconhece a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe de recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população. A integração consiste em coordenar as organizações autônomas para a realização de um projeto coletivo comum. Os discursos e as políticas sobre a integração fundamentam-se, assim, em três linguagens: a estrutural que propõe a modificação das fronteiras das organizações, a clínica com vistas às modificações nas práticas profissionais e a da cooperação, adotando novos formatos de negociação e de acordos entre atores e organizações (Hartz, Contandriopoulos, 2004).

A instituição da rede exige estrutura organizacional, mas também exige modificação nos processos de trabalho e envolvimento cognitivo e afetivo dos profissionais (O'Dwyer, Matta, Pepe, 2008).

Associada a todas estas dificuldades, encontram-se os trabalhadores da área da saúde e mais especificamente os trabalhadores dos serviços de urgências, tema que será abordado na próxima seção.

3.2 RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

Os recursos humanos em saúde são caracterizados por graves insuficiências qualitativas e quantitativas, com uma distribuição desigual que impõe um envolvimento cada vez maior de gestores com esta questão.

Essa temática reveste-se de especial importância dada à natureza das organizações de saúde fortemente dependentes de seus operadores, já que são classificadas como organizações profissionais (Dussault, 1992).

Para o setor saúde, a preocupação com os recursos humanos não é nova e pode-se dizer que é "crônica" a constatação de que esse é um nó crítico do sistema de saúde no país (Medeiros et al., 2005).

A crise da força de trabalho em muitos dos países mais pobres é caracterizada por graves carências, combinações inadequadas de habilidades e lacunas nas coberturas dos sistemas de saúde (Oliveira, Artmann, 2009).

A situação dos recursos humanos em saúde varia entre os países da Região das Américas, mas há problemas de natureza semelhante em todos eles, como os desequilíbrios na disponibilidade, na composição e na distribuição da força de trabalho, combinados com a deterioração das condições de trabalho, a precariedade dos sistemas de incentivo e a falta de estratégias adequadas de educação permanente dos trabalhadores (Brasil, 2004a).

A desprofissionalização existente, os vínculos precários de trabalho, a substituição de pessoal efetivo por estagiários são marcas permanentes que se expressam, em maior ou menor grau nos serviços.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera alguns sistemas de saúde pouco responsivos, não equitativos e pouco seguros, recomendando atenção especial para a força de trabalho do setor saúde como um dos fatores-chave para a melhoria destes sistemas. A assertiva baseia-se no fato de que, apesar dos ganhos tecnológicos e mesmo das mudanças na forma de trabalho, o cuidado à saúde é fortemente dependente do trabalho humano (OMS, 2006).

A importância da força de trabalho em saúde volta a ser enfatizada pela OMS em seu Relatório Mundial de Saúde 2008, ao considerar que o "principal constrangimento à expansão ou alteração no pacote de ofertas dos serviços, não é a falta de financiamento, mas sim o déficit relativo dos recursos humanos

necessários para corresponderem às mudanças ou aumentos na procura” (OMS, 2008).

Assim, é fundamental investir na qualificação dos profissionais, pois, estes têm sob sua responsabilidade uma gama de exigências para a qual não estão suficientemente formados e por que não dizer, pouco motivados, expostos a más condições de trabalho, por sobrecarga, por precarização de vínculos empregatícios, por repostas insuficientes de uma rede de saúde com inúmeras lacunas, com fluxos não organizados, preocupando o trabalhador e dificultando o trabalho em rede.

Segundo a Portaria nº 2048 de 5 de novembro de 2002, a capacitação, habilitação e educação continuada dos trabalhadores das urgências, ainda é bastante fragmentada e com baixo aproveitamento do processo educativo tradicional e insuficiência dos conteúdos curriculares dos aparelhos formadores na qualificação de profissionais para a área. Também se constata a grande proliferação de cursos de iniciativa privada de capacitação de recursos humanos para a área, com grande diversidade de programas, conteúdos e cargas horárias, sem a adequada integração à realidade (Brasil, 2002a).

Para o enfrentamento desta realidade, a educação permanente é fundamental na qualificação do processo de atendimento, inclusive de urgências, sendo um dos seus pilares de sustentação.

Neste contexto, este trabalho focará os recursos humanos e suas insuficiências qualitativas, principalmente, no que se refere às necessidades de treinamento e ao planejamento de programas de educação, à luz das diretrizes dos NEU e da PNEPS.

4 Núcleos de educação em urgências

4 NÚCLEOS DE EDUCAÇÃO EM URGÊNCIAS

Os NEU foram criados, pela Portaria nº 2048 de 5 de novembro de 2002, tendo em vista a falta de formação e educação continuada dos trabalhadores das urgências; a necessidade de criar estruturas capazes de problematizar a realidade dos serviços e estabelecer o nexo entre trabalho e educação; a necessidade de estabelecimento de currículos mínimos de capacitação e habilitação para o atendimento às urgências; o grande número de trabalhadores já atuando no setor e a necessidade de garantir-lhes habilitação formal, obrigatória e com renovação periódica para o exercício profissional e a intervenção nas urgências (Brasil, 2002a).

Segundo esta Portaria, os NEU devem se organizar como espaços de saber interinstitucional de formação, capacitação, habilitação e educação continuada de recursos humanos para as urgências, sob a administração de um conselho diretivo, coordenado pelo gestor público do SUS, tendo como integrantes as secretarias Estaduais e Municipais de saúde, hospitais e serviços de referência na área de urgência, escolas de bombeiros e polícias, instituições de ensino superior, de formação e capacitação de pessoal na área da saúde, escolas técnicas e outros setores que prestam socorro à população, de caráter público ou privado, de abrangência municipal, regional ou estadual.

São princípios norteadores dos NEU:

- a organicidade com o processo de formulação de políticas públicas para a atenção integral às urgências, buscando organizar o sistema regional de atenção às urgências a partir da qualificação assistencial com equidade;
- a promoção integral da saúde com o objetivo de reduzir a morbimortalidade regional, preservar e desenvolver a autonomia de indivíduos e coletividades, com base no uso inteligente das informações obtidas nos espaços de atendimento às urgências, considerados observatórios privilegiados da condição da saúde na sociedade;
- a educação continuada como estratégia permanente de acreditação dos serviços, articulada ao planejamento institucional e ao controle social e

- a transformação da realidade e seus determinantes, fundamentada na educação, no processamento de situações – problema, extraídas do espaço de trabalho e do campo social (Brasil, 2002a).

São objetivos estratégicos dos NEU:

- constituírem-se em núcleos de excelência regional, estadual, e nacional, para a formação de profissionais de saúde a serem inseridos na atenção às urgências;
- elaborar, implantar e implementar uma política pública, buscando construir um padrão nacional de qualidade de recursos humanos, instrumentalizada a partir de uma rede de núcleos regionais, os quais articulados entre si poderão incorporar paulatinamente critérios de atenção e profissionalização às urgências;
- buscar a nucleação pública dos recursos educativos em saúde;
- articular, processar e congregar as dificuldades e necessidades das instituições-membro para alcançarem as suas metas, a fim de constituir Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;
- ser espaço interinstitucional combinando conhecimentos e meios materiais que permitam abarcar a dimensão qualitativa e quantitativa das demandas de educação em urgências, potencializando as capacidades e respondendo ao conjunto de demandas inerentes a um sistema organizado de atenção;
- ser estratégia pública privilegiada para a transformação da qualificação da assistência às urgências, visando impactos objetivos na saúde populacional;
- constituir os meios materiais (área física e equipamentos) e organizar corpo qualificado de instrutores e multiplicadores, que terão como missão, entre outras, produzir os materiais didáticos em permanente atualização e adaptação às necessidades das políticas públicas de saúde e dos serviços/trabalhadores da saúde (Brasil, 2002a).

São objetivos operacionais dos NEU:

- promover programas de formação e educação continuada na forma de treinamento em serviço a fim de atender ao conjunto de necessidades diagnosticado em cada região, fundamentado o modelo pedagógico na problematização de situações;
- capacitar os recursos humanos envolvidos em todas as dimensões da atenção regional, ou seja, atenção pré-hospitalar – unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família, pré-hospitalar móvel, unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências e ambulatórios de especialidades; atenção hospitalar e atenção pós-hospitalar – internação domiciliar e serviços de reabilitação, sob a ótica da promoção da saúde;
- estimular a criação de equipes multiplicadoras em cada região, que possam implementar a educação continuada nos serviços de urgência;
- congregar os profissionais com experiência prática em urgência, potencializando sua capacidade educacional;
- desenvolver e aprimorar de forma participativa e sustentada as políticas públicas voltadas para a área de urgência;
- certificar anualmente e re-certificar a cada dois anos os profissionais atuantes nos diversos setores relativos ao atendimento das urgências;
- propor parâmetros para a progressão funcional dos trabalhadores em urgências, vinculados ao cumprimento das exigências mínimas de capacitação, bem como à adesão às atividades de educação continuada (Brasil, 2002a).

Do exposto, percebemos que há uma premente necessidade de estabelecimento de currículos mínimos de capacitação e habilitação para o atendimento às urgências. Isto decorre do fato de que os conteúdos programáticos e cargas horárias existentes no país não garantem a qualidade do aprendizado.

Assim, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência propuseram temas, conteúdos, habilidades e cargas horárias mínimas a serem desenvolvidos pelos NEU e considerados necessários para a certificação inicial de todos os profissionais que já atuam ou que venham a atuar no atendimento às urgências e emergências, seja ele de caráter público ou privado (Brasil, 2002a).

Para os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem das unidades hospitalares de atendimento às urgências, os temas estabelecidos foram: sistema de saúde e rede hierarquizada de assistência; manejo das urgências clínicas e traumáticas mais frequentes no paciente adulto e na criança, na sala de urgências; manejo das urgências psiquiátricas e obstétricas na sala de urgências; manejo dos pacientes em observação e materiais e equipamentos do atendimento às urgências. Além disso, foi prevista uma avaliação teórica e prática do curso (Brasil, 2002a).

Ainda que a implantação e o desenvolvimento desses Núcleos estejam aquém do esperado nas diferentes regiões do país, os NEU ocupam um papel fundamental para nortear a qualificação dos trabalhadores.

Encontramos consonância dos pressupostos dos NEU aos da PNEPS, sobretudo, no que se refere à perspectiva de alcance de mudanças reais na prática por meio de educação problematizadora, extraída do próprio trabalho, de forma a atender às necessidades dos trabalhadores e dos usuários.

*5 Política Nacional
de Educação Permanente
.....
em Saúde*

5 POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

O MS instituiu, por meio da Portaria GM/MS nº198 de 13 de fevereiro de 2004, a PNEPS como estratégia do SUS para formar e desenvolver os trabalhadores do setor (Brasil, 2004a).

A Educação Permanente pressupõe a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho. Os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde devem tomar como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde; terem como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e serem estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (Brasil, 2004a).

A PNEPS tem como uma de suas questões centrais, as relações entre os princípios e diretrizes do SUS, a Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde, que supõe o estabelecimento de redes de cuidado, bem como “o reconhecimento dos contextos e histórias de vida, assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações” (Brasil, 2004a).

Em 2007, o MS publicou a Portaria GM/MS nº1996 de 20 de agosto que dispõe sobre as diretrizes da PNEPS e em seu artigo 1º, parágrafo único define que:

“a PNEPS deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (Brasil, 2007).”

Desse modo, a Portaria definiu que cabe ao MS e às Secretarias Estaduais e Municipais, no âmbito da gestão: planejar a formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde; acompanhar e regular a utilização dos serviços para atividades curriculares e extracurriculares dos cursos da saúde, em todos os níveis e articular, junto às instituições de ensino, as adequações nos currículos para atenção das necessidades do SUS (Brasil, 2007).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) baseia-se na possibilidade de alterar a realidade e transformar práticas, por meio da aprendizagem significativa (Brasil, 2007).

A EPS deve acontecer no cotidiano das pessoas e das organizações, gerando um momento de escuta, de circulação de informações e de elaboração da tomada de decisão, compartilhando o poder, possibilitando a aprendizagem no trabalho. A EPS fundamenta-se nos problemas da realidade, nos conhecimentos e experiências dos envolvidos, visando às necessidades de aperfeiçoamento dos trabalhadores e às de saúde da população (Santos, 2012).

Assim, a EPS cria espaços de reflexão para que os profissionais repensem suas práticas, entendam os processos de trabalho no qual estão inseridos, e tenham a possibilidade de repensar condutas, de buscar novas estratégias de intervenção e perseguir, também, na superação de dificuldades individuais e coletivas no trabalho.

Estudo realizado em 22 municípios do Paraná indicou que 35,6% dos profissionais de saúde não haviam participado de atividades educativas formais entre os anos de 2004 e 2006. Dentre os que participaram, houve o predomínio daqueles que ocupavam cargos de gestão (Murofuse et al., 2009).

Essa situação não é incomum na área da saúde, considerando que diante da restrição da oferta de vagas, os profissionais com formação em nível superior e gestores são escolhidos para participar das ações educativas e reproduzir as informações junto aos demais, pois supostamente teriam maior facilidade na execução dessa tarefa (Farah, 2006).

Desse modo, as fontes de atualização dos profissionais são o repasse de informações institucionais, a leitura de manuais e boletins informativos, sendo a participação em eventos e cursos, secundária (Murofuse et al., 2009, Farah, 2006).

Em 27 de fevereiro de 2014, o MS/GM publicou a Portaria 278 que instituiu diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do MS, pela qual são estabelecidas as seguintes diretrizes para a EPS no MS (Brasil, 2014):

- valorização do trabalhador e do trabalho em saúde no MS, na perspectiva da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS;

- fomento às práticas educacionais em espaços coletivos de trabalho, com fortalecimento do trabalho em equipes multiprofissionais;
- promoção da aprendizagem significativa por meio da adoção de metodologias ativas e críticas;
- favorecimento da autonomia dos sujeitos e a corresponsabilização nos processos de trabalho do MS;
- articulação da EPS e da gestão de pessoas por competências para a organização das ações de educação no MS;
- fortalecimento da gestão da EPS de forma compartilhada e participativa, no âmbito do MS;
- contribuição para a mudança cultural e institucional direcionada à gestão compartilhada e ao aprimoramento do SUS;
- valorização das múltiplas dimensões humanas nos processos de ensino-aprendizagem (Brasil, 2014).

Com esta Portaria, o MS reconhece a importância das ações de EPS ecoarem dentro de suas Secretarias e Unidades, para que estas possam apoiar e cooperar, tecnicamente, as Secretarias e Unidades do MS nos Estados para a identificação das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores, a partir dos problemas dos processos de trabalho e das competências institucionais de cada área.

Assim, a Portaria acima, enfatiza a importância dos Planos de Educação Permanente serem construídos de maneira coletiva, propiciando amplo debate e tendo por base o planejamento participativo e ascendente, bem como, o processo de discussão e construção com a participação efetiva dos trabalhadores (Brasil, 2014).

Outro ponto importante, é que as ações de educação dos Planos de Educação Permanente devem ocorrer, preferencialmente, por meio de espaços coletivos de trabalho, no âmbito das equipes multiprofissionais, devendo ser priorizadas a forma coletiva de aprendizagem orientada para as equipes que atuam em processos de trabalho compartilhados, suprimindo as lacunas de conhecimento identificadas no cotidiano (Brasil, 2014).

Tendo como base o arcabouço teórico apresentado até o momento, tanto os objetivos estratégicos, quanto os objetivos operacionais dos NEU vão ao encontro das diretrizes da PNEPS, mesmo os NEU tendo sido criados anteriormente à PNEPS. Em ambos, o processo de aprendizagem deve propiciar a construção de conhecimentos a partir dos saberes prévios dos sujeitos, articulados aos problemas vivenciados no trabalho e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores de saúde.

Assim, pretendemos com este estudo, desenvolver um processo participativo e de construção coletiva, como recomendado pelos NEU e pela PNEPS, oportunizando aos trabalhadores dos PS hospitalares problematizarem seu dia a dia de trabalho e assim, discutir suas necessidades de treinamento, desenvolvendo, com e entre eles, um programa de educação que seja voltado às suas reais necessidades e que leve em consideração o ambiente em que estas ações serão desenvolvidas.

***6 Treinamento,
desenvolvimento &
educação – perspectiva da
psicologia social e do trabalho***

6 TREINAMENTO, DESENVOLVIMENTO & EDUCAÇÃO – PERSPECTIVA DA PSICOLOGIA SOCIAL E DO TRABALHO

A abordagem da Psicologia Social e do Trabalho, assim como a PNEPS, estão pautadas nas metodologias dialéticas de ensino. Por essa razão, que é o fundamento teórico desejado e por sua pertinência instrumental, adotamos os pressupostos dessa área para nortear o planejamento das ações instrucionais desenvolvido neste estudo.

Treinamento, Desenvolvimento e Educação vêm se transformando em um instrumento de gestão de pessoas essencial na formulação de respostas ágeis e flexíveis às novas exigências e demandas; isso porque entre os seus principais propósitos, destacam-se a melhoria do desempenho dos empregados em tarefas cotidianas e a promoção do desempenho e da efetividade organizacional (Meneses, Zerbini, 2009).

Assim, as organizações investem cada vez mais recursos em ações formais de TD&E com a intenção de que os participantes aprendam e transfiram novos conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA) para o ambiente de trabalho.

Os programas de TD&E em organizações e em cursos de qualificação profissional e formação em ambientes de trabalho diversos visam, portanto, produzir resultados expressos sob a forma de novas competências, as quais, se aplicadas eficazmente, podem vir a provocar impactos em seus processos e resultados de trabalho (Zerbini, Abbad, 2010).

O que temos observado, no entanto, é que as necessidades de desenvolvimento das pessoas não têm sido contempladas, nem tampouco, o ambiente de trabalho considerado como suporte à aprendizagem contínua.

Suporte à aprendizagem contínua é definido por Freitas (2005) como a percepção do trabalhador sobre a ocorrência de condições favoráveis à aprendizagem contínua no trabalho. Focaliza o apoio dado pelos grupos, não somente à transferência de treinamento – uso de novos conhecimentos e habilidades no trabalho – mas, a todas as demais fases do processo de aprendizagem: aquisição, retenção e recuperação. Esse conceito abrange o apoio da organização à aprendizagem induzida e à natural e inclui estímulos à busca de

informações, à participação, à organização da informação e ao compartilhamento, bem como apoio social e material à aprendizagem.

As fases do planejamento instrucional proposto por Abbad, Freitas e Pilati (2006) e Meneses, Zerbini e Abbad (2010), desde a avaliação de necessidades de treinamento até a definição dos critérios de avaliação estão descritas a seguir.

6.1 PLANEJAMENTO INSTRUCIONAL EM TD&E

6.1.1 Avaliação de necessidades de treinamento (ANT)

Para Abbad, Freitas e Pilati (2006) necessidades de treinamento são descrições de lacunas de competências nos repertórios de CHA no trabalho ou discrepâncias de desempenho. A avaliação dessas necessidades objetivam diagnosticar ou prognosticar necessidades de TD&E, de modo que sejam transformadas em objetivos instrucionais para facilitar o desenho de ações de aprendizagem. Em termos de necessidades atuais e futuras da organização, estas podem ser definidas e avaliadas nos seguintes níveis:

- **macro (organização):** a análise organizacional tem como objetivo conhecer a realidade da organização para o alinhamento das ações de TD&E com a estratégia organizacional - missão, visão, objetivos atuais e futuros, resultados, estratégias, valores organizacionais, clima, estrutura, fluxos, cultura, além da interação da instituição com o meio externo, o que abrange mercado de trabalho, impacto de produtos e serviços, concorrência, fornecedores e conjuntura sócio-econômica e política. Negligenciar esta etapa reduz as chances de que as ações de treinamento gerem impacto positivo no desempenho das organizações, pois, o sistema organizacional pode afetar o treinando antes e depois do treinamento;
- **meso (tarefas):** a análise de tarefas é direcionada para o mapeamento dos conjuntos de CHA necessários para que os indivíduos possam realizar adequadamente suas atividades;

- micro (indivíduos): a análise individual procura verificar quais trabalhadores precisam de treinamento e exatamente que treinamento é solicitado (Meneses, Zerbini, Abbad, 2010).

Magalhães e Borges-Andrade (2001) enfatizam que a análise organizacional tem a pretensão de analisar as causas e propor possíveis soluções para reais problemas levantados ou, ainda, detectar situações que indiquem um potencial para crescimento e desenvolvimento. Tal análise permite a determinação dos pontos que podem ser resolvidos por treinamento ou por outras estratégias. No nível organizacional, geralmente, ocorre muita dificuldade, não só na identificação das necessidades de treinamento, como também na definição dos objetivos do treinamento. Mas, como um sistema aberto, o sistema de treinamento não deve se manter isolado do contexto organizacional que o envolve e dos objetivos institucionais que lhe definem a direção. Assim, os objetivos do treinamento precisam estar ligados intimamente às necessidades da organização.

Segundo estes mesmos autores, a análise de tarefas resulta na descrição de uma sequência de atividades ou operações desempenhadas no trabalho e nas descrições das condições em que este trabalho é desempenhado. Em princípio, o treinamento surge como uma possível solução para uma discrepância de desempenho - diferença entre uma condição atual e outra que se deseja alcançar. O treinamento deve ser considerado como uma solução legítima somente quando o diagnóstico da causa da discrepância estiver relacionado a uma lacuna de CHA necessários ao desempenho das atividades em questão.

Ainda, de acordo com Magalhães e Borges-Andrade (2001), quando a análise individual é alcançada, foi realizada uma análise organizacional que permitiu entender em que o sistema de treinamento pode apoiar a organização e quais facilitadores e inibidores existem, e uma análise de tarefas já determinou quais delas são importantes e não são desempenhadas. A análise pessoal faz duas perguntas: quem dentro da organização precisa de treinamento e que tipo de instrução precisa? Esta análise pode então ser direcionada para a realização de treinamentos específicos para determinadas pessoas

Porém, nem todas as discrepâncias de desempenho constituem-se em necessidades de treinamento, pois ocorrem em função de restrições situacionais ou falta de suporte. Há situações em que não faltam ao profissional os CHA

necessários ao trabalho. Tampouco lhe falta motivação para demonstrar suas competências profissionais; o que falta é condição propícia para a demonstração da competência (Abbad, Freitas, Pilati, 2006).

Existem problemas de desempenho que ocorrem em função da falta de apoio organizacional ao desempenho, à aprendizagem e à transferência para o trabalho de novas aprendizagens. Para que um diagnóstico ou prognóstico de necessidades de TD&E seja bem sucedido, é necessário que se considere esse tipo de variável e se realizem distinções claras sobre o que são realmente lacunas de competências, falta de condições de trabalho ou de motivação para realizar o trabalho da melhor forma possível (Abbad, Freitas, Pilati, 2006).

Segundo Ferreira (2009), o processo de ANT é parte de um sistema mais amplo de treinamento no qual todos os subsistemas ocupam papéis complementares. A etapa de ANT é o principal momento para se estabelecer relações entre o treinamento em si e seus resultados, pois é a etapa em que as decisões acerca de quais ações de TD&E, quem e o que será treinado são tomadas. No processo de ANT identifica-se, de modo rigoroso, o que, onde e quem precisa ser treinado em uma organização. Trata-se, portanto, da matriz de informações que alimentará todo o restante do sistema de treinamento, conforme figura 1.

Figura 1. Sistema de Treinamento

Fonte: Ferreira RR. Avaliação de Necessidades de Treinamento: Proposição e Aplicação de um Modelo Teórico-Metodológico nos Níveis Macro e Meso Organizacionais. Brasília; 2009.

O primeiro componente do sistema de treinamento é a ANT. A ANT é uma das etapas mais importantes de um sistema instrucional, porque eventuais falhas nessa fase repercutirão negativamente nos demais subsistemas - planejamento, execução e avaliação – que precisarão ser realizadas por meio de estratégias teórico-metodológicas compensatórias, que nem sempre gerarão indicadores precisos e confiáveis.

Nesta etapa se dá o insumo do sistema. ANT pode ser definida como o processo sistemático de coleta, análise e interpretação de dados ligados a discrepâncias de competências no níveis organizacional, de tarefas e individual e destinados ao desenho, planejamento, execução e avaliação dos treinamentos. A etapa seguinte, planejamento e execução, tem como característica básica a aplicação de métodos e teorias instrucionais que visam possibilitar o planejamento e a execução de ações de aprendizagem. A etapa de avaliação do treinamento tem o objetivo de aferir a efetividade da ação educacional em termos de aquisição, retenção, transferência e impacto no trabalho. Uma ANT deve servir também para retroalimentar todo o sistema, indicando fragilidades e potencialidades das etapas anteriores (Ferreira, 2009).

A interface entre ANT e os demais componentes do sistema de treinamento é inerente à abordagem de sistemas instrucionais. Para o planejamento e a execução, a ANT fornece informações necessárias à definição dos melhores meios e situações para entrega da ação educacional. Uma ANT efetiva também pode definir com precisão: o perfil da clientela, os objetivos instrucionais, os modos de implementação da situação ensino-aprendizagem, as mídias ou meios de ensino, entre outros. À avaliação do treinamento, a etapa de ANT fornece o que deve ser avaliado em qualquer ação instrucional: o que se espera que o aluno conheça ou faça ao final do treinamento (Ferreira, 2009).

Ratificando, assim, trabalho e educação como processos indissociáveis, a primeira fase deste estudo será a caracterização dos ambientes dos prontos socorros - campos deste estudo – considerando que essas informações subsidiarão a construção dos programas de educação, a partir do diagnóstico de necessidades.

As seções de 6.1.2 à 6.1.6 foram extraídas de Meneses, Zerbini e Abbad (2010).

6.1.2 Definição dos objetivos instrucionais

As necessidades apontadas precisam ser especificadas em desempenho esperado do público-alvo, ao final da ação educacional, que é a definição do objetivo geral da aprendizagem.

Os objetivos intermediários agrupam vários objetivos específicos em blocos, módulos ou unidades; os objetivos específicos referem-se aos desempenhos esperados por parte dos participantes ao final de cada passo da instrução.

Os objetivos são constituídos pelos seguintes componentes: a *condição*, o *desempenho* em si - verbo e objeto de ação - e o *critério*.

O desempenho jamais pode ser omitido na descrição de um objetivo, uma vez que constitui objeto principal de ação de TD&E em construção; as condições - recursos necessários para execução do desempenho - quando óbvias, e os critérios - elementos que especificam o padrão de desempenho exigido para atestar proficiência - quando complexos, podem ser omitidos.

Os verbos que compõem o desempenho devem indicar ações humanas observáveis, descritas de forma clara e precisa. O sujeito da ação contido no objetivo instrucional deve ser o aprendiz, por isso é necessário que o desempenho, descrito pela utilização de um verbo concreto e observável, reflita clara e indubitavelmente o que será por ele aprendido. A formulação de objetivos instrucionais requer, ainda, que o objeto da ação seja bem especificado. Caso os objetos de ação não sejam definidos de forma compreensível, pouco poderão ser manipulados pela área de TD&E, o que poderá acarretar em programas instrucionais, pedagogicamente bem elaborados, mas pouco alinhados às realidades das unidades organizacionais.

6.1.3 Análise, classificação e ordenação dos objetivos instrucionais

A fim de que os objetivos anteriormente definidos possam ser qualitativamente avaliados, bem como ordenados em uma sequência que estimule e facilite a tarefa do aprendiz, é utilizado a taxonomia de objetivos educacionais (TOE) de Bloom, no caso dos domínios cognitivo e afetivo de aprendizagem, e de Simpson, para o domínio psicomotor, tal como descrito por Rodrigues Jr. (1997).

Segundo este autor, uma taxonomia é caracterizada pelo arranjo sistemático de objetos em grupos ordenados, de forma que seu uso implica um sentido de hierarquia, sequenciação e cumulatividade. A taxonomia deve representar resultados de aprendizagem, sendo que categorias de resultados de aprendizagem mais complexas dependem das mais simples para ocorrerem. Além disso, cada taxonomia deve ser orientada por um princípio integrador de categorias. No quadro 1, são descritos os resultados de aprendizagem, os níveis e o princípio integrador de cada TOE.

Quadro 1. Taxonomia de aprendizagem

Domínio	Resultados de Aprendizagem	Níveis	Princípio Integrador
Cognitivo	Atividades intelectuais	<ul style="list-style-type: none">- Conhecimento- Compreensão- Aplicação- Análise- Síntese- Avaliação	Grau de complexidade
Afetivo	Atitudes, valores, interesses e tendências emocionais existentes nas interações	<ul style="list-style-type: none">- Receptividade- Resposta- Valorização- Organização- Caracterização	Grau de internalização
Psicomotor	Atividades motoras ou musculares	<ul style="list-style-type: none">- Percepção- Posicionamento- Execução acompanhada- Mecanização- Completo domínio	Grau de automatização

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

Os resultados de aprendizagem dos domínios cognitivo, afetivo e psicomotor não ocorrem separadamente. A separação em três domínios é didática e objetiva facilitar a definição de procedimentos instrucionais, como os meios e estratégias de ensino e os métodos de avaliação, de acordo com o comportamento predominante esperado dos indivíduos no evento instrucional.

Os objetivos cognitivos enfatizam a recordação ou a resolução de alguma tarefa intelectual. Os resultados de aprendizagem neste domínio variam de uma simples evocação de informações, até formas criativas de combinar ideias e materiais para produzir a solução de um problema. O princípio integrador dessa taxonomia é o grau de complexidade dos resultados almejados, que podem ser dispostos, hierarquicamente, em seis categorias: conhecimento; compreensão; aplicação; análise; síntese e avaliação, conforme quadro 2.

Quadro 2. Resultados de aprendizagem para os objetivos cognitivos, segundo grau de complexidade

Grau de complexidade	Resultados de aprendizagem
Conhecimento	Refere-se aos comportamentos que requerem a evocação, por reconhecimento ou memória, de ideias, informações, objetos materiais ou fenômenos. Todos esses resultados indicam a capacidade de evocar informações e não de saber utilizá-las.
Compreensão	Requer do aluno elaboração do material ou da informação original. A modificação desse material, entretanto, será pequena. O aprendiz deverá ser capaz de usar a informação original e ampliá-la, reduzi-la e representá-la de outras maneiras ou de prever consequências resultantes da informação aprendida.
Aplicação	Refere-se à capacidade de usar corretamente uma informação genérica em uma situação nova e específica.
Análise	Refere-se a um nível mais avançado de complexidade e enfatiza a capacidade de desdobrar o material ou a informação em suas partes constitutivas e em perceber as inter-relações e os princípios que regem as relações entre elas.
Síntese	Representa os resultados de aprendizagem, nos quais se requer que o aprendiz produza algo novo a partir dos materiais e das informações oriundas da instrução. Neste caso, o indivíduo deverá reunir elementos de diversas fontes e reorganizá-los em uma estruturação nova e original.
Avaliação	Inclui processos de julgamento acerca do valor de ideias, trabalhos, métodos, informações, teorias e produtos, consistindo, basicamente, em confrontar uma informação, ideia, produto, com um critério ou conjunto de critérios internos ou externos ao objeto.

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

Já os objetivos afetivos, enfatizam resultados de aprendizagem expressos em termos de interesses, atitudes, apreciações, valores, disposições ou tendências emocionais. O fio condutor do *continuum* de resultados afetivos é o

grau de internalização com que determinados valores estão presentes nas interações entre o aprendiz e a instrução. Cinco níveis hierárquicos compõem a taxonomia para os processos afetivos: receptividade ou acolhimento, resposta, valorização, organização e caracterização, conforme quadro 3.

Quadro 3. Resultados de aprendizagem para os objetivos afetivos, segundo grau de complexidade

Grau de complexidade	Resultados de aprendizagem
Receptividade	Refere-se ao grau de atenção do aprendiz em relação a um determinado valor. Pode ser observado quando o aprendiz dirige sua atenção para ele de modo intencional e seletivo. Até este ponto, o indivíduo age passivamente em relação ao valor, mas ainda não em função dele.
Resposta	Supõe alguma ação do indivíduo em relação ao estímulo proporcionado. Essa resposta pode ir da simples obediência a determinações explícitas, até a manifestação de alguma satisfação por parte do aprendiz em relação ao valor.
Valorização	Resultados de aprendizagem desse tipo indicam que o valor comunicado na instrução foi internalizado pelo aprendiz. Existem características que distinguem valorização de resposta. Uma delas é a consistência - a adoção do valor não é esporádica, outra é a persistência - prolonga-se no tempo para além da instrução, e há também a persuasão - o aprendiz procura convencer outras pessoas sobre a importância de um determinado valor. Esse valor passa a ser usado pelo indivíduo como critério de julgamento e tem características em comum com as crenças e atitudes pessoais.
Organização	Refere-se aos processos de reinterpretação do valor comunicado pela instrução à luz de outros valores análogos ou antagônicos ao original. Nesse nível, o aprendiz analisa os diferentes ângulos do valor adquirido, compara-o com valores concorrentes e reelabora suas crenças e atitudes pessoais em função das novas informações. O resultado é uma definição pessoal, única e singular do valor em foco.
Caracterização	Corresponde aos resultados de maior grau de internalização de valores. Neste nível, o valor passa a ser uma característica global incorporada ao comportamento do indivíduo. Até o nível de valorização é possível desenvolver os comportamentos pertinentes em ambientes educacionais. Os dois últimos níveis, organização e caracterização, requerem a exposição duradoura e prolongada do indivíduo a diferentes situações e contextos de aprendizagem, além do desenvolvimento simultâneo de capacidades cognitivas complexas.

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

Por fim, os objetivos psicomotores referem-se a ações motoras ou musculares envolvidas na manipulação de materiais, objetos ou substâncias. Compreendem resultados de aprendizagem que requerem movimentos corporais

globais. O princípio organizador desse sistema de classificação é a automatização, que ordena os objetivos de aprendizagem em cinco estágios hierárquicos: percepção, posicionamento, execução acompanhada, mecanização e completo domínio dos movimentos, conforme quadro 4.

Quadro 4. Resultados de aprendizagem para os objetivos psicomotores, segundo grau de complexidade

Grau de complexidade	Resultados de aprendizagem
Percepção	Consiste na atenção prestada pelo aprendiz aos movimentos componentes da ação completa, suas conexões e consequências. Até este ponto o aprendiz apenas observa sem executar as ações.
Posicionamento	Neste ponto, o aprendiz ajusta seu corpo e o ambiente para executar os movimentos, porém ainda não os executa.
Execução acompanhada	Refere-se àquele no qual o aprendiz executa de modo hesitante os movimentos componentes da ação global. Nesta fase, o aprendiz depende de instruções e acompanhamento. Ele já é capaz de realizar corretamente sequências completas de comportamentos, porém ainda não as automatizou a ponto de exercê-las sem a ajuda de outra pessoa.
Mecanização	Refere-se a ações completas executadas correta e inconscientemente pelo aprendiz. As sequências de movimentos estão automatizadas e são rotineiras para o indivíduo.
Completo domínio de movimentos	O indivíduo já seria capaz de executar as ações motoras automaticamente e sem erros.

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

Tendo sido classificados os objetivos de ensino de acordo com o nível de complexidade (domínio cognitivo), de internalização (domínio afetivo) ou de automatização (domínio psicomotor), é preciso apenas ordená-los.

6.1.4 Escolha da modalidade de entrega da ação instrucional

Pelas informações coletadas na avaliação de necessidades de treinamento, a respeito das características dos aprendizes e da natureza e do grau de complexidade dos objetivos descritos, é preciso analisar esse contexto a fim de decidir sobre a modalidade do curso: presencial, à distância, ou híbrido.

A presencial considerada ainda a forma mais tradicional, envolve encontros síncronos entre professores e alunos e a disponibilização dos conteúdos por meio

de materiais impressos e outros veículos de comunicação. Nessa modalidade, o professor é o principal responsável pela concepção, sob a orientação do planejador instrucional e pela transmissão dos conteúdos. Os demais veículos ou mídias são, geralmente, apenas recursos de apoio instrucional.

Ações educacionais a distância e híbridas, por outro lado, envolvem a mediação das interações do aluno por materiais e pessoas, tais como, professores, tutores, monitores, colegas e apoio técnico, entre outros. Os materiais didáticos assumem, nessa modalidade, uma grande importância no processo ensino-aprendizagem. A distância física e temporal geralmente observada entre os atores exige a mediação por meio de algum veículo de apoio, como material impresso, disco compacto com memória para leitura, televisão, vídeo, rádio, entre outros.

Para sumariar o conteúdo desta etapa, os autores descrevem os passos que deverão pautar as decisões sobre modalidade de ensino, avaliando conjuntamente todas as informações sobre clientela, objetivos instrucionais e recursos para escolher a modalidade mais adequada a situação:

- Analisar o perfil demográfico, funcional e profissional da clientela;
- Avaliar a quantidade de pessoas-alvo do programa instrucional e sua dispersão geográfica;
- Analisar a natureza das necessidades de treinamento e a complexidade dos objetivos instrucionais;
- Avaliar as diferentes alternativas de escolha e selecionar a modalidade que mais se adapte à rotina e às características da clientela, e que seja compatível com a complexidade dos objetivos;
- Avaliar os recursos financeiros, materiais e tecnológicos disponíveis na organização.

6.1.5 Seleção de estratégias e meios instrucionais

As estratégias instrucionais se referem às operações, eventos ou situações de aprendizagem, criadas para facilitar os processos de aquisição, retenção e transferência de aprendizagem. Em outras palavras, são as técnicas, os métodos

e as abordagens utilizadas durante a instrução para que o aprendiz seja capaz de efetuar os desempenhos descritos nos objetivos educacionais.

As estratégias e os meios instrucionais devem estar centrados na clientela, e não no instrutor, para que favoreçam a prática e a intervenção ativa dos participantes, mediante a resolução de exercícios, problemas e estudos de caso. Devem ser selecionados meio - materiais, exemplos e imagens e estratégias de ensino, tais como, exposição oral, discussão em grupo e estudos de casos, que apresentem adequadamente a informação para o aprendiz, auxiliando-o no alcance dos objetivos propostos.

A seleção deve-se fundamentar nos objetivos específicos e no conteúdo do treinamento, de modo que, para cada objetivo específico seja selecionado o mecanismo mais adequado para o processo de aprendizagem.

Historicamente, a formação dos profissionais de saúde tem sido pautada no uso de metodologias conservadoras – ou tradicionais, sob forte influência do mecanicismo de inspiração cartesiana-newtoniana, fragmentado e reducionista (Capra, 2006).

Segundo Marin et al (2010), têm-se apontado caminhos inovadores para a formação e capacitação de profissionais de saúde, de modo a instrumentalizá-los nos aspectos técnicos, éticos e políticos para a transformação de processos de trabalho arraigados em princípios fragmentados do cuidado, o que representa um grande desafio para as políticas públicas direcionadas ao SUS.

Adotam-se, então, novas formas de ensino-aprendizagem para desenvolver a capacidade de reflexão sobre problemas reais e a formulação de ações originais e criativas capazes de transformar a realidade social (Marin et al, 2010).

Neste contexto, vêm ganhando destaque as metodologias ativas de aprendizagem.

Entre elas, as mais comuns são a “problematização” e “aprendizagem baseada em problemas” (ABP), que, embora distintas, apresentam muitas semelhanças, visto que ambas se propõem a romper com os métodos tradicionais de ensino-aprendizagem.

Os métodos de aprendizagem ativa ancoram-se na pedagogia crítica e têm em comum o fato de trabalharem intencionalmente com problemas para o

desenvolvimento dos processos de ensino-aprendizagem e valorizarem o aprender a aprender (Berbel, 1998).

O Método da Problemática compreende um processo de tomada de consciência acerca da realidade pelo questionamento, que orientará a busca de fundamentos teóricos para a compreensão dessa realidade e o levantamento de hipóteses para propor ações concretas capazes de contribuir para mudanças qualitativas. O clássico Arco de Charles Maguerez apresenta fases essenciais deste método: observação da realidade concreta, para a identificação de dificuldades, carências, e discrepâncias, de natureza diversa, que serão transformadas em problemas; levantamento de pontos-chave da situação focalizada a partir de uma análise reflexiva; teorização sobre a realidade, implicando na busca de informações e conhecimentos que possam favorecer a compreensão profunda sobre o problema e sua solução; levantamento de Hipóteses, como resultado do estudo, para propor soluções viáveis e concretas ao problema priorizado; e a Intervenção na realidade (Freire, 1996, Berbel, 1999).

Já, a ABP parte de problemas ou situações que intencionam gerar dúvidas, desequilíbrios ou perturbações intelectuais. A partir deste ponto de vista, o método de ensino enfatizaria a descoberta, a experimentação e a reflexão, e os instrutores apresentariam os conteúdos pragmáticos por meio de problemas ou questionamentos (Gomes, Casagrande, 2002).

A problematização e a ABP, portanto, apontam novas possibilidades no processo de aprendizagem, uma vez que constituem formas de enfrentamento das rápidas mudanças, da complexidade, da globalização, em que a criatividade e a capacidade de soluções originais frente à diversidade se apresentam como condições necessárias aos profissionais.

6.1.6 Definição dos critérios de avaliação

Os objetivos educacionais são analisados de modo a possibilitar a definição e a especificação de critérios de avaliação, os quais serão utilizados na construção de provas de aprendizagem. Caso não tenham sido estabelecidos os critérios do desempenho, geralmente no caso de objetivos muito complexos, será preciso defini-los.

Os critérios de aprendizagem devem servir de parâmetro qualitativo e/ou quantitativo para a mensuração do alcance de cada objetivo educacional. Indicam o grau de proficiência a ser atingido pelo aprendiz durante e após a instrução e, portanto, devem ser específicos, mensuráveis e precisos.

Definidos os critérios para cada um dos objetivos específicos, passa-se a construção do processo de avaliação propriamente dito, do qual fazem parte os itens, os instrumentos e os procedimentos de aplicação – quando, quantas vezes, como e conteúdo do *feedback* dos resultados para o aluno.

A avaliação formativa é aquela que possibilita o acompanhamento do processo de aprendizagem durante o transcorrer da instrução e viabiliza o uso de estratégias remediativas, prática adicional e outras para garantir o melhor rendimento dos aprendizes.

A avaliação somativa, por outro lado, visa avaliar o rendimento final atingido pelo aprendiz com a instrução. Por serem coletadas ao final da instrução servirão, principalmente, para aprimorar os eventos instrucionais subsequentes. Existe ainda a avaliação confirmatória ou avaliação de retenção em longo-prazo e da transferência de aprendizagem.

Assim, o pré-teste informa o nível de ingresso ou repertório de entrada do participante no que diz respeito ao conteúdo do treinamento. Os testes durante a instrução medem a aquisição dos objetivos instrucionais. Já o pós-teste informa se houve a aprendizagem dos objetivos e se os meios e as estratégias utilizadas foram eficazes ou não.

As ações educativas podem ser submetidas à avaliação de reação, que tem por objetivo coletar a opinião dos participantes em relação ao conteúdo, instrutor, meios e estratégias instrucionais, carga horária e local de realização do curso.

O quadro 5 apresenta exemplos de instrumentos de avaliação de aprendizagem por domínio prevalente.

Quadro 5. Instrumentos de avaliação de aprendizagem

Cognitivo	
- Testes objetivos	- Testes de respostas construídas
<ul style="list-style-type: none">• Múltipla escolha• Verdadeiro e falso• Associação	<ul style="list-style-type: none">• Preenchimento de lacunas• Produção de ensaios• Resolução de problemas
Psicomotor	
- Teste direto do desempenho esperado	
<ul style="list-style-type: none">• Análise de indicadores de resultados existentes no contexto• Avaliações baseadas em observação direta (com uso de escala)• Avaliações baseadas em observação direta (com lista de verificação)• Avaliações baseadas em observação indireta• Testes com produção de resultados de aprendizagem	
Atitudes	
- Observação do comportamento	
<ul style="list-style-type: none">• Avaliação de atitudes por meio de questionário e escalas• Entrevistas	

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

Esse aporte teórico será oferecido aos participantes que construirão os programas educativos, para que eles possam decidir como será desenhado suas ações educativas.

7 Metodologia

7 METODOLOGIA

7.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa é quantitativa e qualitativa, com desenhos exploratório e descritivo.

A pesquisa quantitativa traduz em números, as opiniões e informações para serem classificadas e analisadas, utilizando-se técnicas estatísticas (Turato, 2005).

As abordagens qualitativas buscam o significado, a intencionalidade inerente às relações humanas nas estruturas sociais do universo investigativo, incluindo significados, crenças, valores e motivações dos indivíduos acerca de sua cultura (Minayo, 2007).

Segundo Gil (2002), pesquisas descritivas têm como propósito descrever as características de determinada população -grupo ou fenômeno, bem como descobrir relação entre variáveis. Por outro lado, as pesquisas exploratórias visam proporcionar maior familiaridade com o problema, a fim de explicá-lo melhor. Para tanto, envolve pessoas que tiveram experiências práticas com o objeto de estudo.

Decidimos adotar neste estudo as abordagens quanti e qualitativas, pois a abordagem quantitativa se fez necessária para identificação das necessidades de treinamento dos profissionais de Enfermagem dos prontos socorros e a abordagem qualitativa para o desenvolvimento do programa de educação, por proporcionar a participação dos trabalhadores de forma efetiva na construção dos programas de educação; para tanto, adotamos o grupo focal.

7.2 CENÁRIOS

As instituições campo de estudo serão dois prontos socorros hospitalares do município de São Paulo, sendo um público e um privado. O pronto socorro do hospital público é dividido em adulto e infantil.

Estas instituições foram escolhidas, pois, acreditamos que serão representativas da realidade que queremos estudar.

7.2.1 Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HUUSP)

O HUUSP é um hospital geral, de caráter público, de administração indireta da autarquia pública estadual, localizado na zona oeste da cidade de São Paulo. Presta atendimento à demanda espontânea e referenciada. Conta com 247 leitos distribuídos nas unidades de clínica médica e cirúrgica, alojamento conjunto, pediatria, terapia intensiva, semi-intensiva e hospital dia; presta assistência de média complexidade em nível ambulatorial, internação e urgência. Além disso, possui centro cirúrgico e obstétrico, serviço de diagnóstico por imagem, hemodiálise, central de material esterilizado, pronto socorro adulto e infantil, ambulatório e programa de assistência domiciliar¹.

Participaram da coleta de dados o pronto socorro adulto (PSA) e o pronto socorro infantil (PSI)

7.2.2 Associação do Sanatório Sírio – Hospital do Coração (HCor)

O HCor é um hospital geral, de caráter privado, filantrópico, sem fins lucrativos, localizado na zona sul da cidade de São Paulo. Presta atendimento à demanda espontânea e referenciada. Conta com 251 leitos e presta assistência de média e alta complexidade em nível ambulatorial, internação e urgência.

Suas instalações incluem pronto socorro, centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva (UTI) adulta, pediátrica e neonatal, unidade coronariana, unidades de internação, hemoterapia, hospital dia e consultórios e serviços de apoio, como laboratório clínico, serviço de imagem e banco de sangue¹.

O pronto socorro é especializado no atendimento adulto das especialidades de cardiologia e ortopedia.

7.3 POPULAÇÃO

A população do estudo foi composta pela Equipe de Enfermagem dos PS das duas Instituições, conforme quadro 6 abaixo.

¹ Disponível em cnes.datasus.gov.br. Acesso em 25/03/2013.

Quadro 6. População do estudo por campo de coleta de dados

Enfermeiro		Técnico ou Auxiliar de Enfermagem	Gerente ou Chefe de Enfermagem do PS	Total	Enfermeiro do Serviço de Ensino e Qualidade ou Serviço de Educação Permanente
PSI HUUSP	8	14	1	23	3
PSA HUUSP	10	36	1	47	
PS HCor	13	34	1	48	2
Total	31	84	3	118	5

Os participantes do estudo serão devidamente apresentados de acordo com os objetivos propostos.

7.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu de setembro de 2013 a dezembro de 2014, conforme objetivos do estudo, descritos a seguir.

7.5 CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DOS PS QUANTO AOS INSUMOS, RECURSOS FÍSICOS E MATERIAIS E AÇÕES EDUCATIVAS OFERECIDAS À EQUIPE DE ENFERMAGEM

7.5.1 Sujeitos

Os três enfermeiros chefes ou gerente dos PS foram incluídos no estudo.

7.5.2 Coleta e análise de dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas norteadas por questionário semi-estruturado, construídos com base na Portaria nº 2048 de 5 de novembro de 2002 e na Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 50 de 21 de

fevereiro de 2002 (apêndice 1), a fim de obter, detalhadamente, as seguintes informações:

- ✓ Dados dos prontos socorros relacionados aos recursos físicos - planta física;
- ✓ Dados relacionados aos recursos materiais/tecnológicos para saber se eles existem em número e em condições de manutenção adequados;
- ✓ Dados das ações educativas oferecidas aos profissionais de Enfermagem, com informações sobre avaliação de necessidades de treinamento e fases utilizadas no planejamento instrucional, execução e avaliação de TD&E.

Os dados são apresentados de modo descritivo. Em relação à estrutura física e de apoio ao PS, descrevemos as estruturas presentes e adequadas, estruturas presentes e não adequadas e os motivos da não adequação e estruturas ausentes, conforme Portaria nº 2048 de 5 de novembro de 2002 e RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002.

7.6 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE TREINAMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DOS PS

7.6.1 Sujeitos

Participaram da pesquisa, 19 profissionais do PSI (82,6%), sendo sete enfermeiros e 12 técnicos ou auxiliares de enfermagem; 41 do PSA do HUUSP (87,2%) sendo 12 enfermeiros e 29 técnicos ou auxiliares de enfermagem e 39 profissionais do PS do HCor (81,2%), sendo oito enfermeiros e 31 técnicos ou auxiliares de enfermagem.

7.6.2 Coleta e análise de dados

Para caracterização sociodemográfica e ANT dos profissionais de Enfermagem, foi aplicado o instrumento construído, em duas partes, pela pesquisadora (apêndice 2):

Parte A: caracterização sociodemográfica contendo dados como, idade, gênero, tipo de contrato, jornada de trabalho, função, tempo de exercício na função e na instituição, formação profissional e experiência anterior em PS;

Parte B: levantamento das necessidades de treinamento contendo questões abertas sobre:

- treinamentos que têm interesse ou necessidade em participar;
- como acham que deveriam ser os treinamentos;
- se os treinamentos que participaram foram úteis para a prática e por que;
- se gostariam de ajudar no planejamento dos treinamentos e por que e
- se a unidade oferece condições para aplicar os conhecimentos, habilidades e atitudes aprendidos nos treinamentos.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva.

7.7 CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM DOS PS

7.7.1 Sujeitos

Participaram dos encontros sete profissionais do PSI – HUUSP, sendo duas enfermeiras e cinco técnicas ou auxiliares de enfermagem; sete profissionais do PSA – HUUSP, sendo quatro enfermeiras e três técnicos ou auxiliares de enfermagem e sete profissionais do PS do HCor, sendo três enfermeiras e quatro técnicos de enfermagem.

7.7.2 Coleta e análise de dados

O programa de educação foi construído com base nas necessidades de treinamento identificadas anteriormente.

Para tanto, foi utilizada a técnica de grupo focal, que, segundo Gatti (2005) e Leopardi, Gelbcke e Ramos (2001) é usada para estudar temas em contextos coletivos, baseando-se nas impressões de um conjunto de indivíduos em

interação. O grupo possibilita a exploração do grau de consenso sobre determinado tema, a compreensão de diferenças e contradições e a compreensão da realidade para o conhecimento das percepções e linguagens prevalentes no tema pesquisado.

O grupo focal deve ser estabelecido mediante interações intragrupais com certo grau de liberdade, para gerar uma cultura grupal e obter compreensões mais aprofundadas sobre o problema de estudo (Barbour, 2009; Gatti, 2005). Todos os comentários feitos durante os grupos focais, dependem do contexto e da dinâmica particular dos participantes e constituem uma possibilidade de entender porque e como penam (Barbour, 2009).

Nesse método, ocorre uma interação peculiar entre um conjunto de pessoas convidadas para debater um tema, no qual o pesquisador geralmente assume o papel de moderador da discussão, mediante a interação com os participantes sem a intenção de elaborar perguntas e respostas. Com respeito ao princípio de não diretividade, realiza os encaminhamentos do tema e faz intervenções para que o grupo se mantenha atento aos objetivos do trabalho e intereja (Mendes, Vaz, 2009; Barbour, 2009; Gatti, 2005).

A ênfase nas ideias construídas coletivamente para resolução de problemas e planejamento das ações educativas nos levou a optar por este método de coleta de dados.

Além disso, a coleta de dados pelo grupo focal promove postura dialética e reflexão, pois as discussões de temas específicos podem propiciar "a desconstrução e construção de conceitos" (Silva et al, 2013).

Os trabalhadores foram convidados a participar através de uma carta convite enviada ao Gerente de Enfermagem que divulgou a informação na passagem de plantão e que também foi afixada em local de fácil visualização no setor de trabalho.

Após a confirmação do interesse dos participantes, foi solicitado que eles enviassem o endereço do correio eletrônico e o número do seu telefone celular para criação de um grupo no *whatsApp* para facilitar a comunicação entre os encontros.

O produto final dos grupos foi o Programa de Educação.

Foram realizadas três reuniões em cada pronto socorro, com duração de duas horas cada uma, com intervalos de sete dias entre uma e outra. As reuniões

aconteceram na Instituição de trabalho dos participantes e os horários foram combinados entre o grupo e a pesquisadora, conforme conveniência para o grupo.

Os encontros do PSI – HUUSP foram realizados nos dias 09, 15 e 22 de dezembro, das 11h às 13h na Sala de Aula do SEQ da Instituição; os do PSA – HUUSP foram realizados nos dias 21 e 31 de outubro e 04 de novembro, das 8h às 10h na Sala de Aula do SEQ da Instituição e os do PS - HCor foram realizados nos dias 23 e 29 de setembro e 06 de outubro, das 19h às 21h na Sala de Aula do Serviço de Educação Permanente da Instituição.

Os encontros seguiram a seguinte programação:

1º encontro	<ul style="list-style-type: none">- apresentação do grupo;- discussão dos achados do LNT;- seleção do tema de treinamento a ser trabalhado;- redação dos objetivos instrucionais e- escolha da modalidade de entrega da instrução.
2º encontro	<ul style="list-style-type: none">- estabelecimento da sequência de objetivos e conteúdos e- seleção de procedimentos instrucionais.
3º encontro	<ul style="list-style-type: none">- definição de público-alvo, carga horária, tempo para realização das atividades programadas, materiais de apoio e referências;- definição de critérios e instrumentos de avaliação;- fechamento do grupo focal e avaliação de satisfação.

No primeiro encontro, foi realizada uma rodada de apresentação do grupo e após esclarecimentos sobre o que é um grupo focal, suas regras, bem como os objetivos deste encontro, foi solicitado que os participantes assinassem o TCLE.

Foram discutidos os achados de LNT e planejamento obtidos nos questionários.

As perguntas geradoras do debate no grupo foram as mesmas dos questionários, em uma dinâmica em que mostrávamos os resultados e íamos refletindo e discutindo a respeito.

No segundo encontro, foi feita, pela pesquisadora, uma exposição dialogada ao grupo acerca dos aspectos teóricos e metodológicos de necessidades de treinamento, LNT através da análise organizacional, de tarefas e individual, escolha da modalidade de entrega do treinamento, estabelecimento da sequência de objetivos e conteúdos, seleção de estratégias e meios instrucionais e critérios de avaliação.

Após a exposição dialogada, foi entregue para cada membro do grupo, um formulário de planejamento instrucional, uma lista de verbos de ação para cada domínio, cognitivo, afetivo e psicomotor (anexos 1, 2 e 3) e uma lista de exemplos de estratégias, procedimentos, técnicas e abordagens instrucionais (anexo 4) para subsidiar a construção do planejamento instrucional.

No terceiro encontro, foram definidos público alvo, carga horária, tempo para realização das atividades programadas, materiais de apoio e referências e critérios e instrumentos de avaliação.

Ao final dos três encontros foi aplicada uma avaliação de satisfação aos participantes para sabermos sua opinião em relação à participação no grupo focal (apêndice 3).

Um relatório síntese foi confeccionado logo após o término de cada encontro e enviado por correio eletrônico para cada participante para que validassem as informações e levantassem alguma dúvida para o encontro subsequente.

Além disso, o relatório síntese continha as informações que seriam abordadas no próximo encontro, para que os participantes pudessem se familiarizar com o conteúdo.

Os *slides* utilizados no primeiro encontro no PSI - HUUSP podem ser visualizados no apêndice 4; os utilizados no PSA – HUUSP podem ser visualizados no apêndice 5 e os utilizados no PS – HCor podem ser visualizados no apêndice 6. Os *slides* utilizados no segundo encontro podem ser visualizados no apêndice 7. No terceiro encontro, foi projetada a planilha que continha as definições que deveriam ser feitas naquela reunião e que pode ser visualizada no apêndice 8.

Os grupos foram moderados pela pesquisadora e contaram com observadores que trabalham na mesma Instituição que a moderadora. Os

observadores utilizaram um roteiro de observação para cada encontro, descritos nos apêndices 9, 10 e 11.

Os encontros são apresentados em relatórios-síntese e, posteriormente, analisados pelo referencial teórico do estudo.

7.8 CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE EDUCAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DOS PS E FASES UTILIZADAS NO PLANEJAMENTO INSTRUCIONAL, EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DE TREINAMENTO

7.8.1 Sujeitos

Participaram da pesquisa um enfermeiro do Serviço de Ensino e Qualidade (SEQ) do HUUSP e o enfermeiro chefe do Serviço de Educação Permanente do HCor.

7.8.2 Coleta e análise dos dados

Os dados foram coletados por meio de questionário elaborado para entrevista com os enfermeiros responsáveis pelos processos educativos (apêndice 12), a fim de obter informações sobre:

- processo de avaliação de necessidades de treinamento e identificação das necessidades atuais do PS;
- planejamento do treinamento em relação aos objetivos, conteúdo, estratégias de ensino aprendizagem e avaliação;
- distribuição da equipe para participação dos eventos educacionais, tais como, critérios de participação – obrigatórios ou não, horários disponíveis e distribuição de vagas;
- processo de avaliação dos treinamentos ministrados: avaliação formal, avaliação na prática, avaliação pela avaliação de desempenho e
- opinião do enfermeiro do serviço em relação aos treinamentos.

Os dados são apresentados de forma descritiva.

8 Aspectos éticos

8 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), unidade proponente, sob o nº CAAE 15942813.1.0000.5392 e pelos Comitês das Instituições co-participantes, sob o nº de registro no CEP – HU/USP 1286/13 e sob o nº de registro no CEP – HCor 338.148/13.

Para os sujeitos que fizeram parte de cada uma das fases de coleta, foi fornecido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguindo os aspectos éticos da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Os TCLE estão descritos nos apêndices 13, 14, 15 e 16.

9 Resultados

9 RESULTADOS

A caracterização do ambiente e as ações educativas oferecidas à equipe de enfermagem, na visão do gestor, estão apresentadas por PS pesquisado.

9.1 CARACTERIZAÇÃO DOS AMBIENTES DOS PS

9.1.1 Ambiente do PSI HUUSP

O PSI do HUUSP é especializado em atendimento de urgência à criança, com um número de consultas médicas em 24 horas em torno de 240, com um percentual de pacientes em observação no mês na ordem de 450.

Possui nove leitos de observação e um leito de emergência. Conta com dois enfermeiros em cada plantão, quatro auxiliares ou técnicos de enfermagem nos plantões matutinos e vespertinos e três no plantão noturno.

Trabalha com indicadores institucionais, não específicos do pronto socorro: taxa de mortalidade, taxa de infecção hospitalar, incidência de queda de pacientes, incidência de extubação não planejada, incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral para aporte nutricional, incidência de úlcera por pressão e incidência de erro de medicação.

Os cinco diagnósticos de enfermagem mais frequentes de acordo com o NANDA são: 00028 Risco de volume de líquidos deficiente, 0027 Volume de líquidos deficiente, 00132 Dor aguda, 00030 Troca de gases prejudicada e 00031 Desobstrução ineficaz de vias aéreas.

Os cinco diagnósticos médicos mais frequentes de acordo com o CID 10 são: G 40 Epilepsia, R 23.0 Cianose, P 24 Síndrome de aspiração neonatal, S 06 Traumatismo intracraniano e Z 43.0 Cuidados à traqueostomia.

Em relação à estrutura física e de apoio ao PSI, temos:

Estruturas físicas e de apoio presentes e adequadas: área de recepção, sala de urgência com leito de estabilização, ambulâncias e copa para os funcionários.

Estruturas físicas e de apoio presentes e não adequadas:

- Sala de Espera: espaço físico insuficiente para atender a demanda em meses de maior movimento - fevereiro a julho;
- Sala de Procedimentos: espaço físico insuficiente para atender a demanda;
- Sala de Observação: número de leitos insuficientes para atender a demanda em meses de maior movimento - fevereiro a julho;
- Salas de isolamento com anti-câmera e banheiro: salas de isolamento não possuem anti-câmera e banheiro e não são suficientes para atender a demanda e
- Banheiro: número insuficiente para atender a demanda.

Estruturas físicas e de apoio ausentes: sala de triagem e classificação de risco; sala de eletrocardiograma (ECG); sala de coleta de exames laboratoriais; posto de enfermagem; posto de prescrição médica; área para guarda de macas e cadeiras de rodas; rouparia; sala de descanso com sanitários e chuveiros e sala de reunião.

Em relação aos recursos tecnológicos, a enfermeira chefe informou que estes existem em quantidade suficiente e são adequados em termos qualitativos.

No que diz respeito aos materiais, existe falta, mas, que não são críticos para o atendimento de emergência, pois, são materiais que podem ser substituídos por similares.

Segundo ela, o quadro de profissionais está inadequado quantitativamente. O quadro ideal seria 28 trabalhadores, porém, o setor está, atualmente, com 22, pois, está com uma vaga em aberto para técnico de enfermagem e cinco profissionais de nível médio com restrições físicas, impossibilitados de prestar assistência direta ao paciente. Não existe cobertura de folga, férias, faltas ou licenças.

Em termos qualitativos, na sua visão, a equipe está devidamente capacitada, inclusive com o curso de certificação obrigatória.

Relacionado à organização do trabalho, o pessoal de nível médio tem atividade assistencial e o enfermeiro presta assistência ao paciente grave, urgência e emergência, e quando necessário, aos pacientes da observação, além de exercer as atividades privativas do enfermeiro. Além disso, exerce atividades administrativas.

As atividades privativas do enfermeiro citadas foram: Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) - Exame Físico, Diagnóstico de Enfermagem, Prescrição de Enfermagem e Evolução de Enfermagem); avaliação do paciente, atendimento de emergência e comando da equipe de enfermagem na sala de emergência; sondagem nasointestinal; controle de psicotrópicos; controle da temperatura da geladeira e nível de oxigênio dos equipamentos de transporte; encaminhamento de pacientes para a UTI e supervisão da equipe de enfermagem. Além disso, é responsável pela verificação do funcionamento de todos os aparelhos da sala de emergência.

Não existem diferenças nas funções exercidas pelo técnico e auxiliar de enfermagem.

Quanto às ações de TD&E realizadas pelo setor e no setor, a entrevistada informou que o levantamento de necessidades é realizado através dos grupos de estudo, das dificuldades identificadas na prática diária, das necessidades dos pacientes e das fichas de ocorrências.

O planejamento é feito pelas próprias enfermeiras do PSI que não conversa com o planejamento do SEQ.

Todos os treinamentos são obrigatórios e são realizados no período da manhã e da tarde, sendo que os profissionais do noturno participam no pós plantão e recebem como banco de horas, pois, não há pagamento de horas extras.

Nas ações educativas desenvolvidas pelo setor não existe avaliação formal implantada. O que é desenvolvido é a correção dos erros quando eles acontecem, quando estes estão relacionados a temas que foram abordados em treinamentos e na avaliação de desempenho é dado uma importância ao comparecimento ou não do funcionário nos treinamentos, ao número de erros, se o funcionário não consertou o erro e se persiste no erro.

A opinião geral desta gestora em relação aos treinamentos do SEQ é que estes são postos, não havendo questionamento das necessidades do setor. Em

decorrência disso, os treinamentos não são específicos para a realidade do PSI, pois, são gerais para todo o hospital.

9.1.2 Ambiente do PSA HUUSP

Esse PS é especializado em atendimento de urgência clínica, cirúrgica e ortopédica; possui plantonistas nas 24 horas nestas especialidades e retaguarda nas especialidades de buco-maxilo, otorrinolaringologia, oftalmologia e ginecologia.

O número de consultas médicas em 24 horas gira em torno de 1.200 a 1.700, com média mensal de pacientes em observação na ordem de 900.

Possui 11 leitos de observação e dois leitos de emergência. Conta com três enfermeiros no plantão matutino e vespertino e dois em cada noturno; nove auxiliares ou técnicos de enfermagem no plantão matutino, vespertino e noturno.

Trabalha com os seguintes indicadores: atendimentos diários na sala de urgência (10 a 12 atendimentos/dia) e número de óbitos no mês (aproximadamente 50 óbitos/mês).

Os cinco diagnósticos de enfermagem mais frequentes de acordo com o NANDA são: 00132 Dor aguda, 00128 Confusão aguda, 00155 Risco de quedas, 00032 Padrão respiratório ineficaz e 00029 Débito cardíaco diminuído.

Os cinco diagnósticos médicos mais frequentes de acordo com o CID 10 são: T 14.9 Traumatismo não especificado, I 21 Infarto agudo do miocárdio, T 02.6 Fraturas envolvendo regiões múltiplas do(s) membro(s) superior(es) com inferior(es), K 35 Apendicite aguda e K 80.2 Calculose da vesícula biliar sem colecistite.

Em relação à estrutura física e de apoio deste PSA:

Estruturas físicas e de apoio presentes e adequadas: ambulâncias e copa para a equipe de enfermagem.

Estruturas físicas e de apoio presentes e não adequadas:

- Área de recepção, sala de espera e sala de triagem e classificação de risco: espaço físico insuficiente para atender a demanda;

- Salas de Procedimentos: a sala de medicação possui espaço físico insuficiente para atender a demanda;
- Sala de urgência com leitos de estabilização: número de leitos insuficientes para atender a demanda em alguns dias;
- Sala de Observação: número de leitos insuficientes para atender a demanda;
- Sala de isolamento com anti-câmera e banheiro: sala de isolamento não possui anti-câmera e nem banheiro e não é suficiente para atender a demanda;
- Banheiros: número insuficiente para atender a demanda e
- Sala de reunião: é uma sala multiprofissional e acaba sendo usada muito mais pela equipe médica.

Estruturas físicas e de apoio ausentes: sala de ECG; sala de coleta de exames laboratoriais; posto de enfermagem; posto de prescrição médica; área para guarda de macas e cadeiras de rodas; rouparia e sala de descanso com sanitários e chuveiros.

Quanto aos recursos tecnológicos, o único recurso que o setor não possui é o monitor de pressão invasivo. Em termos qualitativos, existem defasagens no ventilador respiratório e aparelho de ECG .

No que tange aos recursos materiais, existe falta de alguns itens e necessidade de substituição por outros similares.

O quadro de profissionais está inadequado quantitativamente e mesmo que a estrutura física fosse readequada, não teria pessoal suficiente para atender esses novos postos de trabalho.

Relacionado à organização do trabalho, o pessoal de nível médio tem atividade assistencial e o enfermeiro presta assistência ao paciente grave - urgência e emergência - e, quando necessário, aos pacientes da observação; exerce as atividades privativas do enfermeiro, incluindo as atividades administrativas.

As atividades privativas do enfermeiro citadas foram: SAE - Exame Físico, Diagnóstico de Enfermagem, Prescrição de Enfermagem para pacientes que permanecem mais do que 24 horas no PS, Evolução de Enfermagem - e sondagem nasoesférica.

Não existem diferenças nas funções de técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem.

O levantamento de necessidades para ações de TD&E, segunda a entrevistada, é realizado por meio do Grupo de Procedimentos, que se reúne mensalmente para discutir, entre outros assuntos, sobre dificuldades na realização de técnicas de enfermagem; da observação das necessidades ou dificuldades da prática diária e pelo próprio funcionário que leva sua necessidade até a chefia.

O planejamento é feito pelas enfermeiras do Grupo de Procedimentos que é composto por um enfermeiro representante de cada área de atenção ao adulto e por um enfermeiro do SEQ.

Alguns treinamentos são obrigatórios e outros não. São realizados no período da manhã e da tarde, sendo que os profissionais do noturno participam antes ou após o plantão e recebem como banco de horas, pois, não há pagamento de horas extras.

Nas ações educativas desenvolvidas, raramente, são aplicadas avaliação de reação ou testes pré e pós treinamento. A avaliação na prática e a avaliação pela avaliação de desempenho não são sistematizadas.

A opinião geral dessa chefe em relação aos treinamentos é que, no geral, são muito bons, mas, deveria ser aumentada a frequência de ocorrência.

9.1.3 Ambiente do PS do HCor

Especializado na assistência de urgência cardiológica e ortopédica ao adulto, esse PS atende, em 24 horas, aproximadamente 120 consultas médicas, com um percentual mensal de pacientes em observação na ordem 80% e um percentual de encaminhamento para internação de, aproximadamente, 13%.

Possui 17 leitos, sendo quatro leitos de UTI, quatro leitos de semi-intensiva, sete leitos de observação, dois leitos de retaguarda e vinte poltronas para medicação, observação e exames. Conta com três enfermeiros em todos os

plantões e um no horário das 10h as 16h; sete técnicos de enfermagem no plantão matutino, vespertino e noturno, um no horário das 10h às 16h e três que se dividem no horário das 15h às 23h e das 16h às 22h e dois das 18h às 23h45.

Trabalha com os seguintes indicadores:

- **Indicadores de Qualidade:** tempo para classificação de risco, tempo para a consulta médica e tempo para transferir o paciente para a unidade de destino;
- **Indicadores de Produção:** volume de atendimento, volume de atendimento x internação e reconsulta em até 72 horas;
- **Indicadores de Recursos Humanos:** absenteísmo, *turn over* e total de banco de horas;
- **Indicadores Financeiros:** gastos com materiais de escritório, impressões e materiais de higiene e limpeza.

Os cinco diagnósticos de enfermagem mais frequentes de acordo com o NANDA são: 00132 Dor aguda, 00004 Risco de infecção, 00204 Perfusão tissular periférica ineficaz, 00146 Ansiedade e 00029 Débito cardíaco diminuído.

Os cinco diagnósticos médicos mais frequentes de acordo com o CID 10 são: I 50.0 Insuficiência cardíaca congestiva, R 07.4 Dor torácica, não especificada, J 18.0 Broncopneumonia não especificada, I 21 Infarto agudo do miocárdio, I 64 Acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico

Em relação à estrutura física e de apoio ao pronto socorro, temos:

Estruturas físicas e de apoio presentes e adequadas: área de recepção; sala de triagem e classificação de risco; ambulâncias; banheiros; rouparia e copa de funcionários.

Estruturas físicas e de apoio presentes e não adequadas:

- Sala de espera: espaço físico pequeno para atender a demanda;
- Sala de Procedimento: insuficiente para atender a demanda;

- Sala de Observação: número de leitos insuficientes para atender a demanda e
- Posto de enfermagem e posto de prescrição médica: não são funcionais, pois, são descentralizados.

Estruturas físicas e de apoio ausentes: sala de ECG; sala de coleta de exames laboratoriais; sala de urgência com leitos de estabilização; sala de isolamento com anti-câmera e banheiro; área para guarda de macas e cadeiras de rodas; sala de descanso com sanitários e chuveiros e sala de reunião.

Em relação aos recursos tecnológicos e materiais, a gestora informou que estes estão adequados em quantidade e qualidade.

O quadro de profissionais está justo, não havendo margem de segurança para cobertura de faltas e licenças. Em termos qualitativos, na sua visão, a equipe está devidamente capacitada.

Relacionado à organização do trabalho, os técnicos de enfermagem têm atividade essencialmente assistencial e o enfermeiro presta assistência ao paciente grave - urgência e emergência – e, quando necessário, aos pacientes menos graves, além de exercer as atividades privativas do enfermeiro, tais como, SAE; retirada de psicotrópicos do dispensador eletrônico; passagem de sonda nasoenteral; passagem de plantão para as Unidades de Internação e UTI; punção de port-a-cath[®] e atendimentos de urgências.

Nesta instituição não existem auxiliares de enfermagem em exercício.

O levantamento de necessidades para ações de TD&E viabilizadas pela Educação Permanente é realizado de três formas: em conjunto com as outras áreas do hospital, de acordo com o que está acontecendo na atualidade ou através dos indicadores assistenciais.

O LNT viabilizado pelo RH e pelo setor é realizado através das dificuldades e falhas da prática diária ou possibilidades de melhoria.

O planejamento dos treinamentos viabilizados pelo setor é realizado pela Gerência Administrativa, pela Supervisão de Enfermagem e pelos enfermeiros assistenciais.

Todos os treinamentos desenvolvidos no e pelo setor são obrigatórios e são realizados no período da manhã, tarde e noite, sendo que os profissionais que ficam fora do seu horário de trabalho recebem como banco de horas. Os treinamentos desenvolvidos pela Educação Permanente e pelo RH podem ou não ser obrigatórios.

Nas ações educativas desenvolvidas pelo setor e pelo RH, é realizada a avaliação de reação. Nas ações educativas desenvolvidas pela Educação Permanente existe avaliação de reação e de aprendizagem.

Na avaliação de desempenho anual, existe avaliação dos treinamentos que foram desenvolvidos ao longo do ano, por meio da prova, que é aplicada pela Educação Permanente, anualmente, específica por setor, para todos os funcionários da equipe de enfermagem.

Sua opinião geral em relação aos treinamentos é que esses são bons, tanto os desenvolvidos pelo e no setor, quanto os do RH e da Educação Permanente.

9.2 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS EQUIPES DE ENFERMAGEM DOS PS

9.2.1 Perfil da equipe de enfermagem do PSI - HUUSP

Todos os respondentes eram do sexo feminino e celetistas.

O gráfico 1 mostra a distribuição dos participantes por faixa etária.

Gráfico 1. Distribuição dos participantes por faixa etária, PSI – HUUSP – 2014

A figura acima, permite identificar que a maioria dos profissionais tem entre 31 e 35 anos, caracterizando uma equipe jovem, com média de 41,6 anos (DP 9,1), mediana 39,0 anos e moda 33 anos.

A distribuição dos participantes por jornada de trabalho está apresentada no gráfico 2, no qual percebemos que a maioria cumpre jornada de seis horas, que corresponde aos plantões matutino e vespertino.

Gráfico 2. Distribuição dos participantes por jornada de trabalho, PSI – HUUSP – 2014

O gráfico 3 demonstra a distribuição dos participantes por função.

Gráfico 3. Distribuição dos participantes por função, PSI – HUUSP – 2014

Podemos perceber pelo gráfico acima que atuam no PS, ainda, dois auxiliares de enfermagem.

O gráfico 4 apresenta a distribuição dos participantes de acordo com o tempo de exercício na função.

Gráfico 4. Distribuição dos participantes por tempo de exercício na função, PSI – HUUSP – 2014

Em relação, ao tempo de exercício na função, podemos perceber que a maioria possui entre 11 e 15 anos, com média de 15,3 anos, (DP 8,3), mediana 12,0 anos e moda 10, 11, 12, 25 e 30 anos, o que sugere uma equipe habilitada para exercer suas funções.

O gráfico 5 permite identificar a distribuição dos participantes de acordo com o tempo de atuação na instituição.

Gráfico 5. Distribuição dos participantes por tempo de atuação na instituição, PSI – HUUSP - 2014

O tempo de atuação na instituição, conforme gráfico 5, concentra-se entre seis e 15 anos (42,2%), com média de 13,9 anos (DP 9,2), mediana 11,0 anos e moda 10 anos; apenas 21% atua há menos de cinco anos na instituição, o que sugere uma equipe experiente.

O gráfico 6 apresenta a distribuição dos participantes quanto à experiência anterior em pronto socorro.

Gráfico 6. Distribuição dos participantes por experiência anterior em PS, PSI – HUUSP – 2014

De acordo com o gráfico 6, apenas três profissionais possuem experiência anterior em PS; destes, um participante possuía experiência menor que um ano; um entre um e cinco anos e um entre seis e dez anos.

9.2.2 Perfil da equipe de enfermagem do PSA - HUUSP

Os participantes são 32 do sexo feminino (78,05%) e nove do sexo masculino (21,95%). Em relação ao tipo de contrato, 100% são celetistas.

O gráfico 7 mostra a distribuição dos participantes por faixa etária.

Gráfico 7. Distribuição dos participantes por faixa etária, PSA – HUUSP – 2014

A figura anterior, permite identificar que a faixa etária predominante é de 31 e 35 anos, com média de 40,0 anos (DP 11,0 anos), mediana 38,0 anos e moda 32 anos, mais uma vez caracterizando uma equipe jovem.

Pelo gráfico 8, visualizamos a distribuição dos participantes por jornada de trabalho, cuja maioria é de seis horas, correspondendo aos plantões matutinos e vespertinos.

Gráfico 8. Distribuição dos participantes por jornada de trabalho, PSA – HUUSP – 2014

A função dos sujeitos está demonstrada no gráfico 9.

Gráfico 9. Distribuição dos participantes por função, PSA – HUUSP – 2014

Podemos perceber pelo gráfico anterior que a função de técnico de enfermagem prevalece sobre as demais.

O gráfico 10 apresenta a distribuição dos participantes de acordo com o tempo de exercício na função.

Gráfico 10. Distribuição dos participantes por tempo de exercício na função, PSA – HUUSP – 2014

A figura acima permite identificar que 36,5% têm até dez anos de experiência na função, sendo que a maioria concentra-se entre 16 e 20 anos, com média de 14,5 anos (DP 8,8), mediana 15,0 anos e moda 7 e 17 anos.

O gráfico 11 identifica os participantes de acordo com o tempo de atuação na instituição.

Gráfico 11. Distribuição dos participantes por tempo de atuação na instituição, PSA – HUUSP – 2014

O tempo de atuação na instituição está mais concentrado entre um e cinco anos, com média de 11,6 anos (DP 8,9), mediana 11,0 anos e moda 2 anos; apenas um participante possui até um ano.

O gráfico 12 apresenta a distribuição dos participantes quanto à experiência anterior em PS.

Gráfico 12. Distribuição dos participantes por experiência anterior em PS, PSA – HUUSP – 2014

Podemos perceber pelo gráfico acima, que, praticamente, a metade dos sujeitos tem experiência prévia de PS. Destes, o gráfico 13 demonstra que a maioria possui até cinco anos de experiência prévia, com média de 3,2 anos (DP 4,9) e mediana 0,5 anos.

Gráfico 13. Distribuição dos participantes por tempo de experiência anterior em PS, PSA – HUUSP – 2014

9.2.3 Perfil da equipe de enfermagem do PS - HCor

Dos participantes 17 são do sexo feminino (43,6%) e 22 do sexo masculino (56,4%). Em relação ao tipo de contrato, 100% são celetistas.

O gráfico 14 mostra a distribuição dos participantes por faixa etária.

Gráfico 14. Distribuição dos participantes por faixa etária, PS – HCor – 2014

A figura anterior permite identificar que, mais uma vez, a faixa etária predominante varia de 31 e 35 anos, com média de 35,2 anos, (DP 5,7), mediana 34,0 anos e moda 31 e 32 anos, caracterizando uma equipe jovem.

Pelo gráfico 15 visualizamos a distribuição dos participantes por jornada de trabalho.

Gráfico 15. Distribuição dos participantes por jornada de trabalho, PS – HCor – 2014

Podemos visualizar, a partir da figura acima que prevalece a jornada de 6 horas.

Observamos no gráfico 16 a função dos participantes.

Gráfico 16. Distribuição dos participantes por função, PS – HCor – 2014

Pelo gráfico anterior, percebemos que a função prevalente é a de técnico de enfermagem.

O gráfico 17 apresenta os participantes de acordo com o tempo de exercício na função.

Gráfico 17. Distribuição dos participantes por tempo de exercício na função, PS – HCor – 2014

Na figura acima identificamos que mais da metade dos sujeitos possui até dez anos de experiência na função, com média de 10,8 anos (DP 5,7), mediana 10,0 anos e moda 9 anos.

O gráfico 18 mostra os participantes de acordo com o tempo de atuação na instituição.

Gráfico 18. Distribuição dos participantes por tempo de atuação na instituição, PS – HCor – 2014

Podemos visualizar na figura acima, que 77,0% dos sujeitos atuam na instituição entre um e dez anos, com média de 5,8 anos (DP 4,6), mediana 6,0 anos e moda 7 anos.

O gráfico 19 apresenta a caracterização dos participantes quanto à experiência anterior em pronto socorro.

Gráfico 19. Distribuição dos participantes por experiência anterior em PS, PS - HCor – 2014

Podemos perceber pelo gráfico 19 que a minoria não possui experiência anterior em PS. Dentre aqueles que tinham experiência, o gráfico 20 demonstra

que esta variou entre um e 20 anos, com predominância do período entre um e 10 anos, com média de 6,9 anos (DP 5,6) e mediana 6,0 anos.

Gráfico 20. Distribuição dos participantes por tempo de experiência anterior em PS, PS – HCor – 2014

9.3 LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES E PLANEJAMENTO DOS TREINAMENTOS NA PERSPECTIVA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DOS PS

Visando facilitar a compreensão e análise dos dados, os resultados são apresentados por questão investigada, para as quais, procedemos a uma categorização.

Na questão 1 - Que treinamentos você tem interesse ou necessidade de participar? - os treinamentos citados foram agrupados em quatro categorias:

- **técnicos:** concernentes aos procedimentos, assistência de enfermagem e patologias;
- **gerenciais:** correlatos ao gerenciamento em enfermagem, incluindo as ações administrativas e de coordenação da assistência e da equipe de enfermagem;
- **relações humanas:** alusivos ao relacionamento interpessoal e ao comportamento no trabalho;

- **outros:** treinamentos que não se enquadravam nas categorias anteriores e não justificavam a criação de outra categoria.

Dentre os treinamentos técnicos, os mais citados foram:

- PSI – HUUSP:

- Enfermeiros: *Advanced Trauma Care for Nurses (ATCN)* e *Pediatric Advanced Life Support (PALS)*;
- Técnicos/Auxiliares de Enfermagem: Cálculo, preparo e administração de medicamentos e politrauma/trauma.

- PSA – HUUSP:

- Enfermeiros: atualização no atendimento de urgência/emergência e politrauma/trauma;
- Técnicos/Auxiliares de Enfermagem: *Advanced Cardiac Life Support (ACLS)*; atendimento à parada cardiorrespiratória; atualização no atendimento de urgência/emergência; curativos/curativos em úlcera por pressão e queimados; eletrocardiograma (ECG); isolamento e politrauma/trauma.

- PS – HCor:

- Enfermeiros: atualização no atendimento de urgência/emergência e eletrocardiograma;
- Técnicos de Enfermagem: atualização no atendimento de urgência/emergência; eletrocardiograma e politrauma/trauma.

Os treinamentos gerenciais mais citados foram:

- PSI – HUUSP:

- Enfermeiros: gerenciamento de conflitos; gerenciamento de pessoas e liderança.

- PSA – HUUSP:

- Enfermeiros: Gerenciamento de Enfermagem; gerenciamento de fluxos em PS; gerenciamento de materiais; gerenciamento de pessoas; gerenciamento de riscos e liderança.

- PS – HCor:

- Enfermeiros: gerenciamento de pessoas e gerenciamento de riscos.

Não foram citados treinamentos gerenciais pelos técnicos e auxiliares de enfermagem.

Dentre os treinamentos de relações humanas, os mais citados foram:

- PSI – HUUSP:

- Enfermeiros: humanização da assistência de Enfermagem; relacionamento com a família; relacionamento com o paciente e relacionamento interpessoal/interprofissional.
- Técnicos e Auxiliares de Enfermagem: relacionamento interpessoal/interprofissional.

- PSA – HUUSP:

- Enfermeiros: comportamental; comunicação e relacionamento interpessoal/interprofissional.
- Técnicos e Auxiliares de Enfermagem: comportamental; motivação e sensibilização da equipe de enfermagem para atuação em PS.

- PS – HCor:

- Enfermeiros: comunicação e trabalho em equipe.
- Técnicos de Enfermagem: equilíbrio emocional; humanização da assistência de Enfermagem; relacionamento com a família; relacionamento com o paciente e relacionamento interpessoal/interprofissional.

Os treinamentos que apareceram na categoria “outros” foram: atendimento ao cliente, brigada de incêndio, Lei do Exercício Profissional e resoluções dos Conselho Regional e Federal de Enfermagem.

Utilizando esta categorização, os dados relacionados ao interesse ou necessidade de treinamento, por instituição, ficaram distribuídos conforme exposto na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das categorias dos treinamentos por instituição e por categoria profissional, São Paulo – 2014

Treinamentos	PSI – HUUSP				PSA – HUUSP				PS – HCor			
	Enf		TE/AE		Enf		TE/AE		Enf		TE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Técnicos	20	71,4	11	73,2	29	74,4	35	72,9	25	83,3	43	78,2
Gerenciais	3	10,7	0	0	6	15,4	0	0	2	6,7	0	0
Relações Humanas	4	14,3	1	6,7	4	10,2	3	6,2	2	6,7	7	12,7
Outros	1	3,6	1	6,7	0	0	2	4,2	1	3,3	5	9,1
Não respondeu	-	-	1	6,7	0	0	2	4,2	0	0	0	0
Nenhum	-	-	1	6,7	0	0	6	12,5	0	0	0	0
Total	28	100	15	100	39	100	48	100	30	100	55	100

Podemos apreender da tabela 1, que os treinamentos técnicos foram os mais prevalentes nas três realidades pesquisadas, tanto para enfermeiros como para técnicos ou auxiliares de enfermagem.

Os dados completos podem ser visualizados no apêndice 17.

Na questão 2 - Como você acha que deveriam ser os treinamentos? - obtivemos 15 categorias de análise que correspondem ao planejamento instrucional, conforme abaixo exemplificado pelas citações de mudanças que deveriam ocorrer; os dados agrupados estão apresentados na tabela 2, cujos dados completos podem ser visualizados no apêndice 18.

- LNT: adequação à realidade de cada setor;
- Objetivos instrucionais: voltados para a melhoria da qualidade assistencial;
- Modalidade de entrega do treinamento: aulas presenciais;
- Estratégias e meios instrucionais: treinamentos teórico-práticos com utilização de recursos de simulação realística;
- Avaliação de aprendizagem: prova para os funcionários a cada período;
- Conteúdo: orientações atualizadas;
- Público alvo: equipe do setor e multidisciplinares; para todos os profissionais e não por sorteio;
- Horário: realização dos treinamentos durante ou fora do horário de trabalho e disponibilização de vários horários para atingir todos os plantões;
- Carga horária: maior; suficiente;
- Instrutor: palestrantes de outras áreas e habilitados no assunto proposto;
- Local: locais apropriados, dentro ou fora do setor;
- Periodicidade: frequentes e com periodicidade definida;
- Atributos – expressam as qualidades do treinamento, esperadas pelos participantes: dinâmicos; objetivos e compreensíveis para cada área profissional;
- Planejamento e organização: sem falhas na organização; mais bem elaborados e programados com antecedência;
- Outros: com inscrição conforme disposição do funcionário e interesse da instituição; gratuitos.

Tabela 2. Distribuição por categorias das mudanças necessárias nos treinamentos por instituição e por categoria profissional, São Paulo – 2014

Como deveriam ser os treinamentos	PSI – HUUSP				PSA – HUUSP				PS – HCor			
	Enf		TE/AE		Enf		TE/AE		Enf		TE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
LNT	1	6,6	1	5,3	1	3,8	5	11,6	0	0	3	6,5
Objetivos instrucionais	0	0	0	0	1	3,8	0	0	1	4,5	0	0
Modalidade de entrega	1	6,6	0	0	2	7,7	0	0	0	0	1	2,2
Estratégias instrucionais	6	40	6	31,5	12	46,4	7	16,3	6	27,4	14	30,4
Meios instrucionais	2	13,5	0	0	1	3,8	0	0	3	13,7	1	2,2
Avaliação de aprendizagem	1	6,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Conteúdo	0	0	0	0	0	0	1	2,3	0	0	0	0
Público alvo	0	0	0	0	1	3,8	1	2,3	1	4,5	1	2,2
Horário	1	6,6	6	31,5	3	11,5	15	34,9	4	18,3	7	15,2
Carga horária	0	0	0	0	0	0	1	2,3	1	4,5	3	6,5
Instrutor	1	6,6	0	0	1	3,8	0	0	1	4,5	2	4,3
Local	0	0	0	0	2	7,7	0	0	2	9,1	5	10,9
Periodicidade	0	0	1	5,3	0	0	3	6,9	1	4,5	3	6,5
Atributos	2	13,5	1	5,3	2	7,7	2	4,7	0	0	3	6,5
Planejamento/ Organização	0	0	0	0	0	0	1	2,3	1	4,5	1	2,2
Mesmo formato	0	0	3	15,8	0	0	2	4,7	1	4,5	1	2,2
Minha opinião não tem valor	0	0	0	0	0	0	1	2,3	0	0	0	0
Outras	0	0	0	0	0	0	2	4,7	0	0	1	2,2
Não respondeu	0	0	1	5,3	0	0	2	4,7	0	0	0	0
Total	15	100	19	100	26	100	43	100	22	100	46	100

Esses dados indicaram que as maiores sugestões de mudanças nas ações educativas estavam relacionadas às estratégias instrucionais e ao horário, nas três realidades pesquisadas, tanto para enfermeiros como para técnicos e auxiliares de enfermagem.

As respostas à primeira parte da questão 3 - Os treinamentos que você participou foram úteis na prática? - podem ser visualizadas na tabela 3.

Tabela 3. Distribuição das respostas em relação à utilidade dos treinamentos na prática por instituição e por categoria profissional, São Paulo – 2014

Os treinamentos foram úteis na prática	PSI – HUUSP				PSA – HUUSP				PS – HCor			
	Enf		TE/AE		Enf		TE/AE		Enf		TE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	3	42,8	11	91,7	8	66,7	17	58,6	8	80	28	96,5
Não	1	14,3	0	0	0	0	1	3,5	0	0	0	0
Alguns sim, outros não	2	28,6	1	8,3	3	25	7	24,1	2	20	1	3,5
Poucos	0	0	0	0	1	8,3	0	0	0	0	0	0
Não respondeu	1	14,3	0	0	0	0	4	13,8	0	0	0	0
Total	7	100	12	100	12	100	29	100	10	100	29	100

Percebemos que a maioria dos profissionais enfermeiros e técnicos ou auxiliares de enfermagem dos três PS pesquisados afirmaram que os treinamentos foram úteis na prática.

As respostas que representavam as razões pelas quais os treinamentos foram ou não úteis na prática foram agrupadas nas quatro categorias descritas abaixo. Os resultados estão apresentados nas tabelas 4, 5 e 6 e as justificativas completas nos apêndices 19, 20, 21 e 22.

- **aperfeiçoamento profissional:** respostas que correspondiam à utilidade ou não dos treinamentos para a qualificação e atualização profissional ou para o acréscimo de conhecimentos, na perspectiva do indivíduo treinado;

- **melhoria da qualidade assistencial:** respostas pertinentes à qualificação ou não do atendimento ao paciente;
- **adequação às necessidades do setor:** respostas que faziam referência para à adequação a realidade específica do PS, direcionadas à rotina e temas de interesse;
- **outros:** respostas que não se enquadravam nas categorias anteriores e não justificavam a criação de outra categoria.

Tabela 4. Distribuição das justificativas dos profissionais que disseram que os treinamentos foram úteis na prática, por instituição, São Paulo – 2014

Por que sim?	PSI – HUUSP				PSA – HUUSP				PS – HCor			
	Enf		TE/AE		Enf		TE/AE		Enf		TE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aperfeiçoamento profissional	2	66,7	7	50	12	80	12	60	7	58,4	21	60
Melhoria da qualidade assistencial	1	33,3	3	21,5	2	13,3	1	5	0	0	4	11,4
Adequação às necessidades do setor	0	0	2	14,3	1	6,7	5	25	4	33,3	7	20
Outros	0	0	1	7,1	0	0	1	5	0	0	0	0
Não justificou	0	0	1	7,1	0	0	1	5	1	8,3	3	8,6
Total	3	100	14	100	15	100	20	100	12	100	35	100

A maioria dos profissionais dos serviços pesquisados acreditavam que os treinamentos possibilitaram o aperfeiçoamento profissional, o que remete à contribuição individual do resultado do treinamento.

Tabela 5. Distribuição das justificativas dos profissionais que disseram que os treinamentos não foram úteis na prática, por instituição, São Paulo – 2014

Por que não?	PSI – HUUSP				PSA – HUUSP				PS – HCor			
	Enf		TE/AE		Enf		TE/AE		Enf		TE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não possibilitou aperfeiçoamento profissional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Não permitiu a melhoria da qualidade assistencial	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Não foram adequados às necessidades do setor	0	0	0	0	0	0	1	50	0	0	0	0
Outros	4	100	0	0	0	0	1	50	0	0	0	0
Não justificou	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	4	100	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0

A tabela acima mostra que a maioria dos profissionais de enfermagem dos serviços pesquisados, que acreditavam que os treinamentos não foram úteis na prática, justificaram pela inadequação às necessidades do setor.

Entre os outros motivos, foram citados:

- PSI – HUUSP:

- Enfermeiros: falta de meios e estratégias instrucionais, como simulação realística e visitas a outras instituições de saúde; não verificação da aplicação do treinamento na prática e falta de periodicidade definida para retomar os treinamentos.

- PSA – HUUSP:

- Técnicos e Auxiliares de Enfermagem: dinâmica da unidade não permite a aplicação dos treinamentos.

Tabela 6. Distribuição das justificativas dos profissionais que disseram que alguns treinamentos foram úteis na prática, por instituição, São Paulo – 2014

Por que alguns?	PSI – HUUSP				PSA – HUUSP				PS – HCor			
	Enf		TE/AE		Enf		TE/AE		Enf		TE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não possibilitou aperfeiçoamento profissional	0	0	0	0	1	16,7	2	28,6	0	0	0	0
Não permitiu a melhoria da qualidade assistencial	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Não foram adequados às necessidades do setor	3	75	1	100	5	83,3	2	28,6	0	0	2	50
Outros	1	25	0	0	0	0	3	42,8	0	0	2	50
Não justificou	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	0	0
Total	4	100	1	100	6	100	7	100	2	100	4	100

Observamos na tabela 6 que a maioria dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem dos serviços pesquisados, que acreditavam que somente alguns treinamentos foram úteis na prática, apontaram como motivo a não pertinência dos treinamentos às necessidades do PS ou não possibilitaram o aperfeiçoamento profissional.

Entre os outros motivos, foram citados:

- PSI – HUUSP:

- Enfermeiros: treinamentos demasiadamente teóricos sem a parte prática.

- PSA – HUUSP:

- Técnicos e Auxiliares de Enfermagem: falhas na organização; falta de recursos físicos ou materiais para aplicar o treinamento e alta demanda de pacientes, não possibilitando a aplicação na prática.

- PS – HCor:

- Técnicos/Auxiliares de Enfermagem: falta de uma periodicidade definida - treinamentos não são frequentes - e alta demanda de pacientes, não possibilitando a aplicação na prática.

Um enfermeiro do PSA – HUUSP, o que corresponde a 2,4% dos participantes deste serviço, respondeu que poucos treinamentos foram úteis na prática, justificando que os treinamentos não foram adequados às necessidades do setor.

A primeira parte da questão 4 - Você gostaria de ajudar no planejamento dos treinamentos? Se sim, Como? Se não, por quê? - pode ser visualizada na tabela 7, que mostra que a maioria dos enfermeiros participaria do planejamento.

Quando verificamos os dados em relação aos técnicos e auxiliares de enfermagem, a situação se inverte, sendo que somente no PS – HCor, a maioria dos técnicos de enfermagem participariam do planejamento dos treinamentos.

As justificativas em relação à participação, à não participação e à dúvida em relação à participação no planejamento dos treinamentos podem ser visualizadas nas tabelas 8 e 9.

Tabela 7. Distribuição das respostas em relação à participação no planejamento dos treinamentos por instituição e por categoria profissional, São Paulo – 2014

Planejamento dos treinamentos	PSI – HUUSP				PSA – HUUSP				PS – HCor			
	Enf		TE/AE		Enf		TE/AE		Enf		TE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	5	71,4	3	25	11	91,7	14	48,3	7	70	19	65,5
Não	2	28,6	8	66,7	1	8,3	15	51,7	3	30	10	34,5
Talvez	0	0	1	8,3	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	7	100	12	100	12	100	29	100	10	100	29	100

Tabela 8. Distribuição das justificativas dos profissionais que disseram que participariam do planejamento dos treinamentos, por instituição, São Paulo – 2014

Se sim, como?	PSI – HUUSP				PSA – HUUSP				PS - HCor			
	Enf		TE/AE		Enf		TE/AE		Enf		TE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Incluindo opinião/visão/experiência/necessidades do funcionário e setor	0	0	2	50	2	11,2	0	0	0	0	3	15
Elaborando/planejando o treinamento (detecção do problema até discussão sobre como a aula deveria ser realizada)	3	50	0	0	3	16,7	6	30	1	12,5	3	15
Apresentando o treinamento (ministrando aulas/palestras/workshops)	2	33,3	0	0	1	5,5	1	5	2	25	0	0
Sensibilizando a equipe com os resultados desta pesquisa	1	16,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sendo multiplicadora/facilitadora na unidade	0	0	0	0	1	5,5	1	5	0	0	0	0
Propondo novos treinamentos/novos temas/novas ideias	0	0	0	0	1	5,5	5	25	0	0	3	15
Ajudando no que fosse preciso	0	0	0	0	1	5,5	0	0	0	0	0	0
Mostrando a realidade e direcionando a prática para a nossa vivência	0	0	0	0	2	11,2	1	5	1	12,5	0	0
Auxiliando na estação prática	0	0	0	0	1	5,5	0	0	0	0	0	0
Identificando as necessidades de treinamento do setor	0	0	0	0	2	11,2	1	5	0	0	1	5
Formando comissões	0	0	0	0	0	0	1	5	0	0	0	0
Auxiliando na adaptação e aplicação da informação no setor	0	0	0	0	2	11,2	0	0	0	0	0	0
Observando as dificuldades existentes no setor	0	0	0	0	0	0	1	5	0	0	0	0
Fornecendo conhecimento/ponto de vista/experiência	0	0	0	0	1	5,5	1	5	2	25	2	10
Realizando treinamento prático no setor	0	0	0	0	0	0	0	0	1	12,5	0	0
Realizando pesquisa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5

(continua)

(continuação)

Se sim, como?	PSI – HUUSP				PSA – HUUSP				PS - HCor			
	Enf		TE/AE		Enf		TE/AE		Enf		TE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Colocando a atuação do técnico de enfermagem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5
Fazendo papel de ator em simulados	0	0	0	0	0	0	1	5	0	0	1	5
Não justificou	0	0	2	50	1	5,5	1	5	1	12,5	5	25
Total	6	100	4	100	18	100	20	100	8	100	20	100

(conclusão)

Percebemos na tabela 8 que a maioria dos profissionais das três instituições participariam do planejamento dos treinamentos, desde a detecção do problema até a discussão da estratégia e do conteúdo do treinamento.

Tabela 9. Distribuição das justificativas dos profissionais que disseram que não participariam do planejamento dos treinamentos, por instituição, São Paulo – 2014

Se não, porque?	PSI – HUUSP				PSA – HUUSP				PS - HCor			
	Enf		TE/AE		Enf		TE/AE		Enf		TE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não tenho tempo disponível	2	100	4	50	0	0	6	40	3	75	7	63,6
Preciso ter mais conhecimento	0	0	1	12,5	0	0	0	0	0	0	0	0
Por estar no plantão noturno	0	0	2	25	0	0	0	0	0	0	0	0
Tenho pouca experiência	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0
Estou próxima da aposentadoria	0	0	0	0	0	0	1	6,7	0	0	0	0
Temos nossa Educação Continuada	0	0	0	0	0	0	1	6,7	0	0	1	9,1
Não tenho muitas ideias	0	0	0	0	0	0	1	6,7	0	0	0	0

(continua)

(continuação)

Se não, porque?	PSI – HUUSP				PSA – HUUSP				PS - HCor			
	Enf		TE/AE		Enf		TE/AE		Enf		TE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Gosto da assistência	0	0	0	0	0	0	2	13,3	1	25	1	9,1
Isto é para pessoas graduadas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	9,1
Não justificou	0	0	1	12,5	0	0	4	26,6	0	0	1	9,1
Total	2	100	8	100	1	100	15	100	4	100	11	100

(conclusão)

Constatamos que a maioria dos participantes que responderam que não participariam do planejamento dos treinamentos relataram a falta de tempo disponível, exceto no PSA - HUSUSP, que o único enfermeiro que respondeu que não participaria alegou ter pouca experiência.

O único profissional que respondeu talvez não justificou sua resposta.

As respostas à questão 5 - A unidade oferece condições para aplicar os conhecimentos, habilidades e atitudes aprendidos nos treinamentos? - podem ser visualizadas na tabela 10.

Apesar do questionário não ter solicitado a justificativa, alguns respondentes expuseram seus motivos, que foram agrupados em cinco categorias, pautadas no Modelo de Avaliação Integrada e Somativa (MAIS) de Borges-Andrade (2006), conforme abaixo. Os dados estão apresentados nas tabelas 11, 12, e 13:

- **insumos:** respostas que faziam referência aos fatores físicos e sociais e aos estados comportamentais e cognitivos, anteriores à instrução, que podem influenciar seus resultados;
- **procedimentos:** respostas que faziam referência às operações necessárias para facilitar ou produzir os resultados instrucionais;
- **processos:** respostas que faziam referência aos resultados intermediários ou efeitos parciais do treinamento ocorridos no

comportamento dos treinandos, à medida que os procedimentos são executados durante o treinamento;

- **resultados:** respostas que faziam referência aos efeitos do treinamento nos desempenhos finais exibidos pelos treinandos logo após a conclusão da ação educacional e
- **ambiente:** respostas que faziam referência aos motivos que justificavam a participação dos profissionais em determinada ação educacional, às informações disponíveis na organização sobre o treinamento, aos recursos humanos, materiais, financeiros, psicossociais presentes na organização que facilitavam ou dificultavam a concepção e a implantação de ações de treinamento e às consequências das ações educacionais nos comportamentos e nos resultados individuais, grupais e organizacionais.

As justificativas completas podem ser visualizadas nos apêndice 23, 24 e 25.

Tabela 10. Distribuição das respostas em relação à condição para aplicação dos CHA aprendidos nos treinamentos, por instituição e por categoria profissional, São Paulo – 2014

Condição de aplicação dos CHA aprendidos nos treinamentos	PSI – HUUSP				PSA – HUUSP				PS – HCor			
	Enf		TE/AE		Enf		TE/AE		Enf		TE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	6	85,7	11	91,7	4	33,3	12	41,4	8	80	26	89,7
Não	1	14,3	1	8,3	2	16,7	7	24,1	0	0	1	3,5
Às vezes	0	0	0	0	5	41,7	7	24,1	2	20	2	6,8
Não respondeu	0	0	0	0	1	8,3	3	10,4	0	0	0	0
Total	7	100	12	100	12	100	29	100	10	100	29	100

A tabela acima evidencia que a maioria dos profissionais acreditava que a unidade oferecia condições para aplicação dos CHA aprendidos nos treinamentos.

Tabela 11. Distribuição das justificativas dos profissionais que disseram que a unidade oferece condições para aplicação dos CHA aprendidos nos treinamentos, por instituição, São Paulo – 2014

Por que sim?	PSI – HUUSP				PSA – HUUSP				PS – HCor			
	Enf		TE/AE		Enf		TE/AE		Enf		TE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Insumos	0	0	5	41,7	1	25	1	8,3	1	10	1	3,8
Procedimentos	1	16,7	0	0	0	0	1	8,3	0	0	3	11,5
Processos	1	16,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Resultados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ambiente	2	33,3	2	16,6	2	50	0	0	3	30	4	15,4
Não justificou	2	33,3	5	41,7	1	25	10	83,4	6	60	18	69,2
Total	6	100	12	100	4	100	12	100	10	100	26	100

A partir destes dados, podemos perceber que a maior parte dos enfermeiros e técnicos e auxiliares de enfermagem dos serviços pesquisados, que justificaram suas respostas, atribuíram aos insumos e ao ambiente os motivos que propiciaram a aplicação dos CHA na prática.

Entre os motivos citados, destacamos:

- PSI – HUUSP:

- Enfermeiros: incentivo da chefia - ambiente;
- Técnicos e Auxiliares de Enfermagem: hospital escola; profissionais e chefias abertos para mudanças; unidade acolhedora; unidade oferece liberdade de atuação técnica e local de trabalho não existe rotina - insumos.

- PSA – HUUSP:

- Enfermeiros: incentivo da chefia; unidade oferece recursos físicos, materiais, tecnológicos e humanos - ambiente;

- Técnicos e Auxiliares de Enfermagem: local de trabalho não existe rotina - insumos.

- PS – HCor:

- Enfermeiros: unidade oferece recursos físicos, materiais, tecnológicos e humanos - ambiente;
- Técnicos de Enfermagem: unidade oferece recursos físicos, materiais, tecnológicos e humanos; prática do dia a dia cobra a aplicação e unidade tem pessoas com conhecimento técnico-científico - ambiente.

Tabela 12. Distribuição das justificativas dos profissionais que disseram que a unidade não oferece condições para aplicação dos CHA aprendidos nos treinamentos, por instituição, São Paulo – 2014

Por que não?	PSI – HUUSP				PSA – HUUSP				PS – HCor			
	Enf		TE/AE		Enf		TE/AE		Enf		TE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Insumos	0	0	0	0	2	50	4	33,3	0	0	2	100
Procedimentos	0	0	0	0	1	25	0	0	0	0	0	0
Processos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Resultados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ambiente	1	100	1	100	1	25	6	50	0	0	0	0
Não justificou	0	0	0	0	0	0	2	16,7	0	0	0	0
Total	1	100	1	100	4	100	12	100	0	0	2	100

Os insumos e o ambiente foram os motivos mais citados, por todos os profissionais, como fatores restritivos à aplicação dos CHA na prática, conforme podemos visualizar na tabela 12.

Entre os motivos citados, temos:

- PSI – HUUSP:

- Enfermeiros: falta recursos físicos, materiais, tecnológicos e humanos - ambiente;
- Técnicos e Auxiliares de Enfermagem: falta recursos físicos, materiais, tecnológicos e humanos - ambiente.

- PSA – HUUSP:

- Enfermeiros: alta demanda de pacientes e de trabalho; não realização no dia a dia de procedimentos técnicos e a maioria dos treinamentos são direcionados para revisão ou atualização de técnicas - insumos;
- Técnicos e Auxiliares de Enfermagem: falta recursos físicos, materiais, tecnológicos e humanos - ambiente.

- PS – HCor:

- Técnicos de Enfermagem: alta demanda de pacientes e de trabalho e multifunções agregadas à Enfermagem.

Tabela 13. Distribuição das justificativas dos profissionais que disseram que a unidade às vezes oferece condições para aplicação dos CHA aprendidos nos treinamentos, por instituição, São Paulo – 2014

Por que às vezes?	PSI – HUUSP				PSA – HUUSP				PS – HCor			
	Enf		TE/AE		Enf		TE/AE		Enf		TE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Insumos	0	0	0	0	3	37,5	4	40	1	50	1	50
Procedimentos	0	0	0	0	0	0	1	10	0	0	0	0
Processos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Resultados	0	0	0	0	1	12,5	0	0	1	50	0	0
Ambiente	0	0	0	0	3	37,5	5	50	0	0	0	0
Não justificou	0	0	0	0	1	12,5	0	0	0	0	1	50
Total	0	0	0	0	8	100	10	100	2	100	2	100

Podemos apreender da tabela 13, que a maioria dos enfermeiros e técnicos e auxiliares de enfermagem que justificaram suas respostas, atribuíram aos insumos, ao ambiente e aos resultados os motivos que dificultaram a aplicação dos CHA na prática.

Dentre os motivos, ressaltamos:

- PSA – HUUSP:

- Enfermeiros: alta demanda de pacientes e sobrecarga de trabalho – insumos; falta de recursos físicos, materiais, tecnológicos e humanos e dificuldade de adesão de outros profissionais -ambiente;
- Técnicos e Auxiliares de Enfermagem: alta demanda de pacientes; sobrecarga de trabalho e por ser um hospital escola o que leva a não definição de alguns papéis - insumos; falta de recursos físicos, materiais, tecnológicos e humanos e os treinamentos se perdem com o tempo - ambiente.

- PS – HCor:

- Enfermeiros: alta demanda de pacientes e sobrecarga de trabalho – insumos; treinamentos muito teóricos e com pouca aplicabilidade na prática - resultados;
- Técnicos de Enfermagem: alta demanda de pacientes e sobrecarga de trabalho - insumos.

Percebemos que os insumos e o ambiente são os elementos de maior influência para aplicação dos CHA na prática, visto que foram citados, pela maioria, tanto como facilitadores como dificultadores.

9.4 CONSTRUÇÃO DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DOS PS

9.4.1 Construção do programa do PSI - HUUSP

Síntese do 1º encontro

Compareceram a este encontro, uma enfermeira e três técnicas de enfermagem, que representavam os turnos da manhã, tarde e noite.

Iniciamos a reunião apresentando os resultados do questionário sobre levantamento de necessidades e planejamento de treinamentos, para disparar a discussão do grupo a partir dos dados encontrados junto ao coletivo do PSI. A primeira questão, referente à relação das necessidades identificadas, foi a última a ser apresentada, tendo em vista a sequência dos objetivos propostos para o grupo.

Na segunda questão, que versava sobre como deveriam ser os treinamentos, os integrantes do grupo consideraram que estes devem ser feitos no horário de trabalho, com utilização de recursos como simulação realística e voltados para as necessidades do PSI.

... eu acho que, pra mim, são coisas importantes em um treinamento... a questão do tempo... a questão de ser mais realista e a questão dos temas estarem voltados para o pronto socorro...

Afirmaram que nos dias atuais, faltam muitos treinamentos e os que têm ocorrido enfocam as ações do enfermeiro. Além disso, acreditavam que os treinamentos deveriam ser realizados em turmas pequenas para permitir uma melhor organização.

... quando eu entrei, comecei, tinha bastante treinamento, tudo o que mudava eles passavam, hoje em dia não... você aprende lá mesmo no setor...

... deveria ter mais, pois são muito poucos.. este ano teve somente dois treinamentos.

... os treinamentos, hoje, estão muito voltados para os enfermeiros e não para os técnicos...

...estabelecer grupos pequenos, porque quando tem dinâmica, aí acaba tumultuando...

Na reflexão da terceira questão acerca da utilidade prática do treinamento, novamente, ressaltaram que quando os treinamentos são voltados para a realidade do setor, são úteis. Por outro lado, afirmaram que alguns não foram úteis, devido à inviabilidade de colocar em prática, pela falta de tempo.

O treinamento quando voltado diretamente ao setor ele funciona, pois gera conhecimento para mim e ajuda o setor...

...o último treinamento que eu participei... a treinadora falou, você vai levar em média 15 minutos para fazer este relatório, preencher este questionário com o familiar... eu falei 15 minutos, eu já concluí na minha cabeça... eu recebo no "boom", em média 17 crianças x 15 minutos, em média quatro horas...quatro horas só para eu fazer o questionário... não dá.. impossível...na minha prática inviável...eu acabo passando isso para o Serviço Social...

Discutimos em seguida, se gostariam de participar do planejamento dos treinamentos. Enfatizaram que a maioria não tem tempo disponível e encontram dificuldades por estar no plantão noturno.

... a maioria das pessoas trabalha em dois lugares... são sobrecarregadas... para eles, seria sacrificar o outro emprego...

As pessoas que trabalham de noite não têm tempo mesmo, falta de ânimo, concentração.

Foi abordada, também, a dinâmica da unidade, que dificultava a participação em atividades desse tipo, além disso, há desinteresse por parte do profissional.

... de manhã, não dá para sair todos os funcionários... não tem como sair mais do que uma de lá... porque há poucos funcionários e muitos pacientes...

... desinteresse... há um desinteresse por parte dos funcionários em participar...

Quanto às condições de trabalho para aplicar os CHA desenvolvidos em treinamentos, os participantes levantaram pontos positivos e pontos negativos.

O fato de o HU ser um hospital escola e a sensibilização da equipe e apoio da chefia foram apontados como fatores que favorecem a aplicação dos CHA.

... a maior parte dos treinamentos, a gente consegue aplicar sim, pois, a gente está num hospital escola, porque a equipe toda se envolve e a chefe também sempre apoia...

Como desfavoráveis, citaram a falta de recursos materiais, físicos, tecnológicos e humanos.

... recursos em alguns momentos faltam para desenvolver algumas técnicas... a Instituição como um todo está passando por falta de recursos...

O último objetivo do encontro era selecionar o tema do programa de educação a ser elaborado nos encontros subsequentes. Com o grupo bastante participativo, passamos a examinar o rol de necessidades e interesses identificados pela equipe. Ponderaram, para essa escolha, os aspectos até então discutidos, elegendo o sistema respiratório, especificamente, “drogas utilizadas na emergência para crianças com asma”, como a necessidade e interesse mais importantes no momento, tendo em vista a grande demanda de atendimento desse agravo à saúde.

... por conta do “boom” ... treinamento respiratório... a maioria dos que internam são pacientes respiratórios...

Síntese do 2º encontro

Compareceram a este encontro, duas enfermeiras e cinco técnicas de enfermagem, que representavam os turnos da manhã, tarde e noite. Após retomada da discussão e decisão do encontro anterior, as participantes optaram por construir o programa, coletivamente, com apoio da pesquisadora.

Para decisão da modalidade de entrega do treinamento, o grupo ponderou que não existe uma plataforma de ensino à distância para realização de treinamentos na modalidade híbrida ou à distância. Optaram, assim, pelo treinamento presencial.

O planejamento instrucional visualizado no quadro 7 é fruto da versão acordada pelo grupo, após a discussão.

Destacamos, abaixo, trechos da discussão durante o processo de construção do planejamento instrucional.

... é interessante ver a construção a partir da gente e entre a gente... Vai que o curso realmente dê certo, vai ser muito legal porque a gente participou.

A gente pode pensar tanto no cognitivo, quanto no psicomotor.

Eu acho que é análise também, porque bate com o tema ... Tem que ter uma análise. Você não vai usar outra coisa diferenciada. Eu acho que engloba tudo. Envolve o asmático, a gravidade da situação, tanto quanto a medicação.

Quadro 7. Programa de educação do PSI – HUUSP – “Drogas utilizadas na emergência para criança asmática”, 2014

Planejamento Instrucional					
<p>Nome do Curso: Drogas utilizadas na emergência para criança asmática</p> <p>Objetivo Geral: Reconhecer as principais drogas utilizadas na emergência para crianças asmáticas</p> <p>Domínio predominante: Cognitivo</p> <p>Modalidade de entrega do treinamento: Presencial</p>					
Objetivos Específicos	Nível de Complexidade	Conteúdo	Estratégias Instrucionais	Meios Instrucionais	Avaliação do Treinamento
1. Definir o que é asma	Conhecimento	- Definição e fisiopatologia da asma	- Exposição Oral	- Slides	- Teste de conhecimento pós treinamento - Avaliação de reação de preenchimento opcional
2. Listar os sinais e sintomas da asma	Conhecimento	- Sinais e sintomas da asma	- Demonstração	- Vídeo	
3. Descrever a drogas utilizadas na emergência para criança asmática	Compreensão	- Drogas - Ação - Posologia - Efeitos colaterais	- Exposição Oral	- Slides	
4. Explicar os cuidados de enfermagem na administração das drogas utilizadas na emergência para criança asmática	Aplicação	- Modo de administração (diluição, forma de administração e tempo de infusão)	- Seminário	- Slides - Material Impresso	
5. Reconhecer incompatibilidades de doses e vias de administração na prescrição médica	Análise	- Conteúdos ministrados anteriormente	- Estudo de caso	- Slides - Material impresso

Síntese do 3º encontro

Compareceram ao encontro três enfermeiras e dois técnicos de enfermagem, que representavam os turnos da manhã, tarde e noite.

Para finalização do programa de educação, faltavam alguns itens do planejamento instrucional. As decisões do grupo durante o encontro estão descritas no quadro 8. Abaixo, ilustramos parte da discussão.

Avaliação de reação tem que ter, se fosse optativo, né? Vai me entregar a folha e falar: faz aí. Te obrigar a fazer? Que nem satisfação do paciente, quem não gosta ou não quer, fala ah tá bom eu vou escrever sim, sim e sim e vou embora. Não adiantou nada. O instrutor fica nossa que legal todo mundo preencheu ótimo.

Então, melhor marcar duas horas de curso porque as pessoas atrasam... E a gente tem de conteúdo uma hora e quarenta, mas marca o curso como duas horas.

Quadro 8. Tópicos discutidos e decisões tomadas no 3º encontro, PSI – HU/USP, 2014.

Tópicos discutidos	Decisões
Público-alvo	- Equipe de Enfermagem e residentes de Enfermagem do PSI - obrigatório - Equipe de Enfermagem e residentes de Enfermagem da UTI pediátrica, UTI neonatal e Enfermaria Pediátrica - opcional
Carga horária total	- Duas horas
Carga horária diária	- Duas horas
Tempo para realização das atividades programadas	- 10 minutos para objetivo um - Cinco minutos para objetivos dois - 30 minutos para objetivo três - 40 minutos para objetivo quatro - 10 minutos para objetivo cinco - Cinco minutos para teste de conhecimento e avaliação de reação
Materiais de apoio	- Slides - Compact Disc - Drogas - Materiais impressos
Referências	- Livro de fisiopatologia da asma - <i>Handbook</i> de diluição de drogas - Livro de cuidados de enfermagem
Instrutor (es)	- Enfermeiros do PSI

Após estas definições, foi realizado fechamento do grupo focal, momento em que cada integrante pôde expressar, oralmente, suas percepções acerca da sua participação nos encontros e, também, foi aplicada a avaliação de reação.

Todos os participantes avaliaram positivamente sua participação no grupo e reforçaram a importância desse momento:

... Eu gostei. Em grupo, eu entendi muita coisa que passava despercebida. Eu gostei.

... eu tenho um treinamento montado... depois que eu vi esse curso eu falei: Meu Deus, eu preciso rever um monte de fases para poder atingir o objetivo que eu quero que é melhorar a assistência de enfermagem para o paciente.

Eu aprendi muito, muito mesmo. Achei muito legal, foi prático, foi dinâmico. Assim, eu me senti muito à vontade de colocar as minhas opiniões e as minhas ideias.

Eu achei muito organizado. Eu não sabia que tinha toda uma prática atrás disso. Todo esse raciocínio. Eu nunca pensei quando fosse fazer o trabalho teria que pensar tudo isso. Era só chegar lá e não é assim. Eu aprendi bastante.

Muito enriquecedor. Acho que todas nós nos transformamos por estar aqui. Realmente, superou muito a expectativa. Eu acho que eu vim muito mais para querer oferecer e na verdade eu ofereci pouco. Eu aprendi.

Achei muito bom e é uma forma de buscar novos conhecimentos. Dá uma direção.

Na avaliação de reação, os sete integrantes atribuíram notas de um a dez para o grupo focal, sendo que um atribuiu nota nove, (14,3%); cinco atribuíram nota dez (71,4%) e um participante não respondeu (14,3%).

Em relação à promoção de reflexão através do grupo focal, abordagem de assuntos do interesse, mudança de opinião a respeito de alguma questão, sentiu-se à vontade durante o grupo e se participaria novamente do mesmo tipo de grupo, 100% dos participantes disseram “sim”.

A avaliação de reação também continha duas perguntas abertas, além do espaço para sugestões. As respostas estão apresentadas abaixo por pergunta.

O que você mais gostou da atividade?

- Forma de aplicação do grupo;
- Dinamismo do grupo e as ideias que clarearam os nossos conceitos a respeito de treinamento;
- Conteúdo;
- Abordagem para o aprendizado;
- Discussão em equipe;
- Método de explicação;
- Material impresso e
- Aquisição de conhecimentos.

O que você menos gostou da atividade?

- Ser fora do horário de trabalho;
- Tempo corrido e
- Não ter vindo no primeiro encontro.

Sugestões:

- Fazer no horário de trabalho e
- Que haja mais planejamentos de treinamentos nesse modelo.

9.4.2 Construção do programa do PSA - HUUSP**Síntese do 1º encontro**

Compareceram três enfermeiras e três técnicas de enfermagem, que representavam os turnos da manhã, tarde e noite.

Iniciamos com a discussão dos resultados da segunda questão do questionário - como deveriam ser os treinamentos. Os integrantes reiteraram que os treinamentos deveriam ser voltados para as necessidades do PSA e realizados em horários flexíveis, dentro ou fora do horário de trabalho e que os treinamentos teóricos deveriam ser feitos em uma sala de aula fora da estrutura física do PS e que a parte prática poderia ser realizada na própria estrutura da unidade.

... eu acho que tinha que ser o PS, focar o PS. Não acho que o treinamento deva ser geral. Acho que tem que priorizar o PS.

Quando existe um treinamento institucional, de alguma rotina nova, eles enviam uma tabela com vários horários, e quem está na chefia ou a enfermeira do plantão, distribui as pessoas no horário... prioriza para fazer dentro do horário de serviço, quem tem dois empregos e no dia que tiver mais enfermeiras... À noite, não tem treinamento, então, fazem um pouco antes ou um pouco depois. Geralmente, o pessoal da noite faz um pouco depois do horário. Não chega mais cedo, sai mais tarde... Assim, vai trabalhando. Geralmente, é isso que tem ocorrido.

... a parte teórica dos treinamentos deveria ser feita fora do PS... Não só a gente se desligar quanto quem está lá se desligar da gente. Você está recebendo treinamento, aí aparece um médico perguntando algo. A cabeça não consegue focar e nem absorver tudo... ou os familiares mesmo acham que aquilo não é válido, sem nem saber direito o que eles estão fazendo, porque eles acham que a necessidade deles é ali, absoluta e que tem que ser satisfeita naquele momento.

... eu acho que alguns treinamentos deveriam ser realizados dentro do PS, treinamentos práticos, por exemplo, extração de paciente politraumatizado de dentro do carro. Às vezes, a família socorre, coloca dentro do carro, você tem que colocar colar, imobilizar. Eu acho que é interessante fazer um treinamento prático dentro do pronto socorro com os funcionários.

Enfatizaram que o setor deveria dispor dos materiais que são apresentados nos treinamentos. Referiram que, muitas vezes, os produtos e materiais utilizados nos treinamentos não estão disponíveis no dia a dia, ou por falta ou por não serem produtos e materiais padronizados no setor ou que ainda estão sendo pesquisados seu custo-efetividade pela Universidade.

Tudo no PS chega muito tarde. Chega mais cedo lá em cima e parece que vai descendo...

Ressaltaram que os treinamentos da Instituição são atualizados, modernos e baseados em pesquisas.

... eu gosto muito dos cursos daqui, porque eles são atualizados ... é tudo provado em cima de pesquisa. Nunca tem um curso que não seja respaldado por muita pesquisa... o HU é muito moderno nesse ponto. Nada é feito sem a pesquisa, sem provar que aquilo ali é correto.

Na discussão da terceira questão sobre a utilidade dos treinamentos na prática, os participantes alegaram que para que isso aconteça, devem ser priorizadas as necessidades do PS, pois, muitas vezes, participaram de treinamentos que são comuns a todo o Hospital.

... os treinamentos para serem úteis no dia a dia tem que ser voltados para a necessidade do PS.

Salientaram, novamente, a divergência de produtos e materiais que são utilizados nos treinamentos, mas, não estão disponíveis no setor, tornando o treinamento pouco útil. Muitas vezes, os produtos e materiais estão disponíveis em outras unidades, mas, demoram a chegar ao PS.

Aqui, realmente, a gente demora muito. No PS mesmo, chegou faz pouco tempo... Já na clínica médica, minhas amigas estão usando há muito mais tempo, desde o ano passado. Então, todo mundo sabia o que tinha que ser feito? Sim. Mas, não tinha. A gente sabe o que é melhor, só que não usa por uma questão de política.

A seguir, passamos a discutir se gostariam de participar do planejamento dos treinamentos e a maioria dos participantes disseram que tinham interesse.

... acho importante, além de participar como ouvinte, ser uma multiplicadora na unidade ou ser uma facilitadora, propondo novos treinamentos e ideias para isso.

... ter a oportunidade de mostrar a nossa realidade, direcionando a prática para a nossa vivência.

... participando da equipe multidisciplinar que separadas por área de atuação, identificariam as necessidades de treinamentos.

... participar do planejamento, de acordo com a aplicabilidade no meu setor, de forma que o treinamento seja mais adequado à realidade do setor.

... participar do planejamento de treinamentos favorece e valoriza as ideias.

Quanto às condições na unidade para aplicar os CHA aprendidos nos treinamentos, os participantes destacaram aspectos favoráveis e desfavoráveis.

Dentre os pontos positivos citados, estão o apoio da chefia, ser um hospital escola e a diversidade de procedimentos que acontecem no PSA.

... nós temos facilidade com o que a gente aprende, temos o respaldo da nossa chefia para aplicar.

Temos um hospital escola que dá um respaldo muito bom.

... o PS nos possibilita aplicar todo aprendizado, pois, comporta muitos procedimentos e práticas que, às vezes, não tem em outro setor.

Como pontos negativos, ressaltaram que a alta demanda de pacientes, agravada pela diminuição do quadro de funcionários e a incompatibilidade da estrutura física não propiciavam as condições necessárias para aplicação dos CHA.

É que a gente bate com o problema muito pontual do PS: a demanda é flutuante. Ora você tem uma demanda baixa, então você tem os recursos humanos disponíveis, o material está disponível... E tem hora que você tem uma demanda absurda.

Acho que o que interfere bastante no não aplicar o treinamento, é a estrutura física. Atrapalha muito. Por exemplo, o nosso último treinamento aqui foi de preparo de medicação, de cuidados com o preparo. Não mudou nada a estrutura física para o dia a dia. Fizeram uma reforma pequena, que atende, na minha opinião, pouquíssima coisa do que foi dito aqui no treinamento de cuidado, de manutenção, de medicação, de preparo, técnicas. Por exemplo, a sala de medicação mesmo não mudou nada, até piorou pra gente.

... no surto de dengue .. nossa demanda passou de 900 pacientes/dia para até 1600 pacientes/dia. Então, praticamente, dobrou a demanda. Você acredita que nessa demanda você consegue aplicar todos os conhecimentos e treinamentos? Na verdade, a gente tem que trabalhar

com produtividade para dar conta de gerar fluxo de pacientes para conseguir atender todo mundo.

Quando eu entrei aqui, tinha bastante funcionário. Aí, saiu um enfermeiro porque conseguiu um trabalho na área, saiu outro, saiu outro, licenças, então, você acaba ficando sem recursos humanos por isso, pela falta de contratações.

Após analisarem a relação dos treinamentos apontados pela equipe, foi escolhido o tema “Atendimento à Parada Cardiorrespiratória” (PCR), como o programa de educação a ser desenvolvido durante os encontros do grupo focal.

Eu acho que é PCR, porque muita gente vai dizer que já sabe, já sabe lidar, mas vai ter aquela dúvida que vai poder ser sanada com o atendimento...

Acho que na nossa realidade, vai ajudar muito.

Acho que a ideia é colocar até o ABCDE né, porque o que é importante priorizar tem a ver com o que as pessoas sentem a falta do que fazer dentro da sala de emergência para poder estabilizar o paciente, o mais rápido possível.

Uma coisa que a gente até estava falando no começo, que se realmente for feito da parada, é uma coisa que dá bem para fazer no teórico prático né? Que é o que a gente estava falando, que teria que ter. E também dá para fazer fora do local de trabalho, mas também dá pra ser feito dentro, para a retirada do paciente com parada de dentro do carro, na sala de emergência, para mexer no monitor. Então, acho que vai dar pra fazer mais completo.

Síntese do 2º encontro

Compareceram, três enfermeiras e três técnicos de enfermagem que representavam os turnos da manhã, tarde e noite.

As participantes decidiram realizar a construção do programa coletivamente com apoio da pesquisadora.

...a gente vai redigir os objetivos juntos desse treinamento e vai escolher a modalidade de entrega, e tudo junto.

Selecionamos, abaixo, algumas falas importantes durante o processo de construção do planejamento instrucional.

Mas, até onde a gente vai? Porque acho que na hora que a gente chegar nos objetivos específicos, vai até análise. Síntese e avaliação daí não dá pra ir não.

Quando você fala em demonstrar, a impressão que me dá é que você tem uma boneca, uma pessoa deitada, que ela está realmente parada, em uma parada, e aí você está demonstrando, você está fazendo, pra ver se você aprendeu ou não.

Primeiro objetivo específico... identificar a PCR. Segundo, enumerar as fases do atendimento. Porque a gente consegue colocar todas as etapas dentro disso. O que é? Você vai chamar ajuda, vai posicionar o paciente, preparar material de ventilação, vai iniciar massagem cardíaca, vai preparar desfibrilador, vai preparar droga, como vai ser organizado.

Vamos usar exposição oral e dramatização, não é? A gente monta um slide de quais são os principais sintomas de um paciente parado e, com isso, faz essa dramatização.

Eu acho que tem que ter o pré e o pós e essa da avaliação de reação também para saber se foi proveitoso.

Para decisão da modalidade de entrega do treinamento, o grupo ponderou que não existia uma plataforma de ensino à distância para realização de treinamentos na modalidade híbrida ou à distância. Optaram, assim, pelo treinamento presencial.

No quadro 9, apresentamos o planejamento instrucional referente à versão acordada pelo grupo e discutida durante a reunião.

Quadro 9. Programa de educação do PSA – HUUSP – “Desmitificando o atendimento à PCR no PSA”, 2014

Planejamento Instrucional					
Nome do Curso: Desmitificando o atendimento à PCR no PSA					
Objetivo Geral: Demonstrar na prática os conhecimentos adquiridos					
Domínio predominante: Cognitivo					
Modalidade de entrega do treinamento: Presencial					
Objetivos Específicos	Nível de Complexidade	Conteúdo	Estratégias Instrucionais	Meios Instrucionais	Avaliação do Treinamento
1. Identificar uma PCR	Conhecimento	- Sinais e sintomas de PCR	- Exposição Oral - Dramatização	- Slides - Atores	- Teste de conhecimento pré e pós treinamento - Avaliação de reação
2. Enumerar as etapas de atendimento à PCR	Conhecimento	- Etapas preconizadas pela <i>American Heart Association</i>	- Exposição Oral	- Slides	
3. Reconhecer os ritmos de PCR	Compreensão	- Ritmos cardíacos de PCR	- Exposição Oral	- Slides	
4. Aplicar a sequência de atendimento à PCR de acordo com o ritmo	Aplicação	- Algoritmos de PCR da <i>American Heart Association</i>	- Simulação	- Boneco de simulação realística - Monitor cardíaco - Materiais de ressuscitação cardiopulmonar (RCP)	
5. Avaliar o desempenho no atendimento	Análise	- Algoritmos de PCR da <i>American Heart Association</i>	- Estudo de caso	- Boneco de simulação realística - Monitor cardíaco - Materiais de RCP - Atores

Síntese do 3º encontro

Compareceram quatro enfermeiras e uma técnica de enfermagem, que representavam os turnos da manhã, tarde e noite.

Destacamos, abaixo, algumas ponderações importantes durante o processo decisório de finalização do planejamento instrucional.

O teste tem que ser bem elaborado. A gente pode jogar um enunciado de estudo de caso com respostas de alternativas. Dá para fazer isso.

Eu pensei numa coisa aqui no público alvo... também tem que entrar residentes de enfermagem, né?

Então, vamos pensar na carga horária. Duas horas? Uma hora para a teoria e uma hora para a parte prática?

Então, a gente vai precisar do manual do ACLS, datashow, boneco, os materiais de PCR, que já entra tudo e o monitor cardíaco, certo?

Eu acho que a gente poderia pensar em um número fechado de instrutores e eu acho que vai ser a gente...

As decisões descritas no quadro 10 se referem à versão discutida e acordada pelo grupo durante a reunião.

Quadro 10. Tópicos discutidos e decisões tomadas no 3º encontro, PSA – HU/USP, 2014

Tópicos discutidos	Decisões
Público-alvo	- Enfermeiros, residentes de enfermagem e técnicos e auxiliares de enfermagem do PSA
Carga horária total	- Quatro horas
Carga horária diária	- Duas horas de estudo dirigido - Duas horas de aula (uma hora para a teoria e uma hora para a prática)
Tempo para realização das atividades programadas	- 10 minutos para objetivo um - 10 minutos para objetivo dois - 20 minutos para objetivo três - 20 minutos para objetivo quatro - 50 minutos para objetivo cinco - 10 minutos para teste de conhecimento e avaliação de reação

Tópicos discutidos	Decisões
Materiais de apoio	<ul style="list-style-type: none">- Slides- Boneco de simulação realística- Monitor- Materiais de RCP- Traçados de ECG- Manual do ACLS
Referências	<ul style="list-style-type: none">- Guideline da American Heart Association- Manual do ACLS- Livro de atendimento à PCR- Guia da instituição de atendimento à PCR
Instrutor (es)	<ul style="list-style-type: none">- Enfermeiros do PSA

Após estas definições, foi realizado fechamento do grupo focal, momento em que cada participante pôde expressar suas percepções acerca da sua participação nos encontros e também foi aplicada a avaliação de reação.

Todos os participantes avaliaram positivamente sua participação no grupo e reforçaram a importância desse momento:

Eu gostei. Acho que é sempre bom a gente se manter atualizada e acho que, de alguma forma, levar isso para todo mundo, para a equipe. Porque a prática, a vivência diz muito do que a gente é e do que a gente faz...

... obrigada pela oportunidade. Acho que é um conhecimento novo e uma área nova para a gente. Foi muito bom.

Serviu para mostrar que realmente não é fácil montar um treinamento para nenhuma equipe. Porque, às vezes, a gente reclama, mas também não vê as dificuldades que têm de fazer um treinamento, ainda mais para uma equipe tão heterogênea quanto a do PS, que tem necessidades enormes de conhecimento e de treinamento, porque é um setor muito prático e muito assistencial.

... é legal porque ficou uma porta aberta. Instigou um pouco a nossa curiosidade de montar novos treinamentos e quem sabe no futuro fazer trabalhos com isso.

... foi muito prazeroso participar. Acho que esse momento de pausa para discussão e avaliação das necessidades do setor deveria ocorrer com mais frequência. A gente acaba ficando sempre na correria, na prática. Vai, vai, vai, vai e você acaba esquecendo.

... a gente acabou percebendo que dá trabalho montar um treinamento, mas se você faz um treinamento direcionado para o seu setor e para o seu público, você acaba motivando o funcionário a participar e até aprender mesmo... porque eles vão olhar e falar, isso tem a nossa cara, é o que eu vivo.

Chamar a gente que é do PS para fazer um treinamento para o PS motiva a gente.

Eu tenho 15 anos que trabalho aqui. Eu sempre fui em cursos e eu sempre levantei a minha mão e nunca cabe no PS... Graças a Deus vocês chegaram...

Na avaliação de reação, os cinco respondentes atribuíram notas de um a dez para o grupo focal, sendo que um atribuiu nota nove (20%) e quatro atribuíram nota 10 (80%).

Em relação à promoção de reflexão, abordagem de assuntos do interesse, se sentiu-se à vontade durante o grupo e se participaria novamente do mesmo tipo de grupo, 100% dos participantes disseram “sim”.

Na questão relacionada à mudança de opinião a respeito de alguma questão, dos cinco, um respondeu que não mudou de opinião, correspondendo a 20% e quatro responderam que mudaram de opinião, equivalendo a 80%

Não houve sugestões e as respostas às duas perguntas abertas, estão apresentadas abaixo.

O que você mais gostou da atividade?

- Liberdade de participação e ideias que afloraram;
- Embasamento científico na elaboração de treinamento;
- Reflexão da prática e troca de conhecimentos;
- Discussão democrática de ideias;
- Aprendizado
- Motivação para novos desafios e criação de novos treinamentos.

O que você menos gostou da atividade?

- Não continuidade do grupo focal.

9.4.3 Construção do programa do PS – HCor

Síntese do 1º encontro

Estiveram presentes, três enfermeiras e três técnicos de enfermagem, que representavam os turnos da manhã, tarde e noite.

Iniciando a discussão com a apresentação dos resultados de como deveriam ser os treinamentos, os integrantes referiram que os treinamentos poderiam ser ministrados por profissionais capacitados, independente de sua formação e de diferentes categorias profissionais, o que enriqueceria as abordagens do tema.

... também por profissionais capacitados, mesmo que não seja só enfermeiro, mas que seja um médico.

Eu acho que tem muitos técnicos aí que são capacitados tanto quanto enfermeiro...

Evidenciaram que ações educativas teóricas e práticas favorecem a sedimentação dos conhecimentos.

... acho mesmo que os treinamentos devem ser teóricos e práticos, essa é a minha visão.

Sugeriram que sejam oferecidos treinamentos no horário de trabalho e fora dele. Durante o horário de trabalho, é possível liberar poucos trabalhadores por plantão, devido ao número insuficiente de pessoal e para treinar 100% da equipe, demoraria muito. Assim, se faz necessário, caso o treinamento seja feito no horário de trabalho, a previsão na escala. Ressaltaram que quando estavam no treinamento no horário de trabalho, como não há cobertura na escala, não prestavam a devida atenção, pois, estavam preocupados com a assistência. Diante disso, deveria haver flexibilidade, compensando, com horas em haver, os funcionários que ficassem fora do seu horário de trabalho.

Eu acho que o treinamento tem que ser flexível. Acho que a gente tem que dar alternativa para o colaborador. O ideal, eu também concordo, que o ideal seria dentro do horário de trabalho. Porém, como não é possível, a gente pode, por exemplo, colocar alternativas, aquele que não está dentro do horário de trabalho tem que ser recompensado de uma outra forma...

... olha você tem seu banco de horas, você tem um outro benefício. Dar alternativa para que o colaborador se sinta incentivado a participar.

A quantidade de funcionários que o pronto socorro consegue liberar por plantão é muito pequena, então até treinar 100% vai demorar muito tempo...

Então, o enfermeiro tem que acompanhar a escala do dia, organizar a escala que propicie você tirar um ou outro para o treinamento. Se planejar na escala para poder fazer o treinamento...

Relembaram que quando a demanda de pacientes não era tão alta, os trabalhadores se reuniam durante o horário de trabalho para discutir pontos importantes relacionados à assistência. Hoje não é possível realizar esta educação informal.

Às vezes, a gente fazia isso. Por exemplo, eu gosto de fazer eletro no monitor de transporte. Eu chamei assim: alguém sabe? Aí tinha um povo: não, não, ou sei, sei. Então, a gente juntou e fez, mas fez mesmo. Deita um aí e faz.

Você sabe usar essa cadeira da ambulância? Te ensinaram? Não? Vem aqui, vamos lá. Monta, desmonta, sobe, deita, levanta.

Mas ... agora está super cheio, lotadíssimo, não é todo dia que consegue.

Possuir dois empregos provoca equívocos na realização dos procedimentos, no manuseio de equipamentos e observância dos protocolos.

... porque funcionários trabalham em dois empregos e, algumas vezes, confundem os protocolos e outras porque não se lembram dos protocolos.

Às vezes eles erram os kits aqui, porque o kit do outro serviço não era da mesma forma...

Salientaram a necessidade de um foco nos funcionários novos e que o treinamento da Educação Continuada concentrava muita informação em pouco tempo.

Mas eu acho que o foco tem que ser mais para o funcionário novo. Quando eu entrei, eu posso ter 15 anos de pronto socorro, mas aqui é totalmente diferente, aqui você zera tudo. Acabou, seu conhecimento que você tem de trauma, aqui acabou, você não sabe mais nada, acabou mesmo, porque aqui o forte é cardiológico.

Porque a gente sai da educação continuada sem saber. É muita informação em pouco tempo e você é jogado num setor que você, zero, você tem que aprender a pedir as coisas.

Ressaltaram o bom ambiente de trabalho e a fertilidade da equipe do pronto socorro ao conhecimento.

... a gente consegue resolver a situação porque a equipe está muito aberta a conhecimento, nós temos bons enfermeiros que estão sempre abertos, também, ao diálogo.

Não existe aquela questão que eu sei mais do que você. E isso é uma coisa boa, porque nós temos um bom ambiente de trabalho.

Os integrantes afirmaram, acerca da utilidade prática do treinamento, que em relação ao treinamento admissional são passadas rotinas do Hospital no geral, o que é importante, mas, que deveria ser agregado um treinamento admissional específico para o pronto socorro ou pelo menos um dia na Educação Continuada com treinamento de protocolos do setor.

... o treinamento é bem genérico, fala do Hospital, da rotina, mas o PS é um hospital a parte.

O treinamento generalista que o HCor faz na admissão não funciona.

Pelo menos um dia que ficasse aqui na educação continuada, a gente conseguisse passar alguns protocolos do pronto socorro, assim, separadamente...

Tal como as provas anuais, às quais os funcionários do PS são submetidos, o treinamento admissional deveria ser específico, pois os funcionários mais novos, mesmo com experiência anterior em PS, sentem-se como recém-formados.

Eu acho que seria uma boa pedida a gente conseguir que o treinamento admissional dos funcionários do PS fosse diferenciado, assim como as provas nossas anuais são diferenciadas por setor.

... muitos estão chegando e não sabem nada, zero e vem de outro serviço.

Em relação às capacitações, os participantes afirmaram que deveriam ser priorizadas as necessidades do PS e exemplificaram os treinamentos sondagem nasoenteral e glicemia capilar, que não houve clareza de utilidade.

... às vezes, realmente acontece, a gente sair do nosso setor para receber um treinamento que não é direcionado ao pronto socorro.

Apontaram como alternativa viável de treinamento específico para o setor, a lista de aulas estabelecidas pela Supervisão do PS, com intuito de melhorar as ações desenvolvidas e, para as quais, um enfermeiro ficaria responsável por elaborar e ministrar a aula.

... o supervisor tem uma lista anual que para tentar melhorar essa situação, ele coloca, nós enfermeiros, como instrutores de aulas com relação aos nossos protocolos do PS. Isso eu achei que melhorou bastante...

Além disso, enfatizaram que a Instituição tem ótimos recursos para treinamento.

...bonequinho para dizer se você está fazendo compressão correta, que fica verdinho, vermelhinho...

Em relação, à participação no planejamento dos treinamentos ressaltaram a importância de todos terem suas opiniões ouvidas e suas experiências respeitadas.

Eu acho que a gente sempre tem que ouvir a opinião de todos e eu acho válido que os instrutores do curso sejam profissionais mistos, para que também seja respeitada a experiência que o outro tem.

acho que respeitar a experiência de cada um, o conhecimento de cada um, é válido...

Enfatizaram a importância dos diversos profissionais participarem, não só no planejamento dos treinamentos, mas também, como instrutores, desde que se sintam confortáveis nesta atividade e que fossem respeitadas as suas competências. Essa participação não deve se restringir ao enfermeiro, pois, existem muitos técnicos de enfermagem capacitados.

Eu acho que todo mundo é capaz... acho que é muito de acordo com a experiência que as pessoas têm, ou o que elas se sentem mais a vontade em fazer ou falar... a gente valorizar o outro, independente da graduação...

Acreditavam que a participação de todos os profissionais aumentaria a adesão nas ações de treinamento, valorizaria o indivíduo e o trabalho, além de aumentar a interação entre as equipes. Ademais, dar voz aos envolvidos auxiliaria na identificação das necessidades de treinamento.

Eu acho que muda a adesão. A partir do momento que uma pessoa participa de alguma coisa, mesmo que seja menor, ele vai ficar curioso para ver o resultado daquilo. Ele vai saber que aquilo vai ser bacana, vai ser legal e vai ficar interessado em participar, vai multiplicar, vai convidar outras pessoas, vai dizer que aquilo é legal...

Une a equipe e faz com que o profissional se valorize, valorize seu trabalho, o seu dia a dia.

Eu acho que o ideal é a participação, mesmo porque, às vezes, o que eu acho que o funcionário precisa, tudo bem ele pode precisar daquilo, mas ele tem alguma coisa a mais para me dizer... tem que partir do que ele precisa, porque a partir do momento que for o que ele precisa, ele vai querer participar.

Quanto às condições de trabalho para aplicar os CHA desenvolvidos em treinamentos, enfatizaram que a unidade oferece condições para tal, quando o enfoque foi o trabalho no PS.

... todos aqueles que estão direcionados ao pronto socorro, sempre nos dão condições. Ninguém passa um treinamento no PS se não estiver a folha que você vai ter que usar, o equipamento que você vai ter que utilizar. Isso não acontece.

Apontaram que a adesão dos médicos aos treinamentos deveria ser aumentada, considerando que isso auxiliaria na aplicação adequada dos protocolos institucionais e respeito aos tempos terapêuticos.

Eu acho que o médico, o profissional médico, tem que ser incluído, tem que ser incluído. Ele tem que saber, exatamente, qual é o protocolo...

... nós temos tempo para tudo: tempo para o eletro, tempo para sair, tempo para as medicações, coletar os exames, tempo para subir para a hemodinâmica. Então assim, se ele participa, se ele é orientado, eu não preciso ficar debatendo, eu só falo uma vez: Dr. seu tempo está acabando. Vamos subir o cliente.

Após a exposição da relação dos treinamentos apontados pela equipe, foi escolhido o tema “Eletrocardiograma”, como o programa de educação a ser desenvolvido nos encontros seguintes. A escolha se deu em função da necessidade.

... eu acho que o interesse veio da necessidade. A eleição foi eletrocardiograma, porque eles sempre tiveram necessidade de interpretar...

Síntese do 2º encontro

Estiveram presentes duas enfermeiras e três técnicos de enfermagem, que representavam os turnos da manhã, tarde e noite.

O grupo decidiu que preferia desenvolver as atividades em grupo, ao invés, de individualmente.

... preferimos trabalhar em grupo... em grupo de cinco.

Selecionamos, abaixo, algumas falas importantes durante o processo de construção do planejamento instrucional.

É mais fácil escrever tudo e depois ir cortando.

Coitado... Não vai querer fazer mais não. Vai ser quantos dias o curso? Ou ano? É uma graduação. Alguns minutos não vai rolar.

Aqui no campo da aplicação, a gente geralmente vê, quando aprende na faculdade, aquela linha de eletro bonitinha, desenhadinha. Quando você vê de uma pessoa normal, não é exatamente daquele jeito. Você consegue aplicar, se você transportar aquilo para o nível de aplicação. Aqui na análise, você consegue olhar para aquele eletro e falar: "Olha, essa onda aqui está invertida". Você já faz um análise junta, identifica uma alteração, ou junta com um sintoma. Olha, ele está dizendo que tem tal coisa. Então, esse sintoma mais esse traçado aqui me indica que ele está com a tal da supra que eu tenho que fazer o protocolo.

Ou então, usar esse de análise como objetivo geral, que é o maior, e os outros como objetivos específicos para atingir. Assim, o meu objetivo maior, pelo menos o que eu enxergo aqui, nos meus verbos, o meu objetivo maior está na compreensão. Foi o que eu achei. Que nós temos como objetivo de conhecer, identificar uma onda S desnivelada.

Eu coloquei algum aqui, por exemplo: Eu coloquei reconhecer, principalmente, pela questão cognitiva. Eu coloquei reconhecer, praticar.

Para decisão da modalidade de entrega do treinamento, o grupo ressaltou que muitos trabalhadores teriam dificuldade de usar o computador em suas residências, ou por não possuírem o recurso ou por não saberem utilizar; se fosse disponibilizado o computador da unidade, não haveria tempo suficiente para acessá-lo devido à alta demanda de pacientes.

No quadro 11, apresentamos o planejamento instrucional referente à versão acordada pelo grupo e discutida durante a reunião.

Quadro 11. Programa de educação do PS – HCor - “Noções Básicas de ECG”, 2014

Planejamento Instrucional					
<p>Nome do Curso: Noções Básicas de ECG</p> <p>Objetivo Geral: Diferenciar o ECG normal das principais alterações eletrocardiográficas</p> <p>Domínio predominante: Cognitivo</p> <p>Modalidade de entrega do treinamento: Presencial</p>					
Objetivos Específicos	Nível de Complexidade	Conteúdo	Estratégias Instrucionais	Meios Instrucionais	Avaliação do Treinamento
1. Definir as ondas do ECG	Conhecimento	- Anatomia e fisiologia do coração - Eletrofisiologia	- Exposição Oral	- Slides	- Teste de conhecimento pré e pós treinamento - Avaliação de reação
2. Reconhecer se o ritmo é regular ou irregular	Compreensão	- Ritmo sinusal - Taquiarritmia - Bradiarritmia	- Exposição Oral - Demonstração	- Slides - Aparelho de ECG	
3. Calcular a frequência cardíaca	Aplicação	- Método 1500	- Exposição Oral - Estudo de Caso	- Slides - Material Impresso (ECG)	
4. Distinguir a síndrome coronariana aguda (SCA) com supra do segmento ST de um ECG normal	Análise	- Fisiopatologia da SCA - Protocolo de infarto agudo do miocárdio com supra do segmento ST	- Exposição Oral - Estudo de Caso	- Slides - Material Impresso (ECG)	
5. Utilizar o aparelho de ECG nas derivações: V3R, V4R, V7, V9 e DII	Mecanização	- Derivações precordiais e periféricas; - Particularidades.	- Exposição Oral - Demonstração	- Slides - Aparelho de ECG

Síntese do 3º encontro

Estiveram presentes três enfermeiras e um técnico de enfermagem, que representavam os turnos da manhã, tarde e noite.

Selecionamos, abaixo, algumas falas importantes durante o processo decisório de finalização do planejamento instrucional.

Vai ter uma provinha, porque não vai ter como a gente avaliar de outra forma.

Público alvo vai ser enfermeiros e técnicos, independente de tempo de casa.

Eu acho que a gente poderia fazer os três primeiros um encontro só e os dois últimos em um segundo encontro. Porque anatomia e fisiologia, os ritmos e os métodos de frequência cardíaca, a gente fala em um momento. E depois IAM [Infarto Agudo do Miocárdio] com supra e a prática em outro momento.

A gente pode dar como referência, o que a gente tem na biblioteca. Então, a gente busca os nomes que têm eletrocardiograma básico e a gente fala.

Eu acho que, às vezes uma pessoa de fora, neutra, é bacana porque também não tem aquele aspecto de - caramba ele trabalha comigo e está sabendo que eu não sei. Porque, às vezes, algumas pessoas vão ficar com vergonha de fazer e de perguntar alguma coisa e ouvir - não acredito que você está me perguntando isso, entendeu? Não sei, acho que alguém de fora dá um ar de neutralidade de aula mesmo, de curso. E talvez, no segundo dia, que é protocolo, já que é manuseio, pode ser uma pessoa daqui, não sei.

As decisões descritas no quadro 12 se referem à versão discutida e acordada pelo grupo durante a reunião.

Quadro 12. Tópicos discutidos e decisões tomadas no 3º encontro, PS – HCor – 2014

Tópicos discutidos	Decisões
Público-alvo	- Enfermeiros e técnicos de enfermagem do PS
Carga horária total	- Quatro horas
Carga horária diária	- Duas horas (dois dias de duas horas)
Tempo para realização das atividades programadas	Primeiro dia: - Uma hora para objetivo um - Uma hora para objetivos dois e três Segundo dia: - Uma hora para objetivo quatro - Uma hora para objetivo cinco
Materiais de apoio	- Slides - ECG já realizados - Aparelho de ECG
Referências	- Slides do curso - Protocolos institucionais do DOcNix - Protocolos da <i>American Heart Association – Basic Life Support</i> (BLS) e ACLS - Livro de anatomia, fisiologia e ECG
Instrutor (es)	- 1º dia: profissional externo (médico ou enfermeiro) - 2º dia: profissional interno (enfermeiro) - Parte prática: profissional interno (técnico de enfermagem)

Após estas definições, foi realizado encerramento do grupo focal, momento em que cada participante pôde expressar suas percepções acerca da sua participação nos encontros e também foi aplicada a avaliação de reação.

Todos os participantes avaliaram favoravelmente sua participação no grupo e reforçaram a importância desse momento:

... refletir sobre a prática, ter a oportunidade de debater com os demais colegas um assunto de interesse comum...

.... a possibilidade de elaborar um treinamento que será muito útil para o nosso serviço...

... promover a discussão entre membros da mesma equipe sendo de diferentes categorias... técnicos e enfermeiros estiveram envolvidos de forma horizontal...

... gostei muito do contato com a técnica formal para elaboração de um treinamento....

Na avaliação de reação, os quatro integrantes do grupo focal que preencheram a avaliação de reação, atribuíram notas de um a dez para o grupo focal, sendo que três atribuíram nota nove (75%) e um atribuiu nota 10 (25%).

Em relação à promoção de reflexão através do grupo focal, abordagem de assuntos do interesse, se sentiu-se à vontade durante o grupo e se participaria novamente do mesmo tipo de grupo, 100% dos participantes disseram “sim”.

Na questão relacionada à mudança de opinião a respeito de alguma questão, um participante respondeu que não mudou de opinião (25%) e três responderam que mudaram de opinião (75%).

A avaliação de reação também continha duas perguntas abertas, além do espaço para sugestões. As respostas estão apresentadas abaixo por pergunta.

O que você mais gostou da atividade?

- Encontrar formas para promover treinamentos necessários aos colaboradores do setor;
- Criatividade e
- Coleguismo da equipe reunida.

O que você menos gostou da atividade?

- De ter acabado;
- Pouco tempo e
- Ser no pós plantão.

Sugestões:

- Continuar os encontros para desenvolver treinamentos pertinentes ao setor;
- Ter mais pessoas participando desta atividade.

9.5 PROCESSO DE EDUCAÇÃO DOS PS

9.5.1 Processo de educação do PSI e do PSA do HUUSP

Em relação à realização da avaliação de necessidades de treinamento, esta era feita a partir de reunião com chefias, reuniões de Conselho Técnico, indicadores assistenciais e informações dadas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

Eu sento com as chefias dessas áreas e aí a gente faz uma elaboração, tenta fazer uma previsão de programação de treinamentos que elas acham necessários para a área.

.. uma outra forma de levantamento que a gente também tem rotineiro, a gente tem as reuniões de conselho técnico que acontece uma vez por mês e que participam técnicos, enfermeiros e diretores de todas as áreas e o pronto socorro está dentro delas também. Nessas reuniões de conselho técnico, também surgem alguns levantamentos de necessidades de treinamentos específicos ou pelo próprio grupo ou dependendo de alguma discussão cujo tema tenha sido abordado dentro dessas reuniões, então, é solicitado um treinamento específico para alguma situação.

Um outro levantamento vem da CCIH, também por conta das questões que envolvem pronto socorro ... em cima dos dados que eles têm de coleta de indicadores...

A gente também faz um levantamento de indicadores de assistência e de gestão. Esses indicadores fornecem para gente algumas falhas em geral do que acontece. Então, está acontecendo um número muito grande de quedas na clínica médica. Então, a gente vai em busca de alguma coisa, alguma atuação específica para atender essa demanda, que a gente vê pelos resultados de indicadores.

No que diz respeito, às necessidades atuais dos PS, destacou como necessidade do PSI, treinamento de técnica de aplicação de injeção intramuscular concomitante para o fracionamento de doses; para o PSA, bomba de infusão, controle de drogas vasoativas e administração de medicamentos.

... para a área infantil, especificamente, é aplicação intramuscular, que é uma necessidade que elas mesmas haviam trazido para a gente, não em termos de diluição de drogas, não é isso, mas local de aplicação ou de aplicação simultânea, dependendo da dosagem para a criança...

... atualmente, eles têm trazido alguma coisa de uso de bomba de infusão e de controle de drogas vasoativas... foi uma necessidade que elas trouxeram; mas, o que a gente percebeu é que a gente precisava de alguma coisa de atuação na sala de preparador, porque lá no pronto socorro adulto, eles trabalham com sala de preparador de medicamentos. E a gente estava tentando focar um pouco mais nesse preparador para ver problemas relacionados a erros de medicação...

Relacionado ao planejamento dos treinamentos, a responsabilidade é de um grupo de trabalho formado por enfermeiros do SEQ e do setor.

... a gente monta um grupo de trabalho e esse grupo de trabalho se responsabiliza por pensar, por planejar como vai ser esse treinamento, se a gente vai manter os mesmos moldes, se a gente vai usar alguma estratégia diferente...

Quando se trata da distribuição da equipe para participar dos treinamentos, existe número de vagas estabelecido por área; são disponibilizados horários no período da manhã e da tarde, não havendo treinamentos no período noturno. Existem treinamentos obrigatórios e não obrigatórios.

... a gente divide o número de vagas para que todo mundo consiga participar. Então, em alguns momentos, a gente faz um mapa. Então, assim, nesse dia, o pronto socorro adulto vai ter cinco vagas de manhã, às 7h30, três vagas às 10 horas, X vagas às 14h e X vagas às 17h...

Dependendo do enfoque e demanda do treinamento, a gente vê junto com as chefias da obrigatoriedade...

A avaliação de aprendizagem através de pré e pós teste era feita somente para treinamentos considerados “grandes”. A avaliação do treinamento na prática e avaliação do treinamento pela avaliação de desempenho não eram sistematizada. A entrevistada enfatizou que a implantação da avaliação de aprendizagem sempre foi uma dificuldade enfrentada pelo setor.

Então, eu acho que isso é um problema. Acho que sempre foi.

A gente, para treinamentos que a gente chama de treinamentos grandes, a gente elabora pré e pós-testes.

... dependendo do treinamento, esse acompanhamento na área, a gente, claro que repassa isso para a chefia, mas a gente acaba perdendo de vista para que isso entre na avaliação de desempenho. Aí é uma coisa que depende da chefia, algumas chefias conseguem retomar isso, mas a gente não tem uma estrutura definida dessa avaliação.

Quando questionada em relação à sua opinião geral sobre os treinamentos, a participante levantou pontos fortes, como por exemplo, o uso de multiplicadores e pontos de fragilidade, tais como, o próprio processo de avaliação citado anteriormente e o levantamento de necessidades que não era realizado com os profissionais que estavam no dia a dia.

O que eu acho legal é trabalhar com a questão dos multiplicadores, porque assim, são as pessoas que estão na prática, na área de trabalho, elas já são referência. Então, primeiro elas têm a visão da área. Na minha área, eu consigo fazer tal coisa, não consigo, o melhor horário é esse. Então, essa questão dos multiplicadores eu acho que é uma coisa muito bacana, muito positiva.

9.5.2 Processo de educação do PS do HCor

A avaliação de necessidades de treinamento, segundo a entrevistada, decorria de reunião com os gestores da área e com Gerência Executiva e indicadores assistenciais.

... a gente alinha com as áreas e com a Gerente Executiva, quais os treinamentos e o que a gente pode ofertar para a área. Então, a gente vai muito da necessidade que eles têm ...

... também baseados nos indicadores, aquilo que foi mais gritante, além da gente tentar trabalhar mensal ou uma coisa que surgiu de uma hora para outra, a gente faz o levantamento em cima dos indicadores. Teve muito erro de medicação, muito erro de identificação de paciente, então, a gente vai trabalhar em cima disso daí também.

No que diz respeito, às necessidades atuais, a respondente disse que visualizava como treinamentos necessários para o PS, avaliação e reavaliação da dor, preparo para cardioversão, atendimento de emergência e anotação de enfermagem,

A gente tem trabalhado muito as rotinas que são já institucionais, por exemplo: avaliação e reavaliação de dor, que eu acredito, não que eles não saibam, mas pela demanda de atendimento e pelo volume de pacientes, essa parte fica falha de registros e isso, querendo ou não, tem impacto na assistência.

Algumas coisas que são específicas da própria área, como por exemplo, o preparo do paciente para uma cardioversão, um atendimento de emergência...

Relacionado ao planejamento dos treinamentos, a responsabilidade era da Educação Permanente juntamente com o gestor da área.

A gente faz um planejamento geral e o específico que é de área, a gente faz junto com o gestor.

Quando se tratava da distribuição da equipe para participar dos treinamentos, existe número de vagas estabelecido por área quando o treinamento exige uma limitação do número de participantes, como por exemplo, *Basic Life Support* (BLS) ou por limitação da estrutura física do local de realização. Eram disponibilizados horários no período da manhã, tarde e noturno. Existiam treinamentos obrigatórios e não obrigatórios.

... se for um treinamento específico... os de emergência, por exemplo BLS, a gente tem vaga limitada.

Tem uma outra coisa também de limitação, por exemplo: eu vou trazer um palestrante de fora. O auditório cabe 20 pessoas, são 20 pessoas. Nesses casos, a gente acaba limitando.

Tem alguns treinamentos que são obrigatórios, por exemplo, os institucionais são obrigatórios. Curso de BLS é obrigatório.

... tem treinamentos que não são obrigatórios, que acabam não sendo para todos...

A avaliação por meio de testes de aprendizagem era feita somente para alguns treinamentos. A avaliação anual de aprendizagem era feita através de prova específica para o setor; a avaliação na prática era feita pelos preceptores e a avaliação pela avaliação de desempenho estava implantada.

A avaliação pré e pós teste, a gente não está fazendo para todos os treinamentos, alguns que a gente acredita que seja de mais impacto, a gente faz...

... a gente faz a avaliação anual, porque aí a gente engloba tudo, tudo que é necessário, seja cálculo de medicação, seja indicadores, seja as questões de CCIH, de segurança de paciente, então a gente engloba tudo isso numa avaliação anual.

Porque o profissional é acompanhado pelo preceptor e cada setor tem uma ficha de acompanhamento do profissional.

A gente aplica a prova anual antes da avaliação de desempenho. Aí, a gente passa as notas para o gestor da área até para que, quando ele for fazer a avaliação de desempenho ele vincular isso também. “Olha, você fez a avaliação, você atingiu a média, parabéns”. Ou “não atingiu, o que aconteceu?”

Por fim, quanto às opiniões gerais sobre os treinamentos, as entrevistadas assinalaram como pontos favoráveis a atuação dos multiplicadores no HUUSP e a parceria com a gerência executiva no HCor; dentre os pontos de fragilidade, citaram, no HUUSP, o levantamento de necessidades, que não era realizado com os profissionais que atuavam no dia a dia nas unidades; a avaliação de aprendizagem na prática do trabalho e avaliação dos custos dos treinamentos; no HCor, pouca liberdade de escolha das estratégias instrucionais.

9.6 SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS

Considerando o grande número de informações até aqui apresentado, preparamos esta síntese dos resultados, articulando-os de forma a fomentar a discussão.

As interlocuções mais marcantes, encontradas nas entrevistas com as gestoras e com as enfermeiras do SEQ e da EP; nos questionários e nas discussões dos grupos focais, estão abaixo destacadas.

- **Necessidades e interesses de treinamentos**

- Nas três realidades pesquisadas e para as três funções, a categoria treinamento técnico foi a mais prevalente, abarcando treinamentos relativos a procedimentos e assistência de enfermagem e patologias. Os treinamentos técnicos também foram os mais citados pelas gestoras.

- **Como deveriam ser os treinamentos**

- Em relação às mudanças necessárias no modo como os treinamentos eram realizados, nas três realidades estudadas, tanto para enfermeiros como para técnicos e auxiliares de enfermagem, as maiores necessidades de alteração estavam relacionadas às estratégias instrucionais - os treinamentos deveriam ser teórico-práticos e com utilização de recursos de simulação realística - e ao horário - os treinamentos poderiam ser realizados durante ou fora do horário de trabalho, mas deveriam ser disponibilizados vários horários para atingir todos os plantões.

- **Utilidade dos treinamentos na prática**

- A maioria dos profissionais de enfermagem participantes, dos três PS, declararam que os treinamentos foram úteis na prática, pois, possibilitaram aperfeiçoamento profissional.

- **Participação no planejamento dos treinamentos**

- Os enfermeiros das duas instituições e a maioria dos técnicos de enfermagem do PS – HCor participariam do planejamento dos treinamentos; a maior parte dos técnicos e auxiliares de enfermagem do HUUSP, no entanto, não participaria. Estes achados foram ratificados pelas gestoras de enfermagem quando informaram que, nos treinamentos *in loco*, os únicos envolvidos eram os enfermeiros, sejam assistenciais ou com cargo de gerência ou supervisão, do

próprio setor ou vinculado a grupos de estudos. As enfermeiras do SEQ e EP, também, reiteraram a exclusão dos profissionais do nível médio no planejamento das ações de TD&E, reforçando que as chefias é que estavam envolvidas diretamente nesse planejamento.

- **Condições oferecidas pela unidade para aplicação dos treinamentos**

- Os três PS ofereciam condições para aplicação dos CHA aprendidos nos treinamentos, principalmente no que se refere ao ambiente - apoio da chefia - e insumos - disponibilidade de recursos físicos, humanos, materiais e tecnológicos. A suficiência desses recursos no entanto, foi apontada diretamente somente na realidade do PS – HCor, tanto na fala da gestora, quanto nas discussões do grupo focal. No PSI e PSA do HUUSP, a falta de recursos foi citada tanto nas entrevistas das gestoras de enfermagem, quanto nas discussões dos participantes do grupo focal. Nos encontros dos grupos focais, também foi ressaltada a importância do respaldo da chefia para utilizar as novas habilidades adquiridas nos treinamentos.

As principais definições do grupo focal podem ser visualizadas abaixo; os programas de educação consolidados, podem ser visualizados nos quadros 13, 14 e 15. O quadro 16 apresenta a síntese das entrevistas com os enfermeiros do SEQ e da EP.

- **Treinamento de interesse**

- Na discussão para a escolha do tema de treinamento que seria trabalhado, as escolhas dos três grupos recaíram sobre os treinamentos técnicos tão presentes nas suas próprias escolhas, nas escolhas das gestoras de enfermagem e das enfermeiras do SEQ e da EP.

- **Modalidade de entrega**

- Os três grupos escolheram como modalidade de entrega o presencial, considerando como princípios para esta decisão: análise do perfil quantitativo e qualitativo dos treinandos; análise das diferentes alternativas de estratégias instrucionais de acordo com a rotina e característica da clientela e análise dos recursos financeiros, materiais e tecnológicos disponíveis na organização e necessários à implantação de cada uma das modalidades.

- **Domínio predominante**

- Os três grupos escolheram como domínio predominante o cognitivo, por compreenderem que este domínio abarca um conjunto de atividades intelectuais envolvidas no processo de aprendizagem.

- **Níveis de aprendizagem**

- Os três grupos redigiram objetivos cognitivos nos níveis do conhecimento, compreensão, aplicação e análise, por buscarem resultados de aprendizagem nestes níveis. O grupo do PS – HCor incluiu um objetivo específico do domínio psicomotor no nível da mecanização, pois a utilização do aparelho de ECG estava relacionada a esse nível.

- **Conteúdos**

- Os conteúdos foram definidos baseados nos objetivos específicos descritos.

- **Estratégias e meios instrucionais**

- Foi privilegiada a utilização de estratégias mais participativas e práticas, como por exemplo, demonstração, dramatização, estudo de caso, seminário e simulação combinadas com a exposição oral. Na seleção dos meios instrucionais, foi privilegiado o uso de insumos que

estivessem disponíveis na própria instituição, como atores para a dramatização, boneco de simulação realística, aparelho de ECG, monitor cardíaco, materiais impressos, materiais de RCP e vídeo, associados aos *slides*.

- **Avaliação de aprendizagem**

- O grupo do PSI – HUUSP optou pela aplicação dos testes de conhecimento pré e pós treinamento e avaliação de reação opcional; os grupos do PSA – HUUSP e do PS - HCor optaram pela aplicação do aplicação dos testes conhecimento pré e pós treinamento e pela avaliação de reação. Nenhum dos três grupos optaram pela avaliação na prática.

- **Público alvo**

- Os três grupos centraram sua atenção para a Equipe de Enfermagem, sendo que o PSI e PSA incluíram, também, os residentes de Enfermagem. Apesar de ter aparecido durante as discussões do grupo focal do PS – HCor que os médicos deveriam participar dos treinamentos, este público não foi incluído.

- **Carga horária**

- Os três grupos optaram por uma carga horária que não prejudicasse a atividade assistencial e pela realização dentro do horário de trabalho.

- **Referências**

- Os três grupos indicaram as referências bibliográficas necessárias para atingir cada um dos objetivos específicos. Assim, foram recomendados guias institucionais, *guidelines*, *handbooks*, livros, manuais e protocolos institucionais e internacionais.

- **Instrutores**

- O PSI e o PSA do HU-USP elegeram os enfermeiros do setor. Já o PS - HCor, além dos enfermeiros do setor, decidiram por incluir o médico e enfermeiro externo para o primeiro dia e para o segundo dia, enfermeiros do setor e técnicos de enfermagem.

Quadro 13. Programa de educação consolidado do PSI – HUUSP – “Drogas utilizadas na emergência para criança asmática”, 2014

Planejamento Instrucional						
<p>Nome do Curso: Drogas utilizadas na emergência para criança asmática</p> <p>Objetivo Geral: Reconhecer as principais drogas utilizadas na emergência para crianças asmáticas</p> <p>Domínio predominante: Cognitivo Modalidade de entrega do treinamento: Presencial Carga horária: Duas horas</p> <p>Público alvo: Equipe de Enfermagem e residentes de Enfermagem do PSI (obrigatório) e Equipe de Enfermagem e residentes de Enfermagem da UTI pediátrica, neonatal e enfermagem pediátrica (opcional)</p> <p>Instrutores: Enfermeiros do PSI</p>						
Objetivos Específicos	Nível de Complexidade	Conteúdo	Estratégias Instrucionais	Meios Instrucionais	Referências	Avaliação do Treinamento
1. Definir o que é asma (10')	Conhecimento	- Definição e fisiopatologia da asma	- Exposição Oral	- Slides	- Livro de fisiopatologia da asma - <i>Handbook</i> de diluição de drogas - Livro de cuidados de enfermagem	- Teste de conhecimento pós-treinamento - Avaliação de reação de preenchimento opcional (5')
2. Listar os sinais e sintomas da asma (5')	Conhecimento	- Sinais e sintomas da asma	- Demonstração	- Vídeo em compact disc		
3. Descrever a drogas utilizadas na emergência para criança asmática (30')	Compreensão	- Drogas - Ação - Posologia - Efeitos colaterais	- Exposição Oral	- Slides		
4. Explicar os cuidados de enfermagem na administração das drogas utilizadas na emergência para criança asmática (40')	Aplicação	- Modo de administração (diluição, forma de administração e tempo de infusão)	- Seminário	- Slides - Material Impresso		
5. Reconhecer incompatibilidades de doses e vias de administração na prescrição médica (10')	Análise	- Conteúdos ministrados anteriormente	- Estudo de caso	- Slides - Material impresso

Quadro 14. Programa de educação consolidado do PSA – HUUSP – “Desmitificando o atendimento à PCR no PSA”, 2014

Planejamento Instrucional						
Nome do Curso: Desmitificando o atendimento à PCR no PSA						
Objetivo Geral: Demonstrar na prática os conhecimentos adquiridos						
Domínio predominante: Cognitivo			Modalidade de entrega do treinamento: Presencial		Carga horária: Quatro horas	
Público alvo: Equipe de Enfermagem e residentes de Enfermagem do PSA						
Instrutores: Enfermeiros do PSA						
Objetivos Específicos	Nível de Complexidade	Conteúdo	Estratégias Instrucionais	Meios Instrucionais	Referências	Avaliação do Treinamento
1. Identificar uma PCR (10´)	Conhecimento	- Sinais e sintomas de PCR	- Exposição Oral - Dramatização	- Slides - Atores	<i>- Guideline da American Heart Association (AHA)</i> - Manual do ACLS - Livro de Atendimento à PCR - Guia da instituição de atendimento à PCR	 - Teste de conhecimento pré e pós treinamento - Avaliação de reação (10´)
2. Enumerar as etapas de atendimento à PCR (10´)	Conhecimento	- Etapas preconizadas pela <i>American Heart Association</i>	- Exposição Oral	- Slides		
3. Reconhecer os ritmos de PCR (20´)	Compreensão	- Ritmos cardíacos de PCR	- Exposição Oral	- Slides		
4. Aplicar a sequência de atendimento à PCR de acordo com o ritmo (20´)	Aplicação	- Algoritmos de PCR da <i>American Heart Association</i>	- Simulação	- Boneco de simulação realística - Monitor cardíaco - Materiais de ressuscitação cardiopulmonar (RCP)		
		- Algoritmos de PCR da <i>American Heart Association</i>		- Estudo de caso		
5. Avaliar o desempenho no atendimento (50´)	Análise

Quadro 15. Programa de educação consolidado do PS – HCor – “Noções Básicas de ECG”, 2014

Planejamento Instrucional						
<p>Nome do Curso: Noções Básicas de ECG</p> <p>Objetivo Geral: Diferenciar o ECG normal das principais alterações eletrocardiográficas</p> <p>Domínio predominante: Cognitivo Modalidade de entrega do treinamento: Presencial Carga horária: Quatro horas</p> <p>Público alvo: Equipe de Enfermagem do PS</p> <p>Instrutores: Enfermeiros e técnicos de enfermagem do PS e médico ou enfermeiro externo</p>						
Objetivos Específicos	Nível de Complexidade	Conteúdo	Estratégias Instrucionais	Meios Instrucionais	Referências	Avaliação do Treinamento
1. Definir as ondas do ECG (1h)	Conhecimento	- Anatomia e fisiologia do coração - Eletrofisiologia	- Exposição Oral	- Slides	- Slides do curso - Protocolos institucionais do DOcNix - Protocolos da AHA - Livro de anatomia, fisiologia e ECG	- Teste de conhecimento pré e pós treinamento - Avaliação de reação
2. Reconhecer se o ritmo é regular ou irregular (30')	Compreensão	- Ritmo sinusal - Taquiarritmia - Bradiarritmia	- Exposição Oral - Demonstração	- Slides - Aparelho de ECG		
3. Calcular a frequência cardíaca (30')	Aplicação	- Método 1500	- Exposição Oral - Estudo de Caso	- Slides - Material Impresso (ECG)		
4. Distinguir a síndrome coronariana aguda (SCA) com supra do segmento ST de um ECG normal (1h)	Análise	- Fisiopatologia da SCA - Protocolo de infarto agudo do miocárdio com supra do segmento ST	- Exposição Oral - Estudo de Caso	- Slides - Material Impresso (ECG)		
5. Utilizar o aparelho de ECG nas derivações: V3R, V4R, V7, V9 e DII (1h)	Mecanização	- Derivações precordiais e periféricas; - Particularidades.	- Exposição Oral - Demonstração	- Slides - Aparelho de ECG

Quadro 16. Síntese dos principais resultados das entrevistas com os enfermeiros dos serviços de educação, São Paulo, 2014

	HU/USP	HCor
LNT	Reunião com as chefias Reuniões de Conselho Técnico Comissão de Controle de Infecção Hospitalar Indicadores assistenciais	Reunião com os gestores das áreas Reunião com Gerência Executiva Indicadores assistenciais
Necessidades atuais	Pronto Socorro Infantil: técnica de aplicação de injeção intramuscular concomitante para o fracionamento de doses Pronto Socorro Adulto: bomba de infusão, controle de drogas vasoativas e preparo e administração de medicamentos	Avaliação e reavaliação de dor Preparo para cardioversão Atendimento de emergência Anotação de Enfermagem
Planejamento	Grupo de trabalho formado por enfermeiros do SEQ e do setor	Educação Permanente com o gestor da área
Distribuição da equipe	Existem treinamentos obrigatórios e não obrigatórios Disponibilizam horários no período da manhã e tarde Não há treinamento no período noturno Existe distribuição de número vagas por áreas	Existem treinamentos obrigatórios e não obrigatórios Disponibilizam horários no período da manhã, tarde e noite Existe distribuição de número de vagas por áreas quando o treinamento exige (ex. BLS) ou por limitação da estrutura física
Avaliação	Pré e pós testes realizados para treinamentos “grandes” Avaliação do treinamento na prática e avaliação do treinamento pela avaliação de desempenho não é sistematizada	Pré e pós testes realizados para alguns treinamentos Avaliação anual através de provas específicas por setor Avaliação na prática realizada pelos preceptores Avaliação pela avaliação de desempenho implantada
Opinião	Pontos fortes: multiplicadores Pontos fracos: levantamento de necessidades, avaliação de aprendizagem na prática e avaliação dos custos dos treinamentos.	Pontos fortes: parceria com a Gerência Executiva Pontos fracos: pouca liberdade de escolha das estratégias instrucionais

10 Discussão

10 DISCUSSÃO

O PSI e o PSA do HUUSP são Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II, que são unidades instaladas em hospitais gerais de médio porte, aptos a prestarem assistência de urgência e emergência ao segundo nível de assistência hospitalar de média complexidade (Brasil, 2002a).

O PS – HCor é uma Unidade Hospitalar de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I, que é uma unidade instalada em um hospital especializado e que deveria contar com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências e emergências de natureza clínica e cirúrgica, nas áreas de pediatria ou traumato-ortopedia ou cardiologia (Brasil, 2002a).

Analizando, primeiramente, o ambiente do PS, em relação à estrutura física comparada à RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002, os três PS apresentam desacordos, a saber:

O PSI do HUUSP não dispõe e deveria dispor dos seguintes ambientes: sala de triagem; sala de exames - ECG e coleta de exames laboratoriais; posto de enfermagem e prescrição médica e área para guarda de macas e cadeiras de rodas (Brasil, 2002b).

O PSA do HUUSP não dispõe e deveria dispor de: sala de exames - ECG e coleta de exames laboratoriais; posto de enfermagem e prescrição médica e área para guarda de macas e cadeiras de rodas (Brasil, 2002b).

Além disso, esses dois PS possuem ambientes que não são adequados, como por exemplo, sala de espera para pacientes e acompanhantes; sala de procedimentos; sala de observação e sanitários. Ao PSA – HUUSP, acrescentam-se: área de recepção; sala de espera para pacientes e acompanhantes; sala de triagem e classificação de risco; salas de procedimentos; sala de urgência com leitos de estabilização e sala de observação.

O PS – HCor não dispõe e deveria dispor dos seguintes ambientes: sala de exames - ECG e coleta de exames laboratoriais; sala de urgência com leitos de estabilização; sala de isolamento com anti-câmera e banheiro; área para guarda de macas e cadeiras de rodas; sala de descanso com sanitários e chuveiros e

sala de reunião. A sala de espera, sala de procedimento, sala de observação e posto de enfermagem e prescrição médica não são adequados.

Essas deficiências somadas à insuficiência de material, no PSI e no PSA do HUUSP, à defasagem de recursos tecnológicos no PSA – HUUSP e a inadequação quantitativa do quadro de profissionais nos três PS são compreendidas como fatores que interferem negativamente na aplicação dos treinamentos na prática e como condições impeditivas para transferência dos CHA aprendidos nos treinamentos, o que os torna, muitas vezes, sem utilidade.

O'Dwyer, Matta e Pepe (2008) encontraram problemas semelhantes nos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro, em relação às questões estruturais e aos recursos tecnológicos; ao *déficit* de recursos humanos, principalmente na enfermagem, que era mais importante do que o de recursos tecnológicos e maior do que o de médicos; em geral, os profissionais de enfermagem estavam mais capacitados.

As atribuições dos profissionais das instituições pesquisadas são semelhantes às do estudo de Santos e Lima (2011), que evidenciaram ações dos enfermeiros no planejamento do cuidado; na execução do processo de enfermagem; no controle da realização de exames laboratoriais e radiológicos; na previsão e provisão de recursos e no gerenciamento de recursos humanos - supervisão, liderança e capacitação da equipe de enfermagem.

Na pesquisa realizada por Garlet et al (2009), foi constatada a atuação em equipe e a articulação entre as diferentes categorias profissionais no atendimento das situações de urgência e emergência. Esse achado corrobora os resultados deste estudo que apontam a atividade assistencial de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem no atendimento assistencial aos pacientes de urgência e emergência, sejam eles lotados na sala de observação ou na sala de emergência.

A não participação do técnico e auxiliar de enfermagem no planejamento de ações educativas contraria os princípios da PNEPS, demonstrando que existe um grande caminho a ser percorrido para a implantação plena da EPS, pois, esta pressupõe uma prática que gere um momento de escuta de todos os envolvidos, de circulação de informações e de elaboração da tomada de decisão compartilhada, possibilitando a aprendizagem no trabalho.

Os dados citados anteriormente são comparáveis aos encontrados por O'Dwyer, Oliveira e Seta (2009), onde dos oito hospitais avaliados, sete hospitais não tinham a Política de Educação Permanente implantada.

O modo de fazer LNT, por meio da observação das dificuldades do dia a dia, sugere consonância com os princípios da EPS de partir dos problemas do trabalho.

Ceccim (2004) ratifica essa ideia ao afirmar que as demandas para a educação não se definem somente por uma lista de necessidades individuais de atualização, mas, prioritariamente, com base nos problemas da organização do trabalho, sendo a partir dessa problematização que se identificam as necessidades de qualificação, a fim de garantir a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas.

A população pesquisada nos três serviços corresponde aos dados do Conselho Federal de Enfermagem (2011) que apontam que os profissionais de enfermagem concentram-se na faixa etária de 26 a 55 anos, sendo que a maioria está na faixa de 26 a 35 anos, representando 35,98% dos profissionais de enfermagem do Brasil.

Em pesquisa realizada por Sápia (2009), com gestores de enfermagem de um Serviço de Medicina Diagnóstica, 48,57% das pessoas pertenciam à faixa etária compreendida entre o intervalo de 24 a 33 anos, demonstrando, também, a participação de um grupo de trabalho jovem.

No que diz respeito à função, a maioria dos respondentes, dos três serviços pesquisados, eram técnicos de enfermagem. Uma das justificativas é o maior número de profissionais desta categoria profissional atuantes nas unidades estudadas.

Além disso, do total de 1.449.583 profissionais em todo o Brasil, a maioria são de técnicos de enfermagem, correspondendo a 625.862 (43,18%), seguidos por 533.422 auxiliares de enfermagem (36,80%) e 287.119 enfermeiros (19,81%) (COFEN, 2011).

Quanto ao tempo de exercício na função verificamos uma equipe habilitada nas três realidades pesquisadas, com a maioria possuindo experiência anterior em PS. Estes dados corroboram os achados nas entrevistas das três gestoras, onde todas ressaltaram a capacitação técnica das suas equipes.

Em relação ao tempo de atuação na Instituição, acreditamos que a estabilidade proporcionada por vínculos empregatícios por meio de concursos públicos pode influenciar o tempo de atuação dos trabalhadores na instituição pública.

Com relação ao HCor, podemos atribuir o tempo menor de atuação, ao investimento que o Hospital faz tanto na contratação de enfermeiros *trainees*, quanto dos técnicos de enfermagem que já trabalham na Instituição e que concluíram a Graduação em Enfermagem. Já o tempo maior de atuação, pode ser justificado pela característica do hospital, que apesar de ser uma instituição privada, onde a estabilidade é menor, tem como um dos seus pilares a retenção dos profissionais, que pode ser visualizado na sua visão *“Manter e ampliar o nível da instituição e o reconhecimento nacional e internacional, identificando, atraindo e retraindo profissionais com potencial técnico, científico e social”*.

Podemos perceber que os treinamentos técnicos elencados pelas equipes de Enfermagem das três unidades advém de necessidades de saúde da população; este resultado demonstra uma consonância com a PNEPS que enfatiza que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde devem tomar como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações (Brasil, 2004a).

Este achado, também vai ao encontro das opiniões emitidas pelos gestores que quando questionados sobre as necessidades atuais de treinamento citaram curativo em crianças queimadas no PSI – HUUSP, drogas vasoativas no PSA – HUUSP e infarto agudo do miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST, fibrilação atrial, cardioversão e principais procedimentos, diagnósticos e cuidados de enfermagem no PS - HCor.

Outro dado que atesta este achado são as opiniões dadas pelas enfermeiras do SEQ ou Educação Permanente, que enfatizaram os treinamentos técnicos quando questionadas sobre as necessidades atuais de treinamento para as unidades pesquisadas.

Murofuse et al (2009), também, constataram que a à temática das ações educativas, em sua maioria, estão voltadas ao manejo de doenças e ações programáticas.

Mas, os temas que as enfermeiras gestoras e as dos serviços de educação apontaram não correspondem ao que a maioria respondeu nos questionários e

nem aos temas escolhidos no grupo focal, o que reforça a distância existente entre o mentor e o executor e entre o profissional e a instituição.

As mudanças apontadas como necessárias nos treinamentos nos três PS foram ratificadas nos encontros dos grupos focais, onde foi enfocada a massiva utilização de treinamentos teóricos sem a parte prática e a dificuldade de se achar um balizador para as questões referentes à realização do treinamento dentro do horário de trabalho competindo com a alta demanda de pacientes ou treinamento fora do horário de trabalho competindo com os compromissos da vida pessoal ou cansaço pós-plantão.

A importância de estratégias diferenciadas de ensino-aprendizagem favorecem a capacitação do aluno para além da aprendizagem técnico-científica restrita à formação profissional, pois podem promover o crescimento como ser humano quando da adoção de estratégias participativas, com interação do grupo e inovações tecnológicas (Moura e Mesquita, 2010).

O treinamento oferecido nos três turnos de trabalho, segundo Penitenti et al (2010) tem como objetivo atingir o maior número de pessoas possíveis.

Acreditamos que os horários destinados às ações de TD&E deveriam estar contemplados na carga horária do trabalhador, o que exigiria uma mudança na forma como o dimensionamento dos trabalhadores é realizado, pois, deveriam ser incluídos os horários em que estes profissionais estariam ausentes para participar destas ações. Mais do que isso, exigiria uma mudança na provisão de profissionais, seja na esfera pública ou privada.

O aperfeiçoamento profissional gerado por ações de treinamento, enfatizado neste estudo, tem sua importância reiterada no estudo de Bastos (2012), no qual a maioria dos participantes afirmaram que as habilidades aprendidas no treinamento diminuiriam a chance de erros e que houve melhora na qualidade do trabalho.

Estes dados vão ao encontro dos achados no estudo realizado por Minami et al (2012), que constatou, na avaliação da aprendizagem, o aumento do conhecimento após o treinamento, o que pode levar ao aperfeiçoamento profissional.

Além disso, o estudo de Mira et al (2015) enfatizou que ações educativas são capazes de produzir benefícios individuais, aspecto este consolidado pela crença positiva nas contribuições dos programas de treinamento.

Quanto à exclusão dos profissionais de nível médio no planejamento dos treinamentos acreditamos que estes achados são fundamentados na historicidade dos processos decisórios que são realizados pelos enfermeiros, deixando os técnicos e auxiliares de enfermagem à margem; o planejamento dos treinamentos também se configura como um processo decisório e como tal, exclui os profissionais com formação de nível médio.

Este modo de pensar os treinamentos diverge do preconizado por Meneses e Zerbini (2009), que enfatizam que um ambiente organizacional que reconhece os interesses e objetivos individuais parece ser condição necessária para garantir o sucesso do treinamento em ambientes organizacionais.

Em compensação, a chefia oferece suporte para aplicação dos CHA aprendidos nos treinamentos, o que é positivo, pois, quanto mais envolvido o gestor estiver com uma determinada ação, mais se comprometerá com os resultados almejados.

Nesse sentido, um clima favorável de trabalho, no qual reforço e *feedback* sejam fornecidos por supervisores e pares, é mais provável que ocorra a transferência de CHA aprendidos nos treinamentos para o ambiente de trabalho (Meneses e Zerbini, 2009).

A disponibilidade de recursos físicos, humanos, materiais e tecnológicos constitui-se num dos fatores de suporte à transferência do aprendizado para o ambiente de trabalho, como atestam Abbad e Sallorenzo (2001). Em outras palavras, este fator impacta, diretamente, na transferência dos CHA para a prática diária, sendo que não há diferença na importância destes fatores para a transferência do treinamento.

Segundo o estudo de Meneses e Zerbini (2009), desconsiderar o ambiente no qual os indivíduos serão inseridos, após terem participado das ações educacionais promovidas, elevam as chances de que sequer as pessoas apliquem em suas atividades seus novos CHA.

Além disso, a falta de apoio pode dificultar e até mesmo impedir a transferência de aprendizagem e, conseqüentemente, o desempenho esperado (Bastos, Ciampone e Mira, 2013).

No desenvolvimento dos programas de educação os participantes tentaram colocar em prática, as mudanças que acreditavam serem necessárias para que os treinamentos fossem realmente efetivos.

Apesar dos participantes, afirmarem a não adequação do LNT às necessidades do setor, pouco sugeriram de mudanças neste aspecto.

Optaram pela utilização do treinamento presencial, que ainda é uma prática bastante utilizada para ações de TD&E. Acreditamos que os desafios impostos para a construção de conteúdos na modalidade à distância, que exige conhecimento de tecnologia da informação, a falta do recurso na Instituição e a falta de habilidade de alguns trabalhadores no manuseio do computador, foram preponderantes nesta tomada de decisão.

No estudo de Prado et al (2013) foi citada a importância da combinação da utilização do treinamento presencial com outros recursos para difusão de conhecimentos, diminuição dos custos com saúde pública no Brasil e promoção da qualidade de vida da população.

Quando comparamos os objetivos propostos nos programas elaborados, com a taxonomia de Bloom, percebemos a predominância da escolha do domínio cognitivo e dos níveis de aprendizagem até a análise.

Esta decisão corrobora o estudo de Meneses e Zerbini (2009) que enfatizou que em tempos atrás predominavam tarefas de cunho psicomotor, repetitivas e burocratizadas por natureza e que hoje em dia, as atividades passam a exigir demasiadamente esforços cognitivos.

Além disso, acreditamos que os níveis de aprendizagem existentes nos domínio cognitivo vão ao encontro dos princípios da PNEPS, pois, exigem do trabalhador um processo de julgamento do que foi aprendido, utilizando-se de um conjunto de critérios internos ou externos.

Nos três grupos, as estratégias e meios instrucionais buscaram suprir as fragilidades apresentadas na escolha destes recursos nos treinamentos oferecidos pelas Instituições, sendo privilegiada utilização de estratégias participativas e práticas.

Esta decisão corrobora os dados do estudo de Ciconet, Marques e Lima (2008) que enfatizam a importância da parte prática para a atualização de conceitos, correção de falhas e prevenção de vícios de execução.

Em relação à avaliação da aprendizagem, somente os participantes do PSI descartaram a aplicação do teste de conhecimento pré e pós-treinamento, pois, acreditam que este gera uma tensão no treinando, ocasionando preocupação com a nota que vai tirar e acaba não prestando a devida atenção na aula.

Os participantes dos três grupos decidiram pela aplicação do pós teste, ressaltando a importância para a verificação da aprendizagem dos objetivos e para a verificação da eficácia dos meios e das estratégias educacionais utilizados.

Ressaltaram a importância da avaliação de reação, para saberem a opinião do treinando em relação ao conteúdo, instrutor, meios e estratégias didáticas, carga horária e local da realização do treinamento; elementos essenciais à retroalimentação do processo.

O grupo do PSA – HUUSP e do PS – HCor, decidiram também pela aplicação do pré teste, justificando que este seria útil na avaliação do nível de ingresso do treinando no que diz respeito ao conteúdo do treinamento. Quanto à ausência da avaliação na prática, justificaram não haver condições desta prática naquele momento.

A aplicação do teste pré é útil para avaliar o conhecimento antes do treinamento e o pós teste para avaliar o conhecimento imediatamente após. Seria importante, também, avaliação decorridos seis meses de treinamento (Brião et al, 2009).

A avaliação da aprendizagem é importante e a mais frequentemente utilizada junto com a avaliação de reação, no entanto, tem escopo restrito, pois representam o conteúdo memorizado, o que não significa aplicação prática. O teste de conhecimento antes do treinamento poderia ser otimizado e utilizado como um instrumento de avaliação de necessidades, essencial para ajustes no programa e público alvo.

Avaliar a prática do trabalho é uma atividade complexa, mas indispensável e plenamente viável, como realizado no estudo de Bastos, Ciampone e Mira (2013), mostrando que houve impacto do treinamento nas ações cotidianas de trabalho e que este está fortemente relacionado às variáveis de apoio.

A implantação da avaliação em sua forma plena se apresenta com grandes fragilidades na visão dos enfermeiros dos três serviços, principalmente, relacionada à avaliação na prática.

Essas dificuldades foram, também relatadas, no estudo de Castro e Takahashi (2010), tais como as dificuldades na implantação e implementação da avaliação da aprendizagem, nos programas de treinamento, devido à falta de tempo, número insuficiente de pessoal, dificuldades de definir parâmetros para e divulgação dos resultados.

Quanto a prevalência da equipe de enfermagem como público alvo, historicamente, esta equipe tem sido alvo de ações de TD&E e a que mais tem participado destas iniciativas.

O estudo de Ciconet, Marques e Lima (2008) corrobora esta afirmação. Nesta pesquisa, as autoras identificaram que em ações de educação em serviço para profissionais de saúde do SAMU, a participação foi inferior à 50% do grupo, com exceção do grupo de enfermeiros.

Em relação à carga horária, os três grupos se preocuparam em estabelecer um tempo de duração para os treinamentos compatível com o tempo possível de ausência do trabalhador da prática, pois, a intenção é fazer os treinamentos dentro do horário de trabalho, sem prejudicar o andamento da atividade assistencial, visto que, naquele momento, não tinham governabilidade para decidir acerca da cobertura da escala. Assim, preferiram destinar somente o tempo que é possível se ausentar sem cobertura.

Desta forma, mais uma vez foram fiéis ao que acreditam ser o ideal, ou seja, realizar os treinamentos dentro do horário de trabalho, sem prejudicar a prestação de cuidados aos pacientes e sem ter a problemática do horário noturno.

Em treinamentos não previstos na carga horária do trabalhador, não é raro que a presença seja mais maciça por parte daqueles profissionais que nutrem maior interesse pelo serviço, são mais comprometidos com o trabalho e, portanto, preocupam-se com os processos de aprimoramento (Ciconet, Marques e Lima, 2008).

As referências escolhidas pelos três PS estavam alinhadas com cada um dos objetivos específicos.

Para escolha dos instrutores, os participantes abarcaram uma demanda que apareceu no questionário que é a de chamar profissionais capacitados, inclusive de outras áreas, para ministrar os treinamentos.

Interessante notar a importante iniciativa do grupo do HCor ao colocar o técnico de enfermagem como instrutor do treinamento, expandindo sua atuação para além do grupo focal. Esta iniciativa concilia-se ao preconizado pela PNEPS que pressupõe um processo participativo e coletivo.

Estas escolhas são importantes e enfatizam, como nos lembram Meneses e Zerbini (2009), a necessidade de reconhecer a interdependência das competências dos colaboradores de uma organização.

Apreendemos das entrevistas com os enfermeiros do SEQ e da EP que tanto o LNT, como o planejamento dos treinamentos, são realizados, exclusivamente, pelos enfermeiros das diversas áreas. Não há participação dos profissionais do ensino médio nesta construção, o que já foi discutido anteriormente.

Segundo Meneses e Zerbini (2009), conhecer claramente antes do treinamento, as expectativas dos treinandos e dos gestores, aumenta a probabilidade de sucesso das ações de treinamento.

Tendo em vista, que os técnicos e auxiliares de enfermagem são treinandos, estes deveriam ser incluídos no processo de LNT e no planejamento das ações educativas.

Além disso, o uso de indicadores assistenciais para o LNT é uma prática comum às duas realidades.

A utilização de indicadores de qualidade no LNT é enfatizada no estudo de Nepomuceno e Kurcgant (2008), que os utilizaram para fundamentar um programa de capacitação de profissionais de enfermagem. Ressaltaram que, através dos resultados desses indicadores, torna-se possível a identificação das reais necessidades de capacitação da equipe, viabilizando a definição dos objetivos e metas a serem alcançados.

Acreditamos, porém, que restringir as necessidades aos indicadores de qualidade não condiz com o processo participativo explícito na EPS; além disso, os indicadores não traduzem diretamente, necessidades de ações educativas; é preciso fazer uma análise ampla de todas as variáveis envolvidas.

Quando questionadas em relação às necessidades atuais de treinamento, o foco recaiu sobre os treinamentos técnicos.

Estes dados coadunam com os achados de Ciconet, Marques e Lima (2008), que em um estudo para relatar a experiência na educação em serviço para profissionais de saúde do SAMU, coletaram através da aplicação individual de um instrumento, os temas a serem desenvolvidos no programa de Educação Permanente. Foram identificados, sobretudo, temas relacionados ao manejo de pacientes, especialmente em relação às seguintes situações: imobilização e transporte de vítimas graves, reanimação cardiorrespiratória, urgências clínicas, especialmente cardiológicas e neurológicas, urgências pediátricas, neonatais e obstétricas, entre outras, em menor número de citações.

O não oferecimento de treinamento no horário noturno faz com que os participantes necessitem chegar antes do seu horário ou fiquem no período pós plantão. Isso pode acarretar a não participação de uma grande parte dos trabalhadores desse horário, visto que as pessoas tem seus compromissos pessoais e especificamente, em relação ao pós plantão, o cansaço interfere na absorção do conteúdo.

Estes dados corroboram os de Ciconet, Marques e Lima (2008) que afirmam que para garantir a efetividade do processo de TD&E e imprimir caráter permanente e continuado, é fundamental inseri-lo na rotina de trabalho e considerar, portanto, as atividades dentro da carga horária contratual do trabalhador.

Finalmente, em relação às avaliações da participação no grupo focal, todas foram positivas. Pretendíamos que a reunião das pessoas, em torno de um tema selecionado, gerasse não só a construção dos programas educativos, mas também servisse como espaço de reflexão de condutas, discussão das práticas dos serviços e troca de informações, como propõe a PNEPS.

Assim, a organização das atividades baseou-se nas experiências do cotidiano das equipes, levando-se em conta as situações vivenciadas, especialmente, aquelas que poderiam apontar as maiores dificuldades de manejo.

Conforme Lima (2005), a utilização de situações reais ou simuladas da prática profissional garante uma aproximação da aprendizagem ao mundo do trabalho e oportuniza a construção de novos saberes, provocando a reflexão sobre as ações adotadas, qualificando essas ações.

Avaliação positiva na participação de grupo focal, também foi encontrada por Bucchi (2014), onde os participantes relataram que o grupo focal proporcionou reflexões importantes e favoreceu a ampliação da visão sobre o tema.

11 Considerações finais

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressaltamos aqui, o enfoque dado aos treinamentos técnicos para o desenvolvimento das ações educativas e para a melhoria da qualidade assistencial. Porém, não podemos esquecer que treinamentos gerenciais e de relações humanas são tão importantes quanto os treinamentos técnicos, pois, dão suporte ao desenvolvimento das atividades assistenciais.

Assim, acreditamos que seja necessário um movimento nestas Instituições para que os profissionais reconheçam a importância de outras ações educativas, pois, não há como prestar uma assistência de qualidade sem o provisionamento de recursos ou sem trabalhar em equipe.

Outro ponto importante, e que merece atenção dos formuladores de política e dos gestores dos serviços é o dimensionamento de trabalhadores e o provisionamento na carga horária dos trabalhadores dos horários destinados às ações educativas. Com a configuração atual, é pouco provável que as ações educativas atinjam os resultados almejados.

Os problemas no LNT aparecem fortemente no estudo, quando os participantes dizem que os treinamentos não são específicos ou não são voltados para as necessidades do setor.

Para acontecer uma articulação entre o LNT e as reais necessidades dos trabalhadores, precisamos expandir o levantamento destas necessidades para todos os profissionais que compõem a equipe de Enfermagem, pois, somente a entrevista com os enfermeiros gestores do serviço não atende às diretrizes da PNEPS, por não acontecer de modo inter ou multiprofissional.

Além disso, sugerimos o aprimoramento do LNT quanto aos instrumentos e fontes, pois, indicadores de qualidade não traduzem necessariamente necessidades de ações educativas. Em síntese, é preciso avaliar as necessidades e não, apenas, levantar.

Verificamos que o ambiente interfere na aplicação dos CHA desenvolvidos nos treinamentos, mas, acreditamos que a utilização da entrevista para caracterização do ambiente dos PS não permitiu captar nuances e sutilezas das condições de trabalho que interferem na aplicação do conhecimento.

É de fundamental importância aprofundarmos a análise desse contexto para o planejamento e avaliação das ações educativas, ampliando a

caracterização do ambiente para além dos recursos físicos, materiais e humanos, considerando também variáveis como aprendizagem informal, trabalho em equipe, processo de trabalho, liderança e necessidades dos usuários.

A distância que existe entre o setor que planeja os treinamentos e aquele que efetivamente colocará em prática os CHA deles advindos é uma dissonância e faz com que muitas ações de treinamento não sejam úteis no dia a dia do trabalhador, o que gera um impacto muito pequeno na qualidade assistencial e desperdício de recursos.

Esta realidade precisa ser revista, pois, a construção de programas educacionais deve envolver todos os atores em um processo de decisão compartilhada. Acreditamos que pessoas envolvidas em tomadas de decisão que afetarão, diretamente, sua prática, tendem a se responsabilizar mais pelo sucesso destas decisões.

Constatamos que a avaliação de treinamentos é um nó crítico na realidade dos serviços. Sem sistematização da avaliação, temos uma fragilidade em um dos elos do processo de treinamento. Sugerimos que, este aspecto seja fortalecido, pois, a avaliação de aprendizagem serve de retroalimentação para a avaliação de necessidades e para o planejamento e execução de ações educativas.

Ficou claro que o desenvolvimento de programas educativos baseado nos princípios da PNEPS e nas diretrizes dos NEU é possível, mostrando-se uma experiência interessante, na medida em que contou com a capacidade técnica de vários saberes que, juntos, construíram e se responsabilizaram pela construção dos programas educativos.

Por fim, recomendamos a verificação da associação entre variáveis sócio demográficas e disposição para participar do planejamento das ações educativas.

Acreditamos que, este estudo tem potencialidade para ser replicado nas demais estruturas que compõem a Rede de Assistência à Saúde, envolvendo a equipe de Enfermagem e as equipes multiprofissionais.

Os programas elaborados carecem de uma análise mais aprofundada de suas coerências e possíveis contradições entre o que foi construído e o que se deseja com uma ação de EPS. Esse fato pode ser considerado como uma limitação do estudo.

Permanecem, ainda, muitas análises a serem feitas, os participantes do grupo focal mostraram-se interessados em dar continuidade ao estudo e em aprofundar seus conhecimentos a respeito de como construir um programa educativo.

Decorre daí, uma responsabilidade para com esses sujeitos, no sentido de não subjugar suas expectativas e contrariar os princípios de uma educação transformadora, até então defendida.

O trabalho acadêmico aqui se encerra, mas o dever de dar uma devolutiva à população estudada aqui se inicia. Pretendemos, assim, proceder aos ajustes necessários nos programas elaborados e desenvolvê-los e avaliá-los, da mesma forma participativa, como foi concebido. Para tanto, é essencial construir um projeto de trabalho, a fim de tornar o programa, de fato, uma realidade àqueles que o idealizaram.

Referências

REFERÊNCIAS

Abbad G, Sallorenzo LH. Desenvolvimento e validação de escalas de suporte à transferência de treinamento. *Revista de Administração*. 2001;36(2):33-45.

Abbad GS, Freitas IA, Pilati R. Contexto de trabalho, desempenho competente e necessidades de TD&E. In: Borges-Andrade JE, Abbad GS, Mourão L. *Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: fundamentos para a gestão de pessoas*. Porto Alegre: Artmed; 2006. p.231-54.

Azevedo ALCS, Pereira AP, Lemos C, Coelho MF, Chaves LDP. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. *Rev. Eletr. Enf.* 2010;12(4):736-45.

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

Bastos LFL, Ciampone MHT, Mira VL. Assessment of evaluation of transference support and training impact on the work of nurses. *Rev Lat Am Enfermagem*. [periódico na Internet]. 2013 Dez [citado 2015 Mar 07]; 21(6):1274-1281. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000601274&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.2913.2364>.

Barbour R. *Grupos Focais*. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface - Comunic., Saude, Educ.* 1998;2(2):139-54.

Berbel, NAN (org). *Metodologia da Problematização: fundamentos e aplicações*. Londrina: UEL/COMPEd – INEP; 1999.

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 a gestão de pessoas*. Porto Alegre: Artmed; 2006. p.343-58.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde; 2002a.

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002b.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde; 2003a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº1864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192. Brasília: Ministério da Saúde; 2003b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº2657, de 16 de dezembro de 2004. Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº2922, de 2 de dezembro de 2008. Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de "Organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências" da Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº396, de 4 de março de 2011. Institui o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Saúde (Quali-SUS-Rede) e suas diretrizes operacionais gerais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SE/MS nº601, de 24 de maio de 2011. Brasília: Dispõe sobre a organização e as competências da Unidade de Gestão do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Saúde (QualiSUS-Rede) e define o arranjo de gestão para a execução dos subprojetos. Ministério da Saúde; 2011b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº1600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011c.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº1601, de 7 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde; 2011d.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº2338, de 3 de outubro de 2011. Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde; 2011e.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011f.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº278, de 27 de fevereiro de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Brião RC, Souza EM, Castro RA, Rabelo ER. Estudo de coorte para avaliar o desempenho da equipe de enfermagem em teste teórico, após treinamento em parada cardiorrespiratória. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009;17(1):40-5.

Bucchi SM. A articulação dos processos de trabalho em Enfermagem no ensino: continuidade e ruptura. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

Cabral APS, Souza WV. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(4):530-40.

Capra F. O ponto da mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix; 2006.

Castro LC, Takahashi RT. Percepção dos enfermeiros sobre a avaliação da aprendizagem nos treinamentos desenvolvidos em um hospital de São Paulo. Rev Esc Enferm USP. 2010;42(2):305-11.

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis. 2004;14(1):61-65.

Ciconet RM, Marques GQ, Lima MADS. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência do Porto Alegre – RS. Interface - Comunic., Saude, Educ. 2008;12(26):659-666.

COFEN. Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais. Relatório de Pesquisa. Brasília:COFEN;2011.

Coleman P, Irons R, Nicholl J. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? Emerg. Med J. 2001;18:482-87.

Dussault G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. Rev Adm Publica. 1992;26(2):8-19.

Farah BF. Educação permanente no processo de organização de serviços de saúde: as repercussões do curso introdutório – experiência de Juiz de Fora – MG [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2006.

Ferreira RR. Avaliação de Necessidades de Treinamento: Proposição e Aplicação de um Modelo Teórico-Metodológico nos Níveis Macro e Meso Organizacionais [dissertação]. Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; 2009.

Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

Freitas IA. Impacto de treinamento nos desempenhos do indivíduo e do grupo de trabalho: suas relações com crenças sobre o sistema de treinamento e suporte à aprendizagem contínua [tese]. Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; 2005.

Garcia EA, Fugulin FMT. Distribuição do tempo de trabalho das enfermeiras em Unidade de Emergência. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(4):1032-8.

Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto Contexto Enferm*. 2009;18(2):266-72.

Gatti BA. Grupo Focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas. Brasília: Liber Livro; 2005.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.

Gomes JB, Casagrande LDR. A educação reflexiva na pós-modernidade: uma revisão bibliográfica. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2002;10(5):696-703.

Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad Saude Publica*. 2004;20(2):5331-36.

Hulka B, Wheat J. Patterns of utilization: a patient perspective. *Med care*. 1985; 2395:438-60.

Ladeira RM. Acidentes de trânsito em Belo Horizonte: fatores associados ao atendimento pré-hospitalar, internações e óbitos em 1994 e 2003 [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.

Leopardi MT, Gelbcke F, Ramos F. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? *Texto Contexto Enferm*. 2001;10(1):32-49.

Lima VV. Competência: distintas abordagens e implicações na formação dos profissionais de saúde. *Interface – Comunic., Saúde, Educ*. 2005;9(17):369-79.

Lovalho AF. Administração de serviços de saúde em urgências e emergências. *Mundo saude*. 2004;28(2):160-171.

Machado CV, Salvador FGF, O'Dwyer G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. *Rev Saude Publica*. 2011;45(3):519-28.

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

Marin et al. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das Metodologias Ativas de Aprendizagem. *Rev Bras Educ Med*. 2010;34(1):13-20.

Marques GQ, Lima MADS, Ciconet RM. Agravos clínicos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre - RS. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(2):185-91.

McGugan EA, Morrison W. Primary care or A & E? A study of patients redirect from accident & emergency departments. *Scott Med J*. 2000; 45(5):144-47.

Medeiros KR, Machado HOP, Albuquerque PC, Dantas G G Jr. O sistema de informação em saúde como instrumento da política de recursos humanos: um mecanismo importante na detecção das necessidades da força de trabalho para o SUS. *Cienc Saude Colet*. 2005;10(2):433-440.

Mendes R, Vaz A. Educação Ambiental no ensino formal: narrativas de professores sobre suas experiências e perspectivas. *Educ Rev*. 2009;25(3):395-411.

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

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

Minami LF, Santos PT, Ferrari CRS, Ciampone MHT, Messas JT, Mira VL. Avaliação do treinamento "Prevenção e tratamento de úlcera por pressão" ministrado à equipe de enfermagem. *Rev. Eletr. Enf*. 2012;14(3):663-70.

Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2007.

Mira VL, Zinn GR, Silva JMA, Santos PT, Bucchi SM, Meireles E. Beliefs of healthcare professional about training and institutional development actions. *International Journal of Nursing Didactics*. 2015;5(1):1

Moura ECC, Mequita LFC. Estratégias de ensino-aprendizagem na percepção de graduandos de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2010;(63)5:793-98.

Murofuse NT, Rizzotto MLF, Muzzolon ABF, Nicola AL. Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de formação no polo regional de educação permanente em saúde. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009;17(3):314-20.

Nepomuceno LMR, Kurcgant P. Uso de indicador de qualidade para fundamentar programa de capacitação de profissionais de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(4):665-72.

O'Dwyer GO, Matta IEA, Pepe VLE. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. *Cienc Saude Colet*. 2008;13(5):1637-48.

O'Dwyer GO, Oliveira SP, Seta MH. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. *Cienc Saude Colet*. 2009;14(5):1881-90.

Oliveira MS, Artmann E. Características da força de trabalho médica na província de Cabinda, Angola. *Cad Saude Publica*. 2009;25(3):540-50.

Penitenti RM et al. Controle da pressão do cuff na unidade terapia intensiva: efeitos do treinamento. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010;22(2):192-95.

Porto SM, Santos IS, Ugá AD. A utilização de serviços de saúde por sistemas de financiamento. *Cienc Saude Colet*. 2006;11(4):895-910.

Prado C et al. Teleamamentação no Programa Nacional de Telessaúde no Brasil: a experiência da Telenfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(4):990-6.

Rodrigues Jr JF. A taxonomia de objetivos educacionais: uma manual para o usuário. Brasília: Universidade de Brasília; 1997.

Rossetti, AC. Carga de trabalho de profissionais de Enfermagem em pronto socorro: proposta metodológica [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

Santos JLG, Lima MADS. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. *Rev Gaucha Enferm*. 2011;32(4):695-702.

Santos JS. Da fundação do Hospital das Clínicas à criação da Unidade de Emergência e sua transformação em modelo nacional de atenção hospitalar às urgências. *Medicina, Ribeirão Preto*. 2002;35:403-418.

Santos JS, Scarpelini S, Brasileiro SLL, Ferraz CA, Dallora MELV, Sá MFS. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as Políticas Nacionais de Atenção às Urgências e de Humanização. *Medicina, Ribeirão Preto*. 2003; 36:498-515.

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

Sápia T. Perfis comportamentais e estilos de mobilização de enfermeiros gestores de um serviço de medicina diagnóstica [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

Silva KLS, Sena RR. A educação de enfermagem: buscando a formação crítico-reflexiva e as competências profissionais. *Rev Latinoam Enferm*. 2006;14(5):755-61.

Silva MG, Fernandes JD, Rebouças LC, Rodrigues GRS, Teixeira GA, Silva RMO. Publicações que utilizaram o grupo focal como técnica de pesquisa: o que elas nos ensinam? *Cienc Cuid Saude*. 2013;12(2):398-406.

Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saude Publica*. 2005;39(3):507-14.

World Health Organization (WHO). The World Health - working together for health. Technical Report Series, 237. Geneva: WHO; 2006.

World Health Organization (WHO). The World Health - primary Health Care (Now More Than Ever). Technical Report Series, 119. Geneva: WHO; 2008.

Zerbini T, Abbad G. Construção e validação de uma escala de transferência de treinamento. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2010;30(4):684-97.

Apêndices

Apêndice 1 – Instrumentos de coleta de dados – Fase 1

Coleta de Dados – Fase 1 Formulário e roteiro de entrevista com o Gerente de Enfermagem

1. Identificação da unidade

Data: ____/____/____

Município:	<input type="text"/>	Zona:	<input type="text"/>
Razão Social:	<input type="text"/>		
Nome Fantasia:	<input type="text"/>		
Gestão:	<input type="text"/>		
Fundação em:	____/____/____		
SAMU:	<input type="text"/>		

2. Perfil da unidade

Tipo de Especialidades:	<input type="text"/>
Complexidade:	() Baixa () Média () Alta
Porte:	() I () II () III
População da região de cobertura:	<input type="text"/>
Número de consultas médicas em 24 horas:	<input type="text"/>
Percentual de pacientes em observação/mês:	<input type="text"/>
Percentual de encaminhamento para internação:	<input type="text"/>
Proporção de atendimento SUS:	<input type="text"/>

Indicadores do Pronto Socorro	Valor do Indicador
Atendimentos na sala de urgência	
Taxa de mortalidade	
Taxa de infecção	

Morbidade/Mortalidade (Usar CID 10)
05 Diagnósticos mais frequentes:
• - Adulto ou Infantil:
• 1-
• 2-
• 3-
• 4-
• 5-

Diagnósticos de Enfermagem
05 Diagnósticos mais frequentes:
• - Adulto ou Infantil:
• 1-
• 2-
• 3-
• 4-
• 5-

3. Estrutura física e de apoio ao pronto socorro

- 1) Existe bloco de pronto atendimento (área de recepção de pacientes, sala de espera para pacientes e acompanhantes e sala de triagem classificatória de risco)? As instalações são adequadas para atender a demanda?
- 2) Existe sala de ECG e de coleta de exame laboratorial? Estão disponíveis 24 horas? As existentes estão em quantidade e condições de manutenção adequadas para atender a demanda?
- 3) Quais são as salas de procedimentos existentes? Faltam alguma sala? As existentes estão em quantidade e condições de manutenção adequadas para atender a demanda?
- 4) Existe sala de urgência com leitos de estabilização? Se sim, quantos leitos? São suficientes para atender a demanda? São leitos resolutivos ou faltam materiais e equipamentos?

- 5) As ambulâncias são acessíveis 24 horas? São suficientes para atender a demanda? Existe área externa para desembarque? É adequada para atender o fluxo de ambulâncias?
- 6) Há posto de Enfermagem e prescrição médica? O tamanho é suficiente?
- 7) Existem salas de observação? Estão divididas em adulto e infantil? Existem quantas camas e poltronas? As existentes são suficientes para atender a demanda?
- 8) Existem salas de isolamento com anti câmara e banheiro? Quantas? Estão divididas em adulto e infantil? As existentes são suficientes para atender a demanda?
- 9) Existe banheiro em quantidade suficiente? São divididos por sexo? Existe banheiro infantil? São funcionais?
- 10) Existe área para guarda de macas e cadeira de rodas? Existe espaço suficiente para acondicionar todos os equipamentos existentes?
- 11) Existe rouparia? Existe espaço suficiente para acondicionar todos os materiais existentes?
- 12) Onde fica localizado o almoxarifado? Quando se faz necessário a utilização de um material do almoxarifado, como se procede? É acessível 24 horas?
- 13) Onde fica localizada a farmácia? Quando se faz necessário à utilização de um medicamento/material da farmácia, como se procede? É acessível 24 horas?
- 14) Existem áreas destinadas aos trabalhadores (copa/refeitório, sala de descanso com sanitários e chuveiros, vestiário e sala de reunião)?
- 15) Onde fica localizado o Serviço de Manutenção de Equipamentos? É acessível 24 horas? Quando se faz necessário a manutenção de um equipamento, como se procede?
- 16) Onde fica localizado o Serviço de Nutrição e Dietética? É acessível 24 horas? Quando se faz necessário a intervenção nutricional ou solicitação de dieta, como se procede?
- 17) Onde fica localizado o Serviço Social? É acessível 24 horas? Quando se faz necessário a assistência social, como se procede?
- 18) Como é feito o reprocessamento de materiais? E o descarte de Resíduos Recicláveis e resíduos biológicos e comuns?

4. Recursos materiais/tecnológicos existentes no pronto socorro

- 1) Existem equipamentos (desfibrilador, ECG, marca-passo temporário, monitor de ECG, monitor de pressão invasivo e não-invasivo, ambú, respirador/ventilador adulto e infantil) em quantidade e qualidade suficientes? Se não, quais faltam?
- 2) Existem materiais de consumo em quantidade e qualidade suficientes? Se não, quais faltam?

5. Quadro de profissionais da Enfermagem do pronto socorro

Organização de equipe de trabalho

Profissionais por turno	Segunda			Terça			Quarta			Quinta			Sexta			Sábado			Domingo		
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
Enfermeiro																					
Técnico de Enfermagem																					
Auxiliar de Enfermagem																					

- 1) O que você acha do quadro de pessoal em termos quantitativos e qualitativos?
- 2) Quais são as atribuições/competências por função?
- 3) Existem atividades privativas do enfermeiro?
- 4) Existem diferenças nas funções de técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem?
- 5) A Sistematização da Assistência de Enfermagem é utilizada? Quais fases?

6. Fases utilizadas no planejamento instrucional, execução e avaliação de TD&E

- 1) Como é realizada a avaliação de necessidades de treinamento? Quais são as necessidades atuais?
- 2) Como é feito o planejamento do treinamento? (objetivos, conteúdo, estratégias de ensino-aprendizagem e avaliação de aprendizagem).

- 3) Como é realizada a distribuição da equipe para participar? (critérios de participação – obrigatório ou não -, horários, distribuição de vagas).
- 4) Como são avaliados os treinamentos ministrados? (avaliação formal, avaliação na prática, avaliação pela avaliação de desempenho).
- 5) Qual a sua opinião sobre os treinamentos?

Apêndice 2 – Instrumentos de coleta de dados – Fase 2

Formulário de Coleta de Dados – Fase 2 Levantamento de necessidades e planejamento

Parte I – Dados pessoais

1. Idade: _____ anos
2. Sexo: () Feminino () Masculino
3. Tipo de contrato: () CLT () Temporário () Estatutário
4. Jornada de trabalho: () 6 horas () 8 horas () 12 horas
5. Função:
() Enfermeiro assistencial ()
() Técnico de Enfermagem () Auxiliar de Enfermagem
6. Tempo de exercício na função: _____ anos
7. Tempo de atuação na instituição: _____ anos
8. Experiência anterior em PS? () Não () Sim. Se sim quanto anos? _____

Parte II – Ações de treinamento, desenvolvimento e educação

- 1) Que treinamentos você tem interesse ou necessidade de participar?
- 2) Como você acha que deveriam ser os treinamentos?
- 3) Os treinamentos que você participou foram úteis na prática? Por quê?
- 4) Você gostaria de participar do planejamento dos treinamentos?
Se sim, Como? Se não, por quê?
- 5) A unidade oferece condições para aplicar os conhecimentos, habilidades e atitudes aprendidos nos treinamentos?

Apêndice 3 – Avaliação de reação do grupo focal

Avaliação do Grupo Focal

Data: ____/____/____

1. De 1 a 10 que nota você daria para o grupo focal?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

2. O grupo promoveu reflexão?

Sim () Não ()

3. Os assuntos abordados foram de seu interesse?

Sim () Não ()

4. Você mudou de opinião a respeito de alguma questão?

Sim () Não ()

5. Você se sentiu à vontade durante o grupo?

Sim () Não ()

6. Você participaria novamente do mesmo tipo de grupo?

Sim () Não ()

7. O que você mais gostou da atividade?

8. O que você menos gostou da atividade?

9. Sugestões:

Apêndice 4 – Recurso visual do 1º encontro do grupo focal do PSI – HUUSP

<div data-bbox="225 488 284 539" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="655 488 715 539" data-label="Image"> </div> <h3>Grupo Focal – 1º encontro Pronto Socorro Infantil</h3> <p>Moderadora: Melissa Messias Observadora: Mayla Youko Kato</p> <p>09/dezembro/2014</p>	<h3>O que é Grupo Focal?</h3> <p>“Grupo Focal é uma técnica de pesquisa na qual o pesquisador reúne, num mesmo local e durante certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre eles, informações acerca de um tema específico.”</p> <p><small>Neto et al, 2002</small></p> <div data-bbox="1114 725 1225 792" data-label="Image"> </div>
<h3>Regras e informações...</h3> <ol style="list-style-type: none"> 1) só uma pessoa deve falar de cada vez; 2) devem se evitar discussões paralelas para que todos participem; 3) confidencialidade dos dados; 4) todos têm o direito de dizer o que pensam, o grupo é opinativo, não há opinião certa ou errada; 5) deve haver respeito e incentivo às opiniões divergentes; 6) a pessoa aprende com o grupo e abrindo suas opiniões, pode ampliá-la ou mudá-la. <div data-bbox="347 1106 437 1173" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="475 1106 580 1173" data-label="Image"> </div>	<h3>Achados da fase anterior</h3> <p>1) Como você acha que deveriam ser os treinamentos?</p> <div data-bbox="762 958 906 1070" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="938 958 1082 1070" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="1114 958 1225 1070" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="762 1115 922 1205" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="954 1115 1098 1205" data-label="Image"> </div>
<h3>Achados da fase anterior</h3> <p>2) Os treinamentos que você participou foram úteis na prática? Por quê?</p> <div data-bbox="220 1368 363 1458" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="379 1368 523 1518" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="555 1368 699 1435" data-label="Image"> </div>	<h3>Achados da fase anterior</h3> <p>3) Você gostaria de participar do planejamento dos treinamentos?</p> <div data-bbox="762 1368 906 1518" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="922 1368 1066 1496" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="1082 1368 1257 1496" data-label="Image"> </div>
<h3>Achados da fase anterior</h3> <p>4) A unidade oferece condições para aplicar os CHA's aprendidos nos treinamentos?</p> <p>Sim</p> <div data-bbox="284 1742 347 1809" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="379 1742 475 1832" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="507 1742 587 1832" data-label="Image"> </div> <p>Não</p> <div data-bbox="284 1861 347 1944" data-label="Image"> </div>	<h3>Achados da fase anterior</h3> <p>5) Que treinamentos você tem interesse ou necessidade de participar?</p> <div data-bbox="762 1742 906 1854" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="922 1742 1066 1854" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="1082 1742 1225 1854" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="778 1861 1034 1966" data-label="List-Group"> <ul style="list-style-type: none"> - Cálculo, dosagens e efeitos de medicações utilizadas em urgência/emergência; - Cálculo preparo e administração de medicamentos; - Drogas vasoativas; - Politrauma/trauma e - Relacionamento interpessoal/interprofissional. </div> <div data-bbox="1082 1861 1225 1966" data-label="Image"> </div>

Apêndice 5 – Recurso visual do 1º encontro do grupo focal do PSA – HUUSP

<div data-bbox="338 488 395 542"></div> <div data-bbox="769 488 826 542"></div> <div data-bbox="418 555 750 622"><h3>Grupo Focal – 1º encontro Pronto Socorro Adulto</h3></div> <div data-bbox="459 725 813 768"><p>Moderadora: Melissa Messias Observadora: Cintia Cristina da Silva Vasconcelos</p></div> <div data-bbox="577 788 708 808"><p>21/outubro/2014</p></div>	<div data-bbox="1018 481 1267 512"><h3>O que é Grupo Focal?</h3></div> <div data-bbox="882 560 1359 667"><p>“Grupo Focal é uma técnica de pesquisa na qual o pesquisador reúne, num mesmo local e durante certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre eles, informações acerca de um tema específico.”</p></div> <div data-bbox="1295 674 1362 685"><p>Neto et al. 2002</p></div> <div data-bbox="1235 725 1340 792"></div>
<div data-bbox="472 869 740 900"><h3>Regras e informações...</h3></div> <div data-bbox="338 936 826 1088"><ol style="list-style-type: none">1) só uma pessoa deve falar de cada vez;2) devem se evitar discussões paralelas para que todos participem;3) confidencialidade dos dados;4) todos têm o direito de dizer o que pensam, o grupo é opinativo, não há opinião certa ou errada;5) deve haver respeito e incentivo às opiniões divergentes;6) a pessoa aprende com o grupo e abrindo suas opiniões, pode ampliá-la ou mudá-la.</div> <div data-bbox="462 1106 549 1169"></div> <div data-bbox="587 1106 695 1169"></div>	<div data-bbox="1002 869 1286 900"><h3>Achados da fase anterior</h3></div> <div data-bbox="877 922 1254 943"><p>1) Como você acha que deveriam ser os treinamentos?</p></div> <div data-bbox="874 958 1018 1070"></div> <div data-bbox="1050 958 1193 1070"></div> <div data-bbox="1225 958 1340 1070"></div> <div data-bbox="874 1106 1034 1205"></div> <div data-bbox="1066 1106 1209 1205"></div>
<div data-bbox="462 1256 753 1288"><h3>Achados da fase anterior</h3></div> <div data-bbox="338 1305 826 1348"><p>2) Os treinamentos que você participou foram úteis na prática? Por quê?</p></div> <div data-bbox="335 1366 475 1464"></div> <div data-bbox="491 1366 638 1518"></div> <div data-bbox="667 1366 810 1442"></div>	<div data-bbox="1002 1256 1286 1288"><h3>Achados da fase anterior</h3></div> <div data-bbox="877 1305 1334 1328"><p>3) Você gostaria de participar do planejamento dos treinamentos?</p></div> <div data-bbox="874 1366 1018 1518"></div> <div data-bbox="1034 1366 1181 1487"></div> <div data-bbox="1197 1366 1369 1487"></div>
<div data-bbox="462 1646 753 1677"><h3>Achados da fase anterior</h3></div> <div data-bbox="338 1686 826 1727"><p>4) A unidade oferece condições para aplicar os CHA's aprendidos nos treinamentos?</p></div> <div data-bbox="338 1747 367 1767"><p><u>Sim</u></p></div> <div data-bbox="389 1742 446 1796"></div> <div data-bbox="485 1742 580 1823"></div> <div data-bbox="612 1742 699 1823"></div> <div data-bbox="338 1854 367 1874"><p><u>Não</u></p></div> <div data-bbox="389 1854 446 1935"></div>	<div data-bbox="1002 1646 1286 1677"><h3>Achados da fase anterior</h3></div> <div data-bbox="877 1686 1366 1713"><p>5) Que treinamentos você tem interesse ou necessidade de participar?</p></div> <div data-bbox="874 1729 1018 1841"></div> <div data-bbox="1034 1729 1145 1841"></div> <div data-bbox="1161 1729 1305 1841"></div> <div data-bbox="877 1854 1136 1962"><ul style="list-style-type: none">- Cálculo, dosagens e efeitos de medicações utilizadas em urgência/emergência;- Cálculo preparo e administração de medicamentos;- Drogas vasoativas;- Politrauma/trauma e- Relacionamento interpessoal/interprofissional.</div> <div data-bbox="1181 1863 1327 1953"></div>

Apêndice 6 – Recurso visual do 1º encontro do grupo focal do PS – HCor

<p>HCor</p> <p>Grupo Focal – 1º encontro Pronto Socorro</p> <p>Moderadora: Melissa Messias Observadora: Vera Lúcia Mira</p> <p>23/setembro/2014</p>	<p>HCor</p> <p>O que é Grupo Focal?</p> <p>“Grupo Focal é uma técnica de pesquisa na qual o pesquisador reúne, num mesmo local e durante certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre eles, informações acerca de um tema específico.”</p> <p>Neto et al. 2002</p>
<p>HCor</p> <p>Regras e informações...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) só uma pessoa deve falar de cada vez; 2) devem se evitar discussões paralelas para que todos participem; 3) confidencialidade dos dados; 4) todos têm o direito de dizer o que pensam, o grupo é opinativo, não há opinião certa ou errada; 5) deve haver respeito e incentivo às opiniões divergentes; 6) a pessoa aprende com o grupo e abrindo suas opiniões, pode ampliá-la ou mudá-la.	<p>HCor</p> <p>Achados da fase anterior</p> <p>1) Como você acha que deveriam ser os treinamentos?</p>
<p>HCor</p> <p>Achados da fase anterior</p> <p>2) Os treinamentos que você participou foram úteis na prática? Por quê?</p>	<p>HCor</p> <p>Achados da fase anterior</p> <p>3) Você gostaria de participar do planejamento dos treinamentos?</p>
<p>HCor</p> <p>Achados da fase anterior</p> <p>4) A unidade oferece condições para aplicar os CHA aprendidos nos treinamentos?</p> <p>Insumos: fatores anteriores ao treinamento, que podem influenciar os seus resultados.</p> <p><i>Sim: "Porque temos um número bom de colaboradores, é uma instituição que se preocupa, na medida da possível, com o desenvolvimento da nossa trabalho na dia-a-dia." R23</i></p> <p><i>Não: "A demanda de pacientes e as multifunções agregadas à Enfermagem, fica difícil aplicar com precisão os conhecimentos passados nos treinamentos." R33</i></p> <p>Procedimentos: são as operações necessárias para facilitar ou produzir os resultados do treinamento, tais como os objetivos do treinamento, a seleção das estratégias didáticas e o desenvolvimento de exercícios.</p> <p><i>Sim: "Porque todos os cursos e treinamentos dados são totalmente direcionados para o pronto-socorro." R21</i></p> <p>Ambiente: representa o contexto em que se insere o treinamento.</p> <p><i>Sim: "A unidade tem estrutura, além de pessoas com conhecimento técnico-científico." R29</i></p>	<p>HCor</p> <p>Achados da fase anterior</p> <p>5) Que treinamentos você tem interesse ou necessidade de participar?</p>

Apêndice 7 – Recurso visual do 2º encontro do grupo focal dos três serviços

<p>Grupo Focal – 2º encontro</p> <p>Moderadora: Observadora: Data:</p>	<p>Objetivos</p> <p>2º Encontro</p> <ul style="list-style-type: none"> Redação dos objetivos instrucionais Escolha do domínio predominante Escolha da modalidade de entrega do treinamento Seleção ou criação de estratégias e meios instrucionais Definição dos critérios de aprendizagem Definição do conteúdo
<p>Seleção do tema de treinamento</p> <p>O que são necessidades de treinamento?</p> <p>"São problemas de desempenho que exigem a remoção de lacunas ou o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA), mas não da reorganização de aspectos contextuais ou motivacionais".</p> <p>Como as necessidades devem ser identificadas?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Análise organizacional: responsável pelo alinhamento das ações de TD&E com a estratégia organizacional; - Análise de tarefas: direcionada para o mapeamento dos conjuntos de CHAs necessários para que os indivíduos possam realizar adequadamente suas atividades; - Análise individual: voltada para a identificação dos indivíduos, grupos ou equipes que mais necessitam de determinados conjuntos de CHAs, a fim de que possam aprimorar a execução de suas atividades no trabalho. 	<p>Redação dos objetivos instrucionais</p> <p>Condição + Verbo + Objeto da ação + Critério = Objetivo instrucional</p> <p>Situação/ Ambiente → Desempenho/ Competência → Padrão/ Norma → Objetivo instrucional</p> <p>Os verbos devem indicar ações humanas observáveis, descritas de forma precisa e clara. A formulação de objetivos instrucionais requer ainda que o objeto da ação seja bem especificado.</p>
<p>Redação dos objetivos instrucionais</p> <p>Verbo + Objeto da ação → Desempenho/ Competência → O desempenho é o componente mais importante e indispensável de um objetivo. Tal componente não pode ser omitido, já que descreve, por meio de comportamentos observáveis, o que o aluno será capaz de fazer.</p> <p>Condição → Situação/ Ambiente → A condição, refere-se às variáveis do ambiente que apoiam ou restringem a ocorrência dos desempenhos esperados.</p> <p>Critério → Padrão/ Norma → Critério, último componente do objetivo instrucional, é a indicação do nível de proficiência ou do padrão de desempenho esperado.</p>	<p>Redação dos objetivos instrucionais</p> <p>Exemplo de objetivo geral:</p> <p>Ao final do curso, a partir da metodologia de elaboração de planos educacionais para projetos estratégicos, os alunos deverão ser capazes de planejar ações de TD&E a distância alinhadas com os interesses estratégicos da organização.</p> <p>Exemplos de objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Redigir objetivos de aprendizagem; - Selecionar estratégias e meios instrucionais; - Definir critérios de avaliação; - Elaborar avaliações de aprendizagem.
<p>Escolha da modalidade de entrega do treinamento</p> <p>Modalidades de entrega do treinamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presencial: envolve encontros síncronos entre professores e alunos e disponibilização dos conteúdos por meio de materiais impressos e outros veículos. - À distância: envolve necessariamente a mediação das interações do aluno com materiais e pessoas (professor, colegas e apoio técnico). O EAD difere do modelo presencial pela distância física entre os atores (tutor-aluno, aluno-aluno), necessidade de mediação por algum veículo de apoio (material impresso, CD-ROM etc.) e separação temporal entre as ações dos participantes. - Híbrido 	<p>Escolha da modalidade de entrega do treinamento</p> <p>Os seguintes passos devem orientar as decisões sobre modalidade de ensino:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Analisar o perfil quantitativo (número de participantes) e qualitativo (sociodemográfico, funcional, profissional etc.) da clientela; 2) Analisar as diferentes alternativas de escolha e definir aquela(s) mais bem adaptada(s) à rotina e características da clientela; 3) Analisar a disponibilidade dos recursos financeiros, materiais e tecnológicos disponíveis na organização necessários à implantação das modalidades anteriormente consideradas; 4) Decidir sobre a modalidade de entrega da ação educacional.

Estabelecimento da sequência de objetivos e conteúdos

Taxonomias de objetivos educacionais (TOE) de Bloom e de Simpson:

Domínio	Resultados de Aprendizagem	Níveis	Princípio Integrador
Cognitivo	Atividades intelectuais envolvidas no processo de aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> Conhecimento Compreensão Aplicação Análise Síntese Avaliação 	Grau de complexidade
Afetivo	Atitudes, valores, interesses e tendências emocionais existentes nas interações presentes na aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> Receptividade Resposta Valorização Organização Caracterização 	Grau de internalização
Psicomotor	Atividades motoras ou musculares envolvidas no processo de aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> Percepção Posicionamento Execução acompanhada Mecanização Completo domínio 	Grau de automatização

Meneses, Zerbini e Abbad, 2010

Estabelecimento da sequência de objetivos e conteúdos

Objetivos cognitivos: enfatizam a recordação ou a resolução de alguma tarefa intelectual.

- **Conhecimento:** Refere-se aos comportamentos que requerem a evocação, por reconhecimento ou memória, de ideias, informações, objetos materiais ou fenômenos. Ex.: Listar as cinco etapas de um processo de planejamento instrucional;
- **Compreensão:** Requer do aluno elaboração do material ou da informação original. Ex.: Explicar a importância do uso de verbos observáveis e concretos na etapa de construção de objetivos educacionais;
- **Aplicação:** Refere-se à capacidade de usar corretamente uma informação genérica em uma situação nova e específica. Ex.: A partir de uma lista de verbos de ação, escolher aqueles que expressam ações concretas, mensuráveis e observáveis;
- **Análise:** Entende a capacidade de desdobrar o material ou a informação em suas partes constitutivas e em perceber as inter-relações e os princípios que regem a relação entre elas. Ex.: Analisar a qualidade de objetivos instrucionais;
- **Síntese:** Requer que o aluno produza algo novo a partir dos materiais e das informações oriundas de instrução. Ex.: Formular objetivos educacionais que contenham descrições de condições, desempenho e critérios;
- **Avaliação:** Inclui processos de julgamento acerca do valor de ideias, trabalhos, métodos, informações, teorias, produtos etc. Ex.: Avaliar a conformidade de objetivos instrucionais às necessidades de TDS&S identificadas.

Meneses, Zerbini e Abbad, 2010

Estabelecimento da sequência de objetivos e conteúdos

Objetivos afetivos: enfatizam resultados de aprendizagem expressos em termos de interesse, atitudes, apreciações, valores, disposições ou tendências emocionais.

- **Receptividade:** Refere-se ao grau de atenção do aluno em relação a um determinado valor. Ex.: Estar alerta às consequências negativas associadas a atitudes antitéticas em negociações com clientes de organização;
- **Resposta:** Supõe alguma ação do indivíduo em relação ao estímulo proporcionado. Ex.: Obedecer aos princípios éticos explícitos na carta de valores e crenças de organização;
- **Valorização:** O valor comunicado na instrução foi internalizado pelo aprendiz. Ex.: Apoiar a organização em campanhas e manifestações de condutas éticas e antitéticas;
- **Organização:** Refere-se aos processos de reinterpretação do valor comunicado pela instrução à luz de outros valores análogos ou antagônicos ao original. Ex.: Julgar, na organização, comportamentos que expressem manifestações de condutas éticas e antitéticas;
- **Caracterização:** O valor passa a ser uma característica global incorporada ao comportamento do indivíduo. Ex.: Agir de acordo com os princípios éticos explícitos na carta de valores e crenças de organização.

Meneses, Zerbini e Abbad, 2010

Estabelecimento da sequência de objetivos e conteúdos

Objetivos psicomotores: referem-se a ações motoras ou musculares envolvidas na manipulação de material, objetos ou substâncias.

- **Percepção:** Consiste na atenção prestada pelo aluno aos movimentos componentes de ação completa, suas conexões e consequências. Ex.: Atentar para a forma como as centrais de autoatendimento são abastecidas com dinheiro, cartões de crédito, notas de papel, etc.;
- **Posicionamento:** O aluno ajusta-se e ajusta o ambiente para executar os movimentos, porém ainda não os executa. Ex.: Preparar os materiais necessários ao abastecimento de centrais de autoatendimento;
- **Execução acompanhada:** O aluno executa de modo hesitante os movimentos componentes de ação global. Ex.: Abastecer, sob supervisão de colega mais experiente, as centrais de autoatendimento;
- **Mecanização:** Refere-se a ações completas executadas corretas e inconscientemente pelo aluno. Ex.: Abastecer, sem supervisão de outros pesos, as centrais de autoatendimento;
- **Domínio completo:** O aluno, é capaz de executar ações motoras automaticamente e sem erros. Ex.: Orientar colegas menos experientes no abastecimento de centrais de autoatendimento.

Meneses, Zerbini e Abbad, 2010

Seleção ou desenvolvimento de estratégias e meios instrucionais

O que são estratégias e meios instrucionais?

"Estratégias instrucionais referem-se a todas as operações, eventos ou situações de aprendizagem, criadas no desenho da instrução para facilitar os processos de aquisição, retenção e transferência de aprendizagem".

"Meios são os veículos que levam os conteúdos instrucionais até o aluno".

Ex.: material impresso, slides, gravador, filmadora, televisão, vídeo, internet, intranet, rádio, equipamentos reais de trabalho, aparelhos de áudio, CD-ROM, máquinas simuladoras, materiais de trabalho, microcomputador, microfone etc."

Braga-Andrade et al., 2006

Definição de critérios de avaliação de aprendizagem

Critérios

"Os critérios de aprendizagem devem servir de parâmetro (qualitativo e/ou quantitativo) para a mensuração do alcance de cada objetivo educacional. Indicam o grau de proficiência a ser atingido pelo aprendiz durante e após a instrução e, portanto, devem ser específicos, mensuráveis e precisos".

Meneses, Zerbini e Abbad, 2010

Definição de critérios de avaliação de aprendizagem

Pré - teste	Informa o nível de ingresso ou repertório de entrada do participante no que diz respeito ao conteúdo do treinamento
Testes durante a instrução	Medem a aquisição dos objetivos instrucionais
Pós - teste	Informa se houve a aprendizagem dos objetivos e se os meios e as estratégias educacionais utilizados foram eficazes ou não

Meneses, Zerbini e Abbad, 2010

Instrumento(s) de avaliação

Exemplos de instrumentos de avaliação de aprendizagem

Domínio Cognitivo	
Testes objetivos	Testes de repostas construídas
Múltipla escolha	Preenchimento de lacunas
Verdadeiro e falso	Resolução de problemas
Associação

Apêndice 8 – Planilha utilizada e projetada para o 3º encontro do grupo focal dos três serviços

Tópicos discutidos	Definições
Público-alvo	
Carga horária total	
Carga horária diária	
Tempo para realização das atividades programadas	
Materiais de apoio	
Referências	
Instrutor (es)

Apêndice 9 – Roteiro de observação do grupo focal – 1º encontro

Roteiro do observador do Grupo Focal

Nome do observador: _____

Nome do moderador: _____

Nome da instituição: _____

Data: ____ / ____ / ____ Horário inicial: ____ Horário final: ____

Questões norteadoras

- 1) Como você acha que deveriam ser os treinamentos?
- 2) Os treinamentos que você participou foram úteis na prática? Por quê?
- 3) Você gostaria de participar do planejamento dos treinamentos?
- 4) A unidade oferece condições para aplicar os CHA aprendidos nos treinamentos?
- 5) Que treinamentos você tem interesse ou necessidade de participar?

Apêndice 10 – Roteiro de observação do grupo focal – 2º encontro

Planilha do observador do Grupo Focal

Nome do observador: _____

Nome do moderador: _____

Nome da instituição: _____

Data: ____ / ____ / ____ Horário inicial: ____ Horário final: ____

- 1) Discussão para definição do tema e nome do treinamento que será trabalhado.
- 2) Discussão para definição do objetivo geral.
- 3) Discussão para definição do domínio predominante.
- 4) Discussão para escolha da modalidade de entrega do treinamento.
- 5) Discussão para definição dos objetivos específicos e nível de complexidade.
- 6) Discussão para definição das estratégias instrucionais.
- 7) Discussão para definição dos meios instrucionais.
- 8) Discussão para definição dos critérios de aprendizagem.
- 9) Discussão para definição do conteúdo.

Apêndice 11 – Roteiro de observação do grupo focal – 3º encontro

Roteiro do observador do Grupo Focal

Nome do observador: _____

Nome do moderador: _____

Nome da instituição: _____

Data: ____ / ____ / ____ Horário inicial: ____ Horário final: ____

- 1) Discussão para definição do público alvo.
- 2) Discussão para definição da carga horária total.
- 3) Discussão para definição da carga horária diária.
- 4) Discussão para definição do tempo para realização das atividades programadas.
- 5) Discussão para definição dos materiais de apoio.
- 6) Discussão para definição das referências.
- 7) Discussão para definição dos instrutores.

Apêndice 12 – Instrumentos de coleta de dados – Fase 4

Roteiro de entrevista com o enfermeiro do Serviço de Ensino e Qualidade e Educação Permanente

- 1) Como é realizada a avaliação de necessidades de treinamento? Quais são as necessidades atuais?
- 2) Como é feito o planejamento do treinamento? (objetivos, conteúdo, estratégias de ensino-aprendizagem e avaliação de aprendizagem)
- 3) Como é realizada a distribuição da equipe para participar? (critérios de participação – obrigatório ou não, horários, distribuição de vagas)
- 4) Como é avaliado o treinamento ministrado? (avaliação formal, avaliação na prática, avaliação pela avaliação de desempenho)
- 5) Qual sua opinião sobre os treinamentos?

Apêndice 13 – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido – Fase 1

“PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO PARA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE SERVIÇO DE URGÊNCIA”

INTRODUÇÃO

Embora o Ministério da Saúde, por meio da publicação da Portaria GM nº 1600, de 7 de julho de 2011, tenha definido a necessidade de qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização, ainda há muito que fazer para a aplicabilidade do estabelecido pela referida portaria.

OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivos: caracterizar o ambiente do pronto socorro quanto aos insumos (recursos físicos, materiais e humanos); conhecer o processo de educação oferecido à equipe de enfermagem; identificar e avaliar as necessidades de treinamento dos profissionais de Enfermagem atuantes no pronto socorro e construir um programa de educação para estes profissionais, baseado no diagnóstico de necessidades de treinamento, considerando o ambiente de trabalho como suporte à aprendizagem contínua.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

A participação neste estudo é inteiramente voluntária; o(a) senhor(a) não é obrigado a participar do estudo.

Se você quiser participar desta pesquisa, sua participação consistirá em conceder uma entrevista, a ser realizada na sua instituição de trabalho e em local e horário a serem combinados entre você e a pesquisadora. A duração prevista é de aproximadamente uma hora.

Essa entrevista é composta por alguns dados gerais de identificação da sua unidade de trabalho e questões abertas relacionadas à estrutura física, recursos materiais e tecnológicos existentes no pronto socorro, organização da equipe de trabalho e processo de educação dos profissionais de Enfermagem da área.

CUSTOS, NÃO REMUNERAÇÃO E COMPENSAÇÃO

Sua participação neste estudo não terá nenhum custo adicional e o(a) senhor(a) não será pago(a) por participar no estudo.

RISCOS E DESCONFORTOS E POTENCIAIS BENEFÍCIOS

Por ser tratar de uma entrevista, esse estudo não apresenta nenhum risco. O benefício de sua participação nessa pesquisa consiste na possibilidade de participar do planejamento de um programa de treinamento e desenvolvimento, baseado em suas reais necessidades de educação, o que resultará no seu aprimoramento profissional e melhoria da assistência.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

A sua entrevista será gravada, para que possam ser analisadas e aproveitadas todas as suas opiniões, mas você tem a garantia que esta conversa é sigilosa, utilizada apenas para o uso de trabalhos científicos, sem sua identificação, e se você quiser retirar alguma coisa da entrevista, mesmo depois de gravada, pode fazê-lo sem nenhuma preocupação.

Caso você concorde em participar, leia atentamente as informações abaixo, pergunte sobre qualquer detalhe que não entender e assine o documento, autorizando desta forma que os dados colhidos na sua entrevista sejam utilizados nessa pesquisa.

Declaro, que fui esclarecido(a) sob os seguintes aspectos:

1. Estou participando por minha livre vontade e concordo que a minha entrevista seja gravada e os dados colhidos sejam usados para fins de pesquisa, podendo ser publicados em revistas científicas, divulgados nos meios acadêmicos (universidades, escolas) e apresentados em eventos (congressos, seminários e outros);
2. Minha participação é espontânea, e estou ciente que posso desistir a qualquer momento de participar da pesquisa e que, se isso acontecer, não terei qualquer tipo de punição, prejuízo ou consequência;
3. Tenho a garantia da pesquisadora que as informações que darei durante a entrevista não serão divulgadas para outro fim, a não ser para a sua pesquisa, e que a minha identidade será preservada;
4. Tenho garantia que a pesquisadora estará disponível para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários sobre esse trabalho, durante o tempo que essa pesquisa demorar e que posso encontrá-la no endereço e telefone que estão escritos logo abaixo;

5. Tenho garantia que vou ficar com uma cópia deste termo de consentimento, permanecendo a outra cópia com a pesquisadora;
6. Essa pesquisa e esse termo de consentimento livre e esclarecido foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do Coração, Contato do CEP-HCor: Rua Abrão Dib, 50 - Térreo- Paraíso – CEP: 04004-060 - São Paulo – SP – Telefone: 3053-6611 – Ramal: 8458 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário, Contato do CEP-HU: Av. Prof. Lineu Prestes, 2565 – Cidade Universitária – CEP: 05508-000 – São Paulo – SP - Telefone: 3091-9457 – Fax: 3091-9452 e-mail:cep@hu.usp.br

Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa.

São Paulo, ____ de _____ de ____.

Participante

Responsável pela obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

Nome: Melissa Messias – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Função: Pesquisadora - Tel. 11 979986099 / 3053-6611 r. 3563 e-mail: melissa.finette@usp.br

Assinatura: _____ **Data:** _____

Pesquisadora Responsável

Apêndice 14 – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido – Fase 2

“PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO PARA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE SERVIÇO DE URGÊNCIA”

INTRODUÇÃO

Embora o Ministério da Saúde, por meio da publicação da Portaria GM nº 1600, de 7 de julho de 2011, tenha definido a necessidade de qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização, ainda há muito que fazer para a aplicabilidade do estabelecido pela referida portaria.

OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivos: caracterizar o ambiente do pronto socorro quanto aos insumos (recursos físicos, materiais e humanos); conhecer o processo de educação oferecido à equipe de enfermagem; identificar e avaliar as necessidades de treinamento dos profissionais de Enfermagem atuantes no pronto socorro e construir um programa de educação para estes profissionais, baseado no diagnóstico de necessidades de treinamento, considerando o ambiente de trabalho como suporte à aprendizagem.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

A participação neste estudo é inteiramente voluntária; o(a) senhor(a) não é obrigado a participar do estudo.

Se você quiser participar desta pesquisa, a aplicação do questionário acontecerá na sua instituição de trabalho e o horário será combinado entre você e a pesquisadora, conforme o que melhor lhe convier.

Esse questionário é composto por alguns dados de identificação pessoal e profissional. Além disso, você será solicitado(a) a responder questões abertas relacionadas a treinamento.

CUSTOS, NÃO REMUNERAÇÃO E COMPENSAÇÃO

Sua participação neste estudo não terá nenhum custo adicional e o(a) senhor(a) não será pago(a) por participar no estudo.

RISCOS E DESCONFORTOS E POTENCIAIS BENEFÍCIOS

Por ser tratar do preenchimento de um questionário, esse estudo não apresenta nenhum risco. O benefício de sua participação nessa pesquisa consiste na possibilidade de participar do planejamento de um programa de treinamento e desenvolvimento, baseado em suas reais necessidades de educação, o que resultará no seu aprimoramento profissional e melhoria da assistência.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Você tem a garantia que suas respostas são sigilosas, sem sua identificação, utilizadas apenas para trabalhos científicos.

Caso você concorde em participar, leia atentamente as informações abaixo, pergunte sobre qualquer detalhe que não entender e assine o documento, autorizando desta forma que os dados colhidos no seu questionário sejam utilizados nessa pesquisa.

Declaro, que fui esclarecido(a) sob os seguintes aspectos:

1. Estou participando por minha livre vontade e concordo que os dados colhidos em meu questionário sejam usados para fins de pesquisa, podendo ser publicados em revistas científicas, divulgados nos meios acadêmicos (universidades, escolas) e apresentados em eventos (congressos, seminários e outros);
2. Minha participação é espontânea, e estou ciente que posso desistir a qualquer momento de participar da pesquisa e que, se isso acontecer, não terei qualquer tipo de punição, prejuízo ou consequência;
3. Tenho a garantia da pesquisadora que as informações que darei durante o preenchimento do questionário não serão divulgadas para outro fim, a não ser para a sua pesquisa, e que a minha identidade será preservada;
4. Tenho garantia que a pesquisadora estará disponível para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários sobre esse trabalho, durante o tempo que essa pesquisa demorar e que posso encontrá-la no endereço e telefone que estão escritos logo abaixo;
5. Tenho garantia que vou ficar com uma cópia deste termo de consentimento, permanecendo a outra cópia com a pesquisadora;
6. Essa pesquisa e esse termo de consentimento livre e esclarecido foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do Coração, Contato do CEP-HCor: Rua Abrão Dib, 50 - Térreo- Paraíso – CEP: 04004-060 - São Paulo – SP – Telefone: 3053-6611 – Ramal: 8458 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário, Contato do CEP-HU: Av. Prof. Lineu Prestes, 2565 –

Cidade Universitária – CEP: 05508-000 – São Paulo – SP - Telefone: 3091-9457 –
Fax: 3091-9452 - e-mail: cep@hu.usp.br

Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa.

São Paulo, ____ de _____ de ____.

Participante

Responsável pela obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

Nome: Melissa Messias - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Função: Pesquisadora - Tel. 11 979986099 / 3053-6611 r. 3563 e-mail:
melissa.finette@usp.br

Assinatura: _____ **Data:** _____

Pesquisadora Responsável

Apêndice 15 – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido – Fase 3

“PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO PARA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE SERVIÇO DE URGÊNCIA”

INTRODUÇÃO

Embora o Ministério da Saúde, por meio da publicação da Portaria GM nº 1600, de 7 de julho de 2011, tenha definido a necessidade de qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização, ainda há muito que fazer para a aplicabilidade do estabelecido pela referida portaria.

OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivos: caracterizar o ambiente do pronto socorro quanto aos insumos (recursos físicos, materiais e humanos); conhecer o processo de educação oferecido à equipe de enfermagem; identificar e avaliar as necessidades de treinamento dos profissionais de Enfermagem atuantes no pronto socorro e construir um programa de educação para estes profissionais, baseado no diagnóstico de necessidades de treinamento, considerando o ambiente de trabalho como suporte à aprendizagem contínua.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

A participação neste estudo é inteiramente voluntária; o(a) senhor(a) não é obrigado a participar do estudo.

Se você quiser participar desta pesquisa, sua participação consistirá em participar de três reuniões com duração de duas horas cada uma, com intervalos 7 dias entre uma e outra, dependendo da disponibilidade do grupo. As reuniões acontecerão na sua instituição de trabalho e os horários serão combinados entre o grupo e a pesquisadora, conforme o que melhor convier para o grupo.

Este grupo, denominado grupo focal tem como objetivo para construir um programa de treinamento e desenvolvimento para a equipe de Enfermagem do pronto socorro, baseado nas reais necessidades de educação da equipe.

CUSTOS, NÃO REMUNERAÇÃO E COMPENSAÇÃO

Sua participação neste estudo não terá nenhum custo adicional e o(a) senhor(a) não será pago(a) por participar no estudo.

RISCOS E DESCONFORTOS E POTENCIAIS BENEFÍCIOS

Por serem discussões coletivas, esse estudo não apresenta nenhum risco. O benefício de sua participação nessa pesquisa consiste na possibilidade de participar do planejamento de um programa de treinamento e desenvolvimento, baseado em suas reais necessidades de educação, o que resultará no seu aprimoramento profissional e melhoria da assistência.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

As discussões durante as reuniões serão gravadas, para que possam ser analisadas e aproveitadas todas as opiniões do grupo para construção do programa, mas você tem a garantia que estas conversas são sigilosas, utilizadas apenas para o uso de trabalhos científicos, sem identificação do participante, e se você quiser retirar alguma coisa, mesmo depois de gravadas, pode fazê-lo sem nenhuma preocupação.

Caso você concorde em participar, leia atentamente as informações abaixo, pergunte sobre qualquer detalhe que não entender e assine o documento, autorizando desta forma que os dados colhidos sejam utilizados nessa pesquisa.

Declaro, que fui esclarecido(a) sob os seguintes aspectos:

1. Estou participando por minha livre vontade e concordo que as discussões sejam gravadas e os dados colhidos sejam usados para fins de pesquisa, podendo ser publicados em revistas científicas, divulgados nos meios acadêmicos (universidades, escolas) e apresentados em eventos (congressos, seminários e outros);
2. Minha participação é espontânea, e estou ciente que posso desistir a qualquer momento de participar da pesquisa e que, se isso acontecer, não terei qualquer tipo de punição, prejuízo ou consequência;
3. Tenho a garantia da pesquisadora que as informações que darei durante as discussões não serão divulgadas para outro fim, a não ser para a sua pesquisa, e que a minha identidade será preservada;
4. Tenho garantia que a pesquisadora estará disponível para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários sobre esse trabalho, durante o tempo

que essa pesquisa demorar e que posso encontrá-la no telefone que está escrito logo abaixo;

5. Tenho garantia que vou ficar com uma cópia deste termo de consentimento, permanecendo a outra cópia com a pesquisadora;
6. Essa pesquisa e esse termo de consentimento livre e esclarecido foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do Coração, Contato do CEP-HCor: Rua Abrão Dib, 50 - Térreo- Paraíso – CEP: 04004-060 - São Paulo – SP – Telefone: 3053-6611 – Ramal: 8458 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário, Contato do CEP-HU: Av. Prof. Lineu Prestes, 2565 – Cidade Universitária – CEP: 05508-000 – São Paulo – SP - Telefone: 3091-9457 – Fax: 3091-9452 - e-mail:cep@hu.usp.br

Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa.

São Paulo, ____ de _____ de ____.

Participante

Responsável pela obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

Nome: Melissa Messias - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Função: Pesquisadora - Tel. 11 979986099 / 3053-6611 r. 3563 e-mail:
melissa.finette@usp.br

Assinatura: _____ **Data:** _____

Pesquisadora Responsável

Apêndice 16 – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido – Fase 4

“PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO PARA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE SERVIÇO DE URGÊNCIA”

INTRODUÇÃO

Embora o Ministério da Saúde, por meio da publicação da Portaria GM nº 1600, de 7 de julho de 2011, tenha definido a necessidade de qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização, ainda há muito que fazer para a aplicabilidade do estabelecido pela referida portaria.

OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivos: caracterizar o ambiente do pronto socorro quanto aos insumos (recursos físicos, materiais e humanos); conhecer o processo de educação oferecido à equipe de enfermagem; identificar e avaliar as necessidades de treinamento dos profissionais de Enfermagem atuantes no pronto socorro e construir um programa de educação para estes profissionais, baseado no diagnóstico de necessidades de treinamento, considerando o ambiente de trabalho como suporte à aprendizagem contínua.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

A participação neste estudo é inteiramente voluntária; o(a) senhor(a) não é obrigado a participar do estudo.

Se você quiser participar desta pesquisa, sua participação consistirá em conceder uma entrevista, a ser realizada na sua instituição de trabalho e em local e horário a serem combinados entre você e a pesquisadora. A duração prevista é de aproximadamente uma hora.

Essa entrevista é composta por questões abertas relacionadas ao processo de educação dos profissionais de Enfermagem do pronto socorro, indicadores de treinamento e fases utilizadas no planejamento instrucional, execução e avaliação de treinamento.

CUSTOS, NÃO REMUNERAÇÃO E COMPENSAÇÃO

Sua participação neste estudo não terá nenhum custo adicional e o(a) senhor(a) não será pago(a) por participar no estudo.

RISCOS E DESCONFORTOS E POTENCIAIS BENEFÍCIOS

Por ser tratar de uma entrevista, esse estudo não apresenta nenhum risco. O benefício de sua participação nessa pesquisa consiste na possibilidade de participar do planejamento de um programa de treinamento e desenvolvimento, baseado nas reais necessidades de educação da Equipe de Enfermagem, o que resultará no aprimoramento profissional e melhoria da assistência.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

A sua entrevista será gravada, para que possam ser analisadas e aproveitadas todas as suas opiniões, mas você tem a garantia que esta conversa é sigilosa, utilizada apenas para o uso de trabalhos científicos, sem sua identificação, e se você quiser retirar alguma coisa da entrevista, mesmo depois de gravada, pode fazê-lo sem nenhuma preocupação.

Caso você concorde em participar, leia atentamente as informações abaixo, pergunte sobre qualquer detalhe que não entender e assine o documento, autorizando desta forma que os dados colhidos na sua entrevista sejam utilizados nessa pesquisa.

Declaro, que fui esclarecido(a) sob os seguintes aspectos:

1. Estou participando por minha livre vontade e concordo que a minha entrevista seja gravada e os dados colhidos sejam usados para fins de pesquisa, podendo ser publicados em revistas científicas, divulgados nos meios acadêmicos (universidades, escolas) e apresentados em eventos (congressos, seminários e outros);
2. Minha participação é espontânea, e estou ciente que posso desistir a qualquer momento de participar da pesquisa e que, se isso acontecer, não terei qualquer tipo de punição, prejuízo ou consequência;
3. Tenho a garantia da pesquisadora que as informações que darei durante a entrevista não serão divulgadas para outro fim, a não ser para a sua pesquisa, e que a minha identidade será preservada;
4. Tenho garantia que a pesquisadora estará disponível para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários sobre esse trabalho, durante o tempo que essa pesquisa demorar e que posso encontrá-la no endereço e telefone que estão escritos logo abaixo;
5. Tenho garantia que vou ficar com uma cópia deste termo de consentimento, permanecendo a outra cópia com a pesquisadora;

6. Essa pesquisa e esse termo de consentimento livre e esclarecido foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do Coração, Contato do CEP-HCor: Rua Abrão Dib, 50 - Térreo- Paraíso – CEP: 04004-060 - São Paulo – SP – Telefone: 3053-6611 – Ramal: 8458 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário, Contato do CEP-HU: Av. Prof. Lineu Prestes, 2565 – Cidade Universitária – CEP: 05508-000 – São Paulo – SP - Telefone: 3091-9457 – Fax: 3091-9452 e-mail:cep@hu.usp.br

Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa.

São Paulo, ____ de _____ de ____.

Participante

Responsável pela obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

Nome: Melissa Messias – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Função: Pesquisadora - Tel. 11 979986099 / 3053-6611 r. 3563 e-mail: melissa.finette@usp.br

Assinatura: _____ **Data:** _____

Pesquisadora Responsável

**Apêndice 17 – Tabela de distribuição das respostas à questão
“Que treinamentos você tem interesse ou necessidade de participar”
por instituição e categoria profissional, São Paulo – 2014**

Treinamentos	Categoria	PSI – HU/USP				PSA – HU/USP				PS – HCor			
		Enf		TE/AE		Enf		TE/AE		Enf		TE/AE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Acidente Vascular Encefálico	Técnico	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3,3	0	0
<i>Advanced Cardiac Life Support</i> (ACLS)	Técnico	1	3,6	0	0	2	5,1	3	6,2	1	3,3	1	1,8
<i>Advanced Trauma Care for Nurses</i> (ATCN)	Técnico	2	7,1	0	0	2	5,1	0	0	1	3,3	0	0
<i>Advanced Trauma Life Support</i> (ATLS)	Técnico	0	0	0	0	0	0	2	4,2	0	0	1	1,8
Aplicação de injeção intramuscular	Técnico	1	3,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Arritmia cardíaca	Técnico	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3,3	1	1,8
Aspiração de vias aéreas superiores	Técnico	1	3,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Assistência direta do enfermeiro	Técnico	1	3,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Atendimento à múltiplas vítimas	Outros	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,8
Atendimento à parada cardiorrespiratória	Técnico	0	0	0	0	0	0	4	8,3	1	3,3	2	3,6
Atendimento ao cliente	Outros	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,8
Atendimento pré-hospitalar	Técnico	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3,3	0	0
Atualização de técnicas	Técnico	0	0	0	0	2	5,1	0	0	0	0	1	1,8
Atualização no atendimento de urgência/emergência	Técnico	0	0	1	6,7	3	7,7	4	8,3	3	10	3	5,5
<i>Basic Life Support</i> (BLS)	Técnico	0	0	0	0	0	0	1	2,1	0	0	1	1,8
Boas práticas voltadas à assistência	Técnico	0	0	0	0	1	2,6	0	0	0	0	0	0
Brigada de Incêndio	Outros	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,8
Cálculo, dosagens e efeitos de medicação em urgência/emergência	Técnico	1	3,6	1	6,7	0	0	0	0	0	0	0	0
Cálculo, preparo e administração de medicamentos (interação medicamentosa, contra-indicação, cuidados no manuseio)	Técnico	1	3,6	2	13,3	0	0	2	4,2	0	0	2	3,6
Catástrofe	Técnico	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3,3	0	0
Cateter de <i>Swan-Ganz</i>	Técnico	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3,3	1	1,8

Treinamentos	Categoria	PSI – HU/USP				PSA – HU/USP				PS – HCor			
		Enf		TE/AE		Enf		TE/AE		Enf		TE/AE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Coleta de exames de sangue	Técnico	1	3,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Comportamental	Relação Humana	0	0	0	0	2	5,1	1	2,1	0	0	0	0
Comunicação	Relação Humana	0	0	0	0	1	2,6	0	0	1	3,3	0	0
Cuidados com o paciente/cuidados clínicos	Técnico	0	0	0	0	0	0	1	2,1	0	0	1	1,8
Curativos/Curativos em úlcera por pressão e queimados (técnica/coberturas)	Técnico	0	0	0	0	0	0	3	6,2	1	3,3	0	0
Dengue	Técnico	0	0	0	0	1	2,6	0	0	0	0	0	0
Diálise Peritoneal	Técnico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,8
Doação de órgãos	Técnico	0	0	0	0	0	0	1	2,1	0	0	0	0
Doenças cardíacas	Técnico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3,6
Doenças respiratórias	Técnico	1	3,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Drenos	Técnico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,8
Drogas vasoativas	Técnico	1	3,6	1	6,7	0	0	2	4,2	0	0	2	3,6
Eletrocardiograma	Técnico	0	0	1	6,7	1	2,6	3	6,2	7	23,3	9	16,4
Emergências cardiológicas no recém nascido	Técnico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,8
Emergências ortopédicas	Técnico	0	0	0	0	1	2,6	0	0	0	0	0	0
Equilíbrio emocional	Relação Humana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,8
Escala de dor	Técnico	1	3,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fixação de cateter venoso periférico	Técnico	1	3,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Flebite	Técnico	1	3,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Funcionamento dos aparelhos de diálise	Técnico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,8
Gerenciamento de conflitos	Gerencial	1	3,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gerenciamento de Enfermagem	Gerencial	0	0	0	0	1	2,6	0	0	0	0	0	0
Gerenciamento de fluxos em pronto socorro	Gerencial	0	0	0	0	1	2,6	0	0	0	0	0	0
Gerenciamento de materiais	Gerencial	0	0	0	0	1	2,6	0	0	0	0	0	0
Gerenciamento de pessoas	Gerencial	1	3,6	0	0	1	2,6	0	0	1	3,3	0	0

[illegible]

Treinamentos	Categoria	PSI – HU/USP				PSA – HU/USP				PS – HCor			
		Enf		TE/AE		Enf		TE/AE		Enf		TE/AE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Relacionamento Interpessoal/Interprofissional	Relação Humana	1	3,6	1	6,7	1	2,6	0	0	0	0	1	1,8
Resgate aéreo e terrestre	Técnico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,8
Resoluções do Conselho Regional de Enfermagem/Conselho Federal de Enfermagem	Outros	0	0	0	0	0	0	1	2,1	0	0	0	0
Saúde do idoso	Técnico	0	0	0	0	0	0	1	2,1	0	0	0	0
Segurança do paciente	Técnico	1	3,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sensibilização da Equipe de Enfermagem para atuação em pronto socorro	Relação Humana	0	0	0	0	0	0	1	2,1	0	0	0	0
Sepse (protocolo de reconhecimento e atendimento)	Técnico	0	0	0	0	1	2,6	0	0	0	0	0	0
Situação de morte	Técnico	0	0	1	6,7	0	0	0	0	0	0	0	0
Sondagem Vesical de Alívio	Técnico	1	3,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trabalho em equipe	Relação Humana	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3,3	0	0
Trauma Life Support for Nurses (TLSN)	Técnico	0	0	0	0	1	2,6	0	0	0	0	0	0
Urgências neurológicas	Técnico	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3,3	0	0
Ventilação mecânica/ventilador mecânico	Técnico	0	0	0	0	2	5,1	1	2,1	0	0	0	0
Via aérea difícil	Técnico	0	0	0	0	1	2,6	0	0	0	0	0	0
Todos	Outros	1	3,6	1	6,7	0	0	0	0	1	3,3	2	3,6
Nenhum		0	0	1	6,7	0	0	6	12,5	0	0	0	0
Não respondeu		0	0	1	6,7	0	0	2	4,2	0	0	0	0
Total		28	100	15	100	39	100	48	100	30	100	55	100

“Como você acha que deveriam ser os treinamentos”, por instituição e categoria profissional, São Paulo, 2014

[illegible]

Como deveriam ser os treinamentos?	Categoria	PSI – HU/USP				PSA – HU/USP				PS - HCor			
		Enf		TE/AE		Enf		TE/AE		Enf		TE/AE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Com simulação realística	Estratégia	2	13,3	3	15,8	1	3,8	0	0	2	9,1	3	6,5
Com utilização de dinâmicas	Estratégia	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4,5	0	0
Com utilização de manequins	Meio	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4,5	0	0
Com utilização de recursos áudio-visuais	Meio	0	0	0	0	0	0	0	0	2	9,1	1	2,2
Com vídeos	Meio	1	6,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Com visitas à outras instituições de saúde	Estratégia	1	6,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dinâmicos (com participação ativa do aluno na aula, não só uma apresentação em um telão com alguém falando)	Atributo	2	13,3	1	5,3	2	7,7	0	0	0	0	3	6,5
Disponibilização das condutas na <i>intranet</i>	Meio	0	0	0	0	1	3,8	0	0	0	0	0	0
Em horário acessível/flexível aos plantões	Horário	1	6,7	0	0	0	0	3	6,9	0	0	1	2,2
Objetivos	Atributo	0	0	0	0	0	0	1	2,3	0	0	0	0
Para todos os profissionais e não por sorteio	Público alvo	0	0	0	0	0	0	1	2,3	0	0	0	0
Sem falhas na organização do curso	Organização	0	0	0	0	0	0	1	2,3	0	0	0	0
Serem adequados para a realidade de cada setor/unidade	LNT	0	0	0	0	0	0	2	4,7	0	0	1	2,2
Serem flexibilizados e adaptados à rotina do setor	LNT	0	0	0	0	1	3,8	0	0	0	0	0	0
Serem gratuitos para os funcionários	Outros	0	0	0	0	0	0	2	4,7	0	0	0	0
Serem individuais	Estratégia	0	0	0	0	1	3,8	0	0	0	0	0	0
Serem mais frequentes/regulares	Periodicidade	0	0	0	0	0	0	2	4,7	1	4,5	3	6,5
Serem mais individualizados (dirigidos especificamente à área de emergência e não à todo hospital)	LNT	0	0	0	0	0	0	3	6,9	0	0	0	0
Serem melhor elaborados	Organização	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2,2
Serem ministrados por enfermeiros treinados (multiplicadores)	Instrutor	0	0	0	0	1	3,8	0	0	0	0	0	0
Serem multidisciplinares	Público alvo	0	0	0	0	1	3,8	0	0	0	0	1	2,2
Serem parecidos com cursos de imersão (receber o material antes para poder se preparar melhor e posteriormente receber as informações em sala)	Estratégia	0	0	0	0	1	3,8	0	0	0	0	0	0

Como deveriam ser os treinamentos?	Categoria	PSI – HU/USP				PSA – HU/USP				PS - HCor			
		Enf		TE/AE		Enf		TE/AE		Enf		TE/AE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Serem programados com antecedência	Organização	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4,5	0	0
Serem realizados com uma periodicidade definida (ex. mensalmente, trimestralmente)	Periodicidade	0	0	1	5,3	0	0	1	2,3	0	0	0	0
Serem realizados de acordo com o perfil e complexidade dos atendimento de urgência (ex. parada cardiorrespiratória, afogamento, envenenamento, mordedura de animal peçonhento)	LNT	1	6,7	1	5,3	0	0	0	0	0	0	0	0
Serem realizados dentro do setor (facilitando a dinâmica de execução do treinamento)	Local	0	0	0	0	2	7,7	0	0	0	0	3	6,5
Serem realizados durante o horário de trabalho	Horário	0	0	4	20,8	1	3,8	9	21,2	0	0	4	8,7
Serem realizados em grupo	Estratégia	0	0	0	0	1	3,8	1	2,3	0	0	0	0
Serem realizados em locais apropriados (sala de aula/auditório)	Local	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4,5	2	4,3
Serem realizados em todos os horários	Horário	0	0	0	0	0	0	1	2,3	0	0	0	0
Serem realizados fora do horário de trabalho	Horário	0	0	0	0	1	3,8	0	0	3	13,6	2	4,3
Serem realizados fora do setor	Local	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4,5	0	0
Serem realizados no pós plantão	Horário	0	0	1	5,3	0	0	0	0	0	0	0	0
Serem sucintos e compreensíveis para cada área profissional	Atributo	0	0	0	0	0	0	1	2,3	0	0	0	0
Serem voltados para as necessidades dos colaboradores (que houvesse levantamento de necessidades quanto ao assunto abordado)	LNT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4,3
Teórico-prático	Estratégia	1	6,7	3	15,8	7	27,5	5	11,6	3	13,6	10	21,7
Voltados para a melhoria da prática assistencial	Objetivos	0	0	0	0	1	3,8	0	0	1	4,5	0	0
Mesmo formato		0	0	3	15,8	0	0	2	4,7	1	4,5	1	2,2
Minha opinião não tem valor		0	0	0	0	0	0	1	2,3	0	0	0	0
Não respondeu		0	0	1	5,3	0	0	2	4,7	0	0	0	0
Total		15	100	19	100	26	100	43	100	22	100	46	100

**Apêndice 19 – Tabela de distribuição das respostas à questão
“Os treinamentos que você participou foram úteis na prática? Por
quê?” por instituição e categoria profissional, São Paulo, 2014**

Porque sim?	Categoria	PSI – HU/USP				PSA – HU/USP				PS – HCor			
		Enf		TE/AE		Enf		TE/AE		Enf		TE/AE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Abordaram patologias e casos diferenciados	Aperfeiçoamento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2,9
Embasaram a orientação de alta	Aperfeiçoamento	0	0	0	0	1	6,7	0	0	0	0	0	0
Embasaram científica e teoricamente a prática profissional	Aperfeiçoamento	0	0	1	7,1	1	6,7	0	0	1	8,3	3	8,6
Esclareceram dúvidas	Aperfeiçoamento	1	33,3	0	0	0	0	0	0	1	8,3	2	5,7
Foram direcionados à realidade da nossa rotina/abordaram temas do dia a dia	Necessidades do setor	0	0	1	7,1	1	6,7	1	5	1	8,3	5	14,3
Foram utilizados no setor, na prática/ajudaram na rotina/desempenho	Necessidades do setor	0	0	1	7,1	0	0	4	20	3	25	2	5,7
Incorporaram novas rotinas	Aperfeiçoamento	1	33,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mostraram inovações	Aperfeiçoamento	0	0	0	0	0	0	1	5	0	0	0	0
Nortearam/atualizaram/melhoraram a prática	Aperfeiçoamento	0	0	1	7,1	1	6,7	0	0	0	0	1	2,9
Padronizaram protocolos e condutas/unificaram a linguagem das equipes/sistematizaram os atendimentos	Aperfeiçoamento	0	0	1	7,1	2	13,3	1	5	1	8,3	2	5,7
Permitiram a satisfação do usuário	Qualidade	0	0	0	0	1	6,7	0	0	0	0	0	0
Permitiram conhecer o hospital	Aperfeiçoamento	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8,3	0	0
Propiciaram qualificação/atualização/ enriquecimento profissional (acrescentaram/reciclaram/conhecimentos)	Aperfeiçoamento	0	0	3	21,4	3	20	6	30	1	8,3	6	17,1
Proporcionaram destreza	Aperfeiçoamento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2,9
Proporcionaram mais segurança/confiança	Aperfeiçoamento	0	0	0	0	0	0	2	10	1	8,3	2	5,7

Porque sim?	Categoria	PSI – HU/USP				PSA – HU/USP				PS – HCor			
		Enf		TE/AE		Enf		TE/AE		Enf		TE/AE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Qualificaram a assistência/atendimento ao paciente	Qualidade	1	33,3	3	21,4	1	6,7	1	5	0	0	4	11,4
Revisaram o manuseio de equipamentos de uso rotineiro	Aperfeiçoamento	0	0	0	0	2	13,3	0	0	0	0	0	0
Revisaram técnicas/procedimentos/rotinas aplicadas	Aperfeiçoamento	0	0	1	7,1	2	13,3	2	10	1	8,3	3	8,6
Sou profissional e procuro fazer o certo	Outros	0	0	1	7,1	0	0	1	5	0	0	0	0
Não justificou		0	0	1	7,1	0	0	1	5	1	8,3	3	8,6
Total		3	100	14	100	15	100	20	100	12	100	35	100

Apêndice 20 – Tabela de distribuição das justificativas dos profissionais que responderam que os treinamentos não foram úteis na prática, por instituição, São Paulo, 2014

Porque não?	Categoria	PSI – HU/USP				PSA – HU/USP				PS – HCor			
		Enf		TE/AE		Enf		TE/AE		Enf		TE/AE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A dinâmica da unidade não permitiu a aplicação do treinamento	Necessidades do setor	0	0	0	0	0	0	1	50	0	0	0	0
Faltaram recursos (vídeos, simulação realística, visitas a outras instituições de saúde, fotos)	Outros	1	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Faltou avaliação do treinamento na prática	Outros	2	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Faltou retomar o treinamento de tempos em tempos	Outros	1	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Foram realizados no pós plantão com baixa absorção	Outros	0	0	0	0	0	0	1	50	0	0	0	0
Total		4	100	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0

Apêndice 21 – Tabela de distribuição das justificativas dos profissionais que responderam que alguns treinamentos foram úteis na prática por instituição, São Paulo, 2014

Porque alguns?	Categoria	PSI – HU/USP				PSA – HU/USP				PS – HCor			
		Enf		TE/AE		Enf		TE/AE		Enf		TE/AE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A demanda de pacientes não possibilitou a aplicação prática	Outros	0	0	0	0	0	0	1	14,3	0	0	1	25
Abordaram orientações não atualizadas	Aperfeiçoamento	0	0	0	0	0	0	1	14,3	0	0	0	0
Abrangeram todos os setores/foram comuns a todo o hospital	Necessidades do setor	1	25	0	0	1	16,7	0	0	0	0	0	0
Faltaram recursos físicos e/ou materiais para aplicação do treinamento	Outros	0	0	0	0	0	0	1	14,3	0	0	0	0
Foram demasiadamente teóricos/pouca abordagem na prática	Necessidades do setor	0	0	0	0	2	33,3	0	0	0	0	2	50
Foram direcionados para enfermeiros	Aperfeiçoamento	0	0	0	0	0	0	1	14,3	0	0	0	0
Não atenderam as necessidades/fugiram da realidade do setor	Necessidades do setor	1	25	0	0	1	16,7	2	28,6	0	0	0	0
Não foram específicos para a minha área de atuação	Aperfeiçoamento	0	0	0	0	1	16,7	0	0	0	0	0	0
Não foram específicos para o Departamento de Enfermagem	Necessidades do setor	1	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Não foram frequentes	Outros	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	25
Não foram úteis no dia a dia/não foi possível colocar em prática	Necessidades do setor	0	0	1	100	1	16,7	0	0	0	0	0	0
Não tiveram a parte prática	Outros	1	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tiveram falhas na organização	Outros	0	0	0	0	0	0	1	14,3	0	0	0	0
Não justificou		0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	0	0
Total		4	100	1	100	6	100	7	100	2	100	4	100

Apêndice 22 – Tabela de distribuição das justificativas dos profissionais que responderam que poucos treinamentos foram úteis na prática, por instituição, São Paulo, 2014

Porque poucos?	Categoria	PSI – HU/USP				PSA – HU/USP				PS – HCor			
		Enf		TE/AE		Enf		TE/AE		Enf		TE/AE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não consegui aplicá-los no meu local de trabalho	Necessidades do setor	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0
Total		0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0

**Apêndice 23 – Tabela de distribuição das respostas à questão
“A unidade oferece condições para aplicar os conhecimentos,
habilidades e atitudes aprendidos nos treinamentos?” por instituição
e categoria profissional, São Paulo, 2014**

Se sim, porque?	Categoria	PSI – HU/USP				PSA – HU/USP				PS – HCor			
		Enf		TE/AE		Enf		TE/AE		Enf		TE/AE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A instituição se preocupa com o desenvolvimento do trabalho no dia a dia	Insumo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10	0	0
A prática do dia a dia cobra a aplicação	Ambiente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3,8
A unidade fornece liberdade de atuação técnica	Insumo	0	0	1	8,3	0	0	0	0	0	0	0	0
A unidade tem pessoas com conhecimento técnico científico	Ambiente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3,8
É para a melhoria da unidade	Ambiente	0	0	1	8,3	0	0	0	0	0	0	0	0
É um hospital escola	Insumo	0	0	1	8,3	1	25	0	0	0	0	0	0
É uma unidade acolhedora	Insumo	0	0	1	8,3	0	0	0	0	0	0	0	0
Existe planejamento	Procedimento	0	0	0	0	0	0	1	8,3	0	0	0	0
Há discussão de casos clínicos com a Equipe de Enfermagem	Procedimento	1	16,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mês-a-mês temos aulas práticas e teóricas com o Serviço de Educação Continuada (SEC) e no sistema informatizado	Procedimento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3,8
O pronto socorro é um local de trabalho que não existe rotina (são sempre coisas novas/comporta muitos procedimentos e práticas que não tem em outro setor)	Insumo	0	0	1	8,3	0	0	1	8,3	0	0	1	3,8
Oferece recursos físicos, materiais/ tecnológicos e humanos	Ambiente	0	0	0	0	1	25	0	0	3	30	2	7,7
Os treinamentos são didáticos	Procedimento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3,8
Os treinamentos são direcionados ao pronto socorro	Procedimento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3,8
Os treinamentos são protocolos	Ambiente	0	0	1	8,3	0	0	0	0	0	0	0	0
Profissionais e chefia são abertos para mudanças	Insumo	0	0	1	8,3	0	0	0	0	0	0	0	0

Se sim, porque?	Categoria	PSI – HU/USP				PSA – HU/USP				PS – HCor			
		Enf		TE/AE		Enf		TE/AE		Enf		TE/AE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Temos incentivo da chefia	Ambiente	2	33,3	0	0	1	25	0	0	0	0	0	0
Toda equipe é sensibilizada	Processo	1	16,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Não justificou		2	33,3	5	41,7	1	25	10	83,3	6	60	18	69,2
Total		6	100	12	100	4	100	12	100	10	100	26	100

Apêndice 24 – Tabela de distribuição das justificativas dos profissionais que responderam que a unidade não oferece condições de aplicação dos treinamentos na prática, por instituição, São Paulo, 2014

Se não, porque?	Categoria	PSI – HU/USP				PSA – HU/USP				PS – HCor			
		Enf		TE/AE		Enf		TE/AE		Enf		TE/AE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A dinâmica da unidade não ajuda	Ambiente	0	0	0	0	0	0	1	8,3	0	0	0	0
Existe alta demanda de pacientes/demanda de trabalho	Insumo	0	0	0	0	1	25	2	16,7	0	0	1	50
Existem várias funções agregadas à Enfermagem	Insumo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50
Falta monitoramento da aplicação prática (do que é falado teoricamente)	Ambiente	0	0	0	0	0	0	1	8,3	0	0	0	0
Falta rotatividade de pacientes (o tempo de permanência no pronto socorro é superior a 24 horas ou vários dias)	Insumo	0	0	0	0	0	0	1	8,3	0	0	0	0
Faltam recursos físicos (infra-estrutura), materiais e humanos	Ambiente	1	100	1	100	0	0	4	33,3	0	0	0	0
Faltam treinamentos específicos	Procedimento	0	0	0	0	1	25	0	0	0	0	0	0
Houve diminuição progressiva do quadro de funcionários	Insumo	0	0	0	0	0	0	1	8,3	0	0	0	0
Muitos produtos não são padronizados no hospital	Ambiente	0	0	0	0	1	25	0	0	0	0	0	0
Não realizamos muitos procedimentos técnicos (a maioria dos treinamentos são direcionados para revisão e/ou atualização de técnicas)	Insumo	0	0	0	0	1	25	0	0	0	0	0	0
Não justificou		0	0	0	0	0	0	2	16,7	0	0	0	0
Total		1	100	1	100	4	100	12	100	0	0	2	100

Apêndice 25 – Tabela de distribuição das justificativas dos profissionais que responderam que a unidade às vezes oferece condições de aplicação dos treinamentos na prática, por instituição, São Paulo, 2014

Se às vezes, porque?	Categoria	PSI – HU/USP				PSA – HU/USP				PS – HCor			
		Enf		TE/AE		Enf		TE/AE		Enf		TE/AE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Existe alta demanda de pacientes/ trabalho	Insumo	0	0	0	0	3	37,5	3	30	1	50	1	50
Existe dificuldade de adesão de outros profissionais	Ambiente	0	0	0	0	1	12,5	0	0	0	0	0	0
Falta monitoramento da aplicação prática	Ambiente	0	0	0	0	0	0	1	10	0	0	0	0
Faltam recursos físicos (infra-estrutura), materiais e humanos	Ambiente	0	0	0	0	2	25	4	40	0	0	0	0
Foram treinamentos muito teóricos e com pouca aplicabilidade na prática	Resultado	0	0	0	0	1	12,5	0	0	1	50	0	0
Não tiveram aproveitamento para quem trabalha à noite (cansaço pós-plantão)	Procedimento	0	0	0	0	0	0	1	10	0	0	0	0
Por ser um hospital escola (muitos alunos e com isso os papéis não ficam definidos)	Insumo	0	0	0	0	0	0	1	10	0	0	0	0
Não justificou		0	0	0	0	1	12,5	0	0	0	0	1	50
Total		0	0	0	0	8	100	10	100	2	100	2	100

Anexos

Anexo 1 – Lista de verbos de ação para o domínio cognitivo entregue aos participantes dos grupos focais

Verbos de ação para o domínio cognitivo			
Níveis	Verbos de Ação		
Conhecimento	Arranjar Definir Duplicar	Enumerar Listar Nomear	Ordenar Relatar Repetir Reproduzir
Compreensão	Classificar Descrever Discutir Explicar	Falar Identificar Indicar Localizar	Reconhecer Revisar Selecionar Traduzir
Aplicação	Aplicar Demonstrar Dramatizar	Empregar Escolher Ilustrar	Operar Praticar Preparar Usar
Análise	Analisar Categorizar Comparar Criticar	Diferenciar Distinguir Examinar Organizar	Planejar Propor Questionar Testar
Síntese	Administrar Construir	Criar Estabelecer	Formular Sintetizar
Avaliação	Argumentar Avaliar	Estimar Julgar	Predizer

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

Anexo 2 – Lista de verbos de ação para o domínio afetivo entregue aos participantes dos grupos focais

Verbos de ação para o domínio afetivo			
Níveis	Verbos de Ação		
Recepção	Demonstrar tolerância a	Estar alerta a seguir	Ouvir
Resposta	Aprovar	Obedecer	Replicar Responder
Valorização	Alcançar Apoiar	Assumir Atingir	Participar
Organização	Decidir	Julgar	Organizar Selecionar
Caracterização	Agir de acordo com	Identificar-se com	Praticar

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

Anexo 3 – Lista de verbos de ação para o domínio psicomotor entregue aos participantes dos grupos focais

Verbos de ação para o domínio psicomotor			
Níveis	Verbos de Ação		
Percepção	Atentar	Coordenar	Identificar
Posicionamento	Ajustar	Observar	Preparar
Execução Acompanhada	Acionar	Executar	Raspar
Mecanização	Dançar	Engrenar	Guiar
Domínio Completo	Dirigir	Escrever	Tocar

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

Anexo 4 – Lista de estratégias instrucionais entregue aos participantes dos grupos focais

Exemplos de estratégias instrucionais	
Estratégias Instrucionais	
Exposição Oral/Palestra: apresentação oral cuidadosamente preparada por pessoa qualificada em um assunto	Projeto: atividade organizada para a execução de uma tarefa ou atividade de resolução de problemas
Debate: discussão formalmente estruturada em que duas equipes defendem argumentos opostos em relação a um tópico	Projeto em equipe: um pequeno grupo de aprendizes trabalhando cooperativamente para executar uma tarefa ou resolver um problema
Demonstração: apresentação cuidadosamente preparada para mostrar como executar uma ação ou utilizar um procedimento, acompanhada de explicações orais, visuais, ilustrações e, em alguns casos, por questionamentos	Seminário: um ou mais grupos preparam um estudo ou projeto sobre um tópico (usualmente escolhido pelo professor) e apresentam suas descobertas ao restante do grupo. Essa atividade é seguida de uma discussão, orientada pelo professor, de modo a levar o grupo a extrair conclusões da experiência
Viagem ou Saída ao Campo: um passeio planejado no qual um grupo visita um local ou objeto de interesse para observá-lo ou estudá-lo	Reunião com Meditação: período de cinco a 60 minutos de meditação e limitada expressão verbal, no qual um grupo de cinco pessoas ou mais refletem em silêncio sobre um assunto. Essa estratégia requer que as pessoas não sejam estranhas umas às outras
Jogo: atividade instrucional, geralmente competitiva, em que os participantes seguem regras prescritas para vencer um desafio	Simulação: uma estratégia que envolve abstração ou simplificação de algumas situações, processos ou atividades da vida real
Discussão em grupo – orientada: conversação proposital, orientada por um líder ou facilitador acerca de um tópico de interesse de um grupo de seis a 20 pessoas	Estudo de caso: um tipo de simulação realizada para oportunizar ao aprendiz o tipo de tomada de decisão que será requerida mais tarde em outras situações
Discussão em grupo – livre: discussão livre acerca de um tópico selecionado pelo professor, em que a aprendizagem ocorre apenas como produto da interação entre os membros do grupo, sem a intervenção direta do professor	Role Play: um estudo de caso dramatizado; um retrato espontâneo de uma situação, condição ou circunstâncias, construído por participantes do grupo
Simpósio: encontro de cinco a 30 pessoas em uma residência ou local privativo para apreciar boa comida, entretenimento e camaradagem para discutir informalmente um tópico de interesse mútuo	Brainstorm: esforço de um grupo para gerar novas ideias para solucionar criativamente um problema

Entrevista: Apresentação de cinco a 30 minutos seguida por uma atividade em que a pessoa que expôs o assunto responde a questionamentos da audiência acerca de tópicos previamente determinados	Tutorial programado: método individualizado de instrução em que as decisões são tomadas por um tutor (humano, texto, computador, ou sistemas especialistas/inteligentes). São programados como recursos avançados de estruturação e seleção da instrução. Modelados para o indivíduo, requerem dele respostas ativas e fornecem a ele <i>feedback</i> imediato às suas ações
Laboratório: experiência de aprendizagem na qual os aprendizes interagem com materiais brutos	Tutorial conversacional: método individualizado de instrução no qual o tutor apresenta a instrução de um modo adaptativo; requer participação ativa do aprendiz e fornece <i>feedback</i> imediato
Laboratório orientado: um professor orienta a experiência dos aprendizes com os materiais brutos	Diálogo socrático: um tipo de tutorial no qual o tutor guia o aprendiz até a descoberta por meio de perguntas
Exposição orientada para a descoberta: estratégia na qual os aprendizes respondem questões levantadas pelo professor/instrutor escolhido para guia-los até a descoberta	Pesquisa bibliográfica: abordagem que estimula o aprendiz a buscar informações em fontes confiáveis de dados
Prevenção de recaídas: abordagem oriunda da psicologia clínica para tratamento de pessoas viciadas em drogas. Prepara o aprendiz para enfrentar sinais que indicam uma recaída ou retomada de uma atitude ou comportamento indesejável. Desenvolve estratégias de <i>coping</i> para que o aprendiz possa atuar aplicando novas aprendizagens em ambientes que impõem muita restrição situacional	Estágio supervisionado: estratégia vivencial de aprendizagem, na qual o aprendiz adquire conhecimentos e habilidades por meio da participação direta em atividades supervisionadas por um profissional em situações simuladas que se aproximam das condições sob as quais o conhecimento será aplicado. Em alguns casos, o aprendiz é colocado a executar atividades usando instrumentos e equipamentos reais em situação real simulada ou não
Painel de discussão: grupo de três a seis pessoas, escolhidas por seu interesse, competência e capacidade de verbalizar conhecimentos em relação a um assunto, que discute um tópico, antes de responder questionamentos da audiência de aprendizes	Dramatização: abordagem que estimula o participante a desempenhar papéis de acordo com <i>scripts</i> relacionados aos objetivos instrucionais. Em certos exercícios deste tipo, alguns aprendizes apenas observam e discutem a atuação dos outros
Modelação comportamental: abordagem na qual um modelo humano demonstra eficazmente uma habilidade e é reforçado para se comportar daquele modo. Baseia-se na abordagem de aprendizagem social, na qual o reforço é capaz de aumentar as chances de que um observador queira comportar-se do mesmo modo do modelo bem-sucedido	Painel integrado: compreende a formação de grupos que estudarão diferentes partes de um conteúdo. Após, cada grupo relatará os aspectos essenciais dos conteúdos estudados e os discutirá de modo a estabelecer elos de ligação entre as partes do conteúdo