

1 INTRODUÇÃO

As últimas décadas têm evidenciado mudanças nos contextos econômico, político, social e cultural do mundo globalizado, e essas mudanças vêm gerando transformações no mundo da produção e do trabalho, revelando fragilidades nos seus modos de organização.

A crise energética dos anos 70¹, desestabilizou a economia mundial e trouxe, como consequência, a recessão. Essa crise, aliada à organização dos trabalhadores e às demandas, cada vez mais exigentes, do mercado consumidor de bens e serviços, apontou a necessidade de reestruturação das empresas através da adoção de estratégias de racionalização e diminuição de custos, assim como do aumento da produtividade e qualidade dos seus produtos e serviços. Estas estratégias, por sua vez, vieram a favorecer a integração do processo produtivo e o aprofundamento da internacionalização do capitalismo, que sobrevive através do esforço para obter mais lucro que seus concorrentes, e esta maximização só é possível com o constante desenvolvimento e introdução de novas tecnologias a fim de produzir mais e reduzir custos.

Na área da saúde não está sendo diferente: a partir da década de 70 houve um avanço na tecnologia de monitoramento complexo de última geração objetivando reduzir o trabalho do homem para diminuir custos, mas, ao mesmo tempo, requer profissionais competentes, com melhor qualificação e capacitação. No entanto, as transformações estruturais advindas da globalização econômica nos anos 90, com o processo de internacionalização da economia, apontaram para a ampliação das desigualdades econômicas, o desemprego estrutural, a flexibilização e a desregulamentação do trabalho, a terceirização das atividades, a exclusão de amplos contingentes de trabalhadores do mercado formal e o empobrecimento da população (DELUIZ, 1995, 1996). Assim, o enfrentamento de mercados, cada vez mais competitivos e instáveis, levaram as empresas a investir em novas tecnologias e concepções organizacionais, objetivando o aumento da produtividade e, diante das flutuações do mercado, propiciando rápidas adaptações na produção de serviços.

¹ Crise também conhecida por “primeiro choque do petróleo”, em 1973, quando os países árabes e membros da Organização dos Países Exportadores de Petróleo – OPEP – embargaram o fornecimento de petróleo para os Estados Unidos e às potências européias, em represália ao apoio dado por esses países à ocupação de territórios palestinos por Israel, durante a guerra de Yom Kipur (TAVARES, 1977).

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Vale destacar que o setor saúde, sofrendo os impactos desse processo de ajuste macro-estrutural, passou a ser englobado pelas transformações estruturais, assumindo novas concepções gerenciais e tecnológicas. Estas, por sua vez, implicam em mudanças na natureza e no processo de trabalho, além de indicarem a necessidade de um maior embasamento educacional dos seus trabalhadores, com ênfase no conhecimento técnico-científico, com novos requisitos e atributos de qualificação profissional. Passa-se a exigir do trabalhador de saúde, além da flexibilidade técnico-instrumental, a flexibilidade intelectual, na qual o conhecimento é incorporado como saber de gestão, mediado pela dimensão ético-política, onde os termos *saber* e *competência* se impõem como um vocabulário técnico renovado nas práticas atuais de saúde. Estas, por sua vez, não se configuram apenas como um conjunto de atividades associadas descritivamente ao cargo, mas torna-se o prolongamento direto dos saberes que os profissionais de saúde mobilizam frente a uma situação de trabalho, cada vez mais mutável e complexo. Além dos saberes escolares e/ou técnico-profissionais, passa a ser valorizada, também, a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação esses saberes para resolução de problemas e enfrentamento das diversidades nas situações que envolvem as práticas de saúde.

Esses requisitos e atributos de qualificação profissional implicam não só na flexibilidade técnico-instrumental, mas, também, na de cunho intelectual, na qual o conhecimento deve ser incorporado como saber de gestão e mediado pela dimensão ético-política, comunicacional e de relações interpessoais.

Nesse panorama, observa-se uma situação paradoxal, pois ao tempo em que se ampliam as exigências de produtividade em um contexto onde o mercado de trabalho é instável, flexível e em transformação, ampliam-se os requerimentos inerentes à qualificação dos trabalhadores (DELUIZ, 2001 a). Associado a esse contexto, generaliza-se a implantação de um modelo de formação e de capacitação da força de trabalho. O investimento em programas de capacitação de trabalhadores emerge como elemento fundamental na base das transformações estruturais do mundo globalizado, revelando interesses particulares relacionados ao processo de competitividade estabelecido pela globalização.

Observa-se, assim, a difusão e implantação de um modelo de formação e de gestão da força de trabalho em saúde baseado no enfoque das competências profissionais. Este enfoque, contudo, ainda está prioritariamente direcionado ao plano individual de crescimento da pessoa, de forma desvinculada do contexto organizacional onde se insere, demarcando uma

visão reducionista da noção de competência nas práticas de saúde, além de não fornecer a apreensão da questão da competência como envolvida por uma rede de significados e contradições histórico-sociais, que apontam para a marca do individual e do coletivo organizacional (FERNANDES e outros, 2003).

Partindo desse entendimento, o hospital, campo empírico desta investigação, ao decidir pela política de formação de recursos humanos, através de programas de especialização, buscou novas concepções gerenciais que implicaram em mudanças na natureza e no processo de trabalho, além da necessidade de uma maior capacitação dos profissionais de enfermagem da organização, com ênfase no conhecimento técnico-científico e na competência para desempenhar a função de preceptora em unidades de pacientes críticos (terapia intensiva, emergência e centro cirúrgico), frente às situações complexas de cuidados de enfermagem, que exigem ações rápidas e com o máximo de segurança; na capacidade de diagnóstico e de solução de problemas; na aptidão para tomar decisões no trabalho em equipe, enfrentar situações em constantes mudanças e intervir no trabalho para melhoria da qualidade dos processos, produtos e serviços.

Essas mudanças no paradigma da profissão de enfermagem, levaram-me a buscar a compreensão e a identificação das competências da enfermeira preceptora, além de ser resultado da minha preocupação com a enfermagem enquanto prática social – e historicamente determinada –, relacionada às práticas de saúde de uma sociedade concreta. Esta preocupação processual ganhou consistência a partir da minha experiência na implantação e coordenação do Curso de Residência em Enfermagem no Hospital da Cidade, localizado na cidade do Salvador, e, dada à escassez de literatura sobre essa temática no Brasil, quis investigar mais sobre o assunto. Os temas “preceptoria em curso de residência” e “competências da enfermeira”, apesar de atuais, ainda têm pouco impacto na produção científica para o embasamento dos profissionais da área.

A aproximação com o objeto deste estudo direcionou-me ao curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, na linha de pesquisa “Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde”, onde busquei o embasamento teórico para as minhas inquietações e possíveis respostas, principalmente no que tange às questões relativas às competências das enfermeiras na preceptoria em Cursos de Residência em Enfermagem.

Ao ingressar no curso de Mestrado pude desenvolver leituras sobre o trabalho em saúde e, mais especificamente, na enfermagem, que me forneceram subsídios para o entendimento de que o espaço histórico-estrutural do trabalho da enfermagem não é estático, sofre transformações contínuas das quais os sujeitos são os principais articuladores. Esse entendimento levou-me a perceber o processo de trabalho da enfermeira (neste caso, da preceptora em Curso de Residência em Enfermagem) enquanto parte do processo de trabalho da enfermagem e tendo por resultado deste processo o desenvolvimento de competências como instrumento e produto que, como atividade social, relaciona-se com diferentes momentos da enfermagem e, conseqüentemente, da sociedade. Percebe-se, então, que o desenvolvimento das competências da enfermeira preceptora não se constitui em uma esfera marginal e autônoma; ao contrário, articula-se com a forma como o setor saúde está implícito ao mundo da produção e do trabalho.

O Hospital da Cidade, *locus* desta investigação, criou um centro de estudos, como extensão acadêmica e científica, para capacitar e formar profissionais de saúde qualificados e eticamente comprometidos, visando a promover saúde com qualidade e eficiência. Neste intuito, buscou parcerias e convênios com instituições de ensino superior, de notório reconhecimento e de vasta e respeitada experiência em programas de pós-graduação, com um corpo docente qualificado de mestres e doutores. Como resultado dessa parceria, foi criado o Programa de Residência em Enfermagem desse hospital.

A preceptoría do Programa de Residência em Enfermagem do Hospital da Cidade é desenvolvida por enfermeiras com experiência profissional em terapia intensiva de, no mínimo, 3 (três) anos e/ou com curso de especialização em enfermagem intensivista, porém com pouca capacitação pedagógica para o desenvolvimento de atividades de preceptoría. Esta carência do conhecimento das práticas educacionais das preceptoras passou a ser um dos limites no desenvolvimento do seu trabalho. Para Lima (1996):

[...] a enfermeira preceptora é a profissional que, por ser mais experiente, ajuda à enfermeira iniciante a se familiarizar com as normas, rotinas e procedimentos do hospital ou participa dos programas de pós-graduação e de internato.

Entende-se, portanto, que as preceptoras desenvolvem um importante papel no processo formativo das enfermeiras residentes no campo da prática, pois a quase totalidade da carga horária do curso é desenvolvida sob a forma de treinamento em serviço.

Frente a esse panorama e à escassa literatura sobre a temática, torna-se evidente a necessidade de se conhecer as competências da enfermeira para o desenvolvimento do trabalho de preceptoria em Curso de Residência em Enfermagem.

Nesse direcionamento, busquei desenvolver um estudo que possibilitasse através de revisão bibliográfica e complementada das diretrizes curriculares, identificar, promover e gerir os saberes que devem ser mobilizados pelas enfermeiras para atuarem na busca da qualidade das práticas desenvolvidas na preceptoria. Um estudo que pudesse fornecer um embasamento para a compreensão da questão da competência profissional a partir da organização do trabalho e dos elos intermediários entre a organização do trabalho em preceptoria e a competência das enfermeiras no desempenho de suas funções, levando-se em conta as variáveis individuais e as coletivo-organizacionais.

A premência desse processo levou-me à formulação do seguinte questionamento: A partir da percepção das enfermeiras que desenvolvem atividades de preceptoria no Curso de Residência em Enfermagem, no Hospital da Cidade, quais as competências necessárias para realização do trabalho de preceptoria? Para buscar respostas a esse questionamento, foram estabelecidos os objetivos, a seguir apresentados.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Analisar as competências necessárias ao desenvolvimento da preceptoria do Curso de Residência em Enfermagem, no Hospital da Cidade, na cidade do Salvador, através do conhecimento da conformação desse trabalho.

1.1.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil das enfermeiras preceptoras no curso em estudo;
- Descrever as atividades desenvolvidas pelas preceptoras no Curso de Residência em Enfermagem na organização em estudo;
- Identificar, na percepção das preceptoras do curso em estudo, os limites e possibilidades encontrados no desenvolvimento do trabalho de preceptoria;

- Identificar a percepção das preceptoras, sobre a noção de competência, ressaltando as aquelas necessárias ao profissional que atua nessa área.

O alcance desses objetivos possibilitou a indicação de elementos norteadores para o trabalho das preceptoras do Curso de Residência em Enfermagem do hospital em estudo, no sentido de traçar estratégias de maximização da efetividade da preceptoria, e contribuição para a melhoria da assistência de enfermagem desenvolvida naquela organização. Deverá, também, oferecer subsídios à reflexão sobre a competência das enfermeiras e a questão das competências profissionais em uma realidade concreta.

2 COMPETENCIAS DA ENFERMEIRA PRECEPTORA EM CURSO DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM

2.1 COMPETÊNCIA

O conceito de Competência, no âmbito do trabalho, surgiu na década de 60, nos EUA, e com as mudanças ocorridas no mundo do trabalho, a partir dos anos 70, houve uma maior preocupação com as certificações das competências pela Organização Internacional do Trabalho – OIT.

Entre várias definições do conceito de competência, escolho a de Zarafian, indicada por três elementos complementares:

Competência é a tomada de iniciativa e responsabilidade do indivíduo em situações profissionais com as quais ele se confronta.

Competência é uma inteligência prática das situações, que se apóiam em conhecimentos adquiridos e os transformam à medida que a diversidade das situações aumenta.

Competência é a faculdade de mobilizar redes de atores em volta das mesmas situações, de compartilhar desafios, de assumir áreas de responsabilidade. (ZARAFIAN, 2003, p. 137)

Entretanto, o conceito de competência pode ter outros significados conforme o movimento que a originou e/ou o estágio da organização política, social e ou econômica do país. Nos EUA, por exemplo, o conceito de competência profissional baseada na formação e qualificação surgiu nos anos 60. Segundo Hyland (HYLAND apud ALEXIM; FREIRE, 2002, p.89), “este movimento seguiu uma pedagogia baseada no desempenho definida como *Competence Based Education and Training*”.

Já na Inglaterra, este movimento surgiu nos anos 80 e transformou-se em um verdadeiro sistema nacional de formação por competência profissional, denominado *National Vocational Qualifications* – NVQ (ALEXIM; FREIRE, 2002, p. 89).

Para Bunk (BUNK apud Alexim; Freire, 2002, p. 85):

[...] possui competência profissional quem, dispondo de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para exercer uma profissão, pode resolver os problemas profissionais de formas autônomas, flexíveis e está capacitado para colaborar em sua área profissional e na organização do trabalho.

Conforme o autor, na Alemanha, as competências podem ser classificadas em:

Competência técnica. Possui competência técnica aquele que domina, como especialista, as tarefas e conteúdos de seu campo de trabalho, e os conhecimentos e habilidades necessárias para isto.

Competência metodológica. Possui competência metodológica aquele que sabe aplicar o procedimento adequado às tarefas encomendadas e as disfunções que se apresentam; que encontra, de maneira independente, formas de solucionar problemas e que transfere adequadamente as experiências adquiridas a outras situações de trabalho.

Competência social. Possui competência social aquele que sabe colaborar com outras pessoas de forma comunicativa e construtiva, e mostra um comportamento orientado para o grupo e para o entendimento interpessoal.

Competência participativa. Possui competência participativa aquele que sabe participar na organização de seu local de trabalho e também de sua área profissional, sendo capaz de organizar, decidir e aceitar responsabilidades.

O conjunto de competências descritas acima, segundo Bunk, origina a competência de ação, que, em rigor, é indivisível.

Lê Boterf define o profissional competente como:

[...] aquele que sabe administrar uma situação profissional complexa. Esse saber administrar pode ser declinado em: saber agir com pertinência; saber mobilizar saberes e conhecimentos em um contexto profissional; saber integrar ou combinar saberes múltiplos e heterogêneos; saber transpor; saber aprender e aprender a aprender e saber envolver-se. (LÊ BOTERF, 2003, p. 37-38)

Para Roegiers (2004, p. 45), “a competência é um conceito integrador, no sentido de que considera ao mesmo tempo os conteúdos, as atividades a serem exercidas e situações nas quais se exercem as atividades”.

O México implementou seu sistema nacional de competências criando um Conselho Nacional de Normalização e Certificação de Competência Profissional. Este Conselho diz que competente é a pessoa que possui um repertório de habilidades, conhecimentos e destrezas, e a capacidade para aplicá-los em uma variedade de contextos e organizações trabalhistas. Competência profissional é a atitude de um indivíduo para desempenhar uma mesma função produtiva em diferentes contextos e com base nos requisitos de qualidade esperada do setor produtivo (ALEXIM; FREIRE, 2002).

Os estudos sobre competência no âmbito do trabalho, dos autores até então referenciados, relacionam o significado da noção de competência ao tripé: *saber, saber-fazer e saber-ser*, ou a *conhecimento, habilidade e atitude*, os quais devem estar associados à capacidade de resolução de problemas.

Assim, o meu entendimento sobre a definição de competência para o trabalho está relacionado à capacidade do indivíduo de solucionar qualquer problema no seu ambiente de trabalho de forma rápida, eficaz e eficiente utilizando-se de seus conhecimentos práticos e teóricos, suas habilidades técnicas e de relacionamento interpessoal.

Já no âmbito educacional, o conceito de competência assume papel central a partir da Lei nº 9394/96, Lei de Diretrizes Básicas da Educação Nacional – LDB –, onde competência profissional é apreendida como “a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades, necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho”²:

[...] assim, o conhecimento é considerado o saber, e a habilidade como a capacidade de o indivíduo fazer algo relacionado com o trabalho. O valor se expressa através da atitude, que tem a ver com o julgamento da pertinência com a ação, com a ética do comportamento, a convivência participativa, com a qualidade do trabalho de outros produtos tais como a iniciativa e a criatividade. Segundo o mesmo parecer, pode-se dizer que alguém tem competência profissional quando constitui, articula e mobiliza valores para a resolução de problemas não só rotineiros, mas também inusitados em seu campo de atuação profissional. Assim age eficazmente diante do inesperado e do inabitual, superando a experiência acumulada transformando em hábito e liberando o profissional para a criatividade e a atuação transformadora.
(BRASIL/MEC/CNE/CEB, Resolução nº 16/99).

