

Lisiane Reschke Pires

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA ENFERMEIROS EM UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Aprovado em ____ de _____ de ____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Lisia Maria Fensterseifer - UNISINOS

Prof. Dr. Wiliam Wegner – UFRGS

A minha família

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais pelo incentivo, apoio e educação.

A minha irmã Josiane, por acreditar que eu posso sempre mais.

Ao meu filho Mateus pela compreensão das ausências, pelos momentos de alegrias e ser o motivo principal de todos os meus projetos.

As colegas Enf. Magna R. Birk e Vera Wolski pelo apoio e momentos ricos de trocas e aprendizagens. Aos colegas enfermeiros e técnicos de enfermagem da UTIP por confiarem em nosso trabalho.

A minha orientadora Simone Chaves por seus ensinamentos, paciência e oportunidade de me fazer descobrir novos olhares para nossa profissão.

Em especial as “minhas” crianças, objetivo de toda minha jornada profissional.

RESUMO

Devido a formação generalista, preconizada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, o enfermeiro de intensivismo pediátrico desenvolve e constrói seu conhecimento no cotidiano da assistência, com seus pares, através da observação, da prática e das atividades de educação em serviço. Com o intuito de estudar e auxiliar no desenvolvimento profissional, esta dissertação objetivou propor um Programa de Educação Permanente em Saúde para educação e qualificação do cuidado desenvolvido pela equipe de enfermeiros em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Através da metodologia de pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória foram realizadas duas etapas de pesquisa com oito enfermeiros que atuam nesta unidade de cuidado. A primeira etapa constou em uma entrevista individual semi-estruturada com oito participantes, onde os relatos foram categorizados e novamente discutidos em um grupo focal. Neste, com cinco dos oito participantes da primeira etapa, foram refletidas e apontadas propostas para serem utilizadas na elaboração do programa. Os resultados encontrados foram o surgimento de quatro categorias nomeadas como “necessidade de gerência e liderança; aspectos relacionais; o aprofundamento no conhecimento técnico e aspectos importantes para a prática educativa”. Com posse destas ferramentas e reflexões advindas dos participantes e vivências da própria pesquisadora elaborou-se, como produto de pesquisa, o programa de educação para estes profissionais deste serviço. Divididos em dois “Momentos”- para quem será apresentado a um novo cenário e quem já faz parte dele há mais de seis meses, são descritas atividades a serem praticadas, reflexões e propostas educativas para cada uma delas. As considerações apresentadas refletem sobre o aprender em ato, as necessidades destes profissionais do cuidado a criança gravemente enferma através de questões afetivas, conhecimentos técnicos, liderança de grupos e metodologias significativas, aprender a ser e aprender a agir. Aborda também a necessidade de educação social, cultural e política, também importantes para o desenvolvimento do profissional cidadão. Traz ainda, propostas para futuras pesquisas que podem ser desenvolvidas como reformulações curriculares e matrizes de capacitação em serviço, específicas para esta área.

Palavras – chave: Educação em Saúde. Educação Permanente em Saúde. Unidade de Terapia Intensiva. Enfermagem Pediátrica. Saúde da Criança.

ABSTRACT

Due to general education advocated by the National Curriculum Guidelines, the Pediatric Intensive Care nurse develops and builds their knowledge in everyday care with their peers through observation, practice and educational activities in service. In order to study the subject and assist professional development, this research aims to propose a program of Permanent Education in Health Education and qualification of care developed by a team of nurses in a Pediatric Intensive Care Unit. Through qualitative research methodology, descriptive and exploratory stages of research with nurses working in this care unit were performed. The first step consisted in individual semi-structured interviews with eight participants, where the reports were categorized and discussed again with the latter, now in a focus group interview. In this group were reflected and pointed proposed to be used in the program design. The results were the emergence of four categories named as "the need for management and leadership; interpersonal aspects; deepening the technical knowledge and its importance for educational practice aspects. With possession of these tools and reflections it was elaborated, as the product of research, an educational program for these professionals. Divided into two "moments" - for those who will be presented with a new scenario and who is already part of it for over six months, activities to be practiced, reflections and educational proposals for each are described. The considerations presented reflect about learning to act, in daily work, where the needs of these professionals to critically ill children rush on affective issues, technical expertise, leadership and significant groups of methodologies, learning to be and learning to act. Also addresses the need for social, cultural and political education, also important for the development of professional citizen. It brings questions as supply and demand for expertise in this area and future research that can be developed as curricular changes and arrays of in-service training specific to this area.

Key – Words: Health Education Permanent. Education in Health. Intensive Unit Health. Pediatric Nursing. Child – Care.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1- Caracterização dos Enfermeiros entrevistados na Etapa 1 quanto a formação e experiências prévias a UTIP, na UTIP do hospital pesquisado no Vale do Rio dos Sinos/RS, 2014.....36
- Quadro 2 - Categorias emergidas das entrevistas individuais com os enfermeiros assistenciais da UTIP do hospital pesquisado no Vale do Rio dos Sinos/RS, 2014.....37
- Quadro 3 - Marcadores para debate para o grupo focal formado por enfermeiros assistenciais da UTIP, do hospital pesquisado no Vale do Rio dos Sinos/RS, 2014.....58
- Quadro 4 - Planilha representativa do Programa de Educação para Enfermeiros em Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico – Momento I: apresentação de um novo cenário. Programa elaborado no hospital pesquisado, no Vale do Rio dos Sinos/RS, 2014.....67
- Quadro 5 - Tabela representativa do Programa de Educação para Enfermeiros em Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico – Momento II: para quem atua neste cenário há mais de 6 meses. Programa elaborado no hospital pesquisado no Vale do Rio dos Sinos/RS, 2014.....72

LISTA DE ABREVEATURAS

CES – Câmara de Educação Superior

CNE - Conselho Nacional de Educação

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

DT – Dreno de Tórax

DVE – Derivação ventricular ext

erna

EC – Educação Continuada

ECS – Educação em Ciências da Saúde

EP – Educação Permanente

EPS – Educação Permanente em Saúde

GF – Grupo Focal

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

PIC – Pressão intracraniana

PAM – Pressão arterial média

PAMI – Pressão arterial média invasiva

PVC – Pressão venosa Central

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

UTIN – Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

UTIP – Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 JUSTIFICATIVA.....	13
1.2 OBJETIVOS.....	16
1.2.1 Objetivo Geral.....	16
1.2.2 Objetivos Específicos.....	16
2. REVISÃO BIBLIOGRAFICA.....	17
2.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	17
2.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	21
2.3 ENFERMAGEM NO CONTEXTO DO INTENSIVISMO PEDIÁTRICO.....	23
3. METODOLOGIA	28
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	28
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO	28
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	28
3.4 COLETA DE DADOS.....	29
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	31
3.6 ASPECTO ÉTICOS.....	32
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	34
4.1 PRIMEIRA ETAPA – ENTREVISTAS INDIVIDUAIS	34
4.1.1 Caracterização dos Enfermeiros Assistenciais.....	35
4.1.2 Entrevistas com Enfermeiros Assistenciais.....	37
4.1.2.1 A necessidade de gerência e liderança	38
4.1.2.2 Os aspectos relacionais	40
4.1.2.3 O aprofundamento no conhecimento teórico	43
4.1.2.4 Aspectos importantes para a prática educativa	45
4.1.3 Entrevistas com Enfermeiros Gestores	49
4.1.2.1 A prática do cuidado na percepção dos gestores	49

<i>4.1.2.1.1 O Compartilhamento dos Saberes como Busca do Conhecimento</i>	50
<i>4.1.2.1.2 Construindo o Enfermeiro de UTIP em Ato</i>	53
<i>4.1.2.1.3 A Liderança na Assistência do Cuidado</i>	55
<i>4.1.2.1.4 A Postura do Profissional</i>	56
4.2 SEGUNDA ETAPA – GRUPO FOCAL	57
4.3 PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA ENFERMEIROS EM UTIP..	67
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS	79
ARTIGO	87
APÊNDICE A – ENTREVISTA SEMI – ESTRUTURADA	104
APENDICE B – ENTREVISTA COM GESTORES	105
APENDICE C - CARTA DE ANUÊNCIA	107
APENDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	108

1 INTRODUÇÃO

O conhecimento profissional do enfermeiro se constrói durante o curso de graduação em enfermagem. Com o transcorrer dos semestres se desenvolvem saberes, competências e habilidades relacionadas às diversas áreas do conhecimento.

Esta formação baseia-se na legislação educacional, e em particular é orientada pelo documento norteador do Ministério da Educação (MEC), as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) - Resolução CNE/CES 03/2001, publicado no Diário Oficial da União/Brasília, em novembro de 2001. Este documento orienta as instituições de ensino superior quanto aos parâmetros mínimos para formação, incluindo as orientações para as atividades de estágio supervisionado e trabalho de conclusão de curso. (SILVA, 2010).

Muitos são os espaços de trabalho do enfermeiro nas áreas assistenciais como a saúde pública, a saúde coletiva, a saúde do trabalhador, a saúde do idoso, a saúde da criança, a saúde da mulher, enfermagem em saúde mental, e a área do intensivismo. O enfermeiro age também na gestão e na educação, sendo que na área da educação em enfermagem o “leque” é bastante extenso incluindo atividades de educação formal, supervisão de estágio, preceptoria em residência, entre outros.

Dentre estas áreas de atuação do enfermeiro aponto como destaque neste estudo o campo do intensivismo pediátrico. Especialidade assistencial bastante desenvolvida cientificamente, as UTIP (Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica) tiveram suas primeiras unidades inauguradas no Brasil na década de 70, nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo. (SOUZA, 2004). Advindas originalmente da Dinamarca, nos anos de 1950, foram resultado da necessidade de tratamento das crianças acometidas de poliomielite, tendo como precursores as ventilações artificiais através do “pulmão de aço”, evoluindo para respiradores de pressão positiva. (LANGE; FIORELLI, 2009).

Atualmente a UTIP esta presente na maioria dos serviços de saúde de alta complexidade. No Rio Grande do Sul, podemos encontrar estas unidades em vários serviços, e é neste cenário que atuo como enfermeira assistencial e, por conta da minha trajetória de vida e trabalho é que elejo este espaço de atuação do enfermeiro como foco de pesquisa.

Como enfermeira, após minha formação acadêmica, concluída em 2002, tenho atuado em UTIP desde o ano de 2007 e é neste lugar de cuidado que tenho refletido acerca da formação dos enfermeiros e que busco, com este estudo, indicar possibilidades para o fortalecimento do enfermeiro nesta UTIP – sua inserção e sua instrumentalização.

Em seu contexto, a UTIP recebe crianças que apresentam risco de agravamento de sua condição clínica e crianças que já se encontram gravemente enfermas necessitando de cuidados intensivos, específicos e constantes. Geralmente, esta especialidade atende crianças com idades entre 29 dias e 16 anos.

Unidade desafiadora por si só, nela nos deparamos com crianças de diversas faixas etárias, que se encontram em diversas fases de desenvolvimento, exigindo do profissional da área da saúde uma percepção de suas necessidades biopsicossociais, diferentes a cada fase da vida. (CARDOSO, 2009).

Ainda nesta perspectiva, o profissional de UTIP deve ter domínio do conhecimento teórico do mecanismo saúde-doença na infância, agilidade no reconhecimento de situações de risco, emergências pediátricas e procedimentos específicos de enfermagem desta área. Além, de equilíbrio emocional para situações de urgência e gravidade, relacionamento com familiares e com equipe multiprofissional. (GARCIA; PIVA, 2005).

Para se desenvolver o conjunto de competências e habilidades, tanto técnicas, éticas e gerenciais, em UTIP é necessário um conjunto de conhecimentos que estão associados e relacionados à atuação prática, vivida em ato. Ou seja, é a rotina do dia-dia, o cotidiano do trabalho, as experiências vividas que contribuem para que os enfermeiros possam atuar numa área de atenção à saúde de extrema complexidade.

Ao observarmos o modo como os currículos dos cursos de graduação em enfermagem são ofertados na grande maioria das instituições educativas, podemos compreender, em partes, porque somente quando estamos em contato com a realidade do intensivismo pediátrico é que os profissionais desenvolvem suas competências para esta área de atuação.

Com o advento das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) a formação em enfermagem é generalista. Isto é, durante a formação os estudantes transitam por todas as áreas, sendo somente na pós-graduação (geralmente Lato Sensu) é que se aprofunda o conhecimento em uma determinada especialidade. (SILVA, 2010).

A educação no campo da saúde, particularmente na enfermagem, é baseada no estudo do processo saúde-doença, e atualmente, tem se debatido sobre as necessidades de reestruturação das propostas educativas com vistas ao atendimento das necessidades do mundo do trabalho e, em especial, das políticas públicas.

Neste sentido, a provocação deste estudo está no desafio de pensarmos em propostas educativas que possam investir na construção de competências e habilidades técnicas com criatividade para enfrentarmos a dura realidade do mundo do trabalho em saúde, na prática do dia-dia.

As DCN convocam para a construção de um perfil profissional como agente de mudança e indica que esta construção de profissional extrapola a educação formal compartilhando a responsabilidade com o sistema de saúde, garantindo a formação permanente do trabalhador em ato. (SILVA, 2010; ANDRADE, 2002).

E é neste contexto de reflexão que este trabalho nasce. Compreendendo que a formação do enfermeiro surge com a necessidade de aprofundamento em determinadas áreas e de como as políticas públicas tem assumido por meio dos serviços de saúde a responsabilidade neste processo.

Minha trajetória de trabalho tem me levado a pensar na necessidade de ampliarmos o debate acerca da formação em serviço. Particularmente na área da pediatria trata-se de um grande desafio, pois com formação comumente generalista os profissionais ao ingressarem em campo de trabalho deparam-se com exigências que os obrigam a ampliar seus conhecimentos em ato, passando esta a ser uma responsabilidade do serviço de saúde.

Ressalto este pensamento para justificar quando defendemos que o aprender em enfermagem deve ter e ser um *continuum*. A universidade, com seu papel descrito pelas DCN tem um limite para atuação, por mais reestruturas que façam em seus currículos. A prática em ato, também deve ser encarada como aprendizado, pelas instituições. A EPS, em ambiente hospitalar, poderá fornecer aos novos e aos já “experientes” enfermeiros, meios de aprender, reaprender e compreender tanto o paciente como seus pares.

Nesta perspectiva, pensando no ambiente de trabalho como gerador de conhecimentos e educação, as instituições de saúde surgem como locais de encontro de profissionais com diferentes saberes e experiências, tornando-se um lugar de intensa absorção de conhecimento e prática, de integralidade, possibilidade e privilégio para transformações de educação em saúde. (MACHADO et al, 2007)

Neste cenário o sistema de saúde, assumindo seu papel condutor de políticas de saúde e reconhecendo a necessidade de qualificarmos os processos educativos dos profissionais da área da saúde, propõe a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS). Apresentado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2003 e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo como proposição promover o desenvolvimento do serviço e do profissional da saúde conquistando relações entre gestão da saúde, instituições de ensino, órgão de controle social e serviços de atenção. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) tem como definição pedagógica o processo educativo gerado no cotidiano do trabalho, pelos trabalhadores, pelo coletivo, permitindo a reflexão e avaliação do trabalho. (CECCIM, 2005). Uma prática pedagógica que permite a

desconstrução e reconstrução de saberes e práticas, onde é respeitado o modelo pedagógico de educação de adultos: a aprendizagem significativa. (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

Conforme Ceccim e Ferla (2011) a EPS é vista para além do treinamento, das prescrições e rotinas, desenvolve também a apreensão, compreensão e a construção dos conhecimentos em ato a partir da realidade do trabalho e das necessidades dele surgidas. Recomendam observarmos os aspectos subjetivos desta realidade, envolvendo a equipe de saúde, buscando a integralidade da atenção à saúde, propondo inovações e mudanças, sendo estas sugeridas e acolhidas para reflexão.

Frente a estas reflexões este trabalho tem como proposta auxiliar na construção dos saberes de profissionais enfermeiros para atuação em UTIP, colaborando com a formação específica destes profissionais para esta área, transformando a educação no cotidiano - mantendo a transmissão de saberes e técnicas, mas combinando a reflexão, a crítica e a possibilidade de invenções e mudanças, não somente na saúde coletiva, mas na realidade hospitalar.

1.2 JUSTIFICATIVA

Na prática assistencial da UTIP, percebo a dificuldade dos enfermeiros em desenvolver suas habilidades e competências em um ambiente tão complexo e imprevisível. Estas dificuldades vão desde a compreensão de rotinas pré-estabelecidas e reflexão sobre as mesmas (análise e crítica), prática de liderança, relação com a família da criança internada, até a contextualização das vivências assistenciais. Devido à dificuldade de apreender e compreender diferentes sinais, que muitas vezes são emitidos pelas mínimas ações e relações, o cotidiano é visto de forma fragmentada e pontual, sem percepção do todo.

Pensar nesta perspectiva nos indica que há uma dificuldade no âmbito da formação em enfermagem em desconstruir conceitos que ainda estão agregados a tecnicismo e biologicismo da área de saúde. A construção de saberes e práticas que pontuem para o desenvolvimento, de tecnologias leves nas relações de trabalho¹ ainda não é algo comum nos serviços de saúde.

¹ Conforme Merhy (2002 apud SILVA, 2010 p. 32) a tecnologia leve trata do trabalho vivo em ato, o agir em saúde, onde os investimentos da gestão estão voltados para o potencial do trabalhador em suas relações de trabalho. A tecnologia leve refere aquilo que está no relacional, no âmbito da relação que se estabelece com o outro no momento do cuidado em saúde.

Os cursos de graduação, geralmente ofertam o conhecimento por meio de currículos que ainda priorizam a transmissão de informação e técnicas, pouco valorizando o desenvolvimento criativo e crítico. Ou seja, transmissão de informação sem construção do saber em enfermagem. (SILVA, 2010).

Ao referenciar especificamente o ensino na área da UTIP, Andrade e Viana (2007) descrevem que o conhecimento desenvolvido pelo enfermeiro em UTIP deve ser realizado de maneira coletiva com seus pares no cotidiano da assistência, seguindo um ciclo que se inicia pela observação, seguido pela escuta, busca e prática supervisionada. Dependendo de sua realidade, raciocínio e cognição, este ciclo pode ser reorganizado, permanecendo as mesmas características.

Refletindo sobre as práticas de enfermagem neste complexo cenário que são o das “unidades fechadas”, observamos que no nosso cotidiano assistencial aplicamos conhecimentos e técnicas necessárias à manutenção da vida, atividades de vital importância que fazem parte de um plano de ação e tratamento. Para que estas técnicas sejam executadas da forma segura para o profissional e para o cliente, são propostas rotinas – ou procedimentos operacionais – desenvolvidas normalmente por uma equipe que as pensa, analisa e estuda. Porém, a vivência assistencial evidencia que estas não são realizadas tais como estão descritas, surgindo assim, o questionamento quanto a sua execução, onde a prática assistencial é realizada além da técnica.

Schwartz (2010) mostra que não existe uma garantia de execução de rotinas e orientações, descrevendo a evidência de uma distância entre o prescrito e o executado. Quem prescreve observa, pensa e prevê a melhor maneira de realizar a tarefa, porém quem as executa as modifica conforme sua percepção e seu modo de compreender a saúde e o adoecimento. Ou seja, o trabalhar, o viver o trabalho é uma constante mudança e adaptação.

O mundo e as pessoas mudam, conseqüentemente, seus pensamentos e suas atitudes também. O que pode influenciar esta diferença - entre o que deve ser feito e o que é feito - pode ser explicado pela distância entre o prescrito e o executado. Schwartz (2010) ainda relata que esta distancia é preenchida por pessoas diferentes - quem executa a tarefa - e em momentos diferentes, onde cada indivíduo carrega seus valores, suas características e debates sobre si que influenciam em seu trabalho (conscientes e inconscientes).

Ao inserir este conceito a prática de enfermagem, as execuções das tarefas e rotinas podem ser adaptadas por quem as executa. Entre o que li/aprendi e o que fiz/compreendi fez-se um espaço que foi preenchido por fatores internos, ou externos, que estava alheio ao que foi refletido por quem idealizou a tarefa e rotina. Assim, mesmo que tenhamos rotinas

estabelecidas estas não são garantia de execução e percepção do contexto, existe uma necessidade além da Educação Continuada (EC) para adquirir e manter a qualidade assistencial. A EC entendida como metodologia baseada na transmissão da informação e enfoque em temas de especialidades, resultando em apropriação de conhecimento. (MANCIA; CABRAL; KOERICH 2004).

Como descrito por Haygert (2010), penso que esta prática pedagógica, a apropriação de conhecimento, é uma importante ferramenta para o processo educativo do enfermeiro, visto que ela também é necessária. Porém, existe de fato a necessidade de reflexão sobre estas práticas da profissão.

Diante disto, entende-se que o que é aprendido tem que ter algum significado para ser compreendido - deve ser entendido, refletido para então ser executado, ou ainda, tem que ser sentido e debatido para ser apreendido. A educação transmitida pode não ser a garantia de aprendizado, existe a necessidade de uso de outras metodologias na tentativa de educação dos profissionais da saúde, na prática.

A EPS, como definição de processo educativo, propõe a educação no trabalho como ato de transformação, não só das práticas, mas dos atores deste cenário. Os trabalhadores não só como educandos de práticas, mas de atitudes, estas refletidas e criticadas em rodas de discussões. (CECCIM, 2005).

Através das práticas de reflexão e crítica se desenvolve a construção de aprendizagem com outro significado, não o de receber o conhecimento pronto, mas o de desenhá-lo. Ter a possibilidade de reunir-se em uma roda de conversa, elencar através da problematização os nós críticos da prática, e juntamente com o coletivo, redesenhar o processo, o conhecimento, as dificuldades, as concepções. Silva (2010) referencia as rodas em redes como ferramenta que proporciona a escuta, o aquietamento de anseios e desenvolve a potência de coletivos para reflexão de suas ações.

Para tal, esta pesquisa tratou de elaborar um programa de educação permanente em saúde para enfermeiros em UTIP, projetado não para o sucesso ou a certeza deste, mas para a necessidade e possibilidade de interferir, permitir movimentos para que a mudança ocorra, e que esta mudança seja incorporada não somente pelos educandos, mas também por quem as promove. (RATTO; SILVA, 2011).

Assim, com o desejo de proporcionar uma nova metodologia de estudo da prática da enfermagem em UTIP no cotidiano da assistência, descrevo a seguir os objetivos eleitos para esta pesquisa.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Propor um programa de Educação Permanente em Saúde para educação e qualificação do cuidado desenvolvido pela equipe de enfermeiros de uma UTIP.

1.3.2 Objetivos Específicos

- ✓ Caracterizar os participantes desta pesquisa;
- ✓ Identificar as necessidades de aprendizado da equipe de uma UTIP;
- ✓ Propor um programa permanente de educação para equipe de enfermeiros deste setor, aliando reflexão sobre a prática da profissão e apropriação de conteúdo científico.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A busca pelo conhecimento e pela razão, herança do século XVI, traz ao homem moderno a ilusão de controle. Movimento que buscava a emancipação do homem, a razão, a ciência e a tecnologia eram vistas como verdades absolutas. Aquele que domina o conhecimento e a razão tem o controle do mundo. (RATTO; SILVA, 2011). Este movimento de busca pela verdade e alta tecnologia nos acompanha desde então e no campo da saúde coloca o ser humano como um aglomerado de órgãos doentes em sua procura por “saúde absoluta” ou pela completa “ausência de doenças”, através de profissionais técnicos, científicos e executores de procedimentos.

Na história da educação em saúde é descrito, como marco, as avaliações institucionais iniciadas no século 20 que deram origem à estruturação científica e as reformas da profissionalização médica. Movimento coordenado por Abraham Flexner, que em 1910 escreve o Relatório Flexner.² Neste modelo, buscava-se a melhoria científica, técnica e tecnológica - a razão acima do profissional, tecnologia como prioridade, o corpo um templo de doenças e a clínica como restauradora da normalidade. (CECCIM; FERLA, 2011).

O Movimento Preventista iniciado no século XX, especialmente na década de 60, apontava para a necessidade de repensarmos o objetivo da educação dos profissionais da saúde, propondo uma reflexão e um pensamento inverso ao modo de como pensávamos a saúde. Até então saúde era entendida como ausência de doença, centrada no corpo biológico e a ação do profissional era técnica e centrada na execução de tarefas. Na década de 70, a Organização Mundial da Saúde (OMS) com seu conceito “Saúde não é ausência de doença” demonstra a ausência do absoluto controle sobre o processo saúde/doença - desflexinização da profissão da saúde – movimento que propõem nos anos seguintes, a substituição da assistência pelo cuidado humano, competência técnico-científica pela competência política

² Relatório Flexner: relatório realizado por Abraham Flexner, intitulado “Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching”, publicado em 1910. Este relatório trazia os resultados de suas visitas às escolas de medicina dos EUA e Canadá, servindo de base para as reformas nas escolas de medicina. Dividindo até hoje entre defensores (que o veem como marco para o novo modelo das escolas de medicina) e críticos (que questionam seu estudo, afirmando que o mesmo não usou bases científicas, nem tempo de estudo adequadas para coleta de dados). Visto como uma autopromoção suas colocações não são consideradas inovação, uma vez que o movimento reformista nas escolas de medicina já havia iniciado, fazendo com que seu relatório apenas as avançasse (PAGLIOSA, ROS, 2008)

sanitária e práticas assistenciais voltadas para a população e não instituições de oferta de trabalho. (CECCIM; FERLA, 2011).

Neste curso histórico também se repensa o ensino de enfermagem que passou por mudanças em suas fases de desenvolvimento conforme as mudanças no contexto histórico da sociedade brasileira. Voltada para o restabelecimento da saúde para a manutenção da economia, a enfermagem brasileira estava contextualizada para as realidades hospitalares, tendo seu ensino apenas mínimo de disciplinas para saúde pública. (ITO et al, 2006).

Na década de 1980 novas propostas de assistência à saúde surgem, exigindo do profissional enfermeiro uma atuação mais generalista e integrada com profissionais e população, tendo que atuar em diferentes níveis de atenção. Houve encontros e discussões entre entidades e escolas para preparar reformas curriculares. (ITO et al, 2006).

No ano de 2001 é aprovado pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de graduação de enfermagem. Este traz a orientação para o perfil do formando egresso como formação generalista, humanista, crítica e reflexiva; profissional qualificado capaz de conhecer e intervir, atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania promovendo a saúde integral do ser humano. Faz também a descrição de suas competências e habilidades como prevenção, promoção, proteção e reabilitação, com capacidade de raciocínio crítico e analítico dos problemas da sociedade buscando soluções para os mesmos. (BRASIL, 2005).

Os currículos dos cursos de graduação em enfermagem têm passado por diversas reformas, na tentativa de abranger as orientações a serem seguidas nos currículos de formação e atender a demanda do mercado de trabalho, ainda intenso na área hospitalar.

Porém estas reformas, além de currículos, perpassam por mudanças dos próprios educadores de enfermagem. Seguindo o cotidiano da transmissão de conteúdo, de forma vertical e autoritária, alguns ainda não acompanham as reformas curriculares, mantendo suas linhas tradicionais. Como proposta de mudança dos docentes, o trabalho em equipe, grupos de estudos e trabalhos, devendo iniciar os trabalhos do coletivo entre os próprios educadores. (SANTOS, 2006).

A ideia de formar profissionais menos especialistas, mais generalistas, segue o curso da necessidade de enfermeiros coletivos, inseridos e engajados na sociedade, promovendo e educando para saúde. Capazes de trabalhar em equipe, de forma interdisciplinar, através da integralidade entre os atores e usuários.

As DCN categorizam o perfil do graduado em enfermagem ao ser inserido no mercado de trabalho. Porém, estas podem ser encaradas como direção e não solução para os

profissionais da área. Revendo o perfil, suas competências e habilidades, as universidades dispõem de tempo mínimo, e dificuldade na elaboração curricular para tamanho compromisso.

O docente tenta em pouco tempo, educá-lo para conhecimento do mecanismo saúde doença, responsabilidade social, habilidades técnicas e científicas, todas descritas nas diretrizes, porém, ainda de forma de transmissão. Em muitas realidades universitárias, não se aproveita este espaço de conhecimento para a integração entre as disciplinas e seus atores. Como descrito por Silva (2010), permitir o inédito desta convivência, suas imprevisibilidades, faz emergir no discente noções de trabalho no coletivo e raciocínio inventivo.

Andrade (2002) ressalta, que no exercício da assistência, recebemos profissionais generalistas, inexperiente para prática profissional, com conteúdos sistemáticos e conhecimentos pouco praticados. Com seu perfil profissional ainda em formação, cabe às instituições cuidadoras dar continuidade à formação deste profissional. Ainda de forma fragmentada, pensada na sua área de atuação, estas instituições também lhe transmitem conteúdos prontos, cabendo aos seus pares, à educação e compreensão de seus valores.

Ao refletir sobre o ensino ministrado para estes profissionais, a Educação em Ciências da Saúde (ECS) é pensada e praticada em tópicos, conteúdos e métodos, capacitando e treinando práticas e habilidades. Porém a educação deve ser vista como uma construção de conhecimentos e subjetividades, onde o receber informações deixe de ser apenas um constar, mas compreender e apreender o conhecimento através desta construção. (CECCIM; FERLA, 2011).

Ainda os mesmos autores citam que:

A educação é menos um processo onde as verdades são apresentadas e mais uma vivência-experimentação de ser e estar em coletivos de produção, aceitando a ativação de mudanças, acolhendo devires, não necessariamente de maneira consciente, mas de maneira viva. A educação opera produções de cotidiano, aposta em novas relações (por interação), tentando construir a aceitação da mudança, a invenção como ato criativo do estar junto, de encontrar-se com o outro, do desapegar-se de regras que não implicam aprender a cuidar e, assim, cuidar do aprender. (CECCIM; FERLA, 2011, p.10)

Seguindo pelas margens da educação, a aprendizagem do adulto consiste em necessidade de querer aprender, entender o porquê esta aprendendo, e saber o momento para isto. Como ser responsável pelos seus atos e sua história, o educando aprende através de experiências reais, dialogando e se reeducando. O ser humano em processo de evolução, permanentemente. (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

Esta experiência deve ser sentida, vivida e absorvida. Ainda pensando em seres-razão, buscamos as experiências como meras informações - quanto mais rotinas e técnicas transmitidas, maior segurança da qualidade assistencial (BONDÍA, 2002).

Porém, a experiência, diferentemente da informação, não é o que vemos, lemos e opinamos, como se a quantidade de informação nos proporcionasse a detenção de conhecimento. Experiência é aquilo que apreendemos e sentimos, e para tal, a velocidade e a transmissão é um sentido contrário a esta quantidade – para experimentar é preciso tempo e espaço, concentração e atenção, ouvir calado e permanecer assim por muito tempo, sem opinar, permitir sentir, reconhecer e refletir sobre estas sensações. (BONDÍA, 2002).

A experiência norteadada pelo conhecimento, aqui colocada, é sentida e desenvolvida ao longo da vida. Quando direcionamos os profissionais enfermeiros para a técnica, a quantidade e imediatismo, os afastamos do que seduz e encanta – o cuidado. Conforme Bondía (2002), ao procurar por respostas rápidas para questões como a aprendizagem, o sujeito tenta de maneira frenética perceber sem explorar seus sentidos.

A aprendizagem neste trabalho é pensada como experiência, uma construção ao educando. O professor, visto como instrumento de desenvolvimento e não mais um mero transmissor de informação, pode utilizar ferramentas simples como roda de conversa, experiências do coletivo, permitindo assim o imprevisto, e a possibilidade de mudança.

Aprender a aprender, a aprendizagem significativa une novos conceitos às práticas anteriormente conhecidas, permitindo que novos caminhos sejam traçados através da construção coletiva, que novos valores sejam aprendidos, e o indivíduo se permita aprender. (MITRE et al, 2008).

Para os docentes da área da saúde, onde o trabalho em equipe está direcionado para um objetivo comum existe a necessidade de estratégias de aprendizagem voltada para o diálogo, à troca de informações e saberes formais e informais que gerem ações em promoção a saúde individual e coletiva. (MACHADO et al, 2007)

Quanto à educação para a enfermagem, não sendo esta uma exclusividade das instituições formadoras, mas também responsabilidade das instituições de desenvolvimento da prática do cuidado, o local de trabalho transforma-se em ambiente de aprimoramento e formação profissional, uma vez que a graduação não possui tempo ou currículo hábil para formação completa do profissional da enfermagem que é permanentemente construída. (AMESTOY et al, 2008).

Vista educação como ato contínuo, os locais de trabalho podem fornecer ao enfermeiro um espaço agradável para seu aprendizado, reflexão e ações de modificações, não

um ambiente mecanizado. Um lugar de troca com ambos os lados, experientes e inexperientes, partindo do pressuposto da troca de saberes, abandonando a ideia de competitividade consequência do foco na razão, conhecimento e poder (AMESTOY et al, 2008).

A participação do sujeito no processo, na troca entre seus pares, produz ainda senso de responsabilidade e resolutividade, por desenvolver capacidade ativa e reflexiva durante as trocas de saberes, valorizando os conhecimentos prévios dos trabalhadores gerando a transformação. A atualização é útil e importante, mas ela não é garantia de transformação. (MANCIA; CABRAL; KOERICH; 2004).

Quando o profissional tem o usuário como foco de suas ações, este o pensa não como processo saúde-doença, mas como um ser social e político, pertencente a um núcleo familiar. Resultado este da possibilidade de utilizar a educação em saúde para a transformação antes do trabalho, mas a do sujeito em ação que repensa sua prática, a sua história, a sua responsabilidade perante o usuário.

Para dar sequencia a sua formação universitária, o graduado em enfermagem tem a oportunidade de continuar aprendendo e experimentando durante sua prática profissional, no seu cotidiano de trabalho. Utilizar dos espaços para conversa, das passagens de plantão e rodas didáticas formais torna-se tão rico quanto à rotina universitária. Surge então, um norteador, a Educação Permanente em Saúde.

2.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Como visto anteriormente, a atualização e transmissão de informação não são garantias de aprendizado e de transformação da prática. Existe o espaço entre a ideia ou aquilo que aprendemos e a execução de uma determinada atividade. Ou seja, o processo de aprendizado está além daquilo que transmitimos e/ou “ensinamos”.

Com este pensamento, após vários debates sobre ECS, foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 2003, a Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, proposta pelo MS. Como política pública, o CNS aprova o documento "Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde" - Resolução CNS nº 335, de 25 de novembro de 2003. (CECCIM; FERLA, 2011).

Em 2004, através da Portaria MS 198, são formados os Polos de Educação Permanente para o SUS, sendo estes interinstitucionais e locorregional, tem as funções de identificar as necessidades de formação dos trabalhadores, mobilizar formação de gestores, propor políticas

e negociações interinstitucionais e intersetoriais, estimular transformação na prática, formular políticas de formação e desenvolvimento, estabelecer a pactuação e a negociação permanente entre os atores e serviços e estabelecer relações cooperativas com outras articulações localregionais nos estados e no país. (BRASIL, 2005).

Como regra, a EPS tem o objetivo de atender as necessidades de saúde da população através de um conjunto entre os profissionais e suas falas, e o trabalho colaborativo entre os professores, alunos, profissionais, gestores e comunidades de forma positiva, formando e capacitando os atores desta área. (AMESTOY et al, 2008).

Melhoria e transformação com uma visão menos hospitalocêntrica e com influência agora governamental, o MS procura preparar o trabalhador para a atenção em saúde com foco e preparo da gestão, educação, profissional e usuário, não somente nas instituições de ensino, mas também nas instituições de saúde (local de desenvolvimento profissional constante).

A EPS tem como proposta o desenvolvimento dos trabalhadores através da cooperação mútua, agregando valores e conhecimentos, qualificando a assistência aos usuários. (AMESTOY et al, 2010). Com o objetivo de desenvolver a atuação crítica e reflexiva, tecnicamente eficiente e comprometida dos profissionais, a EPS propõem provocar transformações na área da saúde, disseminando para tal, a capacidade pedagógica entre os trabalhadores. (HAYGERT, apud BRASIL, 2010).

Uma educação constante que utiliza a metodologia da problematização como aprendizagem significativa, a EPS resulta em transformação, no trabalho, para o trabalho. Além disso, pretende desenvolver a qualificação individual e coletiva, através da superação e do trabalho integrativo entre os profissionais da saúde. (TAVARES, 2006).

Ainda sobre a EPS, Ceccim (2005) enfatiza que o profissional não tem o domínio total do conhecimento, que não pode estar em todos os lugares de forma efetiva, e que os grandes centros absorvem um grande número dos profissionais - esta educação prevê o foco no usuário através da prática multiprofissional, onde a qualquer momento, profissionais entram e saem das rodas e isto não interfere na qualidade da assistência ao usuário.

Para a prática da enfermagem, o programa baseado nas diretrizes da EP proporciona a problematização de quem atua no trabalho, buscando soluções alcançáveis e de fácil apreensão. Através da eleição das necessidades de melhoramento no campo do conhecimento, e desenvolvimento deste, o profissional gera um senso de coletividade e pertencimento ao grupo, além de responsabilidade e envolvimento com o trabalho. (JESUS, 2011).

Como proposta de transformação no trabalho da enfermagem, em ambiente hospitalar, as diretrizes da EPS oferecem oportunidades de trabalho em conjunto articulado,

oportunidades de ouvir e falar, de superar e desenvolver o conhecimento individual e do coletivo. (TAVARES, 2006)

Como atores da construção, a oportunidade de problematizar questões da rotina assistencial permite que seus componentes se sintam responsáveis pelos seus atos e comprometidos com as resoluções, evidenciando amadurecimento profissional e constante procura pela melhoria. (JESUS, 2011).

A EPS vista não como solução, mas norteador para as práticas da enfermagem, ela trata de uma visão diferente das práticas para esta profissão, como uma alternativa para o local de trabalho.

Com a EPS, há a possibilidade de trazer para os trabalhadores o conhecimento através de rodas de conversa, de elencar as necessidades destes profissionais, assim como trabalhar não somente a técnica e ciência, mas também a filosofia, a arte, a sociologia, além de desenvolver o interesse e possibilidade para o novo. Permitir que os imprevistos destes encontros aconteçam, que emoções e sentimentos afloresçam serve como alavanca para a transformação profissional e pessoal. São estes atores em desenvolvimento que fazem o elo, a ligação entre a instituição e o usuário. (SILVA, 2010).

Como uma oportunidade de desenvolver enfermeiros mais críticos e comprometidos, a EPS para a enfermagem pode ser trabalhada como ferramenta de crescimento profissional e pessoal, permitindo e encorajando a discussão e participação em debates no seu microespaço.

2.3 ENFERMAGEM NO CONTEXTO DO INTENSIVISMO PEDIÁTRICO

Com o objetivo de desenvolver a EPS em UTIP, este estudo segue agora pelo microespaço desta especialidade, pensando e dissertando especificamente sobre o trabalho do enfermeiro, apresento um universo de competências e habilidades objetivas e subjetivas a qual também faço parte.

Segundo descrito na DCN para enfermagem, o profissional egresso deverá atender a algumas especificações referentes ao seu perfil como formação geralista, humana, crítica e reflexiva, sendo qualificado para exercício da profissão através de bases científicas, intelectuais e éticas. Tendo ainda descrito em suas competências gerais, a atenção em saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, e educação permanente. (MEC, 2014, pg.1).

Conforme Lei do Exercício Profissional nº7498/86, art.11, alínea c, o enfermeiro em suas atribuições profissionais exerce atividades privativas de planejamento, organização,

coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem. (CAMELO, 2012).

Referente a atuação em UTI alguns estudos traçam habilidades e competências específicas a estas áreas de cuidado crítico. Cenário de tratamento destinado a pacientes em estado grave, o enfermeiro que ali atua profissionalmente deverá ter, ou desenvolver, algumas características que corroborem para a prática profissional. Silva e Ferreira (2011) descrevem características pessoais e técnicas necessárias para esta prática. Na primeira, é referida proatividade e interesse na busca de conhecimento, além de equilíbrio emocional, gosto por novos desafios, habilidades de comunicação e relacionamento. Quanto às características técnicas, destacam capacidade em trabalhar com situações de instabilidade, imprevisibilidade, complexidade e gravidade, também como liderança e tecnologia.

Camelo (2012) relata como papel e funções deste enfermeiro a obtenção da história do paciente, exame físico, execução de tratamento, aconselhamento e ensinamento da manutenção da saúde, aliando a fundamentação teórica, discernimento, iniciativa, maturidade e estabilidade emocional. Traz ainda, que o trabalho deste profissional perpassa por atividades assistenciais, gerenciais, tomada de decisão e adoção de condutas seguras.

De forma mais detalhada, a mesma autora descreve ainda a competência do enfermeiro para atuar em UTI, se referindo ao gerenciamento do cuidado do paciente (avaliação, planejamento e supervisão do cuidado, responsabilidade por tarefas burocráticas e administrativas), implementação do cuidado de enfermagem de maior complexidade (com base em conhecimento científico e capacidade de tomar decisões imediatas), tomada de decisão (pensamento crítico, raciocínio lógico e avaliação), liderança (envolvendo compromisso, responsabilidade, empatia, tomada de decisão, comunicação e gerenciamento efetivo e eficaz), comunicação (ferramenta de mudança e melhoria), educação continuada/permanente (aquisição contínua de habilidades e competências), assim como gerenciamento de recursos humanos e materiais para a unidade. (CAMELO, 2012).

Direcionado agora, especificamente para Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, como membro ativo da equipe multidisciplinar, o enfermeiro assume papel importante na assistência à criança gravemente enferma, tanto na recuperação de suas funções vitais quanto na prevenção de complicações decorrentes das doenças. Vigilância constante, característica do enfermeiro de UTIP, este tem seu foco direcionado não somente no mecanismo saúde-doença e domínio tecnológico, mas ao atendimento das necessidades da criança e da sua família. (AVENA, PEDREIRA, 2006).

Esta descrição referente as atribuições do enfermeiro dentro da UTIP retrata não somente de suas atividades diárias como também resume suas habilidades e competências de forma objetiva. Porém, tendo como características da enfermagem em unidades de cuidados intensivos de forma geral, estas habilidades e competências ultrapassam as formas concretas de atuação fazendo um vaivém entre as técnicas, conhecimentos científicos, angústias e percepções.

Detentor de conhecimentos generalistas dentro de uma especialidade, o enfermeiro de UTIP convive com uma grande variação de idade (e suas implicações biopsicossociais) e doenças, o que difere do intensivismo adulto, onde em muitas instituições já possuem atendimento para distúrbios sistêmicos específicos. (AVENA, PEDREIRA, 2006).

Unidade assistencial bastante complexa, uma vez que como características de sua clientela, a equipe multidisciplinar da UTIP trata um organismo em pleno desenvolvimento e evolução. Durante este desenvolvimento, o ser humano aumenta cerca de três a quatro vezes a sua altura, 20 a 30 vezes seu peso, passando de seres completamente dependentes a uma relativa independência, além da adaptação intrauterina até a evolução completa de um adulto, tornando o trabalho em UTIP único e satisfatório. (GARCIA; PIVA, 2005).

Entretanto, além das complexidades físicas e fisiológicas, o enfermeiro assistencial de UTIP se depara com questões além da técnica e da ciência, mas que são igualmente particulares na internação do paciente pediátrico. A internação de uma criança em UTI desencadeia um processo significativo, e muitas vezes perturbador, para esta criança e seus familiares. Por tratar-se de uma unidade de cuidados intensivos, a criança e seus cuidadores enfrentam sentimentos de insegurança e desamparo, além da perda e da morte, diante de um contexto com atores completamente desconhecidos. (SILVA; WEGNER; PEDRO, 2012).

Conforme o exposto, o enfermeiro desta unidade além das habilidades e competências adquiridas em sua formação, desenvolve no dia a dia a percepção destes sofrimentos, buscando formas de transmitir segurança e acolhimento para a criança e sua família.

O conhecimento em UTIP é caracterizado por um saber geral dentro de uma especialidade. A universidade, como descrito por Andrade (2002) e Silva (2010), tem a função de fornecer conhecimento generalista para formar a base do trabalho do enfermeiro, dependendo dele, a partir de então, procurar se especializar.

Porém as autoras também afirmam que não só com especializações se desenvolve o conhecimento do enfermeiro. Este necessita muito mais do aprendizado na prática, uma vez que temos uma clientela que necessita não só de equipamentos, mas também de cuidados. (ANDRADE, 2002; SILVA, 2010).

Andrade (2002) descreve que os enfermeiros egressos dos cursos de graduação iniciam suas trajetórias profissionais com características generalistas e fragmentadas, o que dificulta sua atuação dentro das unidades de intensivismo pediátrico. Devido a não integralização das disciplinas e o pouco incentivo a pensar sua prática como um todo, desenvolve suas habilidades e competências em UTIP na prática do dia-dia.

Este aprendizado pode ser desenvolvido de maneira coletiva, com cooperação durante o dia a dia, seguindo uma sequência de observação, escuta, procura pela teoria e prática do aprendido. Para tanto, ele é feito da menor para maior complexidade e com tempo para ser compreendido. (ANDRADE; VIANA, 2007).

Andrade (2002), descreve ainda que o aprender de enfermagem em UTIP é feito no coletivo, entre colegas, através da observação, análise de comportamento e postura, falas e sensações, questionando e praticando, dando-se tempo para isto.

Nas práticas de EPS, o próprio conteúdo técnico pode ser desenvolvido de forma significativa e prazerosa através dos encontros, das rodas de conversa, de suas eleições como prioridades. Porém, dando voz as necessidades de seus integrantes, permitido e incentivando seu próprio amadurecer técnico e científico.

Todas as experiências vividas no cotidiano da assistência em UTIP fazem parte de um aprender cognitivo, sensível e tecnológico. Andrade (2002) relata os medos e inseguranças vividos pelos enfermeiros iniciantes em UTIP, descreve a importância e necessidade do aprendizado coletivo: necessitamos do apoio do outro em ato, em roda, em olhares. Esta prática, segundo a autora, proporciona que sejam olhadas as complexidades da assistência e suas imprevisibilidades, favorecendo o reconhecimento de suas existências e permitindo que elas aconteçam.

Entretanto, além das competências assistenciais, como nas demais assistências intensivas, a enfermeira de UTIP exerce funções como coordenação de serviços de enfermagem e de apoio, realização de normas e rotinas da unidade e a execução das mesmas, promove treinamento da equipe, participa da previsão orçamentária e encontros multidisciplinares juntamente com equipe médica, desenvoltura com tecnologias a beira do leito assim como conhecimento de avaliação pediátrica. Parceira com demais membros da equipe para acompanhar, avaliar e intervir na criança gravemente enferma. (GARCIA; PIVA, 2005).

Todas estas competências e habilidades descritas fazem pretensão a um “superprofissional” sendo que este é advindo de uma formação generalista (SILVA, 2010). Não tendo a integralidade entre as disciplinas e dando novos nomes aos velhos currículos, os

profissionais em atuação esperam que o enfermeiro egresso das universidades tenham entendimento e compreensão de um universo tão complexo. Prepara-se um profissional inteligente e fragmentado, espera-se uma atuação integrativa, subjetiva e criativa.

Silva (2010), também ressalta a importância do olhar para o outro, perceber suas necessidades, permitir a troca de olhares. Relata sua experiência de idealizadora de um programa de graduação para enfermagem, de se deixar viver na diversidade do ato, através de docentes e discentes com diferentes experiências e viveres – permitir a vulnerabilidade.

Assim o trabalho na prática da assistência de enfermagem, focado na UTIP, permite as possibilidades de rotas de fuga (ambientes de troca informais), perceber as necessidades dos integrantes da equipe dando oportunidade de ressingularizar às próprias práticas, de pensar de forma criativa e inventiva, questionarmos o papel do enfermeiro, gerar as próprias agonias. (SILVA, 2010)

A construção do conhecimento visando qualificar os enfermeiros para atuarem em UTIP com bases na EPS possibilita o aprender em UTIP com uma resignificação satisfatória: entender o desenvolvimento psicossocial da criança e suas necessidades, entender o que a doença significa para ela e a família, a necessidade versus o medo de realizar procedimentos - o papel do enfermeiro técnico e crítico. Associar a isto, a percepção e necessidades de nossos pares, podendo fornecer e oferecer oportunidades de aprendizado.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Conforme os objetivos descritos para este trabalho, trata-se de uma pesquisa de campo, exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa. Exploratória, pois objetivou proporcionar o reconhecimento do problema, explorando seus aspectos. Descritivo, visto que descreve as características de determinado grupo. (POLIT, 2011).

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Esta pesquisa foi realizada em uma UTIP de um hospital privado da Região do Vale do Rio dos Sinos, local de atuação profissional da pesquisadora. Esta instituição é composta por 200 leitos, sendo também uma instituição credenciado ao SUS para atendimento de algumas especialidades (pediatria e oncologia adulto).

A UTIP conta com uma infraestrutura de seis leitos conveniados (extensivo às crianças internadas na pediatria SUS que necessitem de cuidados intensivos). Atende crianças de 29 dias até 16 anos, variando a idade máxima conforme o caso do paciente a ser internado (diagnóstico médico, especialidade médico assistente, entre outras).

O quadro de enfermeiros desta unidade é composto por quatro enfermeiros rotineiros distribuídos nos quatro turnos (manhã, tarde, noite 1 e noite 2), quatro enfermeiros substitutos, além de enfermeiros plantonistas de finais de semana que fazem parte do quadro de enfermeiros de unidades pediátricas deste hospital. Além da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos), a unidade é composta por equipe multiprofissional de saúde como médicos intensivistas e especialistas, fisioterapeutas, nutricionistas e psicóloga.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram compostos por enfermeiros assistenciais que atuam nesta unidade, sendo este os enfermeiros rotineiros, os enfermeiros substitutos e os enfermeiros plantonistas, totalizando oito. Estes foram selecionados de modo intencional.

A escolha intencional indica que os participantes foram escolhidos a partir de um determinado grupo, cujas ideias e opiniões são do interesse da pesquisa. (MINAYO, 2010).

O critério de inclusão adotado foi ser enfermeiros graduados, que faziam parte da grade assistencial (exclusivamente assistencial) desta unidade. O critério de exclusão foi enfermeiros em processo de afastamento (desligamento) durante a primeira etapa da pesquisa.

Conforme o transcorrer da pesquisa, foi realizada entrevista com os gestores deste serviço, com intuito de analisar a visão e objetivos da empresa em relação a seus enfermeiros assistenciais nesta unidade, não contando como participantes do grupo focal, apenas como complemento para a elaboração do programa de educação.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em duas etapas: em um primeiro momento foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, constante em apêndice A com os participantes em local privado conforme agendamento prévio, realizado em janeiro de 2014, com tempo de duração de aproximadamente 30-40 minutos para cada entrevistado.

Nesta entrevista, foram abordados aspectos gerais como tempo de formação, experiências prévias em pediatria ou UTIP, sentimentos despertados ao saber que iriam gerenciar e atuar assistencialmente em UTP, dificuldades e facilidades em trabalhar neste setor, e melhor maneira de realizar uma educação para enfermeiros que ali entravam pela primeira vez e os que já faziam parte desta rotina.

Foram entrevistados os oito enfermeiros participantes da pesquisa. Esta primeira etapa, teve o objetivo de permitir que o profissional expusesse suas ideias, conceitos e necessidades em trabalhar em um setor de UTP, de forma clara e integral, sem ser exposto.

Conforme Polit (2011) para entrevistas semi-estruturadas, são utilizadas questões amplas que devem ser abordadas durante a entrevista, seguindo um roteiro para que todas as áreas de interesse à pesquisa sejam abordadas.

As principais categorias surgidas após a coleta de dados das entrevistas foram debatidas na segunda etapa desta pesquisa, que consistiu em reunir os entrevistados e realizar trabalho de grupo focal no mês de março de 2014.

Porém, após a coleta e análise destes dados, foi percebida pelo pesquisador a necessidade de entrevistar os gestores deste serviço. Esta serviu como de fonte de dados para a elaboração do programa de educação, não sendo abordados no grupo focal. Igualmente com instrumento de entrevista semi-estruturada (APENDICE B) esta entrevista contou com dois participantes que fazem parte do grupo de gestores da instituição e da UTIP.

Reunião agendada na sala da gerencia de enfermagem, teve um tempo de duração de aproximadamente 30 minutos. As questões abordadas foram referentes as características da formação do enfermeiro que influenciam na assistência a criança grave, as características que poderiam qualificar o enfermeiro a ser contratado para exercer suas atividades na UTIP, como seria o ideal a ser realizada sua educação e o que esperam deste enfermeiro como desenvolvimento profissional.

Quanto ao grupo focal, este apresenta como característica a possibilidade de problematização sobre um tema através da relação grupal. Podendo ser tratado como uma entrevista grupal, esta técnica possibilita que seus participantes exponham suas opiniões e ideias, refletindo sobre as questões investigadas, criando seus próprios questionamentos e conclusões (BACKES; et al, 2011).

Diante disto, neste segundo momento, os enfermeiros entrevistados foram reunidos em um grupo onde os assuntos abordados de forma individual foram expostos, respeitando a privacidade e anonimato dos atores, para que fossem discutidos assim como aqueles assuntos eleitos como relevantes pela pesquisadora.

Conforme descrito por Flick (2009), o grupo focal é caracterizado por vantagens educativas, como a construção de conhecimento e relações entre os pares. O autor declara também, a importância de trabalhar os membros do grupo focal de forma individual, previamente a formação deste, uma vez que no grupo, a probabilidade de alguns assuntos ficarem implícitos, é maior.

Esta prática teve a vantagem de desvendar as dificuldades individuais, sem expor os profissionais, de maneira que o grupo consiga perceber e elaborar os problemas encontrados por quem não faz parte da rotina. Objetivou também, desvendar as dificuldades de quem já faz a assistência neste serviço, mas não as expõe, interferindo de forma negativa, na possibilidade de aprendizado com o coletivo.

Trad (2009) descreve ainda que o grupo focal deverá seguir algumas orientações como número de participantes (máximo 15 pessoas), tempo de duração (máximo de 110 minutos), escolha dos participantes (grupo homogêneo, com afinidade a temática do estudo), e a seleção dos mesmos ser de forma intencional. Quanto ao moderador, este deve ter conhecimento do assunto a ser estudado no grupo para que possa explorá-lo de forma significativa. Orienta ainda, um segundo moderador para apoio. O que não foi possível para esta pesquisa, mantendo apenas cinco participantes e a pesquisadora como moderadora para os debates.

Para esta segunda etapa - realizada em apenas um encontro, o grupo foi reunido em uma sala privada, em data e horário previamente agendados, em uma mesa de reuniões em forma de círculo para propiciar a visualização de todos os integrantes pelos seus pares. A duração foi de aproximadamente uma hora. A razão da redução do número de participantes de seu ao fato de ter havido um afastamento alguns dias que antecederam esta segunda etapa, uma licença maternidade e uma impossibilidade devido a assistência na unidade de internação.

Iniciado a dinâmica de grupo focal com apresentação de recurso áudio-visual de vídeo, foi realizada na sequencia uma reflexão deste com a prática da assistência e suas nuances (como dificuldades e possibilidades de geração de potências), seguindo então para a exposição das categorias e marcadores para debates.

Os assuntos eleitos como relevantes extraídos das entrevistas individuais foram expostos por temáticas e serviram como disparadores de reflexão conjunta. Esta conversa foi gravada e foram realizados apontamentos, escritos pela pesquisadora, relacionados as impressões percebidas no grupo. Após o término, novo apoio áudio-visual de vídeo onde este reflete sobre as potencias existentes no local de trabalho, estimulando a prática, reconhecimento e força dos profissionais enfermeiros.

Uma vez realizada esta dinâmica apenas pela pesquisadora, contou como material de apoio gravador, materiais para anotações escritas, projetor audiovisual e multimídia.

Todas as entrevistas gravadas foram transcritas para organização e categorização das informações, e após, destruídas. As transcrições serão guardadas por cinco anos e igualmente destruídas após.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Com base nas exposições de Minayo (2010) os dados coletados com a entrevista semi-estruturada e grupo focal, foram agrupados e categorizados tematicamente, por grupos de sentido ou relevância (individual ou coletivo) analisados de forma interpretativa, contextualizada, não quantitativa. Para tal, foi realizada uma reflexão sobre as condições dos fatos e relatos, e apreensão dos seus significados.

Ainda para a autora (MINAYO, 2007) a análise divide-se em três etapas: pré-análise – fase onde retorna-se os objetivos e hipóteses elaborando indicadores para orientarem a interpretação final; exploração do material – análise do texto sistemática baseada nas categorias formadas anteriormente; tratamento dos resultados, inferência e interpretação –

categorias que serão utilizadas para análise são submetidas a estatísticas (simples ou complexas) para ressaltar informações coletadas, após faz-se as inferências e interpretações.

Para a primeira etapa, as entrevistas individuais foram analisadas e categorizadas por temas. Destas categorias, emergiram disparadores para debates que foram levados para o grupo focal. Nesta segunda etapa, não foram expostas as falas transcritas, apenas os disparadores para debates, divididos conforme suas categorias de origem para melhor entendimento do grupo. Com as questões disparadoras, foram refletidas e debatidas pelo grupo as questões que afirmavam ser a melhor escolha para se manter em um programa de educação.

Devido ao fato de surgirem atividades voltadas em grande parte para quem entrava nesta UTIP pela primeira vez, sendo eleitas apenas questões técnicas para quem já fazia parte deste serviço, proponho algumas atividades para estes profissionais considerando aspectos políticos, econômicos e sociais que envolvam a criança gravemente enferma. Este segundo programa, teve como origem as vivências e experiências da própria pesquisadora.

Pela urgência em aprender outros aspectos para a prática nesta realidade assistencial, este programa, para quem já faz parte da realidade, foi elaborado para ser praticado por quem está desenvolvendo suas atividades há mais de seis meses nesta realidade de UTIP.

As categorias temáticas foram divididas em questões de necessidade de educação individual ou de grupo. Foram igualmente refletidas as educações objetivas, compostas por tecnologias de conhecimento e educações subjetivas. Todas pensadas em forma de construção de grupo, baseadas nas premissas da EPS.

Através desta análise de necessidades educacionais, foi elaborado um programa com ações e conteúdos educativos específicos para UTIP deste serviço. Este programa respeita as necessidades de quem é inserido pela primeira vez neste serviço e dos que já fazem parte dele.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos em Pesquisa com seres humanos estão em conformidade com a resolução CNS 196/96. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS, tendo sido aprovado com parecer número 13/098.

A instituição onde foi realizada a pesquisa deu sua anuência (APENDICE C) para a execução da mesma.

Aos profissionais que concordaram em participar do estudo foi solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que contem informações sobre os objetivos, etapas e finalidade desta pesquisa e modalidade de acompanhamento no desenvolvimento da prática, se assim o desejarem (APENDICE D).

Para a instituição, após aprovação, será encaminhada cópia do programa de EPS para os enfermeiros da UTIP aos Recursos Humanos e setor de EC, como sugestões para futuras propostas de educação em serviço.

4 ANALISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 PRIMEIRA ETAPA – ENTREVISTAS INDIVIDUAIS

Conforme previsto neste estudo, as entrevistas foram agendadas previamente, e solicitada a assinatura do TCLE. Os participantes foram encaminhados individualmente para salas privadas da instituição. Neste momento, foram explicados os objetivos da pesquisa e como seria realizada. O tempo de entrevista foi em média de 30 minutos. Não houve ordem entre os participantes apenas adaptações de horários, todas as entrevistas foram realizadas durante o horário de trabalho, sem interferência na rotina dos participantes.

Seguindo o roteiro previamente preparado de entrevista semi-estruturada (constantes em APENDICE A), a conversa transcorreu de modo espontâneo, permitindo um diálogo entre pesquisador e participantes, consentindo que os próprios trouxessem ideias e de algum modo contribuíssem com o serviço.

Em um primeiro momento foram abordadas questões mais abrangentes como tempo de formação, sobre experiência prévia a esta especialidade (UTIP). Após foram abordados os assuntos e questões previstos no roteiro, permitindo espaço para reflexões.

Mesmo tendo sido explicados os objetivos da pesquisa previamente, em muitos momentos, os participantes verbalizaram que tinham insegurança de estarem sendo analisados quanto ao seu conhecimento técnico no serviço, o que fez com que em muitos destes momentos, o tempo para que a conversa fluísse para a reflexão esperada demorasse um pouco. Foi necessário explicar que a educação era vista como forma de reflexão sobre as práticas e não somente educação como competência e conhecimento técnico.

A partir de então, muitos pensamentos, sentimentos, apreensões e angústias surgiram, além do reconhecimento de superação de obstáculos e visualizações concretas do amadurecer profissional. Deste momento, além de “material” para pesquisa, obteve-se uma oportunidade de contato profissional entre os pares (pesquisador e pesquisado) e reflexão sobre a prática da assistência *in loco*, formação profissional nas escolas e no serviço. Um aprender em conjunto através não de rotinas e protocolos, mas de experiências e visões.

Outro fato ocorrido durante esta primeira etapa foi a necessidade de saber da instituição como trabalha a questão do enfermeiro sem experiência em UTIP, o que espera da equipe de enfermeiros, e como pensam ser a melhor maneira de educá-los para este cenário. Devido a angústias e incertezas expostas, além das verbalizações marcantes do desejo de aprender

técnicas, nossas atribuições e responsabilidades também estão relacionadas ao perfil da instituição onde atuamos, sua missão e filosofia, além das próprias do profissional.

Por este motivo, surgiu a necessidade de conversar com os gestores do serviço, ainda durante a primeira fase da pesquisa. Com característica coletiva, foi pensada com o intuito não de apreender conhecimento, mas sim, de abordar questões gerenciais. Igualmente as demais entrevistas, esta fora gravada e destruída após sua transcrição.

4.1.1 Caracterização dos Enfermeiros Assistenciais

Neste primeiro momento foram entrevistadas oito enfermeiras assistenciais. Entre os enfermeiros, observa-se que as oito são do sexo feminino. O tempo de formação varia de 2 meses a 7 anos. Nesta equipe, constam enfermeiros que nunca haviam tido contato com intensivismo pediátrico prévio, e enfermeiros com pouco tempo de formação, mas com experiência neste mesmo serviço como técnicos de enfermagem.

Referente a suas experiências, das oito participantes, duas referiram ter experiências prévias à graduação (eram técnicas de enfermagem neste setor) uma foi técnica de enfermagem em UTIN e uma acadêmica de enfermagem em Home Care assistindo a crianças que faziam uso, dentre outros mecanismos, de respirador artificial. As outras quatro nunca haviam trabalhado com intensivismo pediátrico, sendo entre estas quatro, duas haviam tido contatos breves com saúde da criança, mas com afinidade e desejo de desenvolver a assistência nesta área.

A seguir, apresento o Quadro 1 demonstrando as experiências e vivências dos profissionais entrevistados em área de intensivismo pediátrico.

Participantes	Tempo de Trabalho na UTIP desta instituição	Tempo de formação	Experiência prévia em pediatria	Experiência prévia em UTIP
1	1 ano 6 meses como enfermeira folguista - 1 ano como enfermeira titular	7 anos	5 anos como enfermeira	Sem experiência prévia
2	2 meses como enfermeira folguista	2 meses	1 ano 6 meses técnica de enfermagem	5 anos técnica enfermagem
3	1 ano como enfermeira folguista e 1 ano como enfermeira titular	2 anos	1 ano como enfermeira	Sem experiência prévia
4	1 ano como enfermeira folguista 1 ano como enfermeira titular	2 anos	1 ano com Home care	Sem experiência prévia
5	2 anos como enfermeira folguista	6 anos	Sem experiência prévia	Sem experiência prévia
6	6 meses como enfermeira folguista	6 meses	5 anos como técnica de enfermagem	3 anos como técnica
7	11 meses como enfermeira folguista	1 ano	Sem experiência prévia	Sem experiência prévia
8	7 meses como enfermeira folguista	7 meses	Sem experiência prévia	17 anos técnica enfermagem UTIN

Fonte: Dados da pesquisa 2014 – elaborado pelo autor.

Quadro 1 – Caracterização dos Enfermeiros entrevistados na Etapa 1 quanto a formação e experiências prévias a UTIP, na UTIP do hospital pesquisado no Vale do Rio dos Sinos/RS, 2014.

O estudo demonstra que há uma característica muito especial e particular no ambiente desta UTIP onde geralmente são poucos os profissionais que possuem alguma experiência prévia em intensivismo pediátrico. Isto gera absorção de profissionais de áreas afins, como pediatria, Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal ou afinidade com a área pediátrica.

Como o local estudado não se caracteriza por ser um hospital escola, mas sim como hospital que oferta campos de estágio para as universidades parceiras, tem-se esta oportunidade de “aproveitamento” dos próprios profissionais que nela se encontram (como

técnicos de enfermagem) permanecendo como enfermeiros após sua graduação, o que facilita a adaptação ao ambiente de trabalho.

Como já relatado neste estudo (CECCIM, 2005), os profissionais são absorvidos por grandes centros resultando em rotatividade, exemplo ocorrido durante esta pesquisa, onde um dos entrevistados na primeira etapa fez seu desligamento da instituição semanas após a entrevista desta Etapa 1. Outra característica também comum, é o desejo de enfermeiros substitutos em “assumir uma unidade”, o que também ocorreu durante o processo desta etapa, onde um segundo enfermeiro substituto assumiu como “fixo” em outra especialidade intensiva e um terceiro, uma unidade de internação. Consequentemente, outros três enfermeiros (que não participaram desta pesquisa) assumiram a responsabilidade de enfermeiros substitutos da UTIP, necessitando passar por todo processo de educação / treinamento nesta UTIP.

Estes fatos demonstram a necessidade não só de reciclagens ou aprimoramento para os profissionais desta especialidade, mas também de programa de educação em intensivismo pediátrico para enfermagem, iniciando de suas bases fundamentais, como avaliação física da criança gravemente enferma. Egresso de currículos com disciplinas mínimas da saúde da criança, o enfermeiro que irá exercer assistência em UTIP precisa revisar o conteúdo visto durante a faculdade e iniciar *in loco* o conhecimento com o intensivismo. O profissional se educa e é educado durante a prática, no ambiente de trabalho, com seus pares.

4.1.2 Entrevistas com Enfermeiros Assistenciais

Seguindo a descrição desta etapa, após a transcrição e análise tendo como base os objetivos do estudo, emergiram quatro categorias relacionada a entrevista com enfermeiros. Estas categorias foram objeto de debate no Grupo Focal e estão apresentadas no Quadro 2.

Categorização Entrevista Individual com Enfermeiros

I. A necessidade de gerência e liderança
II. Os aspectos relacionais
III. O aprofundamento no conhecimento técnico
IV. Aspectos importantes para a Prática Educativa

Fonte: dados da pesquisa 2014 – elaborado pelo autor.

Quadro 2 - Categorias emergidas das entrevistas individuais com os enfermeiros assistenciais da UTIP do hospital pesquisado no Vale do Rio dos Sinos/RS, 2014.

A seguir, serão descritas e dissertadas as categorias emergidas da primeira fase desta pesquisa, conforme consta no Quadro 6 - Categorias emergidas das entrevistas individuais com os enfermeiros assistenciais da UTIP do hospital pesquisado no Vale dos Sinos, 2014.

4.1.2.1 A necessidade de gerência e liderança

Ao serem abordados os aspectos gerenciais, as falas surgidas nas entrevistas individuais foram desde liderança, responsabilidades do próprio profissional em relação a sua atuação, o interesse em aprender, trabalho multidisciplinar, gerenciamento e criação de redes.

Comumente este assunto é abordado para a enfermagem desde a graduação, porém, em muitos momentos, sendo vinculada a disciplina relacionada às teorias administrativas, sendo pouco explorada dando maior espaço a teorias e teóricos. (VILELA; SOUZA, 2010). O termo liderança (e gerenciamento) pode parecer simples na sua teoria e descrição, mas torna-se complexo quando trabalhamos com equipes tecnicistas em ambientes de grandes oscilações, imprevisibilidades e instabilidades.

Com isto, o enfermeiro que sai da universidade e adentra em campo de trabalho, devido à rotina diária assistencial, se obriga a pensar e repensar qual seu papel na sua equipe, unidade e instituição. Ainda como um profissional em desenvolvimento, vê sua importância de forma fragmentada, necessitando de vivência para esta construção.

“Ah eu acho que tem o papel de facilitador... ver se tudo ta certo ...entre técnico e médico é tu que faz esse meio de campo...” (ER)

Pensando em suas responsabilidades, o profissional enfermeiro, entre suas atividades técnicas, exerce o papel de liderança e gerenciamento da equipe. Visto que este trata de unidade de cuidados complexos, este profissional, com pouca ou nenhuma vivência nesta realidade, não percebe de forma clara quais as reais dificuldades ao enfrentar o cotidiano deste trabalho. (VILELA; SOUZA, 2010). Quando questionadas quais foram (ou quais pensaram que seriam) as dificuldades encontradas, esta percepção gerencial começa a brotar.

“Antes eu achava que era a parte técnica, agora eu já to vendo, como todo mundo fala, que é a equipe” (EM)

Esta percepção é sentida e faz com que este profissional repense a sua própria condição. Espelhando-se nos sinais emitidos pelos seus pares o gerenciamento e liderança são colocados em prova.

“... às vezes é difícil né ainda mais quando tu é inexperiente [em UTIP], porque acham que tu não vai fazer as coisas certo né, que tu tá fazendo tudo errado, então as vezes tu é meio julgada [competência técnica e gerencial] por não ter experiência, por não saber...” (EE)

Normalmente, estas dificuldades com as equipes amenizam com a convivência diária, com o reconhecimento da capacidade técnica e gerencial deste profissional. O trabalho e o relacionamento de confiabilidade mútua da equipe, onde seu conhecimento e competência exercem influência nesta, se confirma na prática do dia-dia. (GELBKE et al, 2009).

“Talvez nos primeiros plantões ... é aquele momento que vai testando, que vai conhecendo, que vai vendo, mas no momento que passou isso, tranquilo” (EM)

Quando percebido por este profissional, este “julgamento” inicial é descrito como natural, como uma fase a ser transposta, apesar da dificuldade e da pressão extra que ocasiona. Ao ser convidado a refletir sobre uma maneira a se abolir esta fase, algumas considerações são realizadas.

“...recepcionar bem uma pessoa, procurar saber se...ajudar ela e não julgar ela por não saber, mas é complicado... acho que faz parte do ser humano de analisar as pessoas e julgar...” (EE)

Outro aspecto bastante influenciador nesta liderança é o fato de ela ocorrer em ambiente tão complexo como o da UTIP. Neste setor de alta tecnologia, o enfermeiro enfrenta o desafio de exercer suas habilidades de líder, realizando a tomada de decisão muitas vezes de forma intensa e rápida, em segundos, sem planejamento prévio. (PRADEBON et al, 2011). Este fato faz com que a vivência prévia tenha uma influência positiva trazendo segurança para este profissional.

Além disto, a construção do gerenciamento e liderança também depende da sua própria vontade em aprender e exercer sua função de forma plena. Deve partir dele a vontade de querer e mostrar aos seus pares do que é capaz. Entra nesta reflexão a capacidade de responsabilização³, de assumir como seu o papel de líder e de gerente.

³ Responsabilização, ou conforme Carrijo e Rasera (2013), Accountability - sem tradução exata para o português, trata de um processo “discursivo” de negociar as responsabilidades sobre acontecimentos, ou ainda, justificar atos realizados ou não realizados.

Quando refletido, sobre a responsabilidade do profissional em assumir a gerência e liderança de uma equipe, emergem falas que denotam a vontade do profissional enfermeiro em aprender a gerir ou liderar, para que esta seja propriedade dele.

"Mas aí onde é que está a minha responsabilidade do meu setor? Eu acho que eu sou responsável pelo meu setor... primeiro acho que a responsabilidade é minha" (EPo)

Outro aspecto citado, que auxilia no trabalho do enfermeiro para o gerenciamento deste setor, refere-se a formação de redes de apoio, a quem recorrer para auxílio. Contrariando o ensino fragmentado e pouco inventivo, esta percepção no dia-dia do trabalho faz com que o profissional sinta a aprendizagem invisível ⁴ - aquela que não pode ser ensinada - o surgimento do inédito, das agonias e da necessidade do outro. (SILVA, 2010).

"...mas aí é que tá, acho que por eu ser da instituição eu sei a quem recorrer... eu vou ligar pra Deus e o mundo....sei lá posso até não saber ligar pra pessoa certa, mas vou sair ligando até descobrir né..."(EF)

Sendo este também um reflexo da responsabilização, o enfermeiro quando consegue amadurecer e desenvolver características assistenciais e administrativas percebe a necessidade de contar com o outro, emergindo também o sentimento de equipe e pertencimento a este. Amadurece então, o profissional subjetivo.

Todas as categorias que serão descritas ao longo deste trabalho estão intimamente ligadas, sendo difícil fragmentá-las. Exemplo do que foi descrito nesta, o conhecimento, a construção deste, responsabilização e as redes influenciam e são influenciadas pela necessidade de gerenciar e liderar.

4.1.2.2 Os aspectos relacionais

As falas surgidas referentes a esta categoria foram as angústias de adentrar em um ambiente desconhecido (setor pouco visto durante a graduação na sua generalidade e totalmente desconhecido na sua complexidade), complexo e intensivo, cuja realidade é crianças em situação de gravidade de saúde, e a relação com suas famílias.

⁴ Silva (2010) explica o invisível como aquilo que é gerado pela sensibilidade, onde sentimos o estranhamento e nos tornamos [...] "*disponíveis a geração de inéditos*". Gerado através da sensibilidade, pode ser verbalizado, mas aprendido, somente quando vivenciado. (SILVA, 2010, pg.90).

Os sentimentos descritos nas falas relatam e refletem as angústias sentidas por um profissional que sai da faculdade sem experiência e é inserido em um ambiente onde se espera, como já relatado, um “superprofissional”. (SILVA, 2010). Deste, solicitamos que apresente uma conduta de gerenciamento de pessoal e material, com atendimento competente, servindo de apoio para a equipe, com habilidade suficiente para que seja percebida sua competência e saber. (GELBECK, 2009).

Porém, estas características profissionais fazem parte de um crescimento, uma construção diária, onde são somados os conhecimentos adquiridos academicamente e as vivências percebidas no dia a dia, dependendo destes o somatório da capacidade de tomada de decisão e suas ações. (ASSAD; VIANA, 2005).

“ ‘eu não tenho preparo pra atender uma UTI pediátrica!’ daí ela disse ‘não, a gente vai ter todo um treinamento contigo, a gente vai te treinar’ ” (ER)

“antes era uma coisa totalmente nova... de estar começando... e estar assumindo uma unidade que é uma UTI ...” (EN)

Estas falas refletem a preocupação e sentimento deste profissional sem “experiência” nesta unidade. Ao aceitar um convite de iniciar em uma UTIP (ou qualquer outro serviço de alta complexidade), os profissionais deparam-se com o sentimento de insegurança, pois sabem o que será esperado dele, principalmente quando este não teve formação acadêmica para esta especialidade, nem o conhecimento prático do cotidiano para servirem de apoio na sua rotina ou tomada de decisão.

“Eu fiquei um pouquinho assustada no começo porque UTI pediátrica não tem quase nenhuma aqui [...] acho que o que mais me incomodava era o medo de eu não saber o que fazer...” (EC)

“No começo é complicado né, dá um medo vamos dizer... mas... a gente vai aprendendo...” (EE)

“Dá medo, as coisas que tu ainda não viu... o desconhecido, os novos procedimentos, o gerenciamento da equipe ... tomar decisões...gerenciar toda a equipe, folgas e tudo, ou até conflitos.. então esta parte toda tu começa com medo, tu começa com insegurança, e ao poucos tu vai aprendendo....” (EM)

“... por mais que tu venha estudando talvez aquele foco tu não tem conhecimento ... porque tu passou por um estágio, mas tu passou o que? Quinze, trinta dias em uma UTI...o que não é nada né em relação a experiência.... uma vaga noção. Quem dirá em UTI pediátrica!” (EF)

O medo do desconhecido é acentuado pelo fato de trabalhar com a complexidade assistencial em crianças - a fragilidade, o estar iniciando a vida, pesa muito quando se pensa em investir profissionalmente nesta especialidade. A empatia pela criança/adolescente, pela sua família, causa sofrimento a este profissional nesta unidade de cuidado, podendo ser somados sentimentos de impotência, frustração e tristeza. (COSTA; LIMA, 2005)

O fato de ser um cuidado complexo é agravado pela característica de sua clientela. Este sofrimento, do conviver com esta realidade que pode trazer consequências para sua vida particular, uma vez que quem o vê e acompanha (o profissional), se envolve como quem sofre (o paciente). (BORGES, 2005)

“ eu sempre disse ... 'o que me deixa mais triste, mais deprimida.... porque são pequeninhos... já estão passando por aquilo` [...] eu adoro vir fazer plantão ... mas é um setor que me deixa mais deprimida ...” (EO)

“... acho que no começo é um pouco por ser criança ... pelo fato de estar trabalhando com criança...” (EC)

Nestas falas, são expressos sentimentos de compaixão pelo que está no leito, e dor de quem vê aquele que sofre. Nesta realidade, existem muitos relatos de uso de estratégias emocionais para servirem de barreiras com o intuito de impedir o sofrimento, para evitar esta sensação de dor, como o afastamento deste paciente ou especialidade. (BORGES, 2005).

Na prática assistencial diária, em muitos momentos estas emoções são relegadas a segundo plano, principalmente quando o profissional se depara com uma circunstância de risco. Nestas situações de alta complexidade, as habilidades técnicas e conhecimentos científicos são colocados a prova, e conforme os eventos vão se atenuando, este profissional permite que suas percepções subjetivas sejam resgatadas. Este fato faz com que sejam provados sentimento conflitantes - necessidade técnico-científica frente ao ser humano vulnerável físico e emocional. São estes os momentos de urgências que a tomada de decisão pode trazer consequências graves, ou não. Porém, após estes momentos de estresse, as percepções emocionais reafioram. (MELO; et al, 2012).

Este vai e vem de sentimentos causa angustias em quem inicia neste ambiente de trabalho, onde o gosto pela assistência pediátrica enfrenta o estresse constante e imprevisibilidades técnicas e emocionais. Trata-se da técnica *versus* a instabilidade emocional.

Porém, estes medos e angustias são amenizados com o transcorrer dos dias, das vivências e experiências passadas nesta especialidade. Não só o emocional, a procura por

fundamentação teórica, o desenvolvimento de habilidades trazem ao profissional um apoio assistencial, onde a gerência, a tomada de decisão, e autonomia profissional traz segurança a quem as pratica. Surge a terceira categoria.

4.1.2.3 O aprofundamento no conhecimento técnico

Das questões técnicas abordadas, encontraram-se a necessidade de aprendizagens e reciclagens de procedimentos técnicos específicos do enfermeiro e atuação do mesmo em abordagens multidisciplinares como atendimento em Parada Cardiorrespiratória. Além destas, questões peculiares ao cuidado com crianças (principalmente quando se chega ao serviço sem experiência prévia a UTIP), registros de enfermagem e contextualização com a história particular da criança - evidenciando a importância das particularidades de cada criança, uma vez que esta não é somente uma patologia, e sim um indivíduo biopsicossocial.

O conhecimento técnico-científico, como já abordado anteriormente com o significado de empoderamento, acompanha as profissões do cuidado desde sua existência. (RATTO; SILVA, 2011). Caracterizando não mais uma profissão de cuidado empírico, a enfermagem passa a contar com embasamentos científicos e clínicos, o que resulta em uma profissão tecnológica e técnica, exigindo de seus profissionais domínio e produção científica. (COSTA, 2009)

Pensando de forma política, com as DCN mantiveram-se os requerimentos de competências e habilidades que permeiam a prática da profissão. Entre eles, destaco aqui o atuar profissionalmente, desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional, usar adequadamente novas tecnologias, atuar em diferentes cenários. (SILVA, 2010).

Mas não só teoricamente, a enfermagem percebe no dia-a-dia a responsabilidade de adquirir e desenvolver o conhecimento. Este fornece qualidade na assistência ao paciente e traz ao profissional, autonomia e confiança para exercer seu papel assistencial. Estas questões técnicas foram citadas de forma bastante objetiva, onde foram verbalizados procedimentos específicos da assistência do enfermeiro, principalmente pela característica deste grupo em não ter experiência prévia nesta assistência crítica.

“Ah... PAMI, PVC, DVE que é coisa que não tem tanto ...[em práticas de enfermagem pediátrica na graduação]” (EM)

“Dreno de tórax [...] funcionamento de respirador” (EC)

“como montar um respirador.... ai tive que montar um, tinha umas peças que eu não sabia, daí tive que vim na neo olhar...” (EO)

“então que tu faz numa situação de urgência? Ai vou lá e passo a mão na cabecinha do bebe pra confortar e dizer que tudo vai passar...não tu vai puxar um carro, vai puxar o ambu [...] ah entubação” (EF)

Estas falas são referentes aos aspectos necessários para conhecimento de quem chega ao setor e possibilidades de reciclagem para quem já atua nesta realidade. Como descrito anteriormente, existe para alguns profissionais a dificuldade em contextualizar em UTIP com o que já fora visto em outras práticas. Os estágios de práticas realizados durante a graduação trazem o conhecimento, porém não a vivência de forma efetiva, sendo visto uma vez, ou até a ausência deste, alguns procedimentos e tecnologias passam despercebidos, porém exigidos agora na prática. Além da questão de agora ser um profissional responsável pela unidade e não mais um estudante.

“tudo aquela coisa tipo PAM, PVC, essas coisas a gente via ... tipo vi na aula, depois quando tu fazia estagio de UTI, mas tipo PAMI não era que nem as nossas aqui...” (EPo)

Outro aspecto mencionado foi a importância dos registros de enfermagem. As questões jurídicas, éticas e práticas surgem como necessidade de conhecimento já que agora o enfermeiro se vê como responsável pela unidade, paciente e equipe.

“Em primeiro lugar acho que seria mais a parte legal dos registros que a gente efetua aqui dentro tanto da parte dos técnicos quanto da parte dos enfermeiros ... “ (EE)

No prontuário do paciente constam informações sobre as suas condições biopsico-socio-espirituais, além de sua evolução clínica, servindo como guia para elaboração de ações de saúde. Por este motivo, suas anotações tem valor judicial, educativo e investigativo, servindo também de avaliação das ações de enfermagem prestadas ao cliente, refletindo na qualidade de sua assistência. (SETZ; D'INNOCENZO, 2009).

Devido ao aumento das questões educativas e judiciais, o enfermeiro que já se percebe como responsável pelo paciente internado entende que suas anotações e registros podem servir concretamente para estas ações. Neste momento, percebe que não somente as suas

ações técnicas ou tomadas de decisão, mas seus registros também tem resultados e consequências futuras.

Também foram feitos relatos referentes a familiarização com a unidade, seus espaços, suas características como lugar de cuidado e suas atribuições técnicas.

“conhecer bem o funcionamento da UTI pediátrica, acho que tem que ter conhecimento nos procedimentos básicos” (EPe)

“... as rotinas e a pessoa que entrar aqui dentro saber o lugar das coisas ... acho que isso é básico, tem que saber tudo onde estão as coisas, acho que isso é uma coisa bem importante, cada um que vem treinar, fixar bem isso ...” (EPo)

Todas estas verbalizações fazem parte do dia-a-dia da assistência de enfermagem em uma UTIP - rotinas, lugares, materiais, procedimentos em crianças quando internadas em UTIP. Deter estes conhecimentos é visto pelos entrevistados como base para desenvolvimento de sua assistência neste setor.

Como última categorização, descrevo aspectos relativos as metodologias a serem utilizadas por quem treina/educa seus pares, as práticas educativas para reciclagens e aprimoramento de conhecimento técnico, científico e reflexivo.

4.1.2.4 Aspectos importantes para a Prática Educativa

As abordagens metodológicas eleitas nesta primeira etapa diversificaram entre a construção do conhecimento com os pares *in loco*, uso da educação bancária⁵ por parte da instituição, prática em épocas em que a unidade encontra-se mais agitada, a troca de experiências e prática supervisionada.

Os contrapontos surgidos nas entrevistas foram o uso de educação na beira do leito e a educação de transmissão de conhecimento em sala de aula, evidenciando a metodologia enraizada advinda das escolas e universidades, e em alguns momentos, o desejo de fazer diferente.

⁵ Educação Bancária: referencia feita pelo autor Paulo Freire (1987) quando relata em sua obra sobre a educação transmitida e não transformadora, referindo-se as palavras como meras “sonoridades”, o educador como um “depositante” de informações e o educando como um “recipiente” ou “depósito” destas, tendo estes últimos a função de memorizar e arquivar a informação recebida, tornando – se um mero “repetidor” dos comunicados recebidos.

O uso do cronograma é relacionado à educação prática *in loco* com os pares. Em todas as entrevistas, mesmo quando relatados a didática de “sala de aula”, o aprendizado com um colega, seja ele para “passagem de rotinas”, aprendizado do cuidado com a criança gravemente enferma ou de patologias, este trabalho de aprendizado em pares está rigorosamente presente.

“...eu acho que seria interessante fazer um cronograma onde enfermeiro que ta acompanhando, geralmente fica com aquele enfermeiro o tempo todo, tu vai passando as rotinas, vai passando tudo e vai passando pelo cronograma e acompanhando ... acho que seria uma coisa interessante de se fazer....” (EPo)

“Assim, hoje eu vou te mostrar a rotina da UTI sabe, tipo a rotina e explicar 'isso faz assim, isso faz assado'... 'ah amanhã nos vamos conversar talvez sobre algumas doenças'...” (EO)

Aqui, emerge a afirmativa do aprender enfermagem em UTIP, em que este é feito na rotina do cotidiano. Primeiramente observando a prática, seguindo para a procura teórica e científica, e retornando para prática agora executando o aprendizado, fazendo um movimento de ir e vir destas. (ANDRADE, 2002).

Este movimento pode ser devido a pouca prática nesta realidade, onde muitos cuidados e procedimentos são novos e a fragmentação do já aprendido, onde quem foi educado, não tem ainda a habilidade de contextualizar a complexidade assistencial.

O uso do cronograma podendo evidenciar a necessidade e costume do ensino fragmentado pode também indicar o que Andrade (2002) defende, o uso da educação em tempo, da menor para maior complexidade. Deste modo, seguindo então uma linha de raciocínio, que trará segurança a quem educa e quem é educado.

A UTIP estudada por não se tratar de uma unidade de referência para procedimentos médicos complexos ou politrauma, mantém uma característica de instabilidade ocupacional, sendo sazonal (alta ocupação durante todo o inverno, diminuindo no verão), porém este também instável.

Este fato também é relatado pelos enfermeiros, que iniciam seus processos de treinamento no verão (para estarem familiarizados com a unidade no inverno). Esta baixa taxa de ocupação permite que rotinas, processos, lugares e pessoas sejam apresentadas e “decoradas”, porém a prática assistencial a criança grave fica prejudicada.

“... era uma época mais calma pra uma UTI pediátrica, que não é o inverno não tem muita intercorrência ... foi meio parado assim... não foi uma coisa que eu tive tanta experiência que pudesse aprender tanto... vi algumas coisas mas depois que tu assume que tu começa a aprender mesmo que as coisas vão surgindo realmente, então tu vai aprendendo com as coisas acontecendo...” (EE)
“porque as vezes eles treinam nos plantões mais calmos e acabam não vendo muita coisa.... eu acho mais que é essa parte técnica...” (EC)

Fica claro nestas falas, que o aprendizado que foi realizado por etapas, com acompanhamento, torna-se prejudicado pela pouca prática, ou como anteriormente relatado, faltando a etapa da observação, indo diretamente da teoria para a prática individual, sozinho. (ANDRADE, 2002). A solicitação de auxílio é bastante presente, porém pesa neste momento, a responsabilidade da tomada de decisão.

Seguindo as reflexões sobre o aprender, surgem afirmações relacionadas a aprender entre os pares.

“... e ia pedir no primeiro dia pra ela me acompanhar pra ver como eu faço, pra ela ser meu espelho... me acompanhar e ir perguntando, se surgir as duvidas... e ia passando as rotinas pra ela ... ia passando avaliação, a anamnese o que a gente cuida... as particularidades...” (EM)
“... dentro da UTI de preferência pelo enfermeiro que já trabalha ali a mais tempo [...] porque já conhece as situações, conhece bem o funcionamento, o que pode ter de diferente ali” (EC)
“Pratica de um procedimento... vai lá e faz, com um supervisor, com um enfermeiro, um colega... tem que ter uma supervisão junto com a gente, é uma insegurança que a gente sente entendeu?...” (EPe)

A educação com os pares é enfatizada nas falas, onde se justifica o aprender com o outro. Este outro, um colega, mostra não somente com as práticas, mas com os olhares e posturas o que se espera deste profissional naquele momento. Esta observação, além da segurança, passa uma vivência daquela prática, mesmo que a do outro, mas já como forma de aprendizado. (ANDRADE, 2002 ; SILVA 2010).

Divergindo opiniões, surgem dois conceitos de educação, a teoria unida a prática (*in loco*) e a teoria separada da prática. Percebo aqui que a dificuldade em trabalhar com este perfil de paciente em ambiente hospitalar, sem aprofundamento teórico prévio, faz com que se busque as características do ensino praticado durante a graduação, o sentar em sala de aula e ir para campo de estágio após.

“talvez assim ... ser mais dividido, ter a parte da prática, mas ter alguma coisa de teoria também sabe... porque o que tu vê na faculdade é uma coisa assim, é muito superficial ... se tu não trabalha principalmente naquela área, tu fica um pouco mais pra trás...” (EO)

“Só a teoria no livro? Não! Prática!” (EPe)

“Não, e não vai treinar dentro da unidade...tu vai treinar, vai sentar dentro de uma sala de aula e vai estudar... entendeu? Tu não vai pras unidades [...] daí eles são bitolados naquilo que a instituição quer... daqui a pouco acho que isso era uma construção...” (EF)

Nota-se nestas falas que o entendimento de construção de um profissional (sua prática e capacidade de reflexão) é confundido com a formação técnica deste (introjeção de práticas e pensamentos pré-fabricados). O primeiro, requer que o indivíduo reflita sobre o que está fazendo, adaptando para cada situação sua maneira de agir - uma vez que outro é cuidado, é necessário reconhecê-lo como pessoa e percebê-lo, analisar e atuar em suas necessidades e singularidades. (SILVA, 2010).

O segundo requer apenas que sejam executadas técnicas e posturas, para todos e por todos, em ação, independente do que está ao seu redor. Esta prática torna-se delicada, já que não necessita de contextualização, apenas a rotinização, tornando-se um executor de tarefas. (ASSAD; VIANA, 2005)

Em um terceiro momento, surgem sinais de mudança, de ruptura com o tradicional, resultado do cotidiano da prática, a necessidade de adaptação das obrigações diárias e trocas com os pares. O trabalhar e aprender em conjunto, trocar experiências e vivências, uma abordagem que dá margens a possibilidade de tentar algo diferente.

“Acho que tinha que ser uma coisa bem didática assim, tinha que ser uma coisa bem prática né, ela teria que ser uma conversa, ser uma discussão... o que nós faríamos numa determinada situação, nós aqui no hospital a “gente faz assim, a gente faz assado né” (EF)

“... ah amanhã nos vamos conversar talvez sobre algumas doenças assim que interna mais e que os cuidados da enfermagem são mais específicos com relação a aquilo ali sabe... talvez de fazer mais um link assim né de poder ter mais dividido sabe” ... (EO)

Todas estas falas partem de profissionais advindos de uma educação tradicional, tecnicista, cujas escolas estão também em fase de adaptação - curricular e metodológica. (SILVA, 2010). Prova disto é o surgimento de falas que pontuam as relações, não somente o “depósito” de informações.

Percebo a necessidade de aprofundamento teórico e de habilidades pertinentes a prática da profissão, nesta realidade assistencial. Além deste, nota-se também a ausência de abordagens sociais, contemporâneas, como a realidade socioeconômica onde as crianças estão inseridas, os aspectos emocionais relacionados a internação em um ambiente que reporta o “risco de vida”, as políticas públicas de saúde, a responsabilidade social da profissão, entre outras.

Porém, pensando a responsabilidade educativa não somente em contexto acadêmico, mas também assistencial, quando parte-se do pressuposto que as instituições de cuidado dão sequencia as instituições de ensino, estas abordagens humanas e sociais também passam despercebidas nas capacitações e treinamentos. São realizados treinamentos técnicos, e são abordadas todas as complexidades envolvidas na atuação, mas não são capacitados para o sujeito do cuidado, apenas para sua doença. A criança também é vista apenas como um “órgão doente”.(CECCIM, 1997).

4.1.3 Entrevista com Enfermeiros Gestores

Neste momento, faz-se uma análise das falas geradas na entrevista com os gestores de enfermagem do hospital pesquisado. Foram dois sujeitos, do sexo feminino, graduadas em enfermagem, que possuíam entre suas especializações, a gestão de negócio e de pessoas.

Assim como a análise dos resultados da entrevista com os enfermeiros assistências, a análise dos gestores emergiram categorias, agora vistas por quem administra este serviço, seus recursos financeiros e humanos.

4.1.3.1 As práticas de cuidado na percepção dos gestores

Seguindo o propósito de pensar a atuação do enfermeiro em UTIP, as questões abordadas partiram do trabalho deste profissional, voltado para esta unidade de cuidado. As reflexões que surgiram passaram pela educação deste profissional e suas responsabilidades educativas (institucional e própria), a sua formação agora no cotidiano da assistência, aspectos de liderança, e o que se espera deste profissional no desempenho do seu papel de líder de uma equipe e responsável pelo cuidado.

4.1.3.1.1 O Compartilhamento dos saberes como busca do conhecimento

Para o início das reflexões, me reporto a pensar, institucionalmente, o enfermeiro atuante na UTIP. Os aspectos relacionados às experiências prévias ou especializações na área pediátrica são bastante valorizados.

Partindo do pressuposto que os grandes centros absorvem muitos profissionais (CECCIM, 2005) - é trazido nas falas dos gestores que este profissional já “pronto” esta cada vez mais longe de nossa realidade. Parte-se então, da necessidade da procura por profissionais com vivência ou relação de identificação pela área de pediatria, para depois ser preparado para o intensivismo pediátrico.

“ ... claro o enfermeiro para ir dentro de uma UTI que é um atendimento intensivista, a gente já procura um profissional com experiência e afinidade da área pediátrica [...] além desta parte técnica a gente foca muito na parte da afinidade, na parte do perfil em relação a relacionamento, em relação a empatia ...” (EA)

Além de especialização, outra importância dada é a afinidade com esta especialidade. A pediatria (intensiva ou não) tem características peculiares além das já descritas. (GARCIA, PIVA, 2005) como a fase de “pleno desenvolvimento do ser humano”, questões como singularização no atendimento, especificidade das patologias por idade, presença constante e questionante da família, a não colaboração do paciente em muitos momentos, que fazem com que muitos profissionais se afastem destes ambientes de cuidado.

Por estes motivos, o profissional enfermeiro que chega a esta realidade deverá ser “trabalhado”. Muitos deles são recém – formados nas práticas, que adentram em realidades hospitalares somente com a experiência vivenciada nos estágios. Ao pensar o cotidiano como visto durante a graduação, a responsabilidade de gestão e cuidado com o paciente ainda é, em muitos momentos, refletida de forma fragmentada. Resulta então, a necessidade de se desenvolver, além de desenvolver a equipe.

“ porque tu ta ali e tu tem o supervisor do lado, tu tem aquele apoio, tu ainda não se sente dono daquela unidade, tu não consegue ver como tu, gestor daquela unidade [...] quando ele chega para praticar isto ele se vê muitas vezes perdido “e por onde eu vou começar?” [...] tu não ta pronto, e também cada profissional tem que buscar por conta própria também.. eu acho que tem o lado da universidade, da instituição e do profissional também...” (EA)

Quando cito aqui “somente a experiência vivenciada nos estágios” me reporto ao que Bondía (2002) referencia sobre experiência. Para o autor, a experiência é vivida no silêncio, na reflexão, na escuta, sendo que a quantidade, a procura por excesso de informações impede que esta seja desenvolvida - o que ocorre durante a graduação, excesso de informação com restrita experimentação.

Durante este processo de formação, na tentativa de aumentar o conhecimento científico, o graduando em enfermagem é transformado em “depósito” de teorias e rotinas, não dando tempo para que ele perceba o que esta aprendendo. (SILVA, 2010). Sem a responsabilidade de gerenciar uma unidade de cuidado (referindo o processo de tomada de decisão e responder pelas consequências/resultados destas), as informações recebidas em seu processo educativo somadas a esta responsabilidade gerencial, não permitem que ele “sinta” o que este conjunto significa.

“... o recém-formado vem “ah eu já to preparado” e se depara com uma realidade completamente diferente.... hoje a gente tem dificuldade, principalmente em questão da liderança, [...] muitas vezes as pessoas não querem buscar um complemento, acham que é só responsabilidade da instituição preparar e formar, e não é! O profissional tem a sua responsabilidade....” (EFn)

Este “choque com a realidade”, ocorrido em muitos momentos, faz com que o profissional sinta necessidade de se reelaborar, buscando apoio da instituição e de estudos para aprimoramento assistencial e gerencial. Cabe à instituição acolher esta necessidade, fornecendo o que lhe cabe, porém a este também, a procura por aprimoramento e aperfeiçoamento.

Para tanto, as empresas fornecem setores de educação (capacitação, no caso desta instituição pesquisada) que tem o objetivo de qualificar seus trabalhadores, aumentando o conhecimento técnico-científico e gerencial. (SANTANA, FERNANDES, 2008).

“Uma unidade de intensivismo tu já procura alguém com algum conhecimento, com um olhar diferente, porque o recém-formado pode ficar bem preparado, mas ele vai levar um tempo e vai precisar de acompanhamento” (EA)

Na instituição estuda o setor de capacitação tem o objetivo de acompanhar - servindo de apoio ao profissional recém-chegado, estimular o aprendizado - fornecendo treinamentos,

além de avaliações funcionais realizadas pelos coordenadores para que estes profissionais tenham um retorno de suas produções. Ao enfermeiro assistencial cabe permitir a possibilidade de mudança e aprimoramento, participar dos eventos educativos promovidos e também avaliar o que para ele é importante aprender.

“Vai ter que ter uma matriz que ele vai ter que seguir e atingir, mas ele vai ter que estudar muito, porque ele também vai ter que buscar... e também tem a questão da habilidade que tu vai praticar, sem praticar ele não vai conseguir atingir” (EA)

“... hoje eu sinto muito, muito mesmo, a falta de vontade grande de alguns profissionais...” (EFn)

Conforme Santana e Fernandes (2008) as instituições assumem este papel de qualificação profissional devido, entre outras, as demandas da clientela e a constante mudança em relação aos aspectos tecnológicos. Porém, referem ainda que o profissional deve reconhecer a necessidade e importância da busca pessoal pelo conhecimento e desenvolvimento profissional – não somente técnico, mas também cognitivo, intelectual e interpessoal – para o adequado desempenho assistencial em UTI.

O que fica claro na fala destes gestores é que a instituição promove processos de educação no intuito de aprimorar e qualificar a assistência tendo consciência de que este profissional necessita de tempo e vivência para se adaptar. Entretanto, trata-se de uma “via de mão dupla”, onde o profissional também deve dar retorno deste investimento, participando e procurando se qualificar.

“... um enfermeiro sem experiência em uma UTI pediátrica, o que a gente espera... a questão número um, é a segurança em primeiro lugar pro nosso cliente e pra nossa equipe, então a gente precisa ter alguém do lado desse enfermeiro capacitando, e a gente espera desse enfermeiro que ele estude muito ... porque realmente, um enfermeiro sem experiência dentro de uma UTI vai ter que ter suporte interno, tu não vai poder deixar ele sozinho, então tu vai ter que ter um serviço de capacitação junto e tu vai ter que seguir ele até tu ter a segurança e ele também” (EA)

Pensando especificamente na UTIP, o enfermeiro admitido para este setor, participa de uma matriz de capacitação onde é trabalhado durante o dia-dia questões técnicas pontuais, cabendo aos pares que o recebem contextualiza-lo neste ambiente. Partindo de suas próprias experiências, tentamos no dia-dia treinar além da técnica, a percepção das particularidades deste ambiente. Todo este processo com o intuito de prepará-lo para o cotidiano assistencial.

4.1.3.1.2 Construindo o enfermeiro de UTIP em ato

Vista a UTIP como uma especialidade complexa por si só, a construção deste profissional em ato ultrapassa os espaços das habilidades técnicas. A formação, já em âmbito hospitalar, requer questões de empatia, de apoio emocional e percepção da assistência de forma contextualizada - a singularidade do momento, a gravidade da emergência, o desequilíbrio emocional parental, a necessidade do conforto familiar da criança. Todos estes aspectos, partes deste serviço, também necessitam ser abordados e elaborados durante a fase de adaptação.

“... a parte infantil é muito delicada... então por mais que o treinamento seja um treinamento técnico, tu vai colocar emoção junto... então tem toda a questão do equilíbrio emocional e de tu sensibilizar as pessoas, senão, não tem como...” (EA)

O trabalhar com a criança, além de questões de tecnologia, envolve emoções e por vezes emoções de sofrimento para o profissional. Perceber e trabalhar a dor alheia (da criança) pode causar sentimentos dolorosos no profissional como questões físicas, psíquicas, sociais e espirituais, porém denota também oportunidade de crescimento em detrimento de atribuir novos significados a vida. (BORGES, 2005).

A capacitação oferecida, pensando em profissionais sem experiência nesta área, é preparada para ser abordada desde o exame físico da criança até o entendimento de patologias graves e o que isso reflete na criança e sua família. Em muitos casos, com dificuldade de executar, agora no dia-dia da assistência, o que anteriormente foi abordado na formação acadêmica, esta aprendizagem é vista para prepará-lo para a atuação futura. Sendo realizada na beira do leito, permite que todas as suas particularidades e dificuldades sejam percebidas, sentidas e apreendidas, ainda em pares.

“... esse enfermeiro vai precisar de um apoio para fazer exame físico para ter entendimento do que é estar hemodinamicamente estável ou instável, então vai depender muito da pessoa que esta chegando também, a quantidade de tempo que vai levar pra essa pessoa estar melhor capacitada, e gente vai ter que trabalhar com as condições que esta pessoa vem trazendo , em cima da realidade que a gente vive dentro da UTI” (EFn)

“...dentro, in loco, junto” (EA)

Vista pelos gestores como uma educação diferente da graduação, esta é pensada na beira do leito, na prática, sem mais salas de aula. Partindo do pressuposto que a formação na academia forneceu subsídios científicos para o enfermeiro, a teoria deve ser somente buscada, reorganizada e aprimorada se necessário.

Reforço a importância do aprendizado em ato justificando que o trabalho em UTI (ou outra unidade de cuidado complexo) permeia relações além do conhecimento científico. Fazendo movimentos diários, o enfermeiro se depara com situações éticas, emocionais e estressantes de trabalho como os resultados inesperados negativos, a perda, além das situações gratificantes como os resultados positivos, as respostas rápidas a tomadas de decisão, e a convivência com a alta tecnologia (dura) e a possibilidade de estar sempre aprendendo. (LANGE; FIORELLI, 2009)

“... não sentar e olhar slides, porque esta fase já passou [...]ele já recebeu isso e ele sabe, não é sentando e vendo slides que ele vai aprender [...] a nossa educação ela tem que ser na beira do leito, porque é ali que a gente vai conseguir subsídios para fazer o link com aquele conhecimento prévio que ta lá guardadinho, com o que a gente precisa para o momento...” (EFn)
“Eu tenho que buscar aquele conhecimento de volta! [...] na pratica muitas vezes a gente vai ter que começar mostrando o local das coisas, aonde você busca, pra quem você liga e formando uma rede pra que ele possa se apoiar quando ele precisar” (EFn)

Todas estas possibilidades de sensações e sentimentos diários não conseguem ser “passados” para o outro somente com palavras, elas devem ser sentidas e apreendidas. Permitindo estas vivências em pares, o profissional a ser educado tem a chance de sentir e perceber no outro quais posturas e decisões a serem feitas (ANDRADE, 2002), realizando a troca de olhares , formando suas redes de apoio (SILVA, 2010).

Possivelmente, como tentativa de não repetir a educação fornecida pelas instituições de ensino, o aprender visto desta forma busca um novo conceito para este profissional. Estimulando-o a rever e reestudar aquilo que a universidade já forneceu, por em prática, agora vendo a assistência de forma contextualizada, como um todo, vista não somente com olhos de “estudante em formação” mas “graduado em construção”.

4.1.3.1.3 A liderança na assistência do cuidado

Um aspecto bastante debatido na literatura é a importância da liderança do enfermeiro frente a equipe multiprofissional. Servindo de apoio, elo ou exemplo, é inegável a sua importância frente a assistência de saúde. (GELBCKE, 2009). Em realidades de complexidade assistencial, esta característica torna-se tão importante e trabalhada quanto as questões técnicas e científicas, uma vez que a busca por resultados gerenciais também são esperados pelas empresas.

Nesta entrevista, é verbalizada pelos gestores a dificuldade de continuar a formação de liderança deste profissional, sendo justificado que este aspecto é pouco abordado pelas universidades. Corroborando com o que já fora relatado anteriormente referenciando Vilela e Souza (2009) uma das justificativas pode ser a vinculação de liderança com disciplinas administrativas, podendo ser abordada em todas as disciplinas durante a formação.

“ porque o enfermeiro hoje, não é só um enfermeiro operacional, o enfermeiro faz muito a parte de liderança, a parte administrativa dentro de um setor [...] mas o que eu noto hoje é que a gente gostaria que a universidade preparasse mais é a questão da liderança e das responsabilidades do profissional...” (EA)

O resultado no ingresso deste profissional no mercado de trabalho com pouca habilidade na gerência e liderança se reflete no seu desenvolvimento frente a equipe e seu desempenho assistencial. (VILELA; SOUZA, 2009). Ter que também ser educado neste aspecto, soma-se a isto o aprender em UTIP, o educando é sobrecarregado de atividades, conhecimentos e responsabilidades, que pode ter como consequência vários movimentos desordenados na tentativa de sanar estas dificuldades. (SILVA, 2010).

“ então ele primeiro precisa sanar as suas dificuldades, olhar pra dentro de sua gestão de saúde que é a questão da seleção, a diferença das gerações, no meio de tudo isso... a gestão de conflitos... e este profissional vem e ele recebe de fato, de qualquer que seja a instituição, uma demanda de situações que talvez ele não tivesse tido noção na graduação, que isso seria desta forma” (EFn)

E não somente a questão das instituições de ensino ou de assistência, os aspectos que permeiam a liderança requerem que o profissional tenha características de ousadia, criatividade e disposição. (HIGA; TREVISAN, 2005). Estes atributos, quando pouco

estimulados durante a graduação demandam tempo para serem desenvolvidos, principalmente quando o profissional divide seu tempo com o aprender assistência, exigindo inicialmente uma reorganização pessoal e profissional.

Reinterando aspectos anteriormente argumentados, este enfermeiro recém egresso da universidade chega ao mercado de trabalho, em muitos momentos, com conhecimentos de assistência pediátrica pouco abordados e pouco trabalhados devido a pouco tempo durante a graduação. De forma fracionada, precisa atuar ainda com sua liderança em estado latente, e ainda conforme Higa e Trevisan (2005), gerenciar uma unidade complexa e com eficácia exemplar, servindo de apoio e exemplo para a equipe multiprofissional.

Porém, como verbalizado pelos gestores entrevistados, o conhecimento, por mínimo que seja, foi “passado” para o estudante, que agora como profissional precisa ser buscado e trabalhado, reforçando a ideia de que as instituições de cuidado tem a responsabilidade de auxiliar o profissional, esperando que deste surja o interesse em aprender.

4.1.2.1.4 A postura do profissional

Para que toda esta construção seja realizada, há a necessidade que este profissional adquira, desenvolva ou tenha características que permitam este movimento. Para estes gestores, questões simples como querer aprender e estar apto para receber novos conceitos são importantes e essenciais.

Tendo como objetivo final o cuidado com o paciente, sua postura de se permitir aprender, ou questionar as ações despendidas, reflete na qualidade de sua assistência. Gera através de ações de comprometimento, a possibilidade do trabalho coletivo, crescimento pessoal e profissional, tornando-se presente e efetivo. (CECERE, et al, 2010)

“...pessoas que tem o perfil de humildade, pessoas abertas querendo trabalhar, pessoas querendo aprender né, e se qualificar dentro de uma instituição. Então hoje nós temos dificuldade de pessoas assim no mercado. E a gente nota que o profissional que ta vindo é um profissional que esta vindo e quer tudo, quer um resultado muito rápido, ele é muito imediatista, a gente nota que acaba sendo muito um desencontro de uma expectativa...” (EA)

Para o enfermeiro que esta iniciando seu processo de aprendizagem em UTIP, esta característica torna-se essencial e propícia. Levando-se em consideração conhecimentos e experiências (mesmo não sendo nesta especialidade), une-se a isto o novo, o inédito. Permitir

sentir-se parte deste cuidado, e em constante aprendizado, corrobora para a qualificação e reflexão de suas práticas assistenciais e gerenciais.

“e é uma oportunidade né... porque eu noto assim que as pessoas tem que começar a ver, a olhar para fora e tentar buscar ser diferente, ser um desvio padrão como a gente chama, porque tem que ter o profissional que é o desvio padrão, e ele vai se destacar no mercado, e é isso que as empresas querem, querem pessoas que sejam colaborativas, pessoas abertas” (EA)

Este movimento de se permitir, tentar não se fechar em normas e rotinas sem refletir sobre elas, pode trazer qualidade na execução de uma técnica, mas não a certeza de ser a mais adequada naquele momento – como movimento mecânico, tornando-se apenas um “tarefeiro”. (ASSAD; VIANA, 2005). O trabalho com crianças permite uma diversidade de movimentos e estudos – científicos, metodológicos, lúdicos, relações familiares - desde as especificidades desta complexidade até relacionais.

Somado a este, as necessidades do mercado de qualificação profissional técnica, a ousadia em liderar e relações emocionais fazem um conjunto de características aludidas a um profissional não completo, mas apto a aprender a assistência ao cuidado. Tendo a criança não como objeto, mas como objetivo de trabalho, sua relação com o mundo e suas necessidades permite que este profissional possa estar em constante evolução. (CARVALHO, 1997).

Reunidos todos estes conjuntos de categorias descritas, é trazido pelos gestores desta instituição estudada, que existe a consciência da necessidade de formação para o enfermeiro que chega até esta unidade de cuidado, sendo o grupo de enfermeiros assistências inexperiente em algum aspecto de suas atribuições (liderança, gerencia ou assistência), a todos se dispensa tempo e conhecimento em alguns destes aspectos.

Em contra partida esperam que deste profissional ainda em processo de formação haja o interesse em aprender, em se desenvolver e tomar para si as responsabilidades a que cabe um enfermeiro dentro de uma UTIP.

4.2 SEGUNDA ETAPA – GRUPO FOCAL

Partindo dos relatos e análises das entrevistas com os enfermeiros assistenciais realizados na primeira etapa, seguem alguns marcadores disparadores de debate para grupo focal. Nele constam alguns itens e reflexões que serviram de debate na segunda etapa.

A necessidade de gerência e liderança	O enfermeiro na UTIP: “qual a minha função/papel e responsabilidades nesta UTIP”?
	Formação de redes de apoio “a quem recorrer?”
	Trabalho em equipe “apoio dos pares para a formação de liderança”
Os aspectos relacionais	A desconhecida UTIP: “unidade de tratamento intensivo, a criança gravemente enferma, apoio emocional dos pares”
O aprofundamento no conhecimento técnico	A prática em ato: PAM, PVC, PIC,DT, VM, intubação, emergências pediátricas em UTIP
	Registros de enfermagem: respaldo institucional e judicial
	O cotidiano assistencial: rotinas, espaços, pessoas....
Aspectos importantes para a Prática Educativa	Uso de cronograma
	Educação em dias agitados, com pacientes
	Educação com enfermeiros com mais experiência
	Sala de aula, antes da prática
	Conceito e prática
	Somente prática
	Rodas de conversa

Fonte: Dados da pesquisa 2014.

Quadro 3: Marcadores para debate para o grupo focal formado por enfermeiros assistenciais da UTIP, do hospital pesquisado no Vale do Rio dos Sinos/RS, 2014.

Após as entrevistas com os enfermeiros assistenciais na Etapa 1, onde foram definidas as categorias, foi agendada a Etapa 2, onde realizou-se o Grupo Focal (GF). Nesta oportunidade as categorias surgidas na Etapa 1 foram debatidas para que fosse possível definir os elementos e estratégias para a elaboração de um manual para a educação de enfermeiros em UTIP.

Nesta etapa fizeram parte cinco dos oito participantes desta pesquisa. A redução se deu devido aos afastamentos ocorridos no transcorrer da pesquisa, como um desligamento deste serviço hospitalar e uma Licença Maternidade. O terceiro participante estava na instituição, mas não pôde participar devido à necessidade de se manter no setor de trabalho, afim de não prejudicar a assistência de enfermagem ao paciente grave.

Iniciado o GF, é realizada uma breve introdução expondo a finalidade desta pesquisa e realizada a apresentação de um vídeo promocional - uma ficção de contos de fada. Sem nenhuma menção neste sobre educação, saúde ou assistência à criança, iniciamos os debates conversando sobre o que o filme/vídeo representava a cada um. O intuito deste foi fazer uma relação entre a passividade da princesa, a espera da salvação e sua oponente, que apesar de apresentar objetivos “obscuros” servia de exemplo de determinação e enfrentamento.

Passamos assim para discussão das categorias eleitas através da primeira etapa. Ao contrario da dissertação final, iniciamos pela categoria referente à metodologia – aspectos

importantes para a prática educativa, seguindo para a categoria de aprofundamento no conhecimento técnico, a abordagem sobre a necessidade de gerencia e liderança e por fim, a categoria dos aspectos relacionais. Opto por esta sequência para favorecer o entendimento do contexto do debate e aprofundamento gradativo das questões trazidas.

Os resultados das reflexões deste debate inicial foram referentes a metodologia de aprender a prática com um colega em ato, sem sala de aula – que pelo grupo já deve ter um embasamento prévio. Este aprender foi eleito, pois ali na beira do leito, será realizado o encontro entre a teoria e a prática, além do desenvolvimento de autoconfiança e segurança, como a troca de vivências e ideias.

“Daí a pessoa não fica só com a teoria, pode dar exemplos do dia a dia de tudo que já aconteceu com ela, já pra ti prever algumas situações” (EC)

“Vai ser mais rico, ela pode passar experiência...” (EN)

Estas escolhas eleitas pelos participantes do GF reforçam a ideia de que é em ato, na beira do leito, que aprendemos da melhor forma a assistência ao paciente – o aprender com os olhares (SILVA, 2010), com um colega mais experiente (ANDRADE, 2002), onde nos permitimos perceber e aprender através da experiência do outro, tendo como exemplo sua postura e tomada de decisão frente às situações de estresse (LANGE; FIORELLI, 2009).

Referente ao conhecimento teórico, para o grupo, a procura por esta teoria deve partir da vontade de cada um, servindo o momento de educação para apenas esclarecer dúvidas. A eleição também do uso de cronograma serviria como guia para sistematização de quem esta educando, para evitar o acúmulo de informações.

“E a parte teórica, eu acho que tu tem que buscar isso, e trazendo aos poucos isso, que tu vai discutir com essa pessoa [educador]...” (EE)

“Ah mais isso teoricamente a pessoa [educando] já teria que vir sabendo [...] querer tudo não da [...] pra lembrar” (EC)

“Tem que ter uma base já...” (EPe)

“... ate pra tu não passar tudo de uma vez assim, a pessoa já se apavora e corre né...” (EC)

Devido à inadequação também das universidades, que tem objetivo de formar futuros profissionais, o ensino é realizado de forma dividida, simplista, separando de um lado o conhecimento e de outro a realidade dos problemas coletivos, multidisciplinares – ministrado de forma linear, o aluno assume uma posição de receptor, submissa, negando o pensamento

complexo ⁶ que poderá ser desenvolvido agora, na beira do leito. (FALCÓN; EDMANN; MEIRELLES, 2006).

Ao relacionar os discursos apresentados, percebo que o pensamento é o de que a universidade com seu papel de transmissor já executou sua “tarefa” de passar as informações, cabendo agora à instituição contextualizar o já depositado como conhecimento – o momento agora é de formar o raciocínio complexo. Ao profissional, cabe resgatar o aprendido e colocá-lo em prática.

Dando continuidade as discussões, também foi abordada a prática assistencial ao educando com a presença de pacientes graves, pois para os participantes, o aprender na prática com este tipo de paciente traria mais significado do que somente a teoria. O saber manusear um equipamento é memorizado e entendido, porém ao executar este conhecimento/procedimento, sob a pressão da presença do paciente e toda sua complexidade pode resultar em confusão e insegurança na grande maioria.

“... eu acho que também educação em dias agitados com paciente, por que uma coisa é tu falar, e quando tu coloca na prática... eu aprendo muito mais na pratica do que na teoria...” (ER)

“... então ter esse agito, ter pacientes mais graves que pacientes mais calmos, ter uma pessoa com experiência do teu lado, [saber] que tu não vai ficar sozinha ali, que vai trocar contigo nas situações que acontecerem...” (EE)

Percebo aqui a necessidade novamente de ver na prática, como se dá o trabalho do enfermeiro. No ímpeto de prepará-lo para possíveis necessidades, ele novamente é convidado a “imaginar” como seria a ação. Repetimos os modelos educacionais dispostos nas instituições de ensino, sem a vivência com a realidade. Ao contrário, fala-se agora na necessidade de viver a complexidade como ela realmente é.

A educação para o enfermeiro, ao ser analisado seus currículos e maneiras de ministrar, perpassa algumas disciplinas que o fazem pensar de forma restrita. A exemplo disto, a aula de anatomia em um corpo frio, a de procedimentos em bonecos (corpos figurativos) e diagnósticos de enfermagem onde o ser é visto como objeto comum, e não um ser em toda sua complexidade de diferentes formas, gêneros, histórias. (KRUSE, 2008).

⁶ Conforme as autoras (FALCÓN; EDMANN; MEIRELLES, 2006) o pensamento complexo trata do conhecimento multidimensional, incompleto e incerto incluindo, este pensar, as etapas de autocrítica e crítica, culminando em capacidades de “inovar, cuidar, acreditar e comunicar”, captando “relações e inter-relações” respeitando a “diversidade”. Ou seja, considerar as realidades convivendo com o “acaso, a (des) ordem, e (in) determinismo”.

Existe a necessidade de conhecimento para o exercício da profissão, mas enquadrá-lo, cada qual em um único espaço, impede a percepção e apreensão da realidade assistencial, principalmente do paciente / criança doente.

Desta forma, dando sequencia as reflexões, com posse destas escolhas, alguns aspectos foram discutidos e bastante refletidos quando trazidos para o grupo. Um deles é o questionamento se a disciplina, ministrada durante a graduação, de pediatria e UTI adulto/neonatal serviria como base para quem inicia o trabalho de enfermeiro em UTI pediátrica pela primeira vez. O grupo afirma que em parte sim, em suas percepções o profissional sem vivência prévia entende o que são monitores, respiradores e criança doente (não criança grave), porém a contextualização é prejudicada, pois a união destes dois aspectos é difícil - aparelhagem e criança gravemente enferma.

“... é que na faculdade ainda a gente não tem o estágio, tu não tem estagio em UTIP” (ER)

“Sim... a ideia tu tem!” (EE)

“A base pelo menos né [...] a gente espera que venha, né?” (EC)

“Ah eu não tenho muita convicção disto [...] porque criança é totalmente diferente de adulto” (EE)

“... é diferente UTI pedi de UTI adulto...” (ER)

“... é diferente da neo, totalmente diferente....” (EPe)

A fragmentação dos saberes, já que eles além de não serem relacionados durante a graduação são vistos na metade do curso, criam um grande espaço entre estes e a graduação – assim como a entrada no mercado de trabalho.

Do mesmo modo é observado o resultado ou o problema desta fragmentação do conhecimento. A falta de contato com a realidade da assistência a criança grave, as disciplinas não se inter-relacionarem e a prática figurativa, dificultam a contextualização neste ambiente assistencial.

“... daí eu acho que esse é o problema, tem uma deficiência desde a graduação...” (EE)

“... às vezes passa muito tempo de um estágio para outro, acaba se perdendo um pouco” (EC)

“...e o estagio de UTI adulto é lá no meio e a gente se forma lá no décimo” (ER/EC)

O contexto do paciente pediátrico grave é diferente dos demais vistos durante a graduação (e mercado de trabalho se não específico UTIP), causando desconforto em quem entra neste serviço sem se familiarizar. Os estágios abordam o paciente com cuidados

intensivos, em adulto ou neonato, porém são poucos dias, além da grande diferença de cuidados e fisiopatologia entre estes e a pediatria.

Estar em contato com a criança doente não se resume apenas a equipamentos tecnológicos ou procedimentos complexos, assim como a assistência ao outro de forma geral, esta capacidade tecnológica - que permite maior informação sobre o corpo doente - não esta envolta apenas em aparelhagens, este também é um local de encontros e troca de experiências. Estas relações de troca só ocorrem quando permitimos a afecção⁷. Ou seja, ter o contato com a tecnologia de forma isolada não garante segurança ou conhecimento da assistência, tem que estar presente e viver ela para que esta seja percebida. (CECCIM, 1997).

Além disto, há um erro em pensar que ter como vivência acadêmica apenas com o adulto ou neonato gravemente doente oferece subsídios para saber UTIP. A exemplo disto, a criança hospitalizada, diferentemente do adulto, vê o ambiente hospitalar não como local com aparelhagens tecnológicas e contribuição para sua recuperação, mas sim uma ameaça para si. (CECCIM, 1997). Trata-se de universos distintos que necessitam de igual ênfase, conhecimento e vivência.

Quando questionados sobre metodologia de conversação (como estava sendo realizada naquele momento) como apoio para quem entra neste serviço pela primeira vez e para os que já estavam neste cotidiano assistencial, é verbalizada que as trocas realizadas e o compartilhamento de opiniões e sentimentos trariam crescimento a equipe.

“Ah eu acho isso bem interessante, acho até que entre dois assim, tu discutir sobre um paciente assim, eu acho que acrescenta muito na vida do profissional [...] Porque tu sempre vai somando” (ER)

“Ver isso de outra forma também, não ver só o teu... vamos dizer tu tem a tua visão, às vezes tu conversando com outra pessoa, a outra pessoa vai se posicionar também [...] daí tu abre tua visão” (EM)

Na prática, na convivência diária com a realidade da UTIP, os relatos trazidos mostram que este contato com a conversa e a troca de olhares e sentimentos vividos podem trazer resultados positivos. A conversa que faz perceber os movimentos e expressões alheias (SILVA, 2010) permite também sermos afetados de forma positiva, ou alegre (CECCIM,

⁷ Conforme descreve Ceccim (1997), afecção trata do resultado de um encontro onde “afetamos e/ou somos afetados” pelo outro, onde estes podem ser de tristeza (empobrecimento da vida) ou alegria (mostram novos olhares e caminhos), favorecendo assim a “captação de forças” e não apenas a “vida vivida”.

1997), possibilitando a troca de saberes que levam a outros caminhos, através de outros olhares para a mesma realidade.

Outro aspecto discutido e verbalizado é que as informações relacionadas às redes de apoio passam despercebidas para quem está sendo educado. Podendo ser um reflexo da ansiedade de quem está chegando, em aprender técnicas e ter o controle do conhecimento, estas informações podem não estar sendo valorizada por quem está aprendendo, resultando em angústia futura, quando este se encontra sozinho, sendo responsável pela resolução de problemas assistenciais.

“... tu fica totalmente perdida, daí tu não sabe o que tu faz, só falta sentar e chorar [...] assim que tu vê, as pessoas ficam perdidas logo que entram aqui... liga pra quem?” (EPe)
“Essas mínimas coisas num treinamento passa...” (ER)

Diante da pouca apreensão de conhecimento desta unidade de internação, o educando (em UTIP) se vê necessitado de conhecimento teórico e prático para ter “bases” para sua assistência. Como o exemplificado através do conhecimento dos serviços de apoio a UTIP, a assistência ao paciente (UTIP ou não) requer conhecimento do funcionamento do serviço a que está inserido e tomada de decisão. Administrar uma unidade vai além do paciente, requer gerenciamento de serviços e pessoas. (VILELA; SOUZA, 2010).

Ao refletir sobre o conhecimento técnico, de todas as questões emergidas das entrevistas individuais, nenhuma foi excluída do grande grupo – os registros de enfermagem, a familiarização com a unidade de trabalho e a prática de questões técnicas pertinentes e exclusivas do enfermeiro.

“Eu acho que todos esses itens são importantes assim, ali, o cotidiano assistencial, tu conhecer as rotinas, conhecer o setor, que daí depois quando tu estiver sozinha e tu não conhecer o setor, tu não consegue fazer as coisas...” (EE)

“Sim, da importância do registro [...] é que as vezes a gente deixa passar né...” (ER)

“Eu acho que a pratica da PAM, PIC, PVC, DT, é importante também, porque às vezes tu faz na faculdade, tu vê uma vez na vida outra na morte, tu assiste, depois tu passa quando tu vê UTI adulto, depois tu não vê mais, depois quando tu vai pro teu dia a dia, e aí? E agora? Daí tu fica bem perdida” (EPe)

Diante da necessidade e do que é esperado do enfermeiro em UTIP - conhecimento biopsicossocial e técnico/tecnológico (GARCIA; PIVA, 2008) além das necessidades da

criança e sua família (AVENA, PEDREIRA 2006) - como abordado anteriormente, o enfermeiro se vê diante da necessidade de apoderar-se destas técnicas e tecnologias (moles e duras) ansiando por tornar-se um profissional “completo” (SILVA, 2010).

Seguindo agora para a abordagem da gerência e liderança da unidade, houve um intenso debate sobre esta categoria, sendo relatado inclusive, ser esta mais importante do que a prática das técnicas. Fazendo apontamentos como dificuldade com equipe multiprofissional, liderar enquanto aprende a assistência, conviver com a cobrança, a pressão e as relações com as equipes estes são verbalizados por todo o grupo.

“... acho que o papel de liderança chega a ser um pouco mais difícil que a parte técnica” (EE)

“Com certeza, uma pessoa nova assim, nem sempre (...) recebem muito bem, são meio complicadinhos, eles não conseguem entender que cada um tem seu jeito de fazer a coisa...” (EC)

“... porque até tu conhecer todas as pessoas com quem tu esta trabalhando, e lidar com pessoas é complicado ... e é muita gente junto pra ti, e tu chefiando aquele monte de gente, é mais complicado, então uma conversa, trocar ideias, trocar experiências, com o colega [enfermeiro], eu acho que ajudaria bastante” (EE)

Neste momento, relaciono com o apontado pela gerência - a dificuldade de trabalhar a liderança e a pouca abordagem durante a graduação. O reflexo disto está presente nas falas dos participantes que além de entrar em um serviço novo, ainda estão formando seus saberes assistenciais. Torna-se necessário nestes momentos, intervenções de gestores não só com orientações de caminhos a serem seguidos, como também como fazê-los quando relacionados a gerência de pessoas.

Reforçando o já abordado na análise da Etapa 1 quando relatado sobre a liderança, na Etapa 2 resurgem as reflexões sobre relacionamento interpessoal. Começar em um grupo já formado, servindo de apoio, de exemplo e liderá-lo exige do profissional criatividade, coragem e determinação, o que na prática é bastante difícil para quem esta reconhecendo seu ambiente de trabalho. (VILELA; SOUZA, 2010).

Aqui, também abordo sobre a importância de se ter claro o papel e função do enfermeiro em UTIP, o que é aceito por todos. Refletir sua importância no comando de uma equipe demandou muitas falas, desde ter sido uma escolha profissional até apoio para equipe, culminando na responsabilidade e “saber o cuidado” a ser ofertado ao paciente.

A prática do dia a dia, a convivência com o estresse, liderar equipes, conquistar espaços diariamente, aprender durante a prática e criar relações de apoio, podem resultar em

afastamento do entendimento do principal papel do enfermeiro, o que pode ser resgatado com estes momentos de compartilhamento, de reflexão em conjunto e estando longe da beira do leito.

“... porque sim, tu escolheu, tu estudou...” (EE)

“... a própria formação como enfermeiro...” (ER)

“... a gente aprende isso, tu é enfermeiro e tu tá ali para liderar a equipe de enfermagem...”
(EC)

“Tu conhece eles [equipe de técnicos de enfermagem], conhece a dificuldade e o potencial de cada um, tu sabe o que cobrar o que orientar...” (EC)

“Tu tem conhecimento pra isso [...] nós temos que gerenciar a questão do cuidado! [...] O cuidado é voltado para nós [...] é nosso o ato de cuidar” (EPe)

Agentes do cuidado, o enfermeiro deve frequentemente e permanentemente pensar, refletir, criticar sua assistência, seu processo de cuidar, para que este seja reavaliado quanto a suas responsabilidades e a aplicação de suas práticas. (CECERE; et al, 2010). Este, como referido anteriormente faz parte do pensamento complexo a ser desenvolvido no cotidiano. (FALCÓN; EDMANN; MEIRELLES, 2006).

Este exercício exigiu o repensar as funções e responsabilidades de cada personagem da equipe assistencial, pensar qual o papel do médico, do técnico de enfermagem e do enfermeiro, sendo neste, quais eram suas funções frente ao atendimento ao enfermo, no caso, referente a UTIP. Quando relatado por uma das participantes que a liderança da equipe de enfermagem pertence ao enfermeiro, pois este é o responsável pelo pensar e orientar o cuidado houve uma afirmativa em conjunto, lembrando todos, porque fora escolhida esta profissão.

Para finalizar os debates, a última e mais delicada categoria abordada foram os aspectos relacionais. Neste, o apoio de serviço de psicologia não somente para o paciente, mas também para a equipe foi uma das reflexões surgidas, além do apoio dos colegas também em grupo, como estava sendo realizado naquele momento. Em relação à morte, foi verbalizado sobre a perda do paciente pediátrico, o entendimento de que a demonstração da dor da perda por parte da equipe não está relacionado à fraqueza, e que este pode significar para a família que a preocupação não está somente na técnica, mas nas relações também.

“Eu acho complicado lidar com sentimento, se tivesse um profissional, um psicólogo, alguém de apoio pra equipe assim...” (EE)

“Às vezes é complicado ... tu não sabe o que dizer” (EC)

“Às vezes tu te distancia pra ti proteger e não se desequilibrar emocionalmente” (ER)

Questiono se durante a graduação o tema morte foi abordado em alguma disciplina. Os relatos são confusos pois não se tem exatidão de qual circunstância fora abordado e quando isto ocorreu. Para alguns, foi relacionado a morte do paciente “terminal” e para outros também a morte da criança. O que fica evidente nas falas é a timidez e a dificuldade de chegar perto e apoiar os pais no momento da despedida. Muitas destas dificuldades partem da própria negação do profissional em relação à perda desta criança. O sofrimento relatado, longe de se querer igualar ao sofrimento dos pais, é fruto da empatia por aquela família, pelo outro.

Esta relação com a criança, a luta do profissional por manter a vida daquele que esta sob seus cuidados, o desespero e impotência ao tentar controlar a natureza geram um sentimento de auto-preservação consequência de, nestas circunstâncias, a lembrança das limitações de nossos esforços frente as situações de perda. (LANGE; FIORELLA, 2009).

Esse vai e vem de emoções, hora ganhos, hora perdas, resulta em insegurança e estresse ao profissional, onde muitas vezes o uso de “escudos” e “saídas de cena” tornam-se mecanismos de fuga – não viver estes sentimentos o impedem de sofrer. Porém, também é verbalizado após as reflexões e trocas do grupo, que se permitir sentir e permitir que as famílias percebam este sofrimento traz alguns benefícios em relação a empatia.

“... o sofrimento deles, a gente sofre com eles, a gente sofre... a gente não sabe o que vai confortar, daí pra não chorar na frente deles daí tu vai lá, tu conversa, da uma palavra de apoio e sai de cena, porque tu também desmancha, tu é um ser humano” (EPe)

“acho que às vezes até é bom pra eles verem que tu te preocupava com aquela criança, que não era só uma coisa técnica mecânica ali... tu fez o que tu podia ter feito... eu não me importo de chorar na frente deles” (EC)

Nota-se nestas duas falas, as divergências de pensamentos quanto ao morrer ou sofrer em UTIP, onde uma das participantes utiliza uma quase fuga e a outra se permite viver e deixar perceber o sofrimento. Conforme Lange e Fiorella (2009), isto pode ser resultado da falta de abordagem durante a graduação, gerando sentimentos atrapalhados, de solidão, e medo de incompreensão e de falta de apoio dos pares.

Após este pensamento e reflexão do nosso cotidiano, finalizo o encontro apresentando um novo vídeo, agora sobre o trabalho do enfermeiro, onde é abordada a importância de sua categoria de trabalho, sua voz e sua percepção por parte da sociedade. É relatado também exemplos de suas práticas, suas responsabilidades e afeição pela profissão, tudo advindo de uma profissional não enfermeira – passando a percepção de como a sociedade vê esta profissão.

4.3 PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA ENFERMEIROS EM UTIP

A partir deste estudo, propõem-se como produto de pesquisa a construção de um Programa de Educação para Enfermeiros em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica dividido em Momento I (enfermeiros admitidos neste serviço) e Momento II (enfermeiros atuantes neste serviço a mais de 6 meses).

PROGRAMA PARA ENFERMEIROS - EM PROCESSO DE EDUCAÇÃO EM UTIP				
Momento I: Apresentação de um novo cenário				
Dia	Atividade	Facilitador	Objetivo	Prática Educativa
1º	✓ Conhecer a unidade UTIP	Acompanhado pelo enfermeiro da UTIP / educador	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mostrar e apresentar os recursos humanos da unidade; ✓ Abordar sobre quem são os pacientes que ali são assistidos, de onde eles podem vir e para onde podem ir; ✓ Mostrar área física como um todo, local dos equipamentos em uso e em espera (como de ver ser acondicionados); 	✓ Iniciar um diário de bordo, onde serão descritas, o que aprendeu e o que mais marcou neste dia, o que achou de mais importante e o que acha ser relevante a ser revisto. Além disto, relatar qual a sua impressão sobre o hospital e as pessoas que nele estão inseridas e quais podem ser suas contribuições para este serviço.
	✓ Visita à instituição	Acompanhado pelo enfermeiro da UTIP / educador	✓ Conhecer principais “pontos de apoio” para o trabalho do enfermeiro na UTIP, como locais, serviços prestados, pessoas responsáveis, horário de funcionamento, entre outros.	

2°	Conhecendo o cliente impresso	Acompanhado pelo enfermeiro da UTIP / educador, mostrar e explicar sua importância	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentar o prontuário do paciente e pasta transparente (arquivo do prontuário); ✓ No prontuário: mostrar a ordem dos impressos, revisão da prescrição e suas responsabilidades, evolução folha timbrada/sistema, nota de admissão médica e de enfermagem, folha controle SCIH, Protocolo de Queda, folha de Problemas Médicos, nota de alta de enfermagem; ✓ Identificar e explicar a folha de BH e Prescrição de enfermagem. ✓ Mostrar impressos (CI, compras, CME, entre outros) e rotinas; ✓ Mostrar e explicar impresso de rotinas para os pais; ✓ Apresentar escala dos técnicos de enfermagem e abordar a responsabilidade do enfermeiro quanto aos recursos humanos – segurança técnica. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Novamente, no diário de bordo, relatar como fora o segundo dia de educação, o que percebeu a mais no dia de hoje; ✓ Registrar em relação ao papel de liderança - qual pensa ser a mais importante função do enfermeiro neste setor e qual suas dificuldades quanto a gerência de uma unidade complexa; ✓ Ler artigo sobre liderança/gerência e Segurança do Paciente.
	Conhecendo o cliente digital	Sistema eletrônico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mostrar e simular acompanhamento da assistência via sistema de informática. 	
3°	Apresentar do cartilha com principais doenças, videoteca e apresentação do projeto “Comunidade”	A ser confeccionado / elaborado pelo grupo de enfermeiros assistenciais.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentação do projeto “Comunidade” (em vídeo?) ✓ Mostrar manual de principais doenças pra ser lido e discutido na prática; ✓ Apresentar a videoteca - iniciar visualizações durante o horário de trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Oferecer artigo que aborde sobre a criança hospitalizada – epidemiologia no Brasil e no mundo para ser discutido na prática, relacionando a realidade do serviço; ✓ Cartilha Unicef <i>on line</i> disponível em http://www.unicef.org.br/

4º	Serviços	Iniciar a contextualização da assistência, aos serviços disponíveis	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conhecer e identificar questões de SCIH a criança grave: quem são, onde fica e qual a atuação deste serviço dentro da UTIP – notificações e intervenções; ✓ Conhecer a manutenção: engenharia clínica e manutenção dos serviços, novos projetos estruturais; ✓ Conhecer o setor de Qualidade: atuação e planejamento para novos projetos, mecanismos de prevenção de eventos adversos e não conformidades; ✓ Conhecer a ouvidoria, debater com a enfermeira responsável sobre atuação e fluxos; ✓ Contextualizar o setor de marketing: identificando potencialidades; ✓ Identificar no Faturamento os fluxos e registros; ✓ Conhecer a Farmácia: almoxarifado e dispensação, farmácia clínica e gerencial; ✓ Identificar no TI a abrangência na assistência; ✓ Conhecer e identificar o Serviço de capacitação. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Durante as visitas, identificar a relação destes serviços à assistência à criança grave; ✓ Simular questões já vividas e junto ao novo colaborador exercitar o raciocínio de identificação e resolução de problemas; ✓ Novo registro em diário de bordo sobre quais as dificuldades encontradas na prática assistencial deste dia.
5º	Estudando na prática	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Visita ✓ Filme 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Visitar pediatria e ambulatório pediátrico, avaliando a criança enferma (independente de vir destes setores ou não) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Discutir qual a relação entre estes serviços e seus profissionais envolvidos que estão diretamente ligados ao atendimento a UTIP; ✓ Filme “Um grande Garoto” – discutir a capacidade da criança

				em perceber o mundo e viver suas complexidades.
6º	Estudando na prática (reconhecendo a criança grave)	Realizar exame físico apenas, para ver na prática o já estudado	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar exame físico na criança, relacionando as demandas tecnológicas (monitor cardíaco, BI, desfibrilador, respirador) utilizadas e doenças estudadas; ✓ Observar o trabalho do técnico de enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Discutir sobre responsabilização, postura e função do enfermeiro, relacionar ao livro “pulmão de aço”;
7º	Prática assistencial	Iniciar contextualização e prática	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar exame físico da criança de forma sistemática; ✓ Identificar as demandas tecnológicas e seus significados (PAM, PVC, PIC, DVE, DT, VM, CVC/AVP, SNE/SNG, SVA/SVD, DP, intubação, extubação, PCR); ✓ Identificar, reconhecer e realizar procedimentos de enfermagem (técnicos e enfermeiros) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Retornar ao diário de bordo e registrar sobre o morrer e sofrer, como percebeu a presença da família; ✓ Sugestão do filme “O Labirinto do Fauno”.
8º	Registros de enfermagem	Importância dos registros como documentação jurídica, anotações do SCIH e protocolos impressos acompanhado do enfermeiro / educador	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar evolução de enfermagem no prontuário, revisando o mesmo em sua ordem e importância; ✓ Revisar controles dos técnicos de enfermagem; ✓ Revisão da evolução médica, fisioterapia, psicologia e demais serviços com acesso ao prontuário. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Visita ao faturamento e SAME, discutir sobre a importância financeira dos registros e revisar um prontuário antigo no SAME; ✓ Registrar no diário de bordo o que percebeu ao ler o prontuário, o que acha que poderia ser melhorado e em caso de processo jurídico, qual seria o auxílio dele para a enfermagem.
9º	Desenvolvimento da gerência em enfermagem	Contextualizar o até aqui aprendido, estimulando a tomada de decisão, discutindo gerência e liderança	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar assistência integral: exame físico, tecnologias, controle de infusões, registros em folha de BH, validades, 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Neste ponto, partirá do educando os apontamentos de como a assistência poderá ser desenvolvida, gerando reflexões entre ele e o

			aspectos relacionais da criança, prescrições médicas e de enfermagem.	educador.
10°	Praticando gerência e liderança	Gerenciamento do cuidado	✓ Assumir a assistência de enfermagem a criança gravemente enferma acompanhada pelo enfermeiro do setor.	✓ Manter as reflexões anteriormente iniciadas – registrar em diário de bordo
11°	Realizar o primeiro plantão de 12 horas juntamente ao enfermeiro referência/educador acompanhando-o e assumindo conjuntamente o cuidado a criança			
12°	Discussão	Formando consciência crítica	✓ Fora da assistência direta ao paciente	✓ Discutir com o educador ou capacitador e registrar em diário, qual sua percepção da assistência a criança; ✓ Leitura do livro “pulmão de aço”
13°	Prática de gerência e liderança	Gerenciamento do cuidado	✓ Assumir a assistência de enfermagem a criança gravemente enferma acompanhada pelo enfermeiro do setor.	✓ Junto com o enfermeiro assistencial elaborar a assistência ao cuidado da criança enferma; ✓ Roda de conversa com o coordenador do serviço com a finalidade de objetivar competências.
14°	Projeto	Iniciando processo criativo	✓ Fora da assistência direta ao paciente juntamente com o capacitador e/ou enfermeiro assistencial	✓ Elaborar juntamente com o educador um projeto de “intervenção” ou “mudança” ou “qualificação” para a UTIP
15°	Projeto	Desenvolvendo processo criativo	✓ Fora da assistência direta ao paciente	✓ Iniciar processo de procura de artigos para o desenvolvimento do projeto escolhido
16°	Projeto	Desenvolvendo processo criativo	✓ Na assistência ao paciente	✓ Juntamente com o enfermeiro assistencial, discutir o projeto escolhido e sua aplicabilidade (viabilidade, relevância) e capacidade argumentativa; ✓ Registrar em diário de bordo, a contextualização da

				criança, enfermeiro e assistência, registrando suas percepções da unidade.
17º	Finalização	Finalizando o acompanhamento direto do educador/capacitador	✓ Iniciando o processo de assistência direta e integral	✓ Debate junto a gerência / coordenação sobre a aplicabilidade deste programa e possíveis considerações.
18º	Responsabilização	Eu, enfermeiro de UTIP	✓ Assumir a unidade realizando tomada de decisão e observando os resultados	✓ Assistir integralmente a criança gravemente enferma

Fonte: Dados de Pesquisa 2014 – elaborada pelo autor.

Quadro 4: Planilha representativa do Programa de Educação para Enfermeiros em Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico – Momento I: apresentação de um novo cenário. Programa elaborado no hospital pesquisado, no Vale do Rio dos Sinos/RS, 2014.

PROGRAMA PARA ENFERMEIROS – MANTENDO A EDUCAÇÃO EM UTIP	
Momento II: Para quem atua neste cenário há mais de 6 meses	
Em forma de roda de discussão, através de uso de intermediários, realizar reuniões mensais ou bimestrais abordando os assuntos sugeridos	
Atividade	Prática Educativa
✓ Relação da criança e sua família	✓ Discussão sobre artigo previamente orientado sobre a criança e sua família em UTIP relacionando com a prática assistencial e a história da criança na assistência hospitalar.
✓ Manual de principais patologias assistidas nesta UTIP	✓ Elaboração de um manual com as principais patologias atendidas na UTIP e suas respectivas intervenções da equipe multidisciplinar
✓ Importância dos registros de enfermagem – institucional e jurídico fortalecendo visão justicialização;	✓ Educação com profissional de referência para abordagem e discussão sobre os registros de enfermagem – COREN ou advogado
✓ Desenvolvimento de liderança em UTIP	✓ Debate juntamente com a gerência de enfermagem sobre liderança e gerência; ✓ Analisar com a coordenação, gráficos e números, elaborando metas e posturas assistenciais
✓ O desenvolvimento cognitivo da criança	✓ Roda de conversa com psicopedagogo e psicólogo sobre o assunto, referenciado a questão hospitalar
✓ Políticas de saúde e responsabilidade social	✓ Debate em conjunto com assistência social e profissional (professor?) sobre as políticas de saúde voltadas para a criança

	e a prática da sociedade
✓ A saúde da População	✓ Roda de conversa com Enf. Coordenadora do Projeto Comunidade referenciando a saúde da população de NH e as ações da instituição
✓ Elaboração de projetos: apoio de Universidades parceiras – design?	✓ Atividade de criação de projeto de intervenção para assistência a criança enferma: “definição de nó crítico” e elaboração de plano de ação – incentivo a criatividade e crítica
✓ Violência na Infância	✓ Debate conjunto com profissional assistência social, profissional da saúde e referência social (ONG/comunidade) envolvidos no combate a violência na infância – universidades parceiras
✓ A criança especial: APAE;	✓ Roda de conversa com profissional da APAE sobre assistência a criança com cuidados especiais
✓ Doenças Psiquiátricas na Infância	✓ Palestra / aula sobre doenças psiquiátricas na infância (HCSA / HCPOA)
✓ O SCIH na pediatria: pediatria, UTIP e comunidade;	✓ Debate sobre a criança e o SCIH com a enfermeira responsável pelo setor
✓ Drogadição na infância	✓ Palestra / aula sobre drogadição na infância aspectos técnicos e sociais – universidades parceiras
✓ Abordagem assistencial de enfermagem em hospitais referência, público e privado;	✓ Roda de conversa com enfermeiras de hospitais referencias públicos e privados
✓ A criança no mundo	✓ Após leitura prévia de relatório da Unicef, debater sobre a situação da criança no mundo - universidade parceira
✓ Abordagem assistencial a criança em cuidados paliativos;	✓ Roda de conversa com enfermeira de cuidados paliativos na infância
✓ A criança na história da humanidade – aspectos sociais;	✓ Debater com professor história / sociologia / área da saúde sobre a inserção da criança como cidadão e paciente
✓ Pesquisas em pediatria – abordagens metodológicas e novas tecnologias;	✓ Debater com professor referencia em saúde da criança, sobre as novas tecnologias e pesquisas na área da saúde da criança
✓ Linguística para a enfermagem: pesquisas hospitalares;	✓ Realizar com professor / bolsista / pesquisador da área da linguística, roda de conversa sobre pesquisas hospitalares
✓ Coletas e análises laboratoriais em pediatria;	✓ Aula / palestra com biomédico
✓ Interpretação radiológica à criança;	✓ Aula / palestra sobre interpretação de imagens radiológicas e tomográficas da criança (principais estruturas trabalhadas)

✓ O uso do lúdico na infância e na criança internada em UTIP;	✓ Aula / palestra com psicopedagogo, realizando atividade lúdica sob o olhar da criança hospitalizada
✓ Aspectos psicológicos na infância e na criança em UTIP;	✓ Roda de conversa com psicologia sobre a criança e a criança hospitalizada
✓ Aspectos psicológicos relacionados ao enfermeiro intensivista em pediatria;	✓ O trabalho do enfermeiro em UTIP sob o olhar da psicologia – efeitos, traumas e superações
✓ História da enfermagem pediátrica;	✓ Debate sobre a história da enfermagem pediátrica
✓ Musicoterapia;	✓ Roda de conversa sobre a musicoterapia
✓ Aspectos religiosos para a criança internada;	✓ Roda de conversa com Pastoral
✓ Filosofia da enfermagem: UFSC;	✓ Roda de conversa sobre a filosofia da enfermagem
✓ A arte na saúde – desenvolvimento cognitivo do enfermeiro;	✓ Roda de conversa e atividade com profissionais do curso de fotografia
✓ Filmoterapia: uso de filmes para o desenvolvimento crítico do enfermeiro;	✓ Roda de conversa e atividade com profissionais de publicidade e propaganda / jornalismo / design
✓ Trabalhando eventos adversos.	✓ Roda de conversa e aula/ palestra com serviço de qualidade sobre eventos adversos
✓ Bichoterapia	✓ Aula / palestra sobre o “uso” de animais na terapia a criança internada
✓ Oncologia pediátrica	✓ Palestra / aula com profissionais que atuam em oncologia pediátrica
✓ PCR	✓ Simulação de atendimento de parada cardiorrespiratória em UTIP e outras áreas do setor

Fonte: Dados de Pesquisa 2014 – elaborado pelo autor.

Quadro5: Tabela representativa do Programa de Educação para Enfermeiros em Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico – Momento II: para quem atua neste cenário há mais de 6 meses. Programa elaborado no hospital pesquisado no Vale do Rio dos Sinos/RS, 2014.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o transcorrer desta pesquisa, através das falas apresentadas pelos sujeitos, procurei demonstrar e comprovar a complexidade do trabalho do enfermeiro nesta UTIP – local não somente da necessidade de conhecimento técnico, mas também humanístico, afetivo e social e a real necessidade de dar continuidade ao aprender, agora no cotidiano da prática assistencial.

Os apontamentos dos participantes refletem o aprendizado técnico-científico deficiente para esta área, uma vez que a formação é generalista (conforme recomendação das DCN), mas também chamo atenção para que, em muitos momentos dividindo espaços com outras especialidades não como forma de “inter-relacionamento” entre elas, mas como aproveitamento de tempo na área. Neonatologia, pediatria e hebiatria, fazem parte de um desenvolvimento fisiológico, emocional e social bastante complexo, sendo necessário serem abordados em disciplinas distintas, sequencial, com tempo de aprendizado para cada uma destas complexidades (formação de plano pedagógico, prática e abordagens).

O que estou abordando aqui é que a pediatria faz parte de um conhecimento generalista, mas que deve ser experimentado e problematizado de forma semelhante a que se “trabalha” a saúde do adulto – com todas as suas necessidades e desenvolvimentos sendo estudados e aplicados na prática assistencial. A criança bem cuidada torna-se um adulto cuidador.

As necessidades apresentadas mostraram desde questões técnicas até gerenciais, abordando metodologia e relações. De forma fragmentada, utilizando-se apenas a memória apreendida na graduação, inicialmente repetiu-se um desejo de manter o aprendizado praticado: teoria e prática.

Ao ser apresentado um modelo diferente, e de certa forma inusitado de aprender (roda de conversa, informalidade, audiovisual descontextualizado da prática assistencial) despertou interesse nesta “nova metodologia”, podendo ser este não uma certeza, mas um indício de permissão do novo, de novas práticas e permissão as novas práticas coletivas. A conversa como forma de aprendizagem técnica e cognitiva – através de olhares, posturas, emoções e vivências.

Na abordagem das entrevistas e grupo focal, referentes aos conteúdos a serem trabalhados, emerge um profissional técnico, racional, fragmentado em executar e não perceber. Nos questionamentos das necessidades de aprendizado não foram pensado ou refletido além da ciência exata. Ao serem convidados a refletir sobre suas práticas e dificuldades, brota do ser humano (antes de ser profissional) questões de liderança (dificuldades de relacionamento e comando) e emocionais (o que

dizer/fazer/pensar/pensar/mostrar aos pais em desespero) tão presentes quanto as técnicas e rotinas da unidade.

Talvez pela necessidade eminente de aprender a manter e salvar vidas em uma realidade onde o morrer/sofrer estão presentes, as afirmativas e vivências emocionais, intuitivas e sociais são deixadas em segundo plano – porém, para a percepção da necessidade do cliente, seu acompanhante e seu futuro como ser social, estes aspectos devam ser resgatados. Também percebi que para isto, a fundamentação teórico prática é necessária para o dia a dia deste profissional. Repetindo abordagens acadêmicas, pensamos inicialmente em fundamentação teórica. Todavia, reforço aqui que esta não só como “rotina”, trata-se nesta especialidade de uma necessidade.

Por essa necessidade latente e dificuldade de abordagem acadêmica de aprofundamento nos estudos da saúde da criança, o local de prática da assistência torna-se um ambiente propício e rico para dar continuidade a este aprendizado. Uma vez estando no local de trabalho e vivenciando as experiências, o enfermeiro tem a oportunidade de apreender o conhecimento de forma mais significativa, uma vez que ele parte agora não mais de uma hipótese assistencial, mas de uma necessidade clara e viva.

O que desmotiva o profissional a se especializar nesta área ou a elaboração das universidades a oferecer cursos de especialização para este fim, é trabalho para pesquisas futuras. Mas reflito aqui se a área pediátrica não estaria desmotivada devido ao desconhecimento de sua realidade. Como apresentar seus “encantos” e possíveis ações profissionais em pouco tempo de estudo? Como tentar desenvolver o gosto pelo trabalho com crianças doentes se o tempo disponível é pouco até para ensinar sobre a infância e suas características? Como provar que a tão “difícil família” pode torna-se uma convivência saudável para a criança e a equipe, se não permitirmos espaços para isto?

Contudo, tenho consciência de que apresentar uma especialidade é diferente de viver ela – reforçando a oportunidade em utilizar o espaço da prática para o conhecimento. A angústia do imprevisto, o medo do complexo dá espaço ao gostar quando vivido e presenciado, como mostrado na fala em que traz o sentimento de empatia e sofrimento em conflito com o interesse de manter a convivência, “gosto daqui, mas sofro com isto”. Possivelmente a verbalização de uma vivência positiva desta realidade.

Trabalhar com UTIP traz angustias, medos, incertezas, imprevisibilidades, mas também com a renovação da vida, a certeza da prática do cuidado em sua essência, onde a criança – ser vulnerável e intuitivo – permite a execução/prática da ciência tecnológica e o desenvolver das relações.

Talvez nas falas apresentadas pelos sujeitos, onde relatam a desconfiança do trabalho de quem chega a esta assistência reflita o medo de quem já atua nela sobre qual a intenção deste novo que chega: “teria ele também a vontade e a responsabilidade de cuidar?” “Seria ele o disparador de novas práticas e rotinas neste lugar que reconheço como MEU e trará para mim o desconforto de me fazer sair de minha zona de conforto?”

A necessidade de aprendizado é uma realidade sentida, relatada e percebida pelos profissionais e gestores. Mas como relatam estes últimos, o “sair, se movimentar, procurar”, deve partir de quem pratica a assistência. Ser graduado não significa deter o conhecimento. Este deve ser praticado, refletido e sentido, além de aprimorado, reinventado.

Liderar uma equipe é mostrado aqui como uma oportunidade de aprendizado, aprender a prática assistencial, desenvolver habilidades emocionais, cognitivas e sociais. Outro aspecto relatado como “pouco explorado pelo setor de ensino”, torna-se mais um item a ser desenvolvido no cotidiano da assistência. Vista como tanto quanto, ou ainda mais difícil do que a técnica, a liderança e gestão necessita que todas as abordagens relatadas sejam adquiridas, para que depois esta seja desenvolvida. Ou conforme dito, apresenta dificuldade de desenvolvimento quando o próprio profissional esta em desenvolvimento – entretanto, há a urgência em adquiri-lo, como necessidade do mercado de trabalho.

As reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em UTIP e seu aprender nesta especialidade não se esgotam por aqui. Propõem-se então um programa de educação para os enfermeiros que iniciam neste serviço, sem experiência com a assistência de enfermagem a criança em UTIP e para aqueles que já estão no cotidiano desta prática. Aliando o aprender sobre a criança e reflexões sobre o cuidado e a prática profissional, ele é descrito de forma não estática, permitindo intervenções e modificações conforme a necessidade de seus atores e do serviço.

Como propostas para novas pesquisas nesta área, sugiro identificar os motivos pela pouca oferta e procura por especialização nesta área, elaboração de propostas curriculares com maior ênfase na saúde da criança para locais de ensino, e novas matrizes de educação na prática do intensivismo pediátrico. Os desafios são grandes, mas os resultados podem ser compensadores tanto para a assistência de quem esta no cotidiano, como para quem realiza a pesquisa. O trabalho com a criança internada não se detém apenas a beira do leito, necessitamos que nossos enfermeiros percebam a importância do seu trabalho e desenvolvam novas pesquisas para a área, não apenas relacional, mas também prática.

REFERENCIAS

AMESTOY, Simone C; et al. Educação Permanente e sua inserção no trabalho da enfermagem. **Revista Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v.7, n.1, p. ,83-88, jan./mar. 2008. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4910/3213>.

Acesso em: maio, 2013.

AMESTOY Simone C; et al. Paralelo entre Educação Permanente em Saúde e Administração Complexa. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.31, n.2, p.383-387, jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000200025. Acesso em: maio 2013.

ANDRADE, Lúcia de FS de. **A marca da complexidade e da imprevisibilidade no dia-a-dia das enfermeiras que atuam na terapia intensiva pediátrica**: um ensaio sobre a sua formação. 2002. 124f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

ANDRADE, Lucia de FS de; VIANA, Ligia de O. Conhecimento e prática do enfermeiro no centro de terapia intensiva pediátrico. **Revista Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.13, n.1, p.52-60, jan./mar. 2007. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/11952/8433>. Acesso em: junho 2013.

ASSAD, Luciana G; VIANA, Lidia de O. Formas de aprender na dimensão prática da atuação do enfermeiro assistencial. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.58, n.5, p. 586 - 591, set. / out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n5/a16v58n5.pdf>. Acesso em janeiro 2014.

AVENA Marta J; PEDREIRA Mavilde da L G. Enfermagem em unidade de terapia intensiva pediátrica. In: Carvalho WB de, Hirschheimer MR, Matsumoto T. **Terapia Intensiva Pediátrica**. São Paulo: Atheneu, 2006. C. 95, p.1679-1699.

BACKES, D. S.; et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **Rev. O mundo da saúde**. São Paulo, n.35, v.4, p.438-442, ago./set. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_dados_pesquisa_qualitativa.pdf. Acesso em: maio 2013.

BONDIA, Jorge L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**. Campinas, n.19, pg. 20-28, jan./fev./mar./abr. 2002. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/pdf/rbedu/n19/n19a03.pdf>. Acesso em: maio 2013.

BORGES, Elizabete. O sofrimento dos enfermeiros em pediatria. **Rev. Nascer e Crescer**. Porto, v.14, n.2, p. 123-125, 2005. Disponível em: <http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/780/1/O%2520sofrimento.pdf> Acesso em: janeiro 2014.

BRASIL. Ministério da saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, Departamento de Gestão da educação em saúde, 2005. **A educação Permanente entra na roda: Polos de Educação Permanente em Saúde: Conceitos e Caminhos a percorrer**. 35p. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/Enpacs/pesquisaArtigos/educacao_permanente_entra_na_roda_2005.pdf Acesso em: junho 2013.

CAMELO, Silvia H.H. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidade de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.20, n.1, [9 telas], jan./fev. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_25.pdf . Acesso em: junho de 2014.

CARDOSO, Soraya B. **Perspectiva da Enfermagem Acerca da Abordagem Assistencial: O Caso da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Instituto Fernandes Figueira/ FIOCRUZ**, 2009. 121p – Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

CARRIJO, Rafael S; RASERA, Emerson F. Como negociar a responsabilização em conversas sobre viver com diabetes. **Rev. Psicologia e Sociedade**, v.25, n.3, p.653-663, abr./maio. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v25n3/19.pdf> Acesso em: janeiro 2014.

CARVALHO, Paulo R.A. A assistência, o ensino e a pesquisa na pediatria hospitalar. In: CECCIM, Ricardo B.; CARVALHO, Paulo R.A. **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida**. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1997. C.1, p. 17-21.

CARVALHO, Werther B de; HIRSCHHEIMER, Mário R; MATSUMOTO, Toshio. **Terapia Intensiva Pediátrica**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2006.

CECCIM, Ricardo B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.975- 986, out./dez. 2005. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=pt&nrm=iso Acesso em: maio 2013.

CECCIM, Ricardo B. Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. In: CECCIM, Ricardo B.; CARVALHO, Paulo R.A. **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida**. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1997. C.3, p. 27-41.

CECCIM, Ricardo B.; FERLA, Alcindo A. Abertura de um eixo reflexivo para a educação da saúde: o ensino e o trabalho. In: MARINS, J.J.N.; REGO, S. (Orgs.). **Educação médica: gestão, cuidado, avaliação**. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 258-77.

CECCIM, Ricardo B.; FEUERWERKER, Laura CM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41- 65, abr./mai. 2004. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/27642/000504229.pdf?sequence=1> Acesso em: maio 2013.

CECERE, Danane BB; et al. Compromisso ético no trabalho da enfermagem no cenário da internação hospitalar. **Enfermagem em Foco**. Brasília, V.1, n.2, p.46-50. 2010. Disponível

em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/13> Acesso em: janeiro 2014.

COSTA, Juliana C da; LIMA, Regina AG de. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. **Rev. Latino-am Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.13, n.2, p.151-157, mar./abr. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200004 Acesso em: fevereiro 2014.

COSTA, Roberta; et al. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Rev. Texto e Contexto Enferm**. Florianópolis, v.18, n.4, p.661-669, out./dez 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/07.pdf> Acesso em: fevereiro 2014.

GARCIA, Pedro CR; PIVA Jefferson P. Terapia intensiva pediátrica. In: Piva JP. Garcia PCR. **Medicina Intensiva em Pediatria**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. C.1, p.1-14.

GELBCKE, Francine L; et al. Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à enfermagem brasileira. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v.62, n.1, p.136-139, jan./fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/21.pdf> Acesso em: dezembro 2013.

FALCÓN, Gladys S.; ERDMANN, Alacoque L.; MEIRELLES, Betina HS. A complexidade na educação dos profissionais para o cuidado em saúde. **Rev. Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.15, n.2, p.343-351, abr./jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a19v15n2.pdf> Acesso em: fevereiro 2014.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

HAYGERT, Daniela Z. **Educação permanente em saúde e enfermagem em terapia intensiva**: (in) visibilidade na revisão bibliográfica. 2010. 45f. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização (Especialização em Práticas Pedagógicas para Educação em Serviços de Saúde), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

HIGA, Elza de FR; TREVIZAN, Maria A. Estilos de lideranças idealizados pelos enfermeiros. *Rev. Latino Americana de Enfermagem*, São Paulo, v.13, n.1, p. 59-64, jan./fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a10.pdf>

ITO, Elaine E; et al. O ensino de Enfermagem as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. *Rev. Esc. e Enferm USP*, São Paulo, v. 40, n.4, p. 570-5755, mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reensp/v40n4/v40n4a16.pdf> Acesso em: maio 2013.

JESUS, Maria CP de, et al. Educação Permanente em Enfermagem em um hospital universitário. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v.45, n.4, p.1229-1236, out. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500028 Acesso em: junho 2013.

KRUSE, Maria H.L. É possível pensar de outro modo a educação em enfermagem? *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, Rio de Janeiro, v.12, n.8, p. 348-352, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a23> Acesso em: fevereiro 2014.

LANGE, Luciana MJ; FIORELLI, Rosângela ALP. **Vivências emocionais de equipes de saúde trabalhando em UTI pediátrica: um olhar transpessoal sobre o sofrimento e o morrer.** 2009. 88f – Monografia (Especialização em Psicologia Transpessoal) – ALUBRAT / CESBLU, Campinas, 2009.

MACHADO, Maria de F.; et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 335-342, agot. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000200009&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: junho 2013.

MANCIA, Joel R; CABRAL, Leila C; KOERICH, Magda S. Educação Permanente no contexto da enfermagem e na saúde. *Rev. Bras. Enfer*, Brasília, v.57, n.5, p.605-610, set./out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a18v57n5.pdf> Acesso em: maio 2013.

MEC:Portal do Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, [2014?]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Enf.pdf>. Acesso em: maio 2014.

MELO, HC; et al. O ser-enfermeiro em face do cuidado à criança no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. **Rev. Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p. 473-479, jan/set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/07.pdf> Acesso em: fevereiro 2014.

MERHY, Emerson E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo em saúde. In: SILVA, Simone M da. **O ensino da Saúde sob Rodas em Redes: cenários possíveis da educação**. 2010. 155 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MITRE, Sandra, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Revista Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p. 2133-2144, jul. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000900018&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em julho 2013.

PAGLIOSA, Fernando L.; ROS, Marco A D. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.32, n.4, p.492–499, fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12.pdf> Acesso em: maio 2013.

POLIT, Denise F. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRADEBON, Vania M; et al. A teoria da complexidade no cotidiano da chefia de enfermagem. *Acta Paul Enferm*, São Paulo, v.24, n.1, p.13-22, fev./set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/v24n1a02.pdf> Acesso em junho 2013.

RATTO, Cleber G; SILVA, Simone C M da. Educar para a “grande saúde”- vida e (trans) formação. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v.15, n. 36, p.177-185, jan./mar. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832011000100014&script=sci_arttext Acesso em junho 2013.

SANTANA, Neuranides; FERNANDES, Josicélia D. O processo de capacitação profissional do enfermeiro intensivista. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.61 n.6, p.809-15, jul./out. 2008. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/3525/1/a03v61n6.pdf> Acessado em junho 2013.

SANTOS, Silvana SC. Perfil de egresso de curso de enfermagem nas Diretrizes Curriculares Nacionais: uma aproximação. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.59, n.2, p. 217-221, mar./abr. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000200018&script=sci_arttext Acesso junho 2013.

SCHWARTZ, Y. Reflexão em torno de um exemplo de trabalho operário. In: SCHWARTZ, Y; DURRIVE, L. (orgs.). **Trabalho & Ergologia**: conversas sobre a atividade humana. Niterói: UFF, 2010. p.37-46.

SETZ, Vanessa G; D’INNOCENZO Maria. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio de auditoria. *Acta Paul Enferm. CIDADE*, v.22, n.3, p. 313-317, fev. 2009. Disponível em: XXXXXXXXXXXX. Acesso em: março 2014.

SILVA, Simone M da. **O ensino da Saúde sob Rodas em Redes**: cenários possíveis da educação. 2010. 155 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SILVA, Luiz AA; et. al. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v.31, n.3,

p. 557-561, set. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000300021&script=sci_arttext Acesso em: maio 2013.

SILVA, Rafael C. da; FERREIRA, Márcia de A. Tecnologia em ambiente de terapia intensiva: delineando uma figura-tipo de enfermeiro. **Rev. Acta Paul Enferm.** São Paulo, v.24, n.5, pg.617-623, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apc/v24n5/04v24n5.pdf> . Acesso em: março, 2014.

SILVA, Thiago; WEGNER, Wiliam; PEDRO, Eva N.R. Segurança da criança hospitalizada na UTI: compreendendo os eventos adversos sob a ótica do acompanhante. **Rev. Eletrônica de Enfermagem.** Goiânia, v.14, n.2, p. 337-344, abr./jun. 2012. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n2/v14n2a14.htm Acesso em: dezembro 2013.

SOUZA, Daniela C de; et. al. Disponibilidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal no município de São Paulo. **Jornal de Pediatria,** Rio de Janeiro, v.80, n.6, p.453-460, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n6/v80n6a06.pdf> Acesso em dezembro 2013.

TAVARES, Cláudia MM. A Educação Permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de Saúde Mental. **Rev. Texto Contexto Enferm,** Florianópolis, v.15, n. 2, p.287-295, abr./jun. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000200013&script=sci_arttext Acesso em junho 2013.

TRAD, Leny B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Rev. Physis Revistas de saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.777-796. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a13v19n3.pdf> Acesso em junho 2014.

VILELA, Paula F; SOUZA, Ândrea, C de. Liderança, um desafio para o enfermeiro recém-formado. **Rev. Enferm.UERJ,** Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.591-597, out./dez. 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a15.pdf> Acesso em fevereiro 2013.

**PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA ENFERMEIROS EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA**

Lisiane Reschke Pires⁸, Simone Edi Chaves⁹

⁸ Enfermeira, mestranda Programa Pós Graduação Mestrado Profissional Enfermagem Universidade do Vale do Rio dos Sinos. **Linha de Pesquisa: Educação em Saúde – Núcleo de pesquisa em educação em saúde** (Av. Luiz Manoel Gonzaga, 744 Bairro Três Figueiras CEP: 90.470-280 (51) 3591 1122 / RS).

⁹ Enfermeira, Doutora em Educação, Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Universidade do vale do Rio dos Sinos. **Linha de Pesquisa: Educação em Saúde – Núcleo de pesquisa em educação em saúde** (Av. Luiz Manoel Gonzaga, 744 Bairro Três Figueiras CEP: 90.470-280 (51) 3591 1122 / RS).

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA ENFERMEIROS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Resumo

Introdução: Dentre as especialidades de atuação do enfermeiro, a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) destaca-se por se tratar de uma generalidade em uma especialidade, devido as fases de desenvolvimento da criança (organismo humano em crescimento), e suas características biopsicossociais. O enfermeiro nesta unidade necessita de habilidades e competências a serem adquiridas e desenvolvidas no dia-a-dia desta realidade assistencial. Com a formação generalista, preconizada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, o enfermeiro de intensivismo pediátrico desenvolve e constrói seu conhecimento no cotidiano da assistência, com seus pares, através da observação, da prática e das atividades de educação em serviço. **Objetivo:** propor um programa de Educação Permanente em Saúde para educação e qualificação do cuidado desenvolvido pela equipe de enfermeiros de uma UTIP, desenvolvido através da identificação de suas necessidades. **Material e método:** trata-se de uma pesquisa de campo, exploratório-descritiva realizada com enfermeiros assistenciais de uma UTIP de um hospital particular do Vale do Rio dos Sinos. Realizada em duas etapas, a primeira entrevistas individuais e a segunda um grupo focal. As entrevistas foram agrupadas e categorizadas tematicamente, por grupos de sentido e relevância, qualitativamente, de forma contextualizada e interpretativa. **Resultado:** após categorização e análise das entrevistas e grupo focal, foram descritas atividades e práticas educativas para este grupo de enfermeiros de UTIP elaborados em dois “Momentos”, para quem esta sendo apresentado ao serviço e quem já faz parte dele. **Considerações:** o programa de educação elaborado abordou temas como técnicas, liderança, relações e práticas educativas em ato, de forma a desenvolver não somente as habilidades, mas também o profissional como cidadão, todas através das necessidades refletidas. Os relatos de deficiência de educações para esta especialidade mostrou-se relevante, sugerindo investimentos e novas pesquisas para este campo.

Palavras-Chave: Enfermagem Pediátrica; Unidade de Terapia Intensiva; Educação em Saúde; Educação Permanente em Saúde.

PROGRAM OF PERMANENT EDUCATION TO NURSES IN PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT

Abstract:

Among the specialties work of nurses, the Pediatric Intensive Care Unit (PICU) stands out because it is a generality in a specialty. A fact based on the stages of child development (human body growth), and its bio psychosocial characteristics. The nurse of this unit requires skills and competencies to be acquired and developed on the day-to-day care of this reality. With general education advocated by the National Curriculum Guidelines, the Pediatric Intensive Care nurse develops and builds their knowledge in everyday care with their peers through observation, practice and education activities in service. **Objective:** propose a program of Permanent Education in Health Education and qualification of care developed by a team of nurses in a PICU, developed by identifying their needs. **Material and Method:** This was a descriptive exploratory field research conducted with clinical nurses in a PICU of a private hospital of Vale do Rio dos Sinos. Performed in two stages, the first one: interviews, the second: a focus group. These interviews were thematically grouped and categorized by groups of meaning and relevance qualitatively in context and interpretive manner. **Result:** After categorizing and analyzing the interviews and focus group activities and educational practices for this group of PICU nurses prepared in two "moments" were described, for whom this service is being presented for, and who is already part of it. **Considerations:** the education program developed addressed topics such as technical, leadership, relationships and educational practices act, in order to develop not only the skills but also the professional as a citizen, all reflected through the needs. Reports of deficiency education for this skill seemed to be relevant, suggesting investments and new research into this field.

Key words: Pediatric Nursing; Intensive Care Unit; Health Education; Permanent Education in Health

1. INTRODUÇÃO

Dentre as áreas de atuação do enfermeiro apontamos como destaque o campo do intensivismo pediátrico. Especialidade assistencial bastante jovem. As UTIP tiveram suas primeiras unidades inauguradas no Brasil na década de 70, sendo em 1978 a primeira inaugurada no Rio Grande do Sul⁽¹⁾. Em seu contexto, a UTIP recebe crianças que apresentam risco de agravamento de sua condição clínica e crianças que já se encontram gravemente enfermas necessitando de cuidados intensivos, específicos e constantes⁽²⁾. Trata-se de uma unidade desafiadora por si só, pois nela nos deparamos com crianças de diversas faixas etárias, que se encontram em diversas fases de desenvolvimento, exigindo do profissional da área da saúde uma percepção de suas necessidades biopsicossociais, diferentes a cada fase da vida⁽²⁾.

Para se desenvolver o conjunto de competências e habilidades, tanto técnicas, éticas e gerenciais em UTIP, é necessário um conjunto de conhecimentos que estão associados e relacionados à atuação prática, vivida em ato⁽³⁾. Ao ser observado o modo como os currículos dos cursos de graduação em enfermagem são ofertados na grande maioria das instituições educativas, pode ser compreendido, em partes, porque somente quando o enfermeiro está em contato com a realidade do intensivismo pediátrico é que desenvolvem suas competências para esta área de atuação.

Com o advento das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) a formação em enfermagem é generalista⁽⁴⁾. Isto é, durante a formação, os estudantes transitam por todas as áreas, sendo somente na pós-graduação (geralmente *Lato Sensu*) é que se aprofunda o conhecimento em uma determinada especialidade. Com base no exposto, existe a necessidade para educação destes profissionais que projeta-se além da transmissão de conhecimento e apropriação técnico-científica ministrada nas instituições de ensino, cabendo aos serviços de cuidado a responsabilidade de fornecer o ensino, agora em ação⁽⁴⁾.

Neste cenário o sistema de saúde, assumindo seu papel condutor de políticas de saúde e reconhecendo a necessidade de qualificar os processos educativos dos profissionais da área da saúde, propõe a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) no ano de 2004, através da Portaria 198/GM/MS⁽⁵⁾. Com esta ferramenta, proporciona-se o aprimoramento não somente em técnicas, mas igualmente em reflexões e condutas. Permitir e incentivar os profissionais do cotidiano assistencial a participarem das construções, no trabalho e para o trabalho, possibilita o desejo de aplicar esta política educacional em ambientes complexos e técnicos como o de uma UTIP.

Diante disto, o objetivo desta pesquisa é o de propor um programa de Educação Permanente em Saúde para educação e qualificação do cuidado desenvolvido pela equipe de enfermeiros de uma UTIP, desenvolvido através da identificação de suas necessidades de aprendizado constituído de atividades práticas e práticas educativas.

2. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa. Exploratória, pois objetiva proporcionar o reconhecimento do problema, explorando seus aspectos. Descritivo, visto que descreve as características de determinado grupo⁽⁶⁾. Realizada com enfermeiros assistenciais de uma UTIP de um hospital particular do Vale do Rio dos Sinos, e desenvolvida em duas etapas. Na primeira etapa foram escolhidos oito enfermeiros assistenciais que prestam cuidados de enfermagem neste setor para entrevistas individuais (semi-estruturada). A escolha intencional indica que os participantes foram escolhidos a partir de um determinado grupo, cujas ideias e opiniões são do interesse da pesquisa⁽⁷⁾. O critério de inclusão adotado foi ser enfermeiro graduado, que faziam parte da grade assistencial (exclusivamente assistencial) desta unidade. O critério de exclusão foi enfermeiro estar em processo de afastamento (desligamento) durante a primeira etapa da pesquisa. Após as entrevistas, o material transcrito foi analisado e categorizado por sentido e relevância, para ser debatido no grupo focal. Na segunda etapa, cinco enfermeiros participaram do grupo focal, e juntos refletiram e discutiram as categorias emergidas na primeira etapa. A redução do número de participantes nesta etapa ocorreu pelo fato de uma enfermeira ter se afastado da instituição antes desta segunda etapa, uma enfermeira estar em licença maternidade e uma terceira estar na assistência ao paciente, não podendo comparecer. Através desta análise de necessidades educacionais, foi elaborado um programa com ações e conteúdos educativos específicos para UTIP deste serviço. Este programa teve por base as necessidades de quem é inserido pela primeira vez neste serviço e dos que já fazem parte dele.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS, tendo sido aprovado com parecer número 13/098. À instituição onde foi realizada a pesquisa autorizou execução da mesma. Os profissionais que concordaram em participar do estudo assinaram do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para a instituição, será encaminhada cópia do programa de EPS para os enfermeiros da UTIP aos Recursos Humanos e setor de EC, como sugestões para futuras propostas de educação em serviço.

3. RESULTADOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS

As entrevistas individuais realizadas na primeira etapa resultaram em categorias de sentido e relevância. Estas categorias foram denominadas em “necessidade de gerência e liderança; aspectos relacionais; aprofundamento no conhecimento técnico e aspectos importantes para a prática educativa”. Estes, por sua vez, geraram marcadores para debates, como “qual a função e papel do enfermeiro na UTIP”, “formação de redes de apoio”, “apoio dos pares para a formação da liderança”, “a desconhecida UTIP”, “práticas em ato: procedimentos técnicos, registros de enfermagem, rotinas, espaços e pessoas”, além de práticas educativas como “salas de aula, aprendizagem no cotidiano do trabalho, rodas de conversa, uso de cronogramas”. Todas foram levadas para reflexão e eleição das prioridades pelos próprios enfermeiros.

Com base nisto, algumas falas são descritas para ilustrar as necessidades e anseios destes profissionais, justificando a elaboração do programa. As falas surgidas na segunda etapa do grupo focal, descrevem as angústias do profissional que adentra em um ambiente novo e pouco abordado durante a graduação.

O início dos debates do grupo focal foi pelas práticas educativas, onde falas foram referentes a metodologia de aprender a prática com um colega em ato, sem sala de aula – que pelo grupo já deve ter um embasamento prévio. Este aprender foi eleito, pois ali na beira do leito, é realizado o encontro entre a teoria e a prática, além do desenvolvimento de autoconfiança e segurança, como a troca de vivências e ideias.

“Daí a pessoa não fica só com a teoria, pode dar exemplos do dia a dia de tudo que já aconteceu com ela, já pra ti prever algumas situações” (EC)

“Vai ser mais rico, ela pode passar experiência...” (EN)

“E tu vai trocar na verdade, tu não sabes, a pessoa [educador] sabe, vai surgir uma troca...” (EE)

“E a pessoa [educando] vai se sentir um pouco mais segura estando ali com uma pessoa mais experiente, uma enfermeira mais experiente...” (EPe)

Estas escolhas eleitas pelos participantes do grupo focal reforçam a ideia de que é em ato, na beira do leito, que aprendemos da melhor forma a assistência ao paciente – o aprender com os olhares ⁽⁴⁾, com um colega mais experiente ⁽⁸⁾, onde nos permitimos perceber e aprender através da experiência do outro, tendo como exemplo sua postura e tomada de decisão frente às situações de estresse ⁽⁹⁾.

Referente ao conhecimento teórico, para o grupo, a procura por esta teoria deve partir da vontade de cada um, servindo o momento de educação para apenas esclarecer dúvidas. A eleição também do uso de cronograma serviria como guia para sistematização de quem esta educando, para evitar o acúmulo de informações.

“E a parte teórica, eu acho que tu tem que buscar isso, e trazendo aos poucos isso, que tu vai discutir com essa pessoa [educador]...” (EE)

“Ah mais isso teoricamente a pessoa [educando] já teria que vir sabendo [...] querer tudo não da [...] pra lembrar” (EC)

“Tem que ter uma base já...” (EPe)

“Talvez para reforçar algumas coisas... se ela tem o interesse de buscar assim... a questão da sala de aula é mais pra tu reforçar o que tu já sabe” (ER)

Devido à inadequação também das universidades, que tem objetivo de formar futuros profissionais, o ensino é realizado de forma dividida, simplista, separando de um lado o conhecimento e de outro a realidade dos problemas coletivos, multidisciplinares – ministrado de forma linear, o aluno assume uma posição de receptor, submissa, negando o pensamento complexo que poderá ser desenvolvido agora, na beira do leito⁽¹⁰⁾. Relacionado aos discursos apresentados, percebo que o pensamento é o de que a universidade com seu papel de transmissor já executou sua “tarefa” de passar as informações, cabendo agora à instituição contextualizar o já “depositado” como conhecimento – o momento agora é de formar o raciocínio complexo. Ao profissional, cabe resgatar o aprendido e colocá-lo em prática.

Desta forma, dando sequencia as reflexões, com posse destas escolhas, alguns aspectos foram discutidos e refletidos quando trazidos para o grupo. Um deles é o questionamento se a disciplina, ministrada durante a graduação, de pediatria e UTI adulto/neonatal serviria como base para quem inicia o trabalho de enfermeiro em UTI pediátrica pela primeira vez. O grupo afirma que em parte sim, em suas percepções o profissional sem vivência prévia entende o que são monitores, respiradores e criança doente (não criança grave), porém a contextualização é prejudicada, pois a união destes dois aspectos é difícil - aparelhagem e criança gravemente enferma.

“... é que na faculdade ainda a gente não tem o estágio, tu não tem estágio em UTIP” (ER)

“Sim... a ideia tu tem!” (EE)

“A base pelo menos né [...] a gente espera que venha, né?” (EC)

“Ah eu não tenho muita convicção disto [...] porque criança é totalmente diferente de adulto” (EE)

“... é diferente UTI pedi de UTI adulto...” (ER)

“... é diferente da neo, totalmente diferente....” (EPe)

“Eu acho que assim, hoje na realidade se tu pegar uma enfermeira de UTI adulto e colocar na UTI pediátrica ela vai se sentir perdida...” (ER)

A fragmentação dos saberes, já que eles além de não serem relacionados durante a graduação são vistos na metade do curso, criam um grande espaço entre estes e a graduação – assim como a entrada no mercado de trabalho. Do mesmo modo é observado o resultado ou o problema desta fragmentação do conhecimento. A falta de contato com a realidade da assistência a criança grave, as disciplinas não se inter-relacionarem e a prática figurativa, dificultam a contextualização neste ambiente assistencial.

“... daí eu acho que esse é o problema, tem uma deficiência desde a graduação...” (EE)

“... às vezes passa muito tempo de um estágio para outro, acaba se perdendo um pouco” (EC)

“...e o estagio de UTI adulto é lá no meio e a gente se forma lá no décimo” (ER/EC)

Além disto, há um erro em pensar que ter como vivência acadêmica apenas com o adulto ou neonato gravemente doente oferece subsídios para a o saber UTIP. A exemplo disto, a criança hospitalizada, diferentemente do adulto, vê o ambiente hospitalar não como local com aparelhagens tecnológicas e contribuição para sua recuperação, mas sim uma ameaça para si ⁽¹¹⁾. Trata-se de universos distintos que necessitam de igual ênfase, conhecimento e vivência.

Com relação a metodologias como conversa e reflexões em grupo, os participantes verbalizam interesse, servindo este de apoio para quem entra neste serviço ou já faz parte dele.

“Ah eu acho isso bem interessante, acho até que entre dois assim, tu discutir sobre um paciente assim, eu acho que acrescenta muito na vida do profissional [...] Porque tu sempre vai somando” (ER)

“Troca de experiência, né? [...] para analisar a situação por mais de uma lado eu acho, tu tem a tua visão daí tu vai contar, daí o outro faria desse jeito, então é mais uma opção, tu poderia ter feito deste jeito” (EC)

“Ver isso de outra forma também, não ver só o teu... vamos dizer tu tem a tua visão, às vezes tu conversando com outra pessoa, a outra pessoa vai se posicionar também [...] daí tu abre tua visão” (EM)

“Se de repente eu fizesse desta forma daí ela usou aquela técnica, e ficou legal, então eu vou ajustar a minha que eu tenho com a dela que já tem experiência e vamos ver a melhor opção que vai ficar...” (EPe)

Na prática, na convivência diária com a realidade da UTIP, os relatos trazidos mostram que este contato com a conversa e a troca de olhares e sentimentos vividos podem trazer resultados positivos. A conversa que faz perceber os movimentos e expressões alheias ⁽⁴⁾ permite também que sejamos afetados de forma positiva, ou alegre ⁽¹¹⁾, possibilitando a troca de saberes que levam a outros caminhos, através de outros olhares para a mesma realidade.

Pensando agora no conhecimento técnico, de todas as questões emergidas das entrevistas individuais, nenhuma foi excluída do grande grupo – os registros de enfermagem, a familiarização com a unidade de trabalho e a prática de questões técnicas pertinentes e exclusivas do enfermeiro.

“Eu acho que todos esses itens são importantes assim, ali, o cotidiano assistencial, tu conhecer as rotinas, conhecer o setor, que daí depois quando tu estiver sozinha e tu não conhecer o setor, tu não consegue fazer as coisas...” (EE)

“Sim, da importância do registro [...] é que as vezes a gente deixa passar né...” (ER)

“Eu acho que a pratica da PAM, PIC, PVC, DT, é importante também, porque às vezes tu faz na faculdade, tu vê uma vez na vida outra na morte, tu assiste, depois tu passa quando tu vê UTI adulto, depois tu não vê mais, depois quando tu vai pro teu dia a dia, e aí? E agora? Daí tu fica bem perdida” (EPe)

Diante da necessidade e do que é esperado do enfermeiro em UTIP - conhecimento biopsicossocial e técnico/tecnológico ⁽¹²⁾ além das necessidades da criança e sua família ⁽¹³⁾ - como abordado anteriormente, o enfermeiro se vê diante da necessidade de apoderar-se destas técnicas e tecnologias (moles e duras) ansiando por tornar-se um profissional “completo” ⁽⁴⁾.

Seguindo agora para a abordagem da gerência e liderança da unidade, houve um intenso debate sobre esta categoria, sendo relatado inclusive, ser esta mais importante do que a prática das técnicas. Fazendo apontamentos como dificuldade com equipe multiprofissional, liderar enquanto aprende a assistência, conviver com a cobrança, a pressão e as relações com as equipes estes são verbalizados por todo o grupo.

“... acho que o papel de liderança chega a ser um pouco mais difícil que a parte técnica” (EE)

“... eles não conseguem entender que cada um tem o seu jeito, cada um tem seu jeito de fazer a coisa. Então tu tem que trabalhar isso... cada um é de um jeito diferente...” (EC)

“... porque até tu conhecer todas as pessoas com quem tu esta trabalhando, e lidar com pessoas é complicado, cada um tem uma atitude, cada um fala de um jeito, cada um reage de uma maneira, e é muita gente junto pra ti, e tu chefiando aquele monte de gente, é mais complicado, então uma conversa, trocar ideias, trocar experiências, com o colega [enfermeiro], eu acho que ajudaria bastante” (EE)

Neste momento, surge o relato da dificuldade de trabalhar a liderança. O reflexo disto está presente nas falas dos participantes que além de entrar em um serviço novo, ainda estão formando seus saberes assistenciais. Começar em um grupo já formado, servindo de apoio, de exemplo e liderá-lo exige do profissional criatividade, coragem e determinação, o que na prática é bastante difícil para quem esta reconhecendo seu ambiente de trabalho ⁽¹⁴⁾.

Para finalizar os debates, a última e mais delicada categoria abordada foram os aspectos relacionais. Neste, o apoio de serviço de psicologia não somente para a o paciente, mas também para a equipe foi uma das reflexões surgidas, além do apoio dos colegas também em grupo, como estava sendo realizado naquele momento. Em relação à morte, foi verbalizado sobre a perda do paciente pediátrico, o entendimento de que a demonstração da dor da perda por parte da equipe não esta relacionado à fraqueza, e que este pode significar para a família que a preocupação não esta somente na técnica, mas nas relações também.

“Eu acho complicado lidar com sentimento, se tivesse um profissional, um psicólogo, alguém de apoio pra equipe assim...” (EE)

“Às vezes é complicado pra mim assim, o que falar pros pais nessa hora, ta indo ou foi a óbito, tu não sabe no que ela acredita, tu não sabe o que dizer” (EC)

“Eu às vezes fico um pouco mais distante porque não sei o que falar assim” (EE)

“Às vezes tu te distancia pra ti proteger e não se desequilibrar emocionalmente” (ER)

Esta relação com a criança, a luta do profissional por manter a vida daquele que esta sob seus cuidados, o desespero e impotência ao tentar controlar a natureza geram um sentimento de auto-preservação consequência de, nestas circunstâncias, a lembrança das limitações de nossos esforços frente as situações de perda ⁽⁹⁾.

Esse vai e vem de emoções, hora ganhos, hora perdas, resulta em insegurança e estresse ao profissional, onde muitas vezes o uso de “escudos” e “saídas de cena” tornam-se mecanismos de fuga – não viver estes sentimentos o impedem de sofrer. Porém, também é

verbalizado após as reflexões e trocas do grupo, que se permitir sentir e permitir que as famílias percebam este sofrimento traz alguns benefícios em relação a empatia.

“... o sofrimento deles, a gente sofre com eles, a gente sofre... a gente não sabe o que vai confortar, daí pra não chorar na frente deles daí tu vai lá, tu conversa, da uma palavra de apoio e sai de cena, porque tu também desmancha, tu é um ser humano” (EPe)

“acho que às vezes até é bom pra eles verem que tu te preocupava com aquela criança, que não era só uma coisa técnica mecânica ali, tu se importava com o filho dele e tu fez o que tu podia ter feito... eu não me importo de chorar na frente deles”(EC)

Nota-se nestas duas falas, as divergências de pensamentos quanto ao morrer ou sofrer em UTIP, onde uma das participantes utiliza uma quase fuga e a outra se permite viver e deixar perceber o sofrimento. Isto pode ser resultado da falta de abordagem durante a graduação, gerando sentimentos atrapalhados, de solidão, e medo de incompreensão e de falta de apoio dos pares ⁽⁹⁾.

4. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA OS ENFERMEIROS DA UTIP

Como produto final da análise das reflexões e grupo focal, sugere-se um Programa de Educação Permanente para os enfermeiros desta UTIP. Divididos em momento um e dois eles abordam atividades e temas para auxiliar no desenvolvimento assistencial de enfermeiros que chegam no serviço e os que já fazem parte deste.

Momento I: apresentação de um novo cenário

Dia	Atividade	Prática educativa
1º	Conhecer a unidade UTIP	✓ Iniciar um diário de bordo, onde serão descritas, o que aprendeu e o que mais marcou neste dia, o que achou de mais importante e o que acha ser relevante a ser revisto. Além disto, relatar qual a sua impressão sobre o hospital e as pessoas que nele estão inseridas e quais podem ser suas contribuições para este serviço.
	Visita à instituição	
2º	Conhecendo o cliente impresso	✓ Novamente, no diário de bordo, relatar como fora o segundo dia de educação, o que percebeu a mais no dia de hoje; ✓ Registrar em relação ao papel de liderança - qual pensa ser a mais importante função do enfermeiro neste setor e qual suas dificuldades quanto a gerência de uma unidade complexa;
	Conhecendo o cliente	

	digital	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Leitura de artigo sobre liderança/gerência e erros de enfermagem.
3°	Apresentando cartilha com principais doenças, videoteca e apresentação do projeto Comunidade	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Oferecer artigo que aborde sobre a criança hospitalizada – epidemiologia no Brasil e no mundo para ser discutido na prática, relacionando a realidade do serviço; Cartilha Unicef <i>on line</i> disponível em http://www.unicef.org.br/
4°	Serviços	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Durante as visitas, identificar a relação destes serviços à assistência à criança grave; ✓ Simular questões já vividas e junto ao novo colaborador exercitar o raciocínio de identificação e resolução de problemas; <p>Novo registro em diário de bordo sobre quais as dificuldades encontradas na prática assistencial deste dia.</p>
5°	Estudando na prática	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Discutir qual a relação entre estes serviços e seus profissionais envolvidos que estão diretamente ligados ao atendimento a UTIP; <p>Filme “Um grande Garoto” – discutir a capacidade da criança em perceber o mundo e viver suas complexidades.</p>
6°	Estudando na prática (reconhecendo a criança grave)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Discutir sobre responsabilização, postura e função do enfermeiro, relacionar ao livro “pulmão de aço”; ✓ Realizar exame físico na criança, relacionando as demandas tecnológicas (monitor cardíaco, BI, desfibrilador, respirador) utilizadas e doenças estudadas; ✓ Observar o trabalho do técnico de enfermagem.
7°	Prática assistencial	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Exame físico da criança de forma sistemática; ✓ Demandas tecnológicas e seus significados (PAM, PVC, PIC, DVE, DT, VM, CVC/AVP, SNE/SNG, SVA/SVD, DP, intubação, extubação, PCR); ✓ Procedimentos de enfermagem (técnicos e enfermeiros); ✓ Retornar ao diário de bordo e registrar sobre o morrer e sofrer, como percebeu a presença da família; ✓ Sugestão do filme “O Labirinto do Fauno”.
8°	Registros de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar evolução de enfermagem no prontuário, revisando o mesmo em sua ordem e importância; ✓ Revisar controles dos técnicos de enfermagem; ✓ Revisão da evolução médica, fisioterapia, psicologia e demais serviços com acesso ao prontuário; ✓ Visita ao faturamento e SAME, discutir sobre a importância financeira dos registros e revisar um prontuário antigo no SAME; ✓ Registrar no diário de bordo o que percebeu ao ler o prontuário, o que acha que poderia ser melhorado e em caso de processo jurídico, qual seria o auxílio dele para a enfermagem.
9°	Desenvolvendo gerência em enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar assistência integral: exame físico, tecnologias leves e duras, controle de infusões, registros em folha de BH, validades, aspectos relacionais da criança, prescrições médicas e de enfermagem; ✓ Neste ponto, partirá do educando os apontamentos de como a assistência poderá ser desenvolvida, gerando reflexões entre ele e o educador.
10°	Praticando gerência e liderança	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assumir a assistência de enfermagem a criança gravemente enferma acompanhada pelo enfermeiro do setor; ✓ Manter as reflexões anteriormente iniciadas – registrar em diário de bordo
11°		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar o primeiro plantão de 12 horas juntamente ao enfermeiro referência/educador acompanhando-o e assumindo conjuntamente o cuidado a criança

Fonte: Dados de Pesquisa 2014 – elaborada pelo autor.

Quadro 1: Planilha representativa do Programa de Educação para Enfermeiros em Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico – Momento I: apresentação de um novo cenário.

Momento II: Para quem atua neste cenário há mais de 6 meses

ATIVIDADE	PRÁTICA EDUCATIVA
✓ Relação da criança e sua família	✓ Discussão sobre artigo previamente orientado sobre a criança e sua família em UTIP relacionando com a prática assistencial e a história da criança na assistência hospitalar.
✓ Manual de principais patologias assistidas nesta UTIP	✓ Elaboração de um manual com as principais patologias atendidas na UTIP e suas respectivas intervenções da equipe multidisciplinar
✓ Importância dos registros de enfermagem – institucional e jurídico;	✓ Educação com profissional de referência para abordagem e discussão sobre os registros de enfermagem – COREN ou advogado
✓ Desenvolvimento de liderança em UTIP	✓ Debate juntamente com a gerência de enfermagem sobre liderança e gerência; ✓ Com a coordenação, analisar gráficos e números, elaborando metas e posturas assistenciais
✓ O desenvolvimento cognitivo da criança	✓ Roda de conversa com psicopedagogo e psicólogo sobre o assunto, referenciado a questão hospitalar
✓ Políticas de saúde e responsabilidade social	✓ Debate em conjunto com assistência social e profissional (professor?) sobre as políticas de saúde voltadas para a criança e a prática da sociedade
✓ A saúde da População	✓ Roda de conversa com Enf. Coordenadora do Projeto Comunidade referenciando a saúde da população de NH e as ações da instituição
✓ Elaboração de projetos: apoio de Universidades parceiras – design?	✓ Atividade de criação de projeto de intervenção para assistência a criança enferma: “definição de nó crítico” e elaboração de plano de ação – incentivo a criatividade e crítica
✓ Violência na Infância	✓ Debate conjunto com profissional assistência social, profissional da saúde e referência social (ONG/comunidade) envolvidos no combate a violência na infância – universidades parceiras
✓ A criança especial: APAE;	✓ Roda de conversa com profissional da APAE sobre assistência a criança com cuidados especiais
✓ Doenças Psiquiátricas na Infância	✓ Palestra / aula sobre doenças psiquiátricas na infância (HCSA / HCPOA)

Fonte: Dados de Pesquisa 2014 – elaborado pelo autor.

Quadro2: Tabela representativa do Programa de Educação para Enfermeiros em Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico – Momento II: para quem atua neste cenário há mais de 6 meses.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o transcorrer desta pesquisa, através das falas apresentadas pelos sujeitos, procuro demonstrar e comprovar a complexidade do trabalho do enfermeiro em UTIP – local não somente da necessidade de conhecimento técnico, mas também humanístico, afetivo e social e a real necessidade de dar continuidade ao aprender, agora no cotidiano da prática assistencial. Ao ser apresentado um modelo diferente, e de certa forma inusitado de aprender (roda de conversa, informalidade, audiovisual descontextualizado da prática assistencial) despertou interesse nesta “nova metodologia”, podendo ser este não uma certeza, mas um indício de permissão do novo, de novas práticas e permissão as novas práticas coletivas. A

conversa como forma de aprendizagem técnica e cognitiva – através de olhares, posturas, emoções e vivências.

Na abordagem das entrevistas e do grupo focal, referentes aos conteúdos a serem trabalhados, emerge um profissional técnico, racional, fragmentado em executar e não perceber. Nos questionamentos das necessidades de aprendizado não foram pensado ou refletido além da ciência exata. Ao serem convidados a refletir sobre suas práticas e dificuldades, brota do ser humano (antes de ser profissional) questões de liderança (dificuldades de relacionamento e comando) e emocionais (o que dizer/fazer/pensar/pensar/mostrar aos pais em desespero) tão presentes quanto as técnicas e rotinas da unidade.

Talvez pela necessidade eminente de aprender a manter e salvar vidas em uma realidade onde o morrer/sofrer estão presentes, as afirmativas e vivências emocionais, intuitivas e sociais são deixadas em segundo plano – porém, para a percepção da necessidade do cliente, seu acompanhante e seu futuro como ser social, estes aspectos devam ser resgatados. Também percebo que para isto, a fundamentação teórico prática é necessária para o dia a dia deste profissional - trata-se nesta especialidade de uma necessidade.

No local de prática da assistência a criança, existe um ambiente propício e rico para dar continuidade a este aprendizado. Uma vez estando no local de trabalho e vivenciando as experiências, surge a oportunidade de apreender o conhecimento de forma mais significativa, uma vez que ele parte agora não mais de uma hipótese assistencial, mas de uma necessidade clara e viva. Trabalhar com UTIP traz angústias, medos, incertezas, imprevisibilidades, mas também com a renovação da vida, a certeza da prática do cuidado em sua essência, onde a criança – ser vulnerável e intuitivo – permite a execução/prática da ciência tecnológica e o desenvolver das relações.

As reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em UTIP e seu aprender nesta especialidade não se esgotam por aqui. Propõem-se então um programa de educação para os enfermeiros que iniciam neste serviço, sem experiência com a assistência de enfermagem a criança em UTIP e para aqueles que já estão no cotidiano desta prática. Aliando o aprender sobre a criança e reflexões sobre o cuidado e a prática profissional, ele é descrito de forma não estática, permitindo intervenções e modificações conforme a necessidade de seus atores e do serviço.

Proponho como novas pesquisas nesta área, identificar os motivos pela pouca oferta e procura por especialização nesta área, propostas curriculares para locais de ensino e novas matrizes de educação na prática. Os desafios são grandes, mas os resultados podem ser

compensadores tanto para a assistência de quem está no cotidiano, como para quem realiza a pesquisa.

REFERENCIAS

1. Corullon JL. **Perfil Epidemiológico de uma UTI Pediátrica no Sul do Brasil** [Dissertação]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Medicina da PUCRS; 2007.
2. Cardoso SB. **Perspectiva da Enfermagem Acerca da Abordagem Assistencial: O Caso da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Instituto Fernandes Figueira/ FIOCRUZ** [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do rio de Janeiro; 2009.
3. Andrade LFS , Viana LO. Conhecimento e prática do enfermeiro no centro de terapia intensiva pediátrico. **RevistaCogitare Enferm**, 2008; 13(1): 52-60.
4. Silva SM. **O ensino da Saúde sob Rodas em Redes: cenários possíveis da educação.** 2010. 155 f. [Tese]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.
5. Amestoy SC, Milbrath VM., Cestari ME, Thofehrn MB. Educação Permanente e sua inserção no trabalho da enfermagem. **RevistaCienc. Cuid. Saúde**, 2008; 7(1): 83-88
6. Polit, DF. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** Porto Alegre: Artmed, 2011.
7. Minayo, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.
8. Andrade, LFS. **A marca da complexidade e da imprevisibilidade no dia-a-dia das enfermeiras que atuam na terapia intensiva pediátrica: um ensaio sobre a sua formação.** 2002. 124f. [Tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002.
9. Lange, LMJ; Fiorelli RALP. **Vivencias emocionais de equipes de saúde trabalhando em UTI pediátrica: um olhar transpessoal sobre o sofrimento e o morrer.** 2009. 88f. [Monografia]. Campinas (SP): ALUBRAT / CESBLU, 2009.
10. Falcon, GS; Erdmann, AL; Meirelles BHS. A complexidade na educação dos profissionais para o cuidado em saúde. **Rev. Texto Contexto Enferm.**, 2006; 15(2): 343-351.

11. Ceccim, RB. Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. In: Ceccim, RB; Carvalho, PRA. **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida.** Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1997. C.3, p. 27-41.
12. Garcia, PCR; Piva JP. Terapia intensiva pediátrica. In: Piva JP. Garcia PCR. **Medicina Intensiva em Pediatria.** Rio de Janeiro: Revinter, 2005. C.1, p.1-14.
13. Carvalho, WB; Hirschheimer, MR; Matsumoto, Toshio. **Terapia Intensiva Pediátrica.** Rio de Janeiro: Atheneu, 2006.
14. Vilela, PF; Souza, AC. Liderança, um desafio para o enfermeiro recém-formado. **Rev. Enferm.UERJ**, 2010; 18(4): 591-597.

APENDICES

APENDICE A

Entrevista semi-estruturada (enfermeiros rotineiros, substitutos e plantonistas)

1. Em que ano concluíste sua graduação?
2. Já havia trabalhado anteriormente com crianças em ambiente hospitalar? Se sim, onde, cargo e tempo de atuação.
3. Relate suas experiências / vivências com crianças prévias em UTIP.
4. Fale sobre suas dificuldades do dia-dia e facilidades de trabalhar em UTIP – gerenciais, relacionais e técnicas.
5. Fale um pouco sobre como adquiriu ou adquiri conhecimento assistencial de enfermagem em UTIP.
6. Quais aspectos mais importantes a serem adquiridos pelo enfermeiro assistencial, como conhecimento, para se desenvolver uma boa assistência em UTIP?
7. Refletindo sobre o enfermeiro que inicia na UTIP, como você pensa que seria a qualificação ideal?
8. E para aquele que já faz parte deste serviço, como seriam as qualificações ?

APENDICE B

Entrevista com os gestores

1. Qual o perfil de enfermeiro que a instituição espera de um candidato a vaga da UTIP?
2. Este perfil tem sido contemplado por aqueles que aqui chegam?
3. Para a instituição quais são os papéis da universidade, da instituição e do profissional da assistência (enfermeiro)?
4. Qual o setor de educação utilizado pela instituição para educar seus colaboradores, como ele funciona e o que ele representa?
5. Para aquele enfermeiro que chega a UTIP pela primeira vez, como deve ser feita a educação dele para este serviço?
6. Como fazer o vínculo com aquilo que o estudante de enfermagem aprendeu durante a universidade com aquilo que ele exerce no local de trabalho?

APENDICE C**Carta de Anuência**

A.C.Ir. Santa Catarina – HOSPITAL REGINA

Comitê de Ética em Pesquisa – Novo Hamburgo / RS

Novo Hamburgo, ... de de 2013.

Prezado Sr. (a) Coordenador (a),

Solicito por meio desta apreciação de proposta de estudo para execução neste Hospital do projeto intitulado “Programa de Educação Permanente para Enfermeiros – UTI Pediátrica (PEP – UTIP)”.

A realização do mesmo é requisito da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, para conclusão do curso de Mestrado em Enfermagem. Na realização desta pesquisa estarei sob a orientação da professora Dra. Simone Edi Machado.

Colocamo-nos à disposição, para maiores esclarecimentos que se fizerem necessários. Em anexo o projeto de pesquisa.

Atenciosamente,

Lisiane Reschke Pires
Acadêmica

Simone Edi Machado
Orientadora

APENDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Lisiane Reschke Pires, mestranda do curso profissional de enfermagem – Unisinos, estou realizando uma pesquisa sobre **Programa de Educação Permanente para Enfermeiros – UTI Pediátrica**, que tem por objetivos: construir e propor um Programa de Educação Permanente em Saúde para aperfeiçoamento e educação da equipe de enfermeiros de uma UTI Pediátrica

Tua participação nessa pesquisa é voluntária e, consiste em uma entrevista semi-estruturada e em grupo focal, sobre UTI Pediátrica. Podes desistir de fazer parte do estudo a qualquer momento sem prejuízos nas atividades profissionais (no caso de trabalhador da saúde/gestor). Esse procedimento apresenta riscos mínimos, e puedes solicitar esclarecimentos de dúvidas a qualquer momento se assim desejares, ou negar-se a responder; os benefícios serão o de participar da construção e elaboração de um instrumento que servirá para educação para enfermeiros nesta área específica, além do contato com a metodologia de Educação Permanente para a Saúde como método de prática e aprendizagem. Após as entrevistas, o material será guardado por cinco anos e depois destruído.

As informações serão utilizadas pela pesquisadora – somente para fins de pesquisa, de maneira confidencial (teu nome não será revelado) na comunidade ou com as pessoas de tuas relações. Sua identidade será preservada com a troca de nome. Tua participação não inclui riscos e serve para dizeres o que pensas e sabes sobre intensivismo pediátrico. Após a análise das informações dadas pelos participantes do estudo, estes serão convidadas a discutir, se assim desejarem, sobre os resultados encontrados.

Este Termo de Consentimento será assinado em duas vias: uma ficará com o pesquisador e outra com o entrevistado.

Eu, _____ concordo em participar dessa pesquisa após ter sido esclarecida, de modo claro e detalhado sobre: os objetivos e finalidades, da entrevista a que serei submetida, dos meus direitos como participante e do uso das informações.

_____, _____ de _____ de 2013.
Entrevistada

 Lisiane Reschke Pires - Pesquisadora
 (51) 81044335 - 35541095

 Simone Edi Machado – Orientadora