² BRASIL/MEC/CNE/CEB, Resolução nº 4/99.

Ao fazer analogia com a residente de enfermagem, a preceptora e situações do cotidiano, pode-se referir a Perrenoud (1999, p. 31) quando diz:

A competência, ao mesmo tempo em que mobiliza a lembrança das experiências passadas, livra-se delas para sair da repetição, para inventar soluções parcialmente originais, que respondem, na medida do possível, à singularidade da situação presente. A ação competente é uma “invenção bem temperada”, uma variação sobre temas parcialmente conhecidos, uma maneira de reinvestir o já vivenciado, o já visto, o já entendido ou o já dominado, a fim de enfrentar situações inéditas o bastante para que a mera e simples repetição seja inadequada. As situações tornam familiar o bastante para que o sujeito não se sinta totalmente desprovido.

Neste contexto, Perrenoud (1999) mostra a contradição do conceito de competência ao afirmar que ao mesmo tempo em que mobiliza a experiência do passado, livra-se para não repetir, e transforma ao buscar novas maneiras de solucionar um problema. No processo de ensino-aprendizagem da Residência em Enfermagem, a prática social da enfermeira preceptora contribui para atuação eficiente e eficaz da residente.

Dentre os inúmeros estudos sobre competências dos professores destaco a de Perrenoud³ (2000, p. 20-21), um referencial adotado em Genebra em 1996 para formação contínua, do qual o autor participou ativamente. Estas competências foram agrupadas em dez grandes famílias, reconhecidas como prioritárias na formação contínua dos professores do ensino fundamental. São elas:

1. Organizar e dirigir situações de aprendizagem

- Conhecer, para determinada disciplina, os conteúdos a serem ensinados e sua tradução em objetivos de aprendizagem;
- Trabalhar a partir das representações dos alunos;
- Trabalhar a partir dos erros e dos obstáculos à aprendizagem;
- Construir e planejar dispositivos e seqüências didáticas;
- Envolver os alunos em atividades de pesquisa, em projetos de conhecimento.

³ Dados fornecidos pelo Arquivo Formação Contínua. Programa dos cursos 1996-1997, Genebra, ensino fundamental, Serviço de aperfeiçoamento, 1996. Esse referencial foi adotado pela instituição mediante proposta da comissão paritária da formação.

2. Administrar a progressão das aprendizagens

- Conceber e administrar situações-problema ajustadas ao nível e às possibilidades dos alunos;
- Adquirir uma visão longitudinal dos objetivos do ensino;
- Estabelecer laços com as teorias subjacentes às atividades de aprendizagem;
- Observar e avaliar os alunos em situações de aprendizagem, de acordo com uma abordagem formativa;
- Fazer balanços periódicos de competências e tomar decisões de progressão.

3. Conceber e fazer evoluir os dispositivos de diferenciação

- Administrar a heterogeneidade no âmbito de uma turma;
- Abrir, ampliar a gestão de classe para um espaço mais vasto;
- Fornecer apoio integrado, trabalhar com alunos portadores de grandes dificuldades;
- Desenvolver a cooperação entre os alunos e certas formas simples de ensino mútuo.

4. Envolver os alunos em sua aprendizagem e em seu trabalho

- Suscitar o desejo de aprender, explicitar a relação com o saber, o sentido do trabalho escolar e desenvolver na criança a capacidade de auto-avaliação;
- Instituir e fazer funcionar um conselho de classe (conselho de classe ou de escola) e negociar com eles diversos tipos de regras e de contratos;
- Oferecer atividades opcionais de formação, *à la carte*;
- Favorecer a definição de um projeto pessoal do aluno.

5. Trabalhar em equipe

- Elaborar um projeto de equipe, representações comuns;
 - Dirigir um grupo de trabalho, conduzir reuniões;
-

- Formar e renovar uma equipe pedagógica;
 - Enfrentar e analisar em conjunto situações complexas, práticas e problemas profissionais;
 - Administrar crises ou conflitos interpessoais.
6. Participar da administração da escola
- Elaborar, negociar um projeto da instituição;
 - Administrar os recursos da escola;
 - Coordenar, dirigir uma escola com todos os seus parceiros (serviços paraescolares, bairro, associações de pais, professores de língua e cultura de origem);
 - Organizar e fazer evoluir, no âmbito da escola, a participação dos alunos.
7. Informar e envolver os pais
- Dirigir reuniões de informação e debate;
 - Fazer entrevistas;
 - Envolver pais na construção dos saberes.
8. Utilizar novas tecnologias
- Utilizar editores de textos;
 - Explorar as potencialidades didáticas dos programas em relação aos objetivos do ensino;
 - Comunicar-se a distância por meio da telemática;
 - Utilizar as ferramentas multimídias no ensino.
9. Enfrentar os deveres e os dilemas éticos da profissão
- Prevenir a violência na escola e fora dela;
 - Lutar contra os preconceitos e as discriminações sexuais, étnicas e sociais;
 - Participar da criação de regras de vida comum referentes à disciplina na escola, às

sanções e à apreciação da conduta;

- Analisar a relação pedagógica, a autoridade, a comunicação em aula;
- Desenvolver o senso de responsabilidade, a solidariedade e o sentimento de justiça.

10. Administrar sua própria formação contínua.

- Saber explicitar as próprias práticas;
- Estabelecer seu próprio balanço de competências e seu programa pessoal de formação contínua;
- Negociar um projeto de formação comum com os colegas (equipe, escola, rede);
- Envolver-se em tarefas em escala de uma ordem de ensino ou do sistema educativo;
- Acolher a formação dos colegas a participar dela.

Segundo Perrenoud, estas são as competências emergentes, aquelas que representam mais um horizonte do que um conhecimento consolidado. Elas foram baseadas no referencial genebrino e com a intenção de orientar a formação contínua de forma coerente com as renovações do sistema educativo. Para isso, Perrenoud (2000, p. 12) remeteu às obras de vários estudiosos da área como Develay (1995), Houssaye (1994), De Peretti, Boniface e Legrand (1998), Raynal e Rieunier (1997).

Para Lê Boterf (2003, p. 92), o perfil do profissional competente que sabe administrar em uma situação complexa pode ser resumido com as seguintes características:

[...] saber agir e reagir com pertinência: saber o que fazer, saber ir além do prescrito, saber escolher na urgência, saber arbitrar, negociar, decidir e saber encadear ações de acordo com uma finalidade; saber combinar recursos e mobilizá-los em um contexto: saber construir competências a partir de recursos, saber tirar partido não somente de seus recursos incorporados (saberes, saber-fazer, qualidades), mas também dos recursos de seu meio; saber transpor: saber memorizar múltiplas situações e soluções-tipos, saber distanciar-se, funcionar “em dupla direção”, saber utilizar seus metacconhecimentos para modelizar, saber determinar e interpretar indicadores de contexto, saber criar as condições de transponibilidade com auxílio de esquemas transferíveis; saber aprender e aprender a aprender: saber tirar as lições da experiência, saber transformar sua ação em experiência, saber descrever como se aprende e saber agir em circuito duplo de aprendizagem; saber envolver-se: saber envolver sua subjetividade, saber assumir riscos, saber empreender e ter ética profissional.

Também relaciona todos os saberes e habilidades requeridas para um profissional competente na resolução de problemas de forma ética. E a preceptora na função de educadora, responsável pela formação das residentes de enfermagem, pode ter como referência de desenvolvimento das competências, as características da profissional competente, segundo Lê Boterf (2003), e utilizá-las durante o curso de residência. Esta medida possibilitará melhor qualificação e capacitação das enfermeiras residentes para o exigente e competitivo mercado de trabalho.

Do exposto, apreende-se que os estudos sobre competência sejam no âmbito do trabalho e ou da educação, apontam para uma melhor qualificação dos profissionais nas organizações. E na preceptoria da Residência em Enfermagem, a competência passa a ser relevante diante da exigência de profissionais capacitados para atuarem em um cenário dinâmico, complexo, de alta tecnologia, de procedimentos invasivos, estressantes e com o envolvimento de muitas pessoas.

2.2 PRECEPTORIA

2.2.1 A noção de preceptoria

Segundo Bueno (BUENO apud BERARDINELLI, 1998, p. 87), a palavra “preceptoria” é originária da palavra latina *praeceptore* e definida como “quem ensina, educa, instrui, mentor, professor, mestre, guia intelectual”

Para Mendes (1966, p. 347), o preceptor “é um professor particular, com a diferença que este só se incumba de ensino de qualquer arte, ciência ou língua estrangeira e também da vigilância que aos pais pertencem”.

A preceptoria já era utilizada desde os tempos antigos, quando os nobres contratavam preceptores para a educação de seus filhos. Esses preceptores eram pessoas de notório saber, verdadeiros sábios, provenientes de diversos países da Europa, que tinham a incumbência de educar os filhos daquelas famílias, e pessoas ilustres como D. João III, Nero, Luiz de Camões, foram educados por preceptores (MENDES, 1966).

Na área de enfermagem, destaca-se Florence Nightingale, de família nobre, que teve sua formação diversificada com preceptores (BROWN apud BERARDINELLI, 1998). Na literatura, também encontramos a figura da governanta e da preceptora como personagens

que se tornaram conhecidas internacionalmente, como a do livro de autobiografia *A preceptora*, escrito pelas irmãs Charlotte e Anne Brontë, em 1847 (RITZKAT, 2000, p. 269-290).

Historicamente, observa-se que a preceptoria é uma prática social desenvolvida desde os tempos primórdios por pessoas que compartilhavam seus saberes diferenciados com filhos de famílias mais abastadas, e esta realidade concreta contribuía para a formação de castas que davam origem às classes dominantes.

No Brasil do século XIX, as preceptoras foram presenças freqüentes nas casas das elites brasileiras e ajudavam na tarefa de preparar as crianças e os jovens destas famílias para uma vida mais culta e elegante, em uma educação não institucionalizada, e responsável pela elaboração de programas e regras para as crianças: aulas, horários e métodos. Neste contexto, a preceptora era definida como uma mulher que ensinava em domicílio ou uma mulher que residia com uma família para fazer companhia e dar aulas às crianças.

Nessa época, o estereótipo das mulheres preceptoras era de solteirona, frustrada, que se vestia de forma antiquada e inimiga militante dos homens. Porém, esta imagem de preceptora era uma exceção e poucas correspondiam à imagem de solteirona.

Como mercado de trabalho, a preceptoria surgiu das crescentes exigências da educação feminina, que levaram à contratação de educadoras particulares pelas ricas famílias alemãs. Desde o século XVIII, as mulheres alemãs foram para a Rússia, França e a Inglaterra para ensinar filhos de famílias ricas desses países e, a partir do século XIX, partiram para locais mais distantes como a Romênia, Croácia, Hungria, Chile, Brasil, Egito, Uruguai, Austrália, oeste dos EUA, Japão e Índia. Porém, nesses países, a abertura do mercado de trabalho para as preceptoras, também dependia da realidade política e econômica vigente principalmente após a revolução industrial e as conseqüentes mudanças dos regimes monárquicos para outros regimes.

Portanto, a preceptoria teve um papel importante na transformação histórica da realidade social da época através da educação dos indivíduos nos séculos XVIII e XIX em vários países, porém, de forma desigual e privilegiada das classes sociais mais abastadas, porque nesse período os movimentos intelectuais foram caracteristicamente aristocráticos. Somente no final do século XIX o educador suíço Johann H. Pestalozzi defendeu o acesso à educação a todas as classes sociais.

No Brasil, o mercado de trabalho também era restrito à elite, e o recrutamento das preceptoras era realizado através de anúncios em jornais, tais como:

Para complementar a educação intelectual e moral de uma menina cuja família reside n'um arrabalde desta corte, precisa-se de uma senhora respeitável para lecionar línguas, música e desenho: oferece-se todas as comodidades na casa de família da educanda onde terá de residir e vantajoso ordenado (JORNAL DO COMÉRCIO, 1882, apud RITZKAT, 2000, p. 269).

Nessa época, a educação feminina restringia-se basicamente aos domínios do lar com a participação das preceptoras que complementavam a educação iniciada pelas mães. Após essa fase, quando as filhas eram enviadas para colégios, ficavam por pouco tempo, porque ao atingirem a puberdade eram consideradas “prontas” para o casamento.

Historicamente, a preceptoria sempre esteve presente como prática comum nas classes burguesas. No Brasil, mesmo após a proclamação da independência, quando surgiram mudanças nas idéias pedagógicas, uma política educacional de criação de escolas primárias, secundárias e superiores, o acesso às mesmas era determinado pelas condições sociais, econômicas e políticas da época que dividiam: para a elite, as escolas secundárias e a faculdade; e para o povo, a escola primária, o liceu de artes e ofícios e a escola normal. Desta forma, o círculo vicioso de privilégio perpetuava-se com as classes dominantes.

Assim, vê-se que preceptoria é uma prática social antiga, onde a pessoa mais experiente socializa seus conhecimentos e vivências com a menos experiente. Atualmente, com os programas de residência, aumentou o mercado de trabalho para as preceptoras que, cada vez mais, necessitam capacitar-se para desenvolver competências específicas.

2.2.2 A preceptoria no trabalho da enfermagem

A preceptoria é uma das atividades de ensino da enfermeira no processo de formação deste profissional, porém pouco reconhecido e estudado.

O trabalho de enfermagem, assim como de outras áreas sofreram mudanças significativas nas últimas décadas do século XX, decorrentes de fatores sociais, políticos, econômicos e culturais. Na década de 70 com a crise do petróleo houve uma recessão econômica e queda do produto interno bruto em vários países, gerando *déficit* público e inflação.

Neste contexto, surgiu o neoliberalismo com a visão de diminuir o tamanho do Estado e liberar o capital para que ele possa multiplicar e beneficiar toda a sociedade. O Estado passa a ter o conceito de Estado-Mínimo e a exercer apenas as funções estratégicas como legislar, regular, julgar e dar segurança interna e externa. A gestão das demais áreas, como saúde, educação, comunicação, transportes e outras, passam a ser também das iniciativas privadas através de empresas do terceiro setor.

Essa crise do capitalismo levou as empresas a buscarem novos modelos de gestão para atender aos novos paradigmas de produção, visto que as qualificações formais requeridas pelas organizações, tipo taylorista-fordista, estavam superadas. Surgiu a necessidade de trabalhadores multifuncionais que exercessem suas funções com qualidade e com alta produção para garantir a sobrevivência e a competitividade das empresas.

Nessas condições concretas da realidade política e social, ocorre a mercantilização da saúde que facilita o financiamento para as organizações privadas.

Nessa década, surgiram as Unidades de Terapia Intensiva para atender aos pacientes críticos recuperáveis. Contudo, essas unidades necessitavam de pessoal capacitado e qualificado para cuidar de pacientes críticos e manipular os equipamentos complexos, e o mercado de trabalho não o dispunha. Desta forma, surgem os Programas de Residências em Enfermagem para preencher esta lacuna.

Na década de 80, após um longo período do regime de ditadura militar, houve no Brasil um grande movimento pela redemocratização, que culminou com a aprovação da constituição de 1988 com grandes ganhos na área social e dos trabalhadores. No final desta década, exatamente em 1989, com a queda do muro de Berlim, ocorreu uma nova ordem mundial com a abertura de mercado, surgindo a era da globalização, com acelerada revolução tecnológica, especialmente nos serviços de comunicações e informações.

Em seguida, na década de 90, surge a era da tecnologia da informação e o desafio através de soluções emergentes de gestão, na busca acelerada das empresas brasileiras na melhoria de seus processos de trabalho com auxílio dos programas de controle da qualidade total, de melhoria contínua, experiências japonesas bem sucedidas. As empresas buscavam a padronização, o treinamento e a certificação com a *Internacional Organization for Standardization*, conhecida como ISO 9000, na tentativa de permanecerem no mercado altamente competitivo.

Apreende-se, então, que, no bojo da crise do capitalismo dos anos 70 a 90, houve grandes avanços nos modos e relações de trabalho que impactaram diretamente na educação. Apesar das lutas das classes trabalhadoras contra a hegemonia das classes dominantes, a burguesia continua determinando as regras e a exclusão social se mantém, principalmente nos países periféricos.

Para acompanhar essas mudanças tão rápidas nos processos de trabalhos, os perfis dos trabalhadores também sofreram modificações e, atualmente, o conceito de competência no âmbito do trabalho passou a ter um significado mais amplo.

E, na área da saúde, especialmente nas Unidades de Terapia Intensiva, as mudanças são mais freqüentes e exige maior capacitação dos profissionais. Neste ambiente de alta tecnologia é desenvolvido o Curso de Residência em Enfermagem.

Neste sentido, a enfermeira preceptora assume um papel de relevância no processo de ensino aprendizagem, na construção do conhecimento prático da residente em enfermagem e na articulação do ensino com a realidade concreta. Ela necessita desenvolver e adquirir competências próprias para exercer suas atividades de forma satisfatória e que venha atender às exigências do mercado de trabalho. Competências essas que não são transmitidas através de saberes específicos durante a formação na graduação. Conforme Carvalho e Viana (VAINA apud CARVALHO; PEREZ, 2001, p. 107-124) há três áreas de saberes necessários que podem levar os preceptores a uma sólida formação teórica: os *saberes conceituais e metodológicos da área*, os *saberes integradores*, que são relativos ao ensino da área, e os *saberes pedagógicos*.

Segundo esses autores, para ser uma boa preceptora não basta conhecer bem o conteúdo dos livros-textos, ser uma transmissora mecânica; é necessário fazer uma crítica fundamentada e dominar os *saberes conceituais e metodológicos da área*. É necessário conhecer, também, a história da construção das ciências, os problemas, as dificuldades, as orientações metodológicas, como as pesquisas foram desenvolvidas, as interações das ciências, tecnologias e sociedade associadas à construção do conhecimento, ter uma visão dinâmica do conteúdo a ser ensinado através do conhecimento do desenvolvimento científico recente e suas perspectivas, além de adquirir conhecimento de outras disciplinas relacionadas para abordagens transdisciplinares.

Já os *saberes integradores* são os relacionados ao ensino dos conteúdos escolares, e são provenientes das pesquisas realizadas na área de ensino do conteúdo específico, cujos

resultados demonstraram que a maioria dos professores, quando foram alunos, tiveram idéias, atitudes e comportamentos de ensino não reflexivo, tornando-os mais resistentes às mudanças didáticas.

Os *saberes pedagógicos* estão relacionados com as pesquisas na área da Didática Geral, Psicologia da Aprendizagem e a prática nas salas de aula influenciando o ensino e a aprendizagem

É necessário também que as preceptoras saibam da existência de concepções espontâneas ao planejarem suas atividades e terem a consciência de que as residentes de enfermagem chegam aos estágios com conhecimentos empíricos já constituídos.

Todavia, na área de saúde, com a era da microeletrônica, com o surgimento das unidades de cuidados intensivos para atender aos pacientes críticos, ocorreu um aumento da complexidade dos processos de trabalho. Neste contexto Kuenzer (2002, p. 45) diz:

Embora a tendência dos processos mediados pela microeletrônica, exatamente em face de sua complexidade, supunha uma relação do trabalhador com o conhecimento materializado nas máquinas e equipamentos como "usuários", demandam o desenvolvimento de capacidades cognitivas complexas, em particular relativas a todas as formas de comunicação, ao domínio de diferentes linguagens e ao desenvolvimento do raciocínio lógico-formal. Estas competências só podem ser desenvolvidas através de relações sistematizadas com o conhecimento em processo especificamente pedagógicos disponibilizados por escolas ou cursos de educação profissional.

Conforme a autora, diante da complexidade nos processos de trabalho ocorrida na área de enfermagem, com o surgimento das unidades de terapia intensiva houve a demanda dos cursos de especialização em enfermagem intensiva para o desenvolvimento da capacidade cognitiva e o domínio dos procedimentos e equipamentos mais complexos pelas enfermeiras que atuam na área. Porém, a valorização do aprendizado teórico pelas escolas em detrimento da prática realizada pelas enfermeiras de assistência, sem uma prévia capacitação metodológica e didática, traz, como conseqüências, os aspectos negativos citados pelas residentes de enfermagem pesquisadas no estudo realizado por Santos (1999).

2.3 RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM

O termo “residência” surgiu na área médica, criado em 1889 por William Stewart Halsted, no Departamento de Cirurgia da Universidade Johns Hopkins. Este modelo de capacitação profissional do médico tem sido reconhecido como a forma mais eficaz de aperfeiçoamento e especialização na área médica (BARBOZA FILHO, 2003).

Segundo Almeida (1975, p. 87-8), o curso de Residência “especializa o enfermeiro em uma área de atendimento determinado, aprofunda conhecimentos na assistência a paciente em estados graves e agudos, principalmente em área de cuidados intensivos”.

A Residência em Enfermagem constitui uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, destinada a enfermeiras, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço com aprofundamento do conhecimento específico na área, desenvolvido em organizações de saúde universitárias ou não, sob a supervisão e orientação de enfermeiras preceptoras.

A primeira Residência em Enfermagem no Brasil surgiu em 1961, no Hospital Infantil do Morumbi da Legião Brasileira de Assistência, nos mesmos moldes da Residência Médica (LIMA, 1980).

Entretanto, somente na década de 70 do século XX, com a mercantilização da saúde, quando a assistência médica passa a ser submetida às regras de produção, através de financiamento e distribuição do modo de produção capitalista, e com o incentivo aos seguros-saúde privados e empresas de saúde, há um crescimento dos Programas de Residência em Enfermagem. Esses programas surgiram com o objetivo de formar enfermeiras especialistas para atender, principalmente, à demanda das Unidades de Terapia Intensiva, com pacientes graves e equipamentos de monitorização complexa.

Neste contexto, surgiu, em 1973, o Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sob a forma de Residência, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, a fim de capacitar a enfermeira para atuar em terapia intensiva. Nessa mesma década surgiram mais 5 (cinco) Programas de Residência em Enfermagem no Estado do Rio de Janeiro: em 1975, no Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal do Rio de Janeiro; em 1976, no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social; em 1977, na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; e, por fim, em 1979, no Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do

Estado do Rio de Janeiro e no Instituto Nacional do Câncer do Ministério da Saúde; todos decorrentes da grande expansão da rede hospitalar no Estado, (SANTOS, 1999).

Observa-se, assim, que na década de 70 houve investimentos na capacitação dos profissionais de saúde como elemento fundamental na base das transformações estruturais da sociedade.

Em 1978, a Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Rio de Janeiro –, preocupada com a qualidade do ensino nos programas de residências, promoveu o Iº Seminário sobre a Residência em Enfermagem, e recomendou que à enfermeira residente deve ser “assegurado o acompanhamento contínuo por enfermeiras de comprovada conduta ética e domínio da especialidade, que permita um desempenho adequado de atividades de ensino teórico-prático”. ABEN (1978, p. 124).

No relatório do Iº Seminário sobre Residência do Hospital Universitário Pedro Ernesto, é definida como uma das atribuições da enfermeira preceptora: “zelar pela fundamentação teórica e prática, discutindo cada ação prática, fundamentando-a cientificamente” (LIMA, 1996, p. 12). Contudo, na realidade prática, como essa atribuição costuma ser delegada à enfermeira coordenadora (que também gerencia a Unidade), ela pode não vir a ser exercida de forma adequada, pois, na maioria dos hospitais, a responsabilidade da preceptoría de enfermagem é dela; no entanto, no cotidiano, este papel é assumido pela enfermeira de assistência, que, por sua vez, não participa da organização e elaboração do programa do curso. Esta dissociação é freqüente nos programas de residência em enfermagem existentes.

Dentre os estudos encontrados sobre a temática, posso citar o realizado por Santos (1999) sobre as expectativas das residentes de enfermagem relacionadas às características de ações das preceptoras. Nesta pesquisa, a autora encontrou como ações das preceptoras: apoiar e ajudar no crescimento; tirar dúvidas; acompanhar, orientar e participar do aprendizado; direcionar a residente; trocar experiências; respaldar a residente; organizar as escalas e ser elo de ligação.

Quanto ao questionamento da influência exercida pelo preceptor sobre a aluna residente, a maioria das entrevistadas respondeu que a preceptora exerce influência. Segundo Santos (1999, p. 27-28):

O emprego do termo influência dá-se no sentido de que acredito que a relação interpessoal que se estabelece entre preceptores e residentes de enfermagem durante o tempo em que se desenvolve a residência é determinante e crucial para que ocorra uma troca permanente entre ambos, o que acarretará na influência (às vezes, mútua)

sobre o agir, o pensar, o falar, o executar, o decidir e os demais processos do cotidiano da prática de enfermagem.

Nessa mesma pesquisa, Santos levantou as características aprovadas e desaprovadas pelas enfermeiras residentes na relação preceptora-residente. Como características aprovadas nas preceptoras foram citadas: atualização, conhecimento técnico-científico apurado; incentivo ao estudo e à pesquisa, promoção de ensinamentos clínicos, encontros e debates científicos entre as residentes; bom relacionamento com as residentes, apoio, diálogo; voluntariedade, interesse e disponibilidade; postura profissional; humanização e compreensão; flexibilidade; integração com os setores e campos de prática.

Como características reprovadas nas preceptoras foram citadas: intransigência, autoritarismo e inflexibilidade; desatualização e falta de preparo e conhecimento técnico-científico; desinteresse e ineficiência; indiferença, ausência e omissão; falta de postura profissional e descompromisso profissional; incompetência, irresponsabilidade e desconhecimento de sua função; dificuldade de interação e de diálogo; parcialidade, desrespeito e incompreensão; falta de integração com a universidade e competição com a residente.

Sem dúvida, no processo de ensino-aprendizagem dos Programas de Residência em Enfermagem, a preceptora exerce um papel fundamental na formação da residente pelas características do curso, de formação de especialistas através de treinamento em serviço. Da carga horária total de um curso de residência, 80% é desenvolvida sob a forma de atividades práticas e 20% de atividades teóricas (LIMA, 1996, p. 11).

Do exposto, percebe-se que é necessário que a preceptora esteja disposta a ensinar contextualizando histórica e socialmente, a caminhar junto, a compartilhar experiências e a desenvolver um relacionamento proveitoso e dinâmico com as residentes, para exercer bem seu importante papel crítico-transformador na sociedade.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Buscando alcançar os objetivos delineados e encontrar respostas para a realidade observada, fundamento-me nos pressupostos teóricos dos estudos de Perrenaud (1999, 2000, 2003), Lê Boterf (2003), Bunk (apud ALEXIM; FREIRE, 2002) e Fernandes (2003) acerca das competências. Além das pesquisas realizadas por Lima (1980), Lima, E. (1996), Berardinelli (1998) e Santos (1999). Esses pressupostos se constituem em um conjunto articulado de juízos a respeito de uma dada realidade.

Fundamento essa escolha no entendimento de que esse referencial oferece um direcionamento para a análise dos achados do meu estudo, para as causas e conseqüências dos problemas apontados e suas contradições, considerando o contexto do fenômeno estudado. Entendo, também, que essa base teórica se constitui em um paradigma explicativo da realidade que pretendo estudar, isto é, o desenvolvimento de competências para o trabalho de preceptoria em Cursos de Residência em Enfermagem, em uma realidade concreta.

Assim, busco a compreensão do desenvolvimento de competências profissionais para o trabalho de preceptoria da enfermeira em Curso de Residência em Enfermagem, entendendo esse processo como um conjunto de práticas e saberes intrinsecamente relacionados à totalidade social, nos contextos individuais e organizacionais.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Buscando estudar as competências necessárias ao desenvolvimento do trabalho das enfermeiras preceptoras de um Curso de Residência em Enfermagem em uma realidade concreta, adoto uma abordagem qualitativa por entender que a mesma possibilita um olhar descritivo sobre o fenômeno estudado, contribuindo para uma apreciação mais ampla e confiável dessa realidade, considerando que:

[...] a pesquisa qualitativa trabalha o universo de significados, motivos, aspirações, crenças valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2000, p. 22).

Esta investigação consiste, portanto, em um estudo descritivo analítico com abordagem qualitativa. Esta opção respalda-se no entendimento de que essa abordagem apresenta-se como a mais adequada para a presente investigação por ser capaz de revelar valores, símbolos normas e representações (MINAYO, 2000).

Nesta perspectiva, adotei o estudo de caso, que se caracteriza como uma abordagem da pesquisa qualitativa, cujo propósito fundamental é analisar uma unidade social. Trata-se, pois, de uma pesquisa empírica que investiga fenômenos no seu contexto real, onde o objeto investigado se constitui em uma representação da realidade (YIN, 1999).

O Estudo de Caso se constitui em um conjunto de dados sobre a totalidade do processo social de uma unidade em suas relações interna e externa, podendo essa unidade ser uma pessoa, uma família, um profissional, uma instituição social, uma comunidade ou uma nação (GIL, 1991, p.60).

Para Ludke e André (1986, p.17), esse tipo de pesquisa estimula novas descobertas, com ênfase na totalidade e simplicidade dos procedimentos, e tem como características fundamentais:

- A descoberta: onde o investigador se mantém atento aos elementos que emergem do estudo;
- A interpretação em contexto: o investigador deve levar em conta o contexto onde o fenômeno se situa;
- A descrição da realidade: de se dar de forma completa e profunda evidenciando as inter-relações dos seus componentes;
- Uso de uma variedade de fontes de informação;
- Apresentação de diferentes e conflitantes pontos de vista.

3.2 O CAMPO EMPÍRICO DO ESTUDO

O espaço delimitado para a investigação foi o Hospital da Cidade, um hospital geral, de médio porte, da rede privada, situado na cidade do Salvador, caracterizando-se por uma organização civil sem fins lucrativos, que, através do seu Centro de Estudos e Pesquisas, mantém programas de pós-graduação *lato sensu* na área médica, de enfermagem, de fisioterapia e de nutrição clínica, cuja filosofia é voltada para assistência, ensino e pesquisa.

Esse hospital dispõe de 90 (noventa) leitos, sendo 16 (dezesesseis) de Terapia Intensiva, 14 (quatorze) de Clínica Médica, 43 (quarenta e três) de Clínica Cirúrgica, dos quais 10 (dez) são de *day-hospital* e 17 (dezesete) de observação na Unidade de Emergência. Além de 5 (cinco) salas cirúrgicas para cirurgias de pequeno, médio e grande porte, Unidade Ambulatorial que atende a várias especialidades e aos serviços de apoio e diagnóstico, Unidade de Bio-imagem com serviços de radiologia, tomografia, ultra-sonografia e ecocardiografia. Trata-se de um hospital com recursos físicos, humanos, de materiais e equipamentos destinado a atender pacientes gravemente enfermos.

A escolha por esse campo de investigação deu-se pelo entendimento de que a especificidade de cada caso não reduz a riqueza de uma pesquisa, pois, através de sua análise, torna-se possível estabelecer as relações com o contexto social.

3.3 SUJEITOS DA INVESTIGAÇÃO

Os sujeitos da investigação foram as enfermeiras que desenvolvem atividades de preceptoria e de assistência, quando as residentes estão em salas de aula, no Curso de Residência em Enfermagem Intensiva da parceria entre a Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Instituto Sócrates Guanaes e Hospital da Cidade.

O caráter do estudo possibilitou que a delimitação dos sujeitos fosse definida ao longo da coleta de dados. Entendendo que o contingente de atores deva refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões, foram considerados alguns critérios, propostos por Minayo (2000, p. 102):

- O contingente foi “suficiente para permitir uma certa reincidência das informações”;
- Foram aproveitadas as “informações ímpares cujo potencial explicativo” fosse relevante;
- O conjunto de informantes foi “diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças” do objeto.

Seguindo esse entendimento, este estudo optou por alcançar tantos sujeitos quantos foram necessários à análise do objeto em pauta, sendo limitado pelo critério de

saturação das informações obtidas. Assim, o grupo constituiu-se de dezoito enfermeiras, dentre as quais doze da Unidade de Cuidados Intensivos e seis da Unidade de Emergência, todas do quadro funcional do hospital que atuam como preceptores do curso de residência em enfermagem intensiva e que aceitaram participar desta pesquisa, conforme termo de consentimento livre e esclarecido, assinado pelas mesmas e observados os aspectos éticos emanados da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

As características pessoais, profissionais e trabalhistas levantadas nesta pesquisa foram: idade, sexo, estado civil, número de filhos, instituição formadora, tempo de formação, tempo de atuação em preceptoria, cursos de especialização realizados, tempo de atuação em terapia intensiva e emergência, número de atividades, locais dos outros vínculos e jornada de trabalho semanal.

E os resultados destes dados podem ser observados nos quadros a seguir:

<u>Idade</u>		<u>Sexo</u>		<u>Estado Civil</u>			<u>Nº de filhos</u>		
<u>25-35</u>	<u>36-46</u>	<u>F</u>	<u>M</u>	<u>Solteira</u>	<u>Casada</u>	<u>Divorciada</u>	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2-3</u>
<u>12</u>	<u>06</u>	<u>16</u>	<u>2</u>	<u>9</u>	<u>6</u>	<u>3</u>	<u>11</u>	<u>04</u>	<u>03</u>

Quadro 1: Dados Pessoais

<u>Instituição formadora</u>		<u>Tempo de Formação</u>		<u>Tempo de atuação em Preceptoria</u>		<u>Especialização</u>		
<u>Pública</u>	<u>Privada</u>	<u>>5 a</u>	<u><5 a</u>	<u>< 2a</u>	<u>> 2a</u>	<u>UTI</u>	<u>U E</u>	<u>Outros</u>
<u>11</u>	<u>7</u>	<u>06</u>	<u>12</u>	<u>14</u>	<u>4</u>	<u>12</u>	<u>03</u>	<u>07</u>

Quadro 2: Dados Profissionais

<u>Unidade de Cuidados Intensivos</u>		<u>Unidade de Emergência</u>	
<u>> 3 a</u>	<u>< 3 a</u>	<u>> 3 a</u>	<u>< 3 a</u>
<u>12</u>	<u>0</u>	<u>4</u>	<u>2</u>

Quadro 3: Tempo de Atuação

Número de vínculos			Locais do 2º/3º vínculo				Jornada de Trabalho Semanal		
01	02	03	UCI	U E	Ensino	Outros	36h	44h	56-80h
01	16	1	08	03	01	06	01	0	17

Quadro 4: Outras atividades

Estes dados revelaram que a maioria das preceptoras está na faixa etária de 25 a 35 anos, caracterizando um grupo de profissionais adultos jovens, das quais muitas iniciaram na preceptoría após o curso de Residência em Enfermagem. Este aspecto trouxe como possibilidade o conhecimento nivelado do conteúdo teórico apreendido no Curso de Residência, muito importante na transmissão do saber durante as discussões realizadas no campo de estágio. E, como limite, a pouca experiência profissional dessas preceptoras, porém compensada pela extensa carga horária de prática de um curso como este, de 6000 (seis mil) horas, dos quais 80% são sob a forma de treinamento em serviço e, nesses 24 meses, a aluna tem a oportunidade de vivenciar inúmeras situações enriquecedoras à sua prática, apoiada na competência da preceptora.

Quanto ao sexo houve um predomínio do sexo feminino, e com relação ao estado civil e número de filhos, o grupo maior de preceptoras era de solteiras e sem filhos, o que se explica pela faixa etária predominante de profissionais com menos de 30 anos; duas desta faixa etária eram casadas e sem filhos, todas as três divorciadas tinham pelo menos 1 filho e uma preceptora com 3 filhos.

Sobre os dados profissionais, a maioria era formada por instituições públicas estaduais e federais e com tempo de formação menor que cinco anos, e de atuação como preceptora menor que dois anos. Este tempo relativamente pequeno de atuação é explicado pela decisão da organização promotora do curso de Residência em Enfermagem de optar para o seu corpo de preceptoras, pelas residentes que concluíram o curso na primeira turma de residência e tinham interesse pela área de ensino. Esta opção trouxe como possibilidades a maior disponibilidade destas preceptoras para cumprirem a jornada de trabalho semanal de 36 horas, que favorece a um acompanhamento mais individualizado das residentes e uma avaliação de desempenho mais detalhada no aspecto qualitativo.

A preceptora com formação especializada na área é considerada como elemento facilitador para as discussões científicas realizadas no campo de prática, uma vez que ela tem conhecimento do conteúdo científico teórico desenvolvido na Escola de Enfermagem, que favorece a uma melhor associação da teoria com a prática. E esta formação especializada esteve presente na maioria das preceptoras pesquisadas.

Quanto ao tempo de atuação na área, todas as preceptoras da Unidade de Cuidados Intensivos tinham mais de três anos de experiência, e na Emergência a maioria tinha mais de três anos de experiência e duas que não tinham três anos de experiência possuíam o curso de especialização em emergência. A opção pela preceptora com curso de Especialização em Emergência em detrimento do tempo de experiência foi determinada pela necessidade de fundamentação científica da preceptora nas discussões científicas no campo de prática, muito valorizada pelas residentes para diferenciar o especialista do “tarefeiro”.

Das dezoito preceptoras entrevistadas, dezesseis possuíam dois vínculos empregatícios, uma exercia apenas a função de preceptoria e uma estava com três vínculos empregatícios. Desta forma, a maioria das preceptoras tinha uma jornada de trabalho semanal entre cinquenta e seis a oitenta horas.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

No desenvolvimento do presente estudo respeitei os princípios éticos emanados da Resolução 196 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos. Neste sentido, esta proposta de pesquisa foi submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira da Universidade Federal da Bahia, e autorização do Diretor Técnico-Científico do Hospital, campo da investigação. Mediante aprovação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos da pesquisa, quando foram realizadas as entrevistas. Adotei procedimentos que garantiram a confiabilidade e privacidade, a proteção da imagem, a não estigmatização assegurando-se a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou comunidade, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico-financeiro.

3.5 COLETA DE DADOS

Para estruturação deste estudo utilizei dados primários obtidos nas entrevistas com enfermeiras preceptoras e dados secundários através das fontes documentais do Centro de Estudos do Hospital, campo empírico desta investigação. Nesses documentos levantei os registros de oferta do curso e a participação das enfermeiras preceptoras neste curso, a fim de conhecer os aspectos que são considerados no planejamento e organização desse referido curso, as pessoas que interferem nessa dinâmica e identifiquei os critérios adotados para indicação de preceptoras. Esses dados permitiram conhecer a conformação do trabalho das preceptoras do Curso de Residência em Enfermagem do hospital, campo empírico dessa investigação. Utilizei, também, relatórios das ações e/ou atividades desenvolvidas pelo Curso e os relatórios das preceptoras, buscando identificar as contradições inerentes às políticas de desenvolvimento das competências profissionais das preceptoras.

Para análise documental realizei leitura exaustiva dos mesmos buscando verificar continuidades e discontinuidades de conteúdos, temática, população-alvo, clientela atingida, formas de abordagem; entre outros aspectos, descobrir circunstâncias sociais, políticas e econômicas com as quais pudessem estar relacionadas.

Os dados primários foram obtidos através de entrevistas semi-estruturadas, junto às preceptoras, na tentativa de conhecer a conformação do processo de trabalho de preceptoría e levantar as competências necessárias para o desenvolvimento desta atividade.

A aplicação desta técnica é justificada pela possibilidade de aquisição de respostas com conteúdos que realmente reflita as caracterizações individuais, profissionais e sociais. E, ainda, devido à possibilidade de estimular a narrativa das entrevistadas, por permitir obter informações sobre o objeto investigado, através da fala como instrumento “revelador de condições estruturais e de sistema de valores, normas e símbolos” (MINAYO, 2000, p.109).

Com esse propósito, as entrevistas foram realizadas com um roteiro, contemplando questões e informações voltadas para os objetivos do estudo. Considerando que os sujeitos são enfermeiras, foi utilizado um roteiro como “instrumento para orientar uma conversa com finalidade [...], ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação” (MINAYO 2000, p. 199). Ele foi estruturado a partir de questões que delinearão o objeto dando forma e conteúdo.

Para garantir uma maior participação de sujeitos nesta pesquisa, fiz um contato pessoal com cada preceptora, quando foi explicado o objetivo da pesquisa e a importância para o curso de residência. As entrevistas foram agendadas conforme as disponibilidades das mesmas em relação ao dia e horário mais conveniente e, neste momento, elas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Observei, neste contato, o grande interesse de todas no resultado da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada no período de 19 de dezembro de 2005 a 7 de janeiro de 2006, com auxílio de um gravador, autorizado pelas preceptoras, e paralelamente transcritos por uma estagiária com experiência em pesquisas. O tempo de duração das entrevistas foi em média de vinte minutos, portanto, dentro do limite recomendado por Trivinos (1995) para evitar a repetição e o empobrecimento no conteúdo. As entrevistadas foram identificadas pela ordem de entrevistas, por exemplo: E1, primeira entrevistada; E2, segunda entrevistada e assim sucessivamente, com intuito de preservar o anonimato.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo, a qual Bardin (1994, p. 199) define como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção destas mensagens.

Segundo Bardin, a técnica de Análise de Conteúdo busca a verificação do que está contido em uma mensagem com vistas ao aprofundamento do conhecimento sobre o fenômeno que está sendo analisado.

Considerando a coleta de dados secundários junto ao Centro de Estudo do Hospital da Cidade, através de documentos oficiais e documentos técnico-administrativos, destaco também a definição que Triviños (1995, p. 160) destina a esta técnica: “o desvendar das ideologias que podem existir nos dispositivos legais, diretrizes que, a simples vista, não se apresentam com a devida clareza”.

Buscando-se atingir os significados manifestos e latentes no material coletado, foi utilizada a técnica da análise temática. Segundo Minayo (2000, p. 209) fazer uma análise

temática consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação cuja *presença* ou *frequência* signifique alguma coisa para o objetivo visado.

Desejando atender essas recomendações, procurei, através das falas e dos dados documentais, articular os diversos fatores que conformam o processo de competência das enfermeiras preceptoras, considerando o contexto sócio-político, os aspectos individuais, coletivos e organizacionais, onde elas se inserem.

Tomando como base de referência Minayo (2000) e Triviños (1995), a análise dos dados foi sistematizada nas seguintes etapas:

3.6.1 Ordenação dos dados

Inicialmente, foram feitas as transcrições das entrevistas gravadas, seguidas de releituras do material transcrito.

Após essa etapa, os dados foram organizados em dois grupos: os obtidos nos documentos selecionados no Centro de Estudos do Hospital da Cidade, e os coletados nas entrevistas junto às enfermeiras preceptoras.

3.6.2 Classificação dos dados

A classificação foi realizada através de leitura exaustiva e “flutuante” do conteúdo das entrevistas, buscando-se contato com os dados coletados. Inicialmente, foram computados os dados quantitativos referentes à caracterização do perfil das preceptoras. Considerando o referencial teórico-filosófico e os objetivos do estudo, os recortes dos depoimentos foram agrupados, dando origem às unidades de registro que, posteriormente, foram conformadas em núcleos de sentido.

A construção das categorias deu-se com o agrupamento das informações, resguardando suas convergências e divergências, estabelecendo, assim, suas classificações.

A análise aprofundada dos dados obtidos dessas fontes documentais, bem como a falas dos atores sociais estão em consonância com o referencial teórico metodológico adotado. No primeiro momento, procurei captar a realidade objetiva, ou seja, uma leitura do real, momento em que busquei desvendar a aparência da realidade estudada; em seguida, procurei interpretar essa realidade identificada, tentando descobrir a essência do processo em estudo, com o auxílio das categorias analíticas para o recorte do fenômeno estudado.

4 COMPETÊNCIAS DA ENFERMEIRA PRECEPTORA NO CURSO DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM

Os resultados das falas das enfermeiras preceptoras entrevistadas, sobre a preceptoria no curso de Residência em Enfermagem estudado, demonstraram um conjunto de significados e significações que retratam uma dada realidade. Essas falas convergiram para um conjunto de idéias elaboradas a partir das relações estabelecidas pelas enfermeiras, sujeitos da pesquisa, com o seu espaço de trabalho, considerando o fenômeno estudado. As informações obtidas das entrevistas desta pesquisa constituíram categorias relacionadas ao objeto de estudo, assim classificadas:

- Preceptoria em Curso de Residência como um processo de trabalho em enfermagem;
- Competência como um saber agir e reagir em busca da qualidade das práticas de preceptoria;
- Competências necessárias para a preceptora em Curso de Residência em Enfermagem.

Essas categorias estão, a seguir, explicitadas, buscando-se a identificação das competências necessárias às enfermeiras preceptoras através do conhecimento da conformação desse trabalho, frente às novas competências profissionais para ensinar em um Curso de Residência em Enfermagem.

4.1 PRECEPTORIA EM CURSO DE RESIDÊNCIA COMO PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM

Esta categoria evidencia o processo de trabalho de preceptoria no Curso de Residência em Enfermagem Intensiva como um espaço estrutural, dinâmico, processual, que passa por transformações contínuas, das quais as preceptoras são as principais articuladoras.

A Unidade de Terapia Intensiva de um hospital é o local onde se concentram os pacientes mais críticos, onde são realizados os maiores investimentos em tecnologia e, para tanto, há necessidade de profissionais capacitados. Nesse ambiente desenvolve-se o Curso de Residência em Enfermagem Intensiva, cujos preceptores são os sujeitos desta pesquisa.

A categoria “preceptoria em curso de residência como processo de trabalho em enfermagem” evidencia uma atividade onde participa a enfermeira preceptora, os

instrumentos necessários ao desenvolvimento desta tarefa e o objeto onde ela atua. A preceptora, ao desenvolver a sua atividade, ela promove a ampliação/atualização do conhecimento da enfermeira residente, modifica a sua prática sobre o objeto do seu trabalho, fazendo dessa relação uma relação dinâmica, conforme as falas a seguir:

O desenvolvimento do meu trabalho como preceptora, é ... se inicia quando eu recebo o plantão, no início do período, e a partir daí eu supervisiono leito a leito, prontuário por prontuário, no que diz respeito aos controles de sinais vitais, prescrição médica e aprazamentos ... drogas em uso nos paciente, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem ... E aí, eu oriento as enfermeiras residentes no planejamento das ações, correção das falhas, acompanho os procedimentos e discuto paciente por paciente [...] (E10)

É ... meu trabalho é desenvolvido na preceptoría, diariamente recebendo passagem de plantão, atendendo residentes, orientando e dando assistência individualmente, fazendo conferências e anotações ... a conferência dos cuidados prestados ... Tirando dúvidas, orientando, é ... discutindo casos de pacientes ou temas de debates propostos durante o dia. (E6).

As preceptoras recebem e acompanham a passagem de plantão com as enfermeiras residentes e, neste momento, utilizando-se dos conhecimentos e experiências adquiridas, identificam as prioridades com relação aos pacientes e à unidade. Logo após acompanham as enfermeiras residentes na visita de avaliação de cada paciente e, juntas, planejam as ações de enfermagem a serem desenvolvidas durante o plantão, conforme as necessidades identificadas.

Dando prosseguimento, as preceptoras, juntamente com as residentes, inteiram-se dos problemas da unidade e durante todo o período supervisionam, orientam e acompanham os procedimentos à beira do leito de cada residente sob sua responsabilidade, observando o desempenho, a agilidade, vivenciando situações práticas através da identificação de casos interessantes para discussão crítica reflexiva com as residentes, discutindo o quadro clínico, os exames laboratoriais e de imagem, a prescrição médica, os cuidados de enfermagem, tirando dúvidas e atendendo as necessidades de cada residente e sempre incentivando a busca do conhecimento. No meio e final do plantão conferem os registros realizados e os cuidados prestados, a fim de identificar inconformidades e corrigi-las ainda durante o plantão.

O acompanhamento da enfermeira residente pela preceptora é subdividido em três fases distintas: *inicial*, *intermediária* e *final do curso*. Na primeira fase, chamada de *inicial*, a preceptora está mais próxima da residente realizando a maioria dos procedimentos e à medida que a residente vai adquirindo experiência e segurança, a preceptora deixa-a mais

autônoma, e as cobranças e avaliações são realizadas, conforme o desenvolvimento individual de cada residente neste estágio. Na segunda fase, denominada *intermediária*, a preceptora deixa a residente livre na realização dos procedimentos básicos e acompanha nos procedimentos mais complexos. Na fase *final*, a residente tem o domínio dos procedimentos técnicos e o acompanhamento da preceptora está mais voltado para o gerenciamento da Unidade. Esta descrição foi observada na fala desta preceptora:

O desenvolvimento do meu trabalho como preceptora é dividido em três momentos diferentes: o momento inicial, quando entra uma turma nova; o momento intermediário, quando esta turma já tem mais que um ano de atuação, aproximadamente; e um momento final ... Um momento mais avançado, onde a turma de residentes já está há seis meses para estar saindo, para estar formando. E nessas etapas são exigências diferentes, são níveis de conhecimentos abordados diferentes e são profundidades de assuntos, também tratados, diferentes. Tanto prático, diretamente, com o cuidar do paciente, como o teórico, também nas discussões em grupo que são realizadas. (E7)

Conforme o ilustrado, as preceptoras atuam sobre seu objeto de trabalho, mobilizando seus saberes em busca da capacitação das enfermeiras residentes.

No exercício de suas atividades como preceptoras, as entrevistadas apontaram limitações no desenvolvimento do seu processo de trabalho, principalmente aquelas relacionadas ao perfil das enfermeiras residentes, ou seja, profissionais recém-formadas, egressas de escolas diversas com conhecimentos teóricos e práticos diferentes, a maioria sem conhecimento e experiência em terapia intensiva, sem percepção da realidade do mercado de trabalho e capacidade de aprendizagem heterogênea. Estes limites foram encontrados nestes depoimentos:

Os limites encontrados no desenvolvimento do trabalho dependem do perfil da residente. Tem residentes que são mais interessadas, que acompanham e participam mais, enquanto outras são necessárias estar incentivando a busca do conhecimento, a associação da prática com a teoria [...] (E1).

Os limites dependem do perfil das residentes ... Todas chegam sem saber nada em terapia intensiva! Algumas aprendem muito rápidas, outras mais devagar, mas também vai depender da receptividade que esta residente vai ter, em relação a gente. Muitas vezes, assim em relação ao mesmo problema, que todas apresentam, damos uma nova orientação para todas, algumas aceitam e crescem, outras não aceitam. (E2).

Na minha percepção, os limites que existem ... as residentes chegam de instituições diferentes, e momentos diferentes de atuação muitas vezes, a gente trabalha com alguns limites, por exemplo, equipe recém-formada, com pouquíssima experiência! Muitos deles, a primeira experiência prática, após a graduação ... outras com pouca

experiência e algumas com experiência. Então, isso torna às vezes um limite para a gente nivelar a turma. Tem também os primeiros momentos, que são momentos de adaptações [...] (E5).

Essas características estão circunscritas não apenas pelos aspectos individuais, mas também pelos aspectos coletivo-organizacionais que envolvem o trabalho. Em algumas falas fica evidente a dificuldade das preceptoras em viabilizar as discussões científicas programadas no horário do plantão, pela dinâmica da unidade de terapia intensiva, de pacientes críticos e com muitas intercorrências. Já na emergência, o grande fluxo de pacientes em determinados períodos do dia prejudica o acompanhamento mais próximo das residentes pelas preceptoras diante da necessidade desta de agilizar o atendimento assistindo ou delegando tarefas à equipe de enfermagem:

Eu fico um pouco limitada com relação ao meu trabalho de preceptoria, por conta justamente do fluxo de pacientes. Da gente ter que estar fazendo a preceptoria e assistência, e, às vezes, por conta do movimento, a gente não consegue desenvolver um trabalho “de preceptoria” (com ênfase), de acompanhamento, de estudo de caso... todos os dias. É meio complicado! (E3).

O desenvolvimento teórico, para mim, é que teria um pouco de dificuldade, pela dinâmica, mesmo, da unidade, é ... por estar passando algum tema teórico, mesmo. Mas, em relação à prática, é uma grande facilidade. (E6).

Outro fator limitante é a dualidade comportamental das residentes em relação à autonomia, por vezes, e, de acordo com a sua conveniência, querem ser tratadas como profissionais, isto é, enfermeiras habilitadas para o exercício profissional. O que é real, mas adversamente almejam e comportam-se como estudantes, para escapar das responsabilidades de enfermeira. Constatada nesta fala:

Creio que o maior limitante está relacionado à própria pós-graduanda ... Já que ela vai ter que, ao mesmo tempo, é ... ter, digamos, a humildade de aceitar, de ouvir, de buscar o conhecimento, ao mesmo tempo não pode estar comportando-se como uma simples, uma estudante de graduação [...] (E8).

Assim como quando ocorre a rotatividade do pessoal auxiliar e técnico de enfermagem da Unidade, e, especialmente, quando coincide com a chegada de uma nova turma de residentes de enfermagem. Estas situações agravam o desempenho da equipe de enfermagem pela pouca experiência e conhecimento da unidade:

As dificuldades que eu tenho notado na unidade são quanto à mudança do grupo de auxiliares, porque são auxiliares novos, nessa unidade no momento. É, e assim, temos dificuldades porque são auxiliares novos, muito são novos ... e com pouca prática e isso tem dificultado, porque além de um grupo novo de residente, temos um grupo novo de auxiliar. (E17)

Enfim, a escassez de estudos sobre a temática também contribui para a restrição no exercício da atividade de preceptoria, por ser uma modalidade de ensino pouco pesquisada com relação à didática mais eficiente para se alcançar os objetivos estabelecidos:

Outro limitante é a questão de ser uma nova modalidade, algo que ainda não encontramos com facilidade, que está sendo implantado agora e que, conseqüentemente, vão surgindo problemas novos, novas dificuldades, novos limitantes [...] (E8).

Como possibilidades no desenvolvimento da preceptoria no curso de residência foram citadas: o apoio do *staff* da residência, da organização, dos recursos humanos, materiais e de equipamentos existentes no campo de prática.

As entrevistadas relataram, ainda, como um dos fatores mais motivadores para a preceptoria, a oportunidade de estarem contribuindo, com o seu conhecimento e experiência, para a formação de especialistas na área de terapia intensiva com o perfil de profissionais competentes e preparados nas áreas técnica, científica, administrativa, e ética. E, também, através do desenvolvimento desta atividade, contribuir para uma assistência de enfermagem de qualidade na organização em que trabalha:

As possibilidades que a gente encontra é o apoio do *staff*, a oportunidade, também, da gente estar formando especialistas na área de terapia intensiva, que é muito bom para acompanhamento do paciente, para a assistência do paciente [...] (E1).

[...] a grande possibilidade que eu vejo, é a chance de formar novos intensivistas. Porque, como eu disse, é complicado, difícil, mas é muito bom! (E2)

Neste relato da conformação do trabalho de preceptoria fica evidente o processo de trabalho da preceptora como agente transformadora da prática social das enfermeiras especialistas em enfermagem intensiva, em um contexto estrutural de mudanças rápidas exigidas pelo mundo globalizado, com contradições que, conforme Fernandes e outros (2003), apontam para a marca do individual e do coletivo organizacional.

4.2 COMPETÊNCIA COMO UM SABER AGIR E REAGIR EM BUSCA DA QUALIDADE DAS PRÁTICAS DE PRECEPTORIA

Essa categoria expressa nas falas das entrevistadas, evidencia a competência na preceptoria como um saber agir e reagir com pertinência, buscando a superação das limitações, dificuldades e contradições no trabalho, o que evidencia a competência em preceptoria não apenas como instrumento de trabalho, mas também como produto social desse trabalho.

As exigências do espaço de trabalho do Curso de Residência em Enfermagem Intensiva definem os elementos do processo de trabalho nesse espaço, sendo a competência um dos elementos desse processo e, também, a condição necessária à realização desse trabalho. A competência na preceptoria constitui-se, pois, numa atividade do próprio trabalho; como a condição necessária para a sua realização; enfim, como um instrumento e meio do próprio trabalho, que se realiza em um saber agir e reagir da preceptora frente as adversidades desse trabalho.

As preceptoras, ao oferecerem capacitação para as enfermeiras residentes, promovem intervenções significativas, formadas pelo desenvolvimento de competências que, por sua vez, se apresentam como instrumento para viabilizar a organização do seu trabalho e acompanhar as transformações sociais.

A competência na preceptoria no Curso de Residência em estudo pode ser visualizada como elemento do próprio trabalho; como a condição necessária à realização do objeto de trabalho; como um instrumento de trabalho; como um meio de trabalho, através do qual as enfermeiras preceptoras contribuem para a transformação da realidade concreta das residentes e do conhecimento teórico adquirido nas organizações formativas. Nesse sentido, as preceptoras, ao agirem e reagirem frente às adversidades do seu trabalho, buscam transpor as dificuldades, utilizando-se dos recursos disponíveis no contexto organizacional e na mobilização dos seus saberes para atuarem na busca da qualidade das práticas de preceptoria. Dentre as falas que ilustram essa categoria, destacam-se:

Chego na unidade, recebo o plantão juntamente com todas as residentes onde é uma oportunidade para estar questionando e observando, também, a gravidade dos pacientes, o perfil da unidade, é ... para a gente ter uma noção de como poderá ser o plantão [...] (E13).

Na passagem de plantão, através da minha experiência, eu já foco os casos mais interessantes, casos em que eu devo estar discutindo com as residentes e ... conforme vão aparecendo, os casos, vão surgindo ... eu passo com as residentes todo o processo, discuto sobre as patologias, sobre as medicações e sobre os cuidados de enfermagem em geral. (E11)

[...] Nós assistimos a passagem de plantão e essa passagem é feita de uma forma bem próxima da residente orientando, é ... fazendo observações a respeito do que é dito, do que é programado para o doente ... E o acompanhamento durante o plantão ... É bem de perto orientando, supervisionando tudo que é feito ... Orientando a parte técnica, discutindo a parte científica da patologia ou da assistência ... Da programação da assistência, direcionando, tirando dúvidas durante todo o período, assistindo elas lado a lado mesmo, corpo a corpo! (E10)

Essas falas expressam a competência das preceptoras como instrumento de seu trabalho, explicitando saberes específicos, técnicas de ação, procedimentos, tecnologias, além dos saberes que as profissionais utilizam diante das situações de trabalho. Expressam, também, a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação esses saberes na resolução de problemas e enfrentamento de diversidades nas situações que envolvem o cotidiano de suas práticas, enfim, o saber agir e reagir com pertinência.

Esses achados estão corroborados no pensamento de Lê Boterf (2003), ao considerar a competência não como um conhecimento adquirido, nem como um resultado de um treinamento, mas como um saber colocar em prática, combinando recursos e mobilizando-os em determinado contexto.

Ao *organizar e dirigir situações de aprendizagens*, as preceptoras desenvolvem outras competências que, segundo Perrenaud (2000, p.25), se constituem em: conhecer, para determinada disciplina, os conteúdos a serem ensinados e sua tradução em objetivos de aprendizagem; trabalhar a partir das representações dos alunos; trabalhar a partir dos erros e dos obstáculos à aprendizagem; construir e planejar dispositivos e seqüências didáticas e envolver os alunos em atividades de pesquisa, em projetos de conhecimento.

Observa-se nas falas das preceptoras, ao relatarem o desenvolvimento de seu trabalho, a ação de *organizar e dirigir situações de aprendizagens*. No início do plantão, ao participarem da passagem de plantão, elas já relacionam os conteúdos a objetivos do curso e, de outro, a situações de aprendizagem e acompanham individualmente, ao fazerem a supervisão leito a leito, realizam as correções necessárias e tiram as dúvidas das residentes. Na realização dessas ações de organizar e dirigir as situações de aprendizagens, as preceptoras expressam o domínio de saberes que as capacitam ao seu trabalho. Essa realidade encontra respaldo em Perrenoud (2000, p. 27), quando diz que:

Para organizar e dirigir situações de aprendizagem é indispensável que o professor domine os saberes, que estejam mais de uma lição à frente dos alunos e que seja capaz de encontrar o essencial sob múltiplas aparências, em contextos variados.

O domínio dos conteúdos com suficiente fluência e distância para construí-los em situações abertas e tarefas complexas, aproveitando ocasiões, partindo dos interesses dos alunos, explorando os acontecimentos, em suma, favorecendo a apropriação ativa e a transferência dos saberes, sem passar necessariamente por sua exposição metódica, na ordem prescrita por um sumário.

Outra forma de saber agir e reagir em busca da qualidade das práticas de preceptoría encontrada nas falas das entrevistadas foi o *saber administrar a progressão das aprendizagens*. Esta competência está evidenciada na associação de fragmentos dos depoimentos das preceptoras:

[...] o meu trabalho como preceptora de enfermagem em terapia intensiva, ele é dividido, digamos assim, em três momentos diferentes: o momento inicial, quando entra uma turma nova; o momento (diríamos assim), intermediário quando esta turma já tem mais que um ano de atuação, aproximadamente; e um momento final, né? Um momento mais avançado, onde a turma de residentes, já está a seis meses para estar saindo, para estar formando. E nestas etapas são exigências diferentes, são níveis de conhecimentos abordados diferentes, e são profundidades de assuntos, também tratados, diferente ... Tanto prático diretamente com o cuidar do paciente, como o teórico, também nas discussões em grupo que são realizadas [...] (E7)

[...] Depende do perfil da residente, algumas aprendem muito rápido, outras mais devagar, mas depende também da receptividade que esta residente vai ter, em relação à gente [...] (E2)

Para Perrenoud (2000), a competência para administrar a progressão das aprendizagens mobiliza outras competências mais específicas como: conceber e administrar situações-problema ajustadas ao nível e às possibilidades dos alunos; adquirir uma visão longitudinal dos objetivos do ensino; estabelecer laços com as teorias subjacentes às atividades de aprendizagem; observar e avaliar os alunos em situações de aprendizagem, de acordo com uma abordagem formativa, fazer balanços periódicos de competências e tomar decisões de progressão. Todas essas competências estavam presentes nos depoimentos das entrevistadas.

O saber agir e reagir com pertinência, como elemento de qualidade encontrado nas falas das preceptoras, apontou para um saber regular dos processos de aprendizagens mais do que auxiliar para o êxito da atividade; um saber desenvolver nas enfermeiras residentes a

imaginação, a expressão, a argumentação, o raciocínio, o senso de observação ou a cooperação.

Outro saber encontrado no conteúdo das falas foi a competência para *conceber e fazer evoluir os dispositivos de diferenciação*, conforme ilustrações a seguir:

[...] Uns vem bem mais preparados, outros menos, ou seja, alguns alunos te exigem participação muito mais próxima, te exige ensinar até como pegar uma seringa, como aspirar um medicamento ... e outros nem tanto, outras já pegam na primeira vez muito mais facilmente que outros da mesma turma; então numa mesma turma de alunos você tem capacidades, até de aprendizagens diferentes e você tem que respeitar isso, dedicando muito mais tempo e exigências, para conseguir passar o ensinamento, do que com outros que você não requer tanto empenho! (E7)

[...] As dificuldades iniciais seriam do próprio grupo mesmo, da heterogeneidade do grupo; para a gente saber o que cada um sabe, o que sabe mais um pouco, quem que sabe mais para a gente estar agindo nas suas dificuldades mesmo. (E13)

Essas falas estão corroboradas por Perrenoud (2000, p. 55), quando diz que:

Diferenciar é romper com a pedagogia frontal – a mesma lição, os mesmos exercícios para todos –, mas é, sobretudo, criar uma organização do trabalho e dos dispositivos didáticos que coloquem cada um dos alunos em uma situação ótima, priorizando aqueles que têm mais a aprender.

As diferenças de conhecimento e de experiência das residentes devem ser utilizadas de forma positiva acreditando no papel das interações sociais como fator de mudança e crescimento.

Outra competência explicitada nas falas foi o saber *envolver os alunos em sua aprendizagem e em seu trabalho*, que está ilustrada, a seguir:

[...] assim, eu participo também no incentivo, na busca de conhecimento delas, porque acho que tem essa deficiência da residente, então a gente tem que estar sempre incentivando essa busca; até na dúvida que eles trazem, a gente volta à pergunta para que elas e espera o retorno [...] (E9)

Existe aquela ... A questão do bolsista que, ainda é um estudante que não tem tanta experiência e ... Aí, eu já passo algumas coisas assim ... Do tipo assim: ao invés de eu explicar, eu peço para que a residente explique e eu fico observando como é que ela explica, de forma clara e objetiva, aquele procedimento, ou aquela patologia e ... Aí, quando eu percebo que nem a bolsista e nem ela sabem o que fazer, aí eu tomo a frente e explico como a coisa deve acontecer. (E16)

Para Perrenoud (2000, p. 72), a competência dos preceptores deve considerar esses dois recursos:

- De um lado, uma compreensão e um certo domínio dos fatores e dos mecanismos sociológicos, didáticos e psicológicos em jogo no surgimento e na manutenção do desejo de saber e da decisão de aprender;
- De outro, habilidades no campo da transposição didática, das situações, das competências, do trabalho sobre a transferência dos conhecimentos, todos eles recursos para auxiliar os alunos a conceberem as práticas sociais para as quais são preparados e o papel dos saberes que as tornam possíveis.

As competências específicas relacionadas a essa competência estão voltadas para: suscitar o desejo de aprender, explicitar a relação com o saber, o sentido do trabalho escolar e desenvolver no educando a capacidade de auto-avaliação; instituir e fazer funcionar um conselho de alunos (conselho de classe ou de escola) (e negociar com eles diversos tipos de regras e de contratos); oferecer atividades opcionais de formação, *à la carte* e favorecer a definição de um projeto pessoal do aluno. E, conforme depoimentos registrados, há uma preocupação das preceptoras em estimular constantemente as residentes ao desejo de saber e a aprender com as oportunidades da prática. A residente participa da comissão de acompanhamento e avaliação do curso de Residência em Enfermagem, como representante do corpo discente, eleita pelos seus pares e, neste momento, tem oportunidade de levar problemas levantados pelas colegas para discussão, assim como toma conhecimento e participa das decisões da comissão. E, como trabalho de conclusão de curso, as residentes elaboram uma monografia sob orientação de professores do corpo docente da Escola de Enfermagem.

O saber *trabalhar em equipe* foi outra competência identificada e ilustrada nas falas a seguir:

[...] Aqui, a gente acaba criando uma disciplina e uma rotina de trabalho; como a gente pode ver no nosso grupo, né? Que é um grupo mais uniforme; então, praticamente, temos ... Nunca vão ser iguais, né? Mas temos uma linha de pensamento mais ou menos parecida [...] (E12)

É ... Eu acho que o grupo de preceptoría, que foi formado para a segunda turma... É, a gente tem o mesmo perfil, a gente “fala a mesma língua”, até porque, a gente sabe das dificuldades e das facilidades que a gente teve, já que a grande maioria, é do curso... Fez o curso de residência, na primeira turma; então, acho que a gente consegue manter uma mesma linha, então isso facilita a nossa atuação. (E9)

[...] Dentre o conjunto de profissionais interdisciplinares que a gente trabalha aqui, na emergência, dentre o universo de enfermeiras, auxiliares, médicos e coordenação, cada um é um ser e cada qual tem sua particularidade. É importante a gente saber lidar, independente da categoria, com aquele ser humano [...] (E16)

Existe uma preocupação das preceptoras de estarem atuando de forma homogênea diante de situações semelhantes, assim como no conhecimento científico socializado com as residentes. Nas discussões científicas programadas, os conteúdos complementares são discutidos em conjunto, a diferença está nas vivências práticas individuais.

No trabalho em equipe, Gatther (1996a, p. 151 apud PERRENOUD, 2000, p. 82) distingue três grandes competências:

1. Saber trabalhar eficazmente em equipe e passar de uma “pseudo-equipe” a uma verdadeira equipe;
2. Saber discernir os problemas que requerem uma cooperação intensiva. Ser profissional não é trabalhar em equipe “por princípio”, é saber fazê-lo conscientemente, quando for mais eficaz. É, portanto, participar de uma cultura de cooperação, estar aberto para ela, saber encontrar e negociar as modalidades ótimas de trabalho em função dos problemas a serem resolvidos;
3. Saber perceber, analisar e combater resistências, obstáculos, paradoxos e impasses ligados à cooperação, saber se auto-avaliar, lançar um olhar compreensivo sobre um aspecto da profissão que jamais será evidente, haja vista sua complexidade.

Nas falas das entrevistadas também foi identificada a competência para *participar da gestão do Curso e campo de prática da organização* em estudo. Foi observada uma participação efetiva das preceptoras na administração das unidades em que atuam, visto que na ausência dos coordenadores elas respondem administrativamente e, desta forma, contribuem regularmente com sugestões de melhoria tanto do ponto de vista assistencial como administrativo:

[...] Ter conhecimento técnico científico e administrativo, que querendo ou não, a preceptoria acaba sendo a referência na unidade, com gerenciamento [...] (E2)

Uma outra competência presente nos depoimentos transcritos foi a *utilização de novas tecnologias*. Como a maioria do grupo de preceptoras é de faixa etária relativamente jovem, são profissionais que convivem com a tecnologia da informação, exploram as potencialidades oferecidas e utilizam as ferramentas de multimídia no ensino:

[...] acontece aqui um caso ou outro, da gente não ter conhecimento total, a gente vai para Internet, a gente busca, aí a gente discute em seguida [...] (E3).

A escola não pode ignorar o que se passa no mundo. Ora, as novas tecnologias da informação e da comunicação transformam espetacularmente não só nossas maneiras de comunicar, mas também de trabalhar, de decidir, de pensar (PERRENOUD, 2000, p.125). Em um contexto histórico de ensino contemporâneo é impossível pensar em uma pedagogia e uma didática dissociada da tecnologia de informação pela influência desta sobre as pessoas. No curso de residência, que tem como objetivo principal formar especialistas, torna-se imprescindível buscar os resultados das pesquisas mais recentes sobre a área de atuação. Neste sentido, a Internet tem contribuído para que as residentes façam consultas no próprio local do estágio sobre assuntos de interesse no momento da dúvida.

Tardif (1998 apud PERRENOUD, 2000, p. 139) sugere um quadro pedagógico para as novas tecnologias. Segundo o autor, com a mudança de paradigma do ensino voltado para a aprendizagem, o papel do professor passa a ser, fazer aprender, mais do que ensinar e, assim, a tecnologia de informação vem a contribuir para a criação de situações de aprendizagens mais ricas, interessantes e atrativas para o aluno pelos recursos oferecidos. Neste direcionamento fica a dúvida citada por Perrenoud (2000, p. 139):

A verdadeira incógnita é saber se os professores irão apossar-se das tecnologias como um auxílio ao ensino, para dar aulas cada vez mais bem ilustradas por apresentações multimídia, ou para mudar de paradigma e concentrar-se na criação, na gestão e na regulação de situações de aprendizagem.

E Gadotti (2006, p. 9) complementa:

Os sistemas educacionais ainda não conseguiram avaliar suficientemente o impacto da comunicação audiovisual e da informática, seja para informar, seja para bitolar ou controlar as mentes. Trabalhamos muito, ainda, com recursos tradicionais que têm pouco apelo para as crianças e jovens. Os que defendem a informatização da educação sustentam que é preciso mudar profundamente os métodos de ensino para reservar ao cérebro humano o que lhe é peculiar, a capacidade de pensar, em vez de desenvolver a memória. Para ele, a função da escola será, cada vez mais, a de ensinar a pensar criticamente. Para isso é preciso dominar mais metodologias e linguagens, inclusive, a linguagem eletrônica.

As falas das preceptoras refletem, também, a preocupação com o saber *enfrentar os dilemas éticos da profissão*, conforme falas a seguir.

[...] Ética é uma das mais complicadas, da gente poder formar um profissional ... é a parte ética (E2).

[...] É um trabalho que envolve, não só a questão didática, apesar de ser o principal foco, mas também uma formação ética, uma formação do profissional com um todo [...] (E8).

[...] No momento em que você está à beira do leito, com o aluno e o doente, você não está passando apenas a informação, mas você também está dando, orientando, com a preocupação de estar for-man-do (com ênfase), este profissional ... é o que ele vai ser cobrado no mercado de trabalho, é o que vai ser exigido, é o que cada vez mais está sendo valorizado, que é a postura profissional, frente às diversas situações [...] (E7).

[...] Às vezes elas querem levar para o lado pessoal, “ah! minha preceptora não gosta de mim...”, mas a questão não é essa! Por que? Porque a lei que a gente usa para uma tem que usar para todas [...] (E4).

[...] Muitas vezes existe uma relação de amizade fora da instituição, mas, nem por isso a gente deve esquecer essa responsabilidade de saber julgar, quando deve ser julgado, saber chamar atenção em hora de avaliação, ser bastante criteriosa, para nem prejudicar, nem favorecer a outras sem necessidade e ... É uma responsabilidade muito grande [...] (E16).

A Ética tem sido uma preocupação constante das preceptoras na formação das residentes, como se pode observar nas falas das entrevistadas supracitadas, porém, como diz Perrenoud (2000, p. 141), existe um contexto social que precisa ser considerado e, em 1904, Charles Péguy (1904 apud PERRENOUD, 2000) já escrevia:

Quando uma sociedade não pode ensinar, é que esta sociedade não pode ensinar-se; é que ela tem vergonha, tem medo de ensinar-se a si mesma; para toda a humanidade, ensinar, no fundo, é ensinar-se; uma sociedade que não ensina é uma sociedade que não se ama, que não se estima; e este é o caso da sociedade moderna.

Este contexto social para as preceptoras está relacionado principalmente ao comportamento das residentes diante das situações no campo de estágio onde, muitas vezes, não há o respeito esperado à preceptora, o comprometimento e a responsabilidade desejada de um profissional que atua em uma unidade de pacientes críticos. Durante todo o curso, nos retornos das avaliações de desempenho formais realizadas, são apontadas pelas preceptoras as mudanças comportamentais necessárias.

Além disso, existe uma preocupação das preceptoras nos aspectos ético-legais do exercício das atividades da enfermeira residente, em Unidade de Terapia Intensiva. Neste aspecto, a preceptora se coloca atenta ao artigo 8º do Decreto nº 94.406/87 que descreve as atividades privativas da enfermeira, que, além de exercer as atividades de direção, liderança, planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação da assistência de enfermagem nos órgãos de enfermagem, ela, também, executa cuidados diretos a pacientes graves, com

risco de vida e os de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas (OGUISSO, 1999, p.94).

Por outro lado, a responsabilidade pelo cuidado do paciente no curso de residência é da preceptora que orienta, ensina a enfermeira residente a cuidar do paciente grave. E, para tanto, necessita ter competências técnica, metodológica, social e participativa. (BUNK apud ALEXIM; FREIRE, 2002, p. 85)

Vale destacar, ainda, que, no exercício da preceptoría, a relação pedagógica entre a preceptora e a enfermeira residente é envolvida pela mobilização das camadas da personalidade, visto que a diversidade comportamental de um indivíduo pode estar presente como sedução, chantagem afetiva, sadismo, amor e ódio, posto pelo poder, vontade de agradar, narcisismo, medos e angústias (CIFALI, 1994 apud PERRENOUD, 2000, p.151). Como pode ser observado nesta fala:

[...] Alunas ainda sem preparo, sem visão de mercado de trabalho, sem visão de hospital ... Quando chegam na unidade de terapia intensiva, o choque é muito grande. Então, nós preceptoras ... Enfermeiras mais antigas (como se diz, como eu tenho 14 anos, eu me considero antiga na profissão), a gente tem que ser um pouco mãe, um pouco psicóloga ... Um pouquinho de tudo com elas, ter paciência, porque o perfil de cada aluno é diferente (E4).

No exercício da competência, a preceptora busca aceitar essa complexidade, reconhecer as zonas de sombra e a superar as dificuldades encontradas.

A relação preceptora-residente está envolvida pelo senso de justiça e de humanização. Para tanto, a preceptora busca o domínio das técnicas de justiça globalmente aceitas, como condutas semelhantes para situações análogas, defesa da residente em situações que a mesma tenha razão, reconhecimento de idéias que contribuam para melhoria do serviço.

Hoje, fala-se muito em ética, postura, compromisso, envolvimento, responsabilidade e atitude, como características do perfil desejado pelas organizações de trabalho. Nesse direcionamento, a preceptora, no seu trabalho diário, procura estar atenta a estas características do comportamento das residentes, e, desta forma, contribui para a formação de profissionais competentes, conforme a exigência atual do mercado.

A competência *Administrar sua própria formação continuada* foi outra competência citada que também apareceu nas falas das preceptoras:

[...] É necessário para a preceptoría, especificamente no curso de residência: ter conhecimento técnico, teórico, vivência prática ... Bastante estudo contínuo né?

Sempre estar estudando, sempre estar atualizado, mesmo aquelas coisas que são rotineiras, sempre é necessário que estejamos estudando, porque sempre muda continuamente e até mesmo a terapêutica sofre alterações [...] (E6).

[...] O próprio exercício da preceptoria é uma verdadeira escada, em todos os sentidos, já que ela ganha no sentido de que pode estar aprendendo, que ela é basicamente, “forçada” (entre aspas) a estudar, ela é forçada a buscar novos conhecimentos e ao mesmo tempo ela se vê (também entre aspas), “forçada” a saber, passar [...] (E8).

[...] Uma vontade de desenvolvimento na área acadêmica, visando a um mestrado, um doutorado, e obviamente, o desenvolvimento constante em atividades científicas [...] (E8).

[...] Tem que ter a busca incessante do conhecimento...uma capacitação constante na área de ensino! [...] (E9).

[...] A preceptora estar preparada (com estudo), muita disciplina, para estar passando para esses novos alunos/novos profissionais, a disciplina, a responsabilidade e estar sempre buscando o conhecimento ... Ampliação de novos conhecimentos com cursos, participação em seminários, congressos; participando tanto como ouvinte, como apresentando trabalhos [...] (E14).

[...] A preceptora competente tem que procurar estar sempre se atualizando, para poder ter novas coisas para passar... Estar buscando crescer, aumentar seu currículo, então eu acho que o preceptor tem que avaliar isso tem que entender que ele precisa estar sempre se atualizando, estar sempre estudando [...] (E18).

Essas falas encontram suporte em Perrenoud (2000:158), quando refere que “saber administrar sua formação contínua, hoje, é administrar bem mais do que saber escolher com discernimento entre diversos cursos em um catálogo [...]”. A competência construída não é estática, principalmente para preceptoras que desenvolvem suas atividades em ambiente de constantes mudanças, seja na área do conhecimento ou da tecnologia, como a de uma unidade de terapia intensiva, e requer uma formação contínua, uma atualização constante dos saberes cognitivos que necessitam estar de acordo com as condições de trabalho em evolução.

Ainda segundo Perrenoud, essa competência envolve cinco outras competências específicas: saber explicitar as próprias práticas; estabelecer seu próprio balanço de competências e seu programa pessoal de formação contínua; negociar um projeto de formação comum com os colegas (equipe, escola, rede); envolver-se em tarefas em escala de uma ordem de ensino ou do sistema educativo e acolher a formação dos colegas e participar dela.

Neste sentido, formar-se não é apenas fazer cursos, é aprender, é mudar a partir dos procedimentos pessoais e coletivos de autoformação. Estes procedimentos podem ocorrer através de leitura, de trabalhos em equipe, de discussão em grupo. Schon (apud PERRENOUD, 2000, p.160) chama este mecanismo fundamental de prática reflexiva:

Toda prática é reflexiva, no duplo sentido em que seu autor reflete para agir e estabelecer a *posteriori* uma relação reflexiva com a ação realizada. Uma parte da nossa vida mental consiste em pensar no que vamos fazer, no que fazemos, no que fizemos. Todo ser humano é um prático reflexivo.

Para Cifali (1994 apud PERRENOUD, 2000, p.168):

[...] a transferência enriquece o formador que a toma a seu cargo, porque o obriga a refletir sobre aquilo que ele acredita dominar, a avaliar a parcela do implícito, de incerteza e de confusão, a identificar saberes ultrapassados, frágeis ou abandonados.

No campo de estágio do curso de residência em enfermagem, a prática reflexiva é uma constante diante dos inúmeros procedimentos eletivos realizados, quando a preceptora questiona a residente sobre os princípios científicos que embasam o procedimento, quando supervisiona o procedimento e ao término faz uma avaliação formativa, mostrando onde a residente pode melhorar, e neste momento utiliza-se de sua experiência na área.

Enfim, para que a preceptora administre sua própria formação contínua é necessário, primeiro, que cada preceptora identifique suas necessidades de formação, baseada no que faz e no que gostaria de fazer para desenvolver um acompanhamento competente das residentes de enfermagem. Com estes dados a organização em estudo pode desenvolver um projeto coletivo de formação contínua das preceptoras, contribuir para melhoria do processo de ensino-aprendizagem do curso e, conseqüentemente, aumentar o nível de satisfação das mesmas.

Pelo exposto, percebe-se que a competência é uma condição necessária à realização do trabalho da preceptoria; sem ela o trabalho fica parcialmente impossibilitado de concretizar-se eficazmente. Ela representa um elemento importante das forças produtivas, podendo transformar a capacidade da enfermeira na apropriação do seu trabalho. A competência da preceptora resulta, assim, em um produto útil à instituição – transformação da força de trabalho em trabalho e, portanto, não isolado da totalidade das relações sociais.

4.3 COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS PARA A PRECEPTORA EM CURSO DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM

Nessa categoria estão relacionadas as competências necessárias para o desenvolvimento do trabalho de preceptoria na visão das enfermeiras entrevistadas. Para melhor compreensão, as competências apontadas foram agrupadas conforme a classificação de Bunk (apud ALEXIM; Freire, 2002, p. 85), em forma de tabela e por ordem de frequência:

- **Competência técnica** – “Possui competência técnica aquele que domina, como especialista, as tarefas e conteúdos de seu campo de trabalho, e os conhecimentos e habilidades necessárias para isto” (BUNK apud ALEXIM; FREIRE, 2002, p. 85).

Tabela 1
Competência Técnica

Competência Técnica	Frequência
Ter conhecimento científico e administrativo da área	72,22%
Ter experiência na área	61,11%
Preocupar com o desenvolvimento na área acadêmica, visando o mestrado e doutorado	33,33%
Ser especialista na área	27,77%
Ter capacitação na área de ensino, formação em didática do ensino superior	22,22%
Ter visão geral da unidade em que estiver atuando	5,55%
Conhecer os equipamentos da unidade	5,55%
Saber lidar com educação de adultos	5,55%

Estas respostas, além de encontrarem respaldo nos estudos de Bunk, têm suporte nas pesquisas de Lê Boterf (2003, p. 101), quando este se refere à competência como “uma orquestração de recursos cognitivos e afetivos diversos para enfrentar um conjunto de situações complexas”.

O mesmo autor traduz o significado do saber-fazer formalizado como aqueles “constituídos por condutas, métodos ou instrumentos cuja aplicação prática o profissional domina [...] são habilidades, capacidades para realizar operações [...]”. No curso de

residência, a enfermeira preceptora necessita ter conhecimento do procedimento e dominar a sua realização, não basta saber-fazer, é necessário fazer.

Mas, o conhecimento do procedimento e o domínio da realização não são suficientes se não forem associados ao conhecimento científico obtido no curso de especialização da área, pois se trata do nivelamento mínimo do saber cognitivo. Esta deficiência na formação da preceptora tem sido revelada pelas residentes como um fator limitante nas discussões científicas programadas no campo de estágio, conforme avaliação realizada pelas residentes da primeira turma do curso de residência, onde havia um predomínio de enfermeiras preceptoras com boa experiência prática na área, porém, sem o curso de especialização.

Perrenoud (1996, p. 16) afirma que “para que haja competência é preciso que se coloque em ação um repertório de recursos como conhecimentos, capacidades cognitivas, capacidades relacionais [...]”. Essas competências técnicas também encontram respaldo na vertente educacional estabelecida pela UNESCO no relatório da Reunião Internacional sobre Educação para o Século XXI: “*Aprender a conhecer* que envolve o aprender a pensar a realidade, a pensar o novo, a reinventar o pensar, a pensar e reinventar o futuro e a reconstrução do conhecimento” (FERNANDES, 2005, p. 443-449).

O ambiente de terapia intensiva, onde se desenvolve a prática do curso de residência, é revestido de alta tecnologia, de novos procedimentos, novas maneiras de se tratar. Estas características permitem reinventar o pensar, a pensar uma nova forma de fazer, porém, deve-se lembrar que nada substitui a vigilância do profissional que precisa estar atento ao equipamento e às reações orgânicas do paciente, ambos necessitam estar compatíveis, isto é, aquilo que o equipamento revela deve corresponder ao quadro clínico ou vice-versa.

As competências *Ter capacitação na área de ensino, formação em didática do ensino superior e Saber lidar com educação de adultos* foram consideradas importantes para a formação das preceptoras, mas não o suficiente, pois é necessário, também, gostar de ensinar, ter vontade de ensinar, conforme depoimento a seguir:

[...] para o exercício da preceptoria, eu acho que a vontade de ensinar acima de tudo! Existem situações de profissionais que têm vivência essencialmente prática; uma vivência que limita sua atuação no dia a dia, sem nenhuma formação acadêmica e que desenvolve um trabalho de preceptoria de forma excepcional, ou o inverso, outros profissionais que tem formação acadêmica exemplar, podem desenvolver por vezes, atividades de preceptoria de forma muito limítrofe. (E8)

A preocupação com o desenvolvimento na área acadêmica, visando ao mestrado e doutorado apareceu com uma frequência de 33,33% das respostas das entrevistadas. Esta preocupação denota o interesse da preceptora em capacitar-se na área acadêmica, porque durante a graduação não houve oportunidade de uma formação mais voltada para o ensino, como se observa nesta fala:

[...] preceptoria para mim, na verdade, é uma qualidade de ensino; então necessitaria, sim, da preceptora ter uma qualificação para o ensino ... a gente é qualificada em prática em terapia intensiva ... para o ensino a qualificação é mínima [...] (E6).

- **Competência social** – “Possui competência social aquele que sabe colaborar com outras pessoas de forma comunicativa e construtiva, e mostra um comportamento orientado para o grupo e para o entendimento interpessoal” (BUNK apud ALEXIM; FREIRE, 2002, p. 85).

Tabela 2
Competência Social

Competência Social	Frequência
Ter discernimento (conhecer os limites de cada um)	55,55%
Ter paciência	38,88%
Ter equilíbrio emocional e psicológico	22,22%
Estar aberto e receptivo	16,66%
Ser ético	16,66%
Saber apoiar a residente, sempre que necessário	11,11%
Ter bom senso	5,55%
Saber ouvir	5,55%
Ser tolerante	5,55%
Ter boa interação com a residente	5,55%
Ser humilde	5,55%
Ser respeitador das normas da organização e da hierarquia	5,55%

Estas *competências sociais* encontram respaldo nas vertentes educacionais: “*Aprender a viver juntos*”, que oferece possibilidades para a compreensão do outro e para a busca do esforço comum, e “*Aprender a ser*”, que cria condições para o desenvolvimento integral da pessoa com inteligência, sensibilidade, sentido ético e estético, responsabilidade,

espiritualidade, pensamento autônomo e crítico, iniciativa e rigor científico (FERNANDES, 2005, p. 443-449).

Dentro destas competências, mereceu destaque o *Ser ético*, uma preocupação das preceptoras na formação das residentes para o exigente mercado de trabalho que valoriza muito mais a competência social em detrimento da técnica. Rios (2001, p. 87), define a ética como:

[...] uma reflexão de caráter crítico sobre os valores presentes na prática dos indivíduos em sociedade. É no domínio da ética que se problematiza o que é considerado bom ou mau numa determinada sociedade, que se questionam os fundamentos dos valores e que se aponta como horizonte o bem comum, sem dúvida histórico, mas diferente de um bem determinado por interesses particulares e, muitas vezes, insustentáveis.

- **Competência metodológica** – “Possui competência metodológica, aquele que sabe aplicar o procedimento adequado às tarefas encomendadas e as disfunções que se apresentam; que encontra de maneira independente, formas de solucionar problemas e que transfere adequadamente as experiências adquiridas a outras situações de trabalho” (BUNK apud ALEXIM; FREIRE, 2002, p. 85).

Tabela 3
Competência metodológica

Competência metodológica	Frequência
Capacidade para saber passar	33,33%
Ser disciplinado	16,66%
Saber supervisionar individualmente	5,55%
Ter iniciativa	5,55%
Ter capacidade de liderar equipe	5,55%
Ser agente facilitador	5,55%
Saber lidar com a individualidade da residente	5,55%
Entender que a preceptoria é troca	5,55%
Estimular ao estudo	5,55%
Estimular a residente a resolver problemas	5,55%
Saber administrar tempo e situação	5,55%
Ter bom desenvolvimento	5,55%
Saber compartilhar sua experiência	5,55%

Ao apontarem a “capacidade de passar” como a capacidade metodológica mais importante na atividade de preceptoria, as enfermeiras preceptoras complementam dizendo que não basta ter conhecimento, ter experiência na área é necessário saber socializá-los. E, este atributo está associado ao gostar de ensinar que acompanha qualificações como paciência, tolerância, equilíbrio emocional, humildade e persistência entre outras.

Estas competências também podem ser respaldadas pelos estudos de Lê Boterf (2003, p. 42) sobre desenvolvimento das competências dos profissionais:

A profissão de professor evolui para uma profissionalização certa... que não se define mais em relação a uma simples difusão de conhecimento, mas como tendo de administrar situações complexas de aprendizagem: o professor deve tornar-se um profissional capaz de refletir sobre suas práticas, de resolver problemas, de escolher e de elaborar estratégias pedagógicas.

Ainda Lê Boterf (2003, p. 38) complementa com a afirmação:

[...] o profissional deve não somente saber executar o que é prescrito, mas deve saber ir além do prescrito [...] Diante dos imprevistos e das contingências, diante da complexidade dos sistemas e das lógicas de ação, o profissional saber tomar iniciativas e decisões, negociar e arbitrar, fazer escolhas, assumir riscos, reagir a contingências, a panes ou avarias, inovar no dia-a-dia e assumir responsabilidades.

Para que a residente possa transpor suas ações, a preceptora pode contribuir com sua prática mostrando as escolhas possíveis nas situações complexas, respaldadas no saber cognitivo e nas habilidades desenvolvidas durante sua história profissional.

Uma das maiores dificuldades, atualmente, apontadas pela preceptoras na relação professor-aluno está na disciplina, no respeito da residente à preceptora e, neste direcionamento, em seus estudos, Chamlian (2001, p. 91) conclui:

[...] ao professor só resta abster-se de toda a violência desnecessária, e *legitimar* aos olhos dos alunos a sua função, reforçando a sua autoridade pela competência profissional de ordens científica e relacional. Dizendo em outros termos, trata-se hoje, sobretudo, de conquistar o respeito dos alunos em todos os domínios envolvidos no trabalho docente, ou seja: no domínio intelectual (demonstrando capacidade de reflexão, de análise da realidade, de ir além do senso comum); no domínio ético (demonstrando ter princípios, sabendo estabelecer parâmetros, revelando senso de justiça e de firmeza de caráter, bem como compromisso com o bem comum); no domínio profissional (sendo competente, apresentando domínio do conteúdo e da metodologia do trabalho, demonstrando interesse e ânimo, preparando as aulas) e finalmente, no domínio das relações humanas (percebendo e respeitando o outro como pessoa).

- **Competência participativa** – A competência participativa estudada por Bunk (apud ALEXIM; FREIRE, 2002, p. 85) contempla estas características ao referir que possui competência participativa “aquele que sabe participar na organização de seu local de trabalho e também de sua área profissional, sendo capaz de organizar, decidir e aceitar responsabilidades”.

Tabela 4
Competência Participativa

Esta competência também encontra suporte na vertente educacional:

Competência Participativa	Frequência
Gostar do que faz, ter vontade	33,33%
Preocupar-se com todos os aspectos na formação do residente, como postura profissional.	16,66%

Aprender a fazer que oferece oportunidades de desenvolvimento de competências amplas para enfrentar o mundo do trabalho, possibilita ao profissional trabalhar coletivamente, adquirir qualidades para as relações interpessoais no trabalho, além da qualificação profissional (FERNANDES, 2005, p. 443-449).

A competência do profissional também mereceu estudo de Lê Boterf ao considerar que saber administrar uma situação profissional complexa e saber envolver-se, características que devem estar presente em todas as características relacionadas à competência:

[...] É preciso querer agir para poder e saber agir. Há envolvimento tanto da subjetividade quanto de objetividade. O profissional “habita” sua área de competência e a incorpora. O envolvimento do profissional depende de sua “implicação afetiva” na situação [...] (LE BOTERF, 2003, p. 80).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao conhecer a conformação do processo de trabalho das enfermeiras preceptoras do Curso de Residência em Enfermagem, e ao analisar os dados obtidos neste estudo com o encontrado na literatura, foi possível estudar as competências necessárias para o desenvolvimento da preceptoria.

Como a prática do Curso de Residência em Enfermagem estudada é desenvolvida em unidades de terapia intensiva, emergência e centro cirúrgico, locais por onde passam os pacientes críticos, gravemente enfermos, e estes espaços históricos-estruturais, dinâmicos e processuais, passam por transformações constantes seja no aspecto tecnológico ou terapêutico e, a preceptora, como principal articuladora do processo de ensino-aprendizagem na residência, ficou evidenciada a importância do estudo das competências para que os objetivos do curso fossem alcançados.

Ao descreverem as suas atividades de preceptoria, este estudo mostrou que apesar das preceptoras conhecerem pouco sobre as práticas pedagógicas contemporâneas, elas têm utilizado práticas inovadoras de competências emergentes, recomendada por estudiosos como Perrenoud. Nesta pesquisa, das dez novas competências para ensinar, referidas em seu livro, concluímos que nove delas são desenvolvidas pelas preceptoras, conforme descrevemos na seção 4 – Competência na Preceptoria do Curso de Residência em Enfermagem.

Verificou-se que o processo de trabalho de preceptoria requer sistematização para que haja uma uniformidade nas orientações e informações a serem socializadas com as residentes e a necessidade de acompanhamento individualizado pela heterogeneidade de formação. Outro aspecto de relevância considerado pelas preceptoras no desenvolvimento de suas atividades são os estágios do curso em que estão as residentes: início, intermediário ou final.

A cada fase deve ser destinado o acompanhamento e a avaliação de desempenho correspondente, no início mais próximo, e à medida que a residente adquire conhecimento e segurança, deve ser dado maior autonomia sem, contudo, estar ciente de que a responsabilidade de todos os atos da residente durante o estágio é da preceptora, mesmo sabendo que a residente como profissional registrado no Conselho de Enfermagem também responde pelos seus atos.

Alguns limites percebidos pelas preceptoras foram citados no desenvolvimento de seus trabalhos como o perfil da maioria das residentes de recém-formadas, egressas de escolas diferentes, de experiências diferentes, quer sejam de estágios curriculares e/ou de trabalho e conhecimentos e habilidades diferentes, além de respostas diferentes, diante de situações semelhantes, resistentes às orientações e às mudanças, dualidade comportamental, ora desejam ser tratadas como profissionais ora como alunas de graduação.

Por outro lado, possibilidades de crescimento pessoal e profissional na relação preceptor-residente foram percebidas, principalmente relacionadas ao estímulo para o estudo, para o desenvolvimento na área acadêmica. Foram citadas também como facilitador as condições de trabalho oferecidas pela organização para o desenvolvimento do curso, com recursos físicos, de equipamentos e materiais que permitem instrumentalizar as residentes no contexto de mercado global.

Outra evidência constatada foi a falta de compreensão no entendimento da noção de competência pelas preceptoras, algumas vezes interpretada como a noção de dever, de competência. Entretanto, na prática, constatou-se a utilização, com frequência, das competências recomendadas pelos autores estudados.

Neste estudo, foram constatados que o curso de especialização e experiência na área são requisitos mínimos para o desenvolvimento da preceptoria para organizar e dirigir situações de aprendizagem. É indispensável o domínio de saberes adquiridos em cursos de especialização, sendo esta enquadrada na competência técnica necessária para o exercício da preceptoria.

Pelo exposto, percebeu-se que no processo de ensino-aprendizagem do curso de residência em enfermagem, as preceptoras foram as principais articuladoras e responsáveis pela transformação social das residentes. Nesta realidade concreta foram considerados a totalidade na formação e os pilares educacionais estabelecidos pela UNESCO para a educação do século XXI: aprender a conhecer, aprender a viver juntos, aprender a fazer e a aprender a ser.

Contudo, este estudo revelou a fragilidade do vínculo entre a escola e o serviço onde é desenvolvido a prática desse curso de residência, detectada pela ausência de projetos pedagógicos compartilhado e maior envolvimento da primeira na capacitação das preceptoras, profissionais fundamentais na formação de enfermeiras especialistas. Fica portanto, a recomendação da necessidade de maior integração entre as organizações envolvidas,

principalmente das enfermeiras preceptoras com a escola por serem estas, as principais articuladoras deste processo de ensino-aprendizagem. Para concluir, faço um resumo das competências consideradas necessárias – para o desenvolvimento do trabalho de preceptoria no Curso de Residência em Enfermagem – encontradas e apontadas pelos sujeitos desta pesquisa, e que possibilitarão a indicação de elementos norteadores para a formação de um grupo de preceptoras, assim como oferecerão subsídios para reflexão das enfermeiras que atuam como preceptoras na organização estudada. Porém, temos a clareza que o desenvolvimento das competências é um processo dinâmico e está associado ao mundo do trabalho de constantes mudanças.

As competências identificadas e apontadas para o desenvolvimento do trabalho de preceptoria foram:

- Saber utilizar o campo de estágio como um local onde possa ser organizado e dirigido às situações de aprendizagem: conhecer os conteúdos do curso e traduzir as oportunidades em objetivos de aprendizagem a partir das necessidades dos residentes, dos erros e dos obstáculos à aprendizagem. O planejamento das atividades deve seguir uma seqüência didática, com discussões científicas que estimulem ao residente a busca do conhecimento;
- Saber administrar a progressão das aprendizagens, considerando as etapas em que o aluno se encontra, inicial, intermediária ou final, e a individualidade de cada residente relacionada à sua experiência e capacidade de assimilar o que está sendo ensinado, associar a teoria à prática, realizar avaliações de desempenho periódico, fazer retroalimentação e estabelecer planos de acompanhamento individual;
- Saber administrar a heterogeneidade da turma: seja na formação, na capacidade de aprendizagem, seja no aproveitamento da diversidade como fator de crescimento e integração, estimulação à cooperação mútua;
- Saber envolver as residentes em sua aprendizagem e em seu trabalho, estimular a busca do conhecimento, a realização de pesquisas que venham a contribuir para a melhoria do serviço da unidade, a participação na comissão e acompanhamento e avaliação do curso e negociar as regras e contratos;

- Saber estimular o trabalho em equipe, desenvolver projetos com as residentes, orientar a condução de reuniões, dirigir um grupo de trabalho, administrar conflitos interpessoais e resolver situações complexas, utilizando sua experiência;
- Participar da administração do hospital: elaborar projetos com as residentes para melhoria do serviço, responder pela coordenação de enfermagem da unidade na sua ausência e estimular a participação das residentes nas atividades administrativas;
- Saber utilizar as novas tecnologias: as ferramentas de multimídia no ensino, orientar as residentes na busca do conhecimento através de endereços eletrônicos recomendados e confiáveis;
- Saber formar profissionais éticos, conhecedores do Código de Deontologia dos Profissionais de Enfermagem, desenvolver valores de senso de responsabilidade, de justiça, de respeito e solidariedade, estabelecer regras de vida comum referentes à disciplina, às penalidades e à apreciação de conduta;
- Saber administrar a sua própria formação contínua, estabelecer um programa de capacitação contínua, principalmente relacionada a metodologia do ensino superior e conforme sua necessidade, fazer uma avaliação crítico-reflexiva sobre as competências a serem desenvolvidas, e estar receptivo à participação de projetos de formação comum com os colegas, participar de grupos de pesquisa voltados para o ensino e área de atuação na preceptoria, junto à escola conveniada para realização do Curso de Residência em Enfermagem;
- Ter domínio como especialista dos conteúdos, dos equipamentos, dos procedimentos técnicos e habilidade necessária para executá-los e para enfrentar todas as situações complexas surgidas durante o cuidado ao paciente gravemente enfermo e aos problemas administrativos da unidade;

- Gostar de ensinar, uma característica que a prática demonstrou ser importante considerar no desempenho da preceptora, visto que ela acompanha outros atributos como paciência, equilíbrio emocional e psicológico, tolerância e humildade, citados como necessárias;
- Saber agir e reagir com pertinência, o que implica não somente na necessidade de capacitação das preceptoras, mas também na capacidade de enfrentar situações complexas que exigem ações e reações pertinentes e com segurança. Implica, também, na capacidade de diagnóstico e de solução de problemas, na mobilização de saberes e habilidades para tomada de decisões. Implica, ainda, em saber fazer o trabalho em equipe, o enfrentamento de situações em constantes mudanças, e saber intervir no seu processo de trabalho para a melhoria da qualidade dos processos, produtos e serviços.

Frente a essas considerações, percebe-se que as competências da enfermeira preceptora no Curso de Residência em Enfermagem em estudo estão caracterizadas pelo saber ser capaz de pensar, agir e reagir estrategicamente, adotar decisões adequadas frente a situações inesperadas e transpor dificuldades, utilizando conhecimentos e habilidades adquiridas na sua formação e na vida profissional, assim como atuar em trabalho de equipe com pertinência, utilizando os recursos que o contexto organizacional oferece.

Sob essa ótica, percebe-se que não basta apenas deter a qualificação de ser enfermeira para desenvolver o trabalho de preceptora em Cursos de Residência em Enfermagem. É necessária, destarte, a atualização de conhecimentos para utilizá-los em diversidade de situações, pondo em prática seus saberes em um contexto marcado pelas relações de trabalho que exigem ações rápidas e eficazes.

Finalmente, espero, com o presente estudo, poder estar contribuindo para o fortalecimento das relações entre as instituições envolvidas na operacionalização do Cursos de Residência em Enfermagem, aqui estudado, possibilitando o desenvolvimento e fortalecimento das competências necessárias para o trabalho de preceptoria no referido curso como um indicador de qualidade das instituições envolvidas.

REFERÊNCIAS

ALEXIM, João Carlos; FREIRE, Lucienne. **Certificação de competências profissionais – análise qualitativa do trabalho, avaliação e certificação de competências: referenciais metodológicos.** Brasília: OIT, 2002.

ALMEIDA, Maria Hélia. Curso de especialização em médico-cirúrgica sob a forma de residência: relato de experiência do primeiro ano. **Revista Brasileira de Enfermagem**, outubro. 1975.

SEMINÁRIO SOBRE RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM, 1., 1978, Rio de Janeiro. Relatório final. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Enfermagem.

BARBOZA FILHO, José Carlos et. al . **Manual do residente e do interno.** 5.ed. Salvador: SESAB/SUPECS/CIEC, 2003.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Rio de Janeiro: Edições 70, 1994.

BERARDINELLI, Lina Márcia Miguéis, **A (Im)posição Silenciosa da Enfermeira Preceptora.** 1998. 217 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

BRASIL. Ministério da Educação/CNE/CEB. **Resolução 04/99.** Brasília, DF, 1999.

_____. Ministério da Educação/CNE/CEB. **Resolução 16/99.** Brasília, DF, 1999.

_____. Ministério da Educação/CNE/CES. Resolução 03/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 nov. 2001. Seção 1, p.37.

CAMPOS, Vicente Falconi. **TQC: Gerenciamento da rotina do trabalho do dia a dia.** Rio de Janeiro: Bloch, 1994.

CARVALHO, Anna M. P. de; PEREZ, Daniel G. **Ensinar a ensinar: didática para a escola fundamental e média.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001. p. 107-121.

CHAMLIAN, Helena C. A disciplina: uma questão crucial na didática. In: _____. **Ensinar a ensinar: didática para a escola fundamental e média.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001. p. 91.

DELUIZ, Neise. **Formação do trabalhador: produtividade e cidadania**. Rio de Janeiro: Shape, 1995.

_____. A globalização econômica e os desafios à formação profissional. **Boletim Técnico do SENAC**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, maio/ago. 1996.

_____. Qualificação, competência e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação**, Brasília, DF, v.1, n. 2, p. 5-15, 2001.

_____. Qualificação, competência e certificação: visão do mundo do trabalho. In: SEMINÁRIO CERTIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARA A ÁREA DA SAÚDE, 12., 2000, Brasília. Anais... Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001b. p.27-36.

FERNANDES, J.D. et al. Competência interpessoal nas práticas em saúde: o individual e o coletivo organizacional. **Revista Texto Contexto**, Florianópolis, v.12, p. 210-215, abr./jun. 2003.

_____. Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. **Revista da Escola de Enfermagem**, Universidade de São Paulo, São Paulo, p. 39-44, p. 443-449, 2005.

GADOTTI, Moacir. **Desafios para a era do conhecimento: educação no século XXI – perspectivas e tendências**. São Paulo: Segmento Duetto, [199-]. p. 96. Coleção Memória da Pedagogia, n. 6.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

KUENZER, Acácia Zeneida. Conhecimento e competências no trabalho e na escola. **Boletim Técnico do SENAC**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 3-11, 2002.

LE BOTERF, Guy. **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LIMA, Dulcinéia M. **Um estudo da residência na área de enfermagem**. 1980. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – EEAN, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1980.

LIMA, Eurinilce Xavier de. **O enfermeiro-preceptor e o ensino ao residente de enfermagem no hospital universitário: uma análise compreensiva**. 1996. 111f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, N. E. D. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MENDES, C. A. et al. **Grande enciclopédia portuguesa e brasileira**. Lisboa: Enciclopédia LTDA., 1966. v.23.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7.ed. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 2000.

OGUISSO, Taka; SCHMIDT, Maria José. **O exercício da enfermagem – uma abordagem ético-legal**. São Paulo: LTr, 1999.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

_____. **Ensinar: agir na urgência, decidir na incerteza**. 2 ed. Rio de Janeiro: Qualimark, 2003.

_____. **Dez novas competências para ensinar**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

RIOS, Terezinha Azeredo. **Compreender e ensinar: por uma docência de melhor qualidade**. São Paulo: Cortez, 2001.

RITZKAT, Marly Gonçalves Bicalho. Preceptoras alemãs no Brasil. In: **500 anos de educação no Brasil**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p. 269-290.

ROEGIERS, Xavier. **Uma pedagogia da integração: competências e aquisições no ensino**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SANTOS, Elaine Franco dos. **Preceptoría de enfermagem: reflexões sobre seus valores e sua prática**. 1999. 60f. Monografia (Especialização do Curso de Residência em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

SAUPE, Rosita (Org.). **Educação em Enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção**. Florianópolis: UFSC, 1998.

TAVARES, Aurélio de Lyra. **O Brasil de minha geração – mais dois decênios de lutas – 1956/1976**. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército Editora, 1977.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. In: _____. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

YIN, R.K. **Case study research: design and methods**. Newbury: Sage Publications, 1989. p. 21-23.

ZARAFIAN, Philippe. **O modelo de competência**: trajetória histórica, desafios atuais e propostas. Tradução Eric Roland René Hensult. São Paulo: Senac, 2003.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

Salvador, de.....de 200... .

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Como aluna regular do curso de Mestrado em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, venho convidá-lo(a) a participar da pesquisa da minha dissertação.

A pesquisa intitulada “Preceptoria na residência em Enfermagem: competências da Enfermeira” tem como objetivo conhecer as competências necessárias ao desenvolvimento do trabalho das enfermeiras preceptoras do Curso de Residência em Enfermagem do Hospital da Cidade, situado na cidade do Salvador. Para alcançar este objetivo realizarei uma entrevista e utilizarei um gravador para facilitar o registro das informações obtidas.

Os aspectos éticos desta pesquisa estão baseados na Resolução nº 196/96 do CNS. Sua participação é voluntária, sua identidade e demais informações serão mantidas em sigilo. Este estudo não conferirá risco de nenhuma espécie, não implicará em despesas pessoais e não afetará a rotina de seu trabalho. Será garantida a desistência da sua participação a qualquer momento. Caso necessite, você terá acesso à gravação da entrevista. Colocamo-nos à disposição para o esclarecimento de eventuais dúvidas.

Diante destes dados, e sentindo-se suficientemente esclarecido(a) a respeito da pesquisa, por gentileza assine esse documento confirmando sua participação.

Entrevistadora

Assinatura da entrevistada

APÊNDICE B – Roteiro para entrevista das enfermeiras preceptoras.

- Identificação: iniciais, idade, sexo, estado civil, número de filhos.
- Exerce outra atividade? Em que área?
- Tempo de formada, Instituição que concluiu a graduação, cursos de especialização (em que área), mestrado e ou doutorado.
- Tempo de atuação em Terapia Intensiva, Emergência e ou Centro Cirúrgico.
- Descreva o desenvolvimento do seu trabalho de preceptoria.
- Na sua percepção, quais os limites e possibilidades encontrados no desenvolvimento do trabalho de preceptoria?
- O que você entende por competência, no desenvolvimento de atividades de preceptoria?
- Quais as competências necessárias para uma preceptora, no Curso de Residência em Enfermagem?

APÊNDICE C – Descrição de cargos

DESCRIÇÃO DE CARGOS

Cargo: Enfermeiro Preceptor	Unidade: UCI
------------------------------------	---------------------

Atribuições do Enfermeiro Preceptor:

- Coordenar a passagem de plantão da equipe de enfermagem, realizada pelos residentes de enfermagem dos pacientes sob sua responsabilidade, utilizando o formulário específico como roteiro, e estimulando o auxiliar/técnico de enfermagem a complementar se necessário;
- Fazer uma visita rápida aos pacientes com os residentes de enfermagem, com objetivo de conferir as soluções em uso, funcionamento dos equipamentos, conferir notas de débito, estado geral do paciente, prontuários, identificar necessidades e estabelecer prioridades;
- Auxiliar o residente de enfermagem na elaboração do Plano de Cuidado Diário do paciente para as 24 horas;
- Conferir o aprazamento da prescrição médica realizado pelo residente de enfermagem, observando interações medicamentosas, horários inconvenientes para o descanso do paciente, entre outros;
- Supervisionar a administração de todos os medicamentos os quais os residentes de enfermagem tenham pouco conhecimento;
- Supervisionar a realização de procedimentos técnicos como curativos, sondagem vesical, passagem de sonda nasoenteral ou nasogástrica, aspiração, instalação de PVC, PAM, PIC, monitorização hemodinâmica invasiva, diálises e outros;

- Orientar e supervisionar a evolução de enfermagem conforme padrão estabelecido, observando especialmente o registro de procedimentos realizados, intercorrências, uso de gases e equipamentos;
- Acompanhar juntamente com o residente de enfermagem a visita dos familiares, nos horários em que a psicóloga não estiver, prestando informações solicitadas;
- Comunicar juntamente com o residente de enfermagem, de imediato, ao plantonista as alterações clínicas identificadas no paciente;
- Supervisionar o residente de enfermagem na organização de materiais e medicamentos para os procedimentos médicos eletivos e de urgência;
- Supervisionar e ou auxiliar o residente de enfermagem nos procedimentos médicos;
- Supervisionar os residentes de enfermagem em tarefas mais complexas;
- Assegurar com o residente de enfermagem a realização de exames diagnósticos solicitados;
- Manter comunicação permanente com os coordenadores do HC e ISG, informando-os das dificuldades na tomada de decisão, através da “ocorrência eletrônica”;
- Controlar a frequência e pontualidade dos residentes de enfermagem e auxiliares/técnicos de enfermagem, e comunicar aos coordenadores do HC e ISG toda e qualquer irregularidade;
- Acionar juntamente com o residente de enfermagem, quando necessário, a presença do médico assistente ou especialista;
- Observar a prática das medidas de prevenção e controle das infecções hospitalares pelos residentes de enfermagem;

- Observar e cumprir os procedimentos e rotinas estabelecidas para a Unidade durante a preceptoria;
- Participar na elaboração de programas de treinamento na Unidade;
- Fazer avaliação de desempenho do residente, após cada plantão, sempre que possível, e dar retorno do desempenho positivo e do desempenho a ser melhorado, seja no conhecimento, na habilidade ou na atitude. Os pontos críticos devem ser comunicados através da “ocorrência eletrônica”, aos coordenadores do ISG e do HC;
- Realizar trimestralmente avaliação de desempenho formal com todos os residentes de enfermagem e passar para o coordenador do HC e ISG, e estes deverão dar retorno individual aos residentes;
- Realizar diariamente nos horários de 15 às 16:30, no período diurno, e 23:00 à 1:00, no período noturno, sessões científicas com os residentes de enfermagem utilizando a sala da coordenação de enfermagem e fisioterapia da UCI, quando serão discutidos os quadros clínicos dos pacientes: motivo da admissão, quadro clínico atual, evolução clínica, modificações de prescrição, resultados de exames com interpretação, plano de cuidados diário e ou temas conforme programação;
- Desenvolver com os residentes de enfermagem a interdisciplinaridade, a importância da busca de informações junto à equipe multiprofissional;
- Orientar os residentes de enfermagem quanto à importância do planejamento dos cuidados e da finalização das tarefas.

APÊNDICE E – Carta ao comitê de ética e pesquisa

Salvador, ____ de _____ de 200_.

Ilmo. Sr.
Prof. Dr. Antônio dos Santos Barata
MD. Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Maternidade Climério Oliveira
Universidade Federal da Bahia

Eu, Dirce Yurico Maeda, aluna regularmente matriculada no Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, na área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde e na Linha de Pesquisa Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde, encaminho o meu projeto de pesquisa de dissertação, para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, desta renomada instituição.

Atenciosamente,

Enfª Dirce Yurico Maeda
COREN-BA nº 24.942
CPF nº 085.322.735-72

APÊNDICE F – Plano de disciplina da UE

INSTITUTO SÓCRATES GUANAES

UNIDADE Emergência		CURSO Residência em Enfermagem
DISCIPLINA Enfermagem em Emergências		CÓDIGO
SEMESTRE	VIGÊNCIA DO CURRÍCULO	
CARGA HORÁRIA 720 h		Nº DE CRÉDITOS
PRÉ-REQUISITO		
PRECEPTORES		
PROGRAMA DE ESTÁGIO		
EMENTA		
<p>Estuda o cuidado de enfermagem a pacientes críticos na Unidade de Emergência em todo seu processo, da admissão, observação, transferência para Unidade de Cuidados Intensivos ou Unidade de Internação e alta, com enfoque voltado para cuidado integral.</p>		
OBJETIVOS		
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a estrutura organizacional de uma Unidade de Emergência; • Conhecer os principais processos e fluxos de uma Unidade de Emergência; • Prestar cuidado de enfermagem ao paciente crítico desde a sua chegada até o momento de sua transferência; • Contribuir com o curso de reciclagem da Unidade de Emergência. 		
CONTEÚDO PROGRAMÁTICO - UNIDADE I – 1ª MÊS		
<p>1. PRIMEIRA SEMANA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação à equipe (auxiliares e técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos, preceptores, médicos plantonistas, coordenadores médicos, assistente social, recepcionistas, auxiliares de serviços médicos e de transporte, segurança e serviço de apoio, etc.); • Reconhecimento de campo e apresentação da estrutura organizacional da Unidade de Emergência; • Checar através da Ficha de Acompanhamento de Procedimentos e Técnicas Realizadas atualizada, a situação atual do residente com relação aos procedimentos e técnicas; • Pré-teste; • Rotinas da unidade: fluxos, impressos, passagem de plantão da U E para UCI/UI/UC, transferências intra-hospitalares; • Atribuição assistencial e administrativa do residente na Unidade de Emergência; • Papel do preceptor, do coordenador, dos auxiliares e técnicos de enfermagem, auxiliar administrativo e estagiário de enfermagem. • Monitorização na Emergência: ECG, PANI, Oximetria, Hemogasimetria, Balanço Hídrico, Pressão Venosa Central, Glicemia Capilar. 		

- 2. SEGUNDA SEMANA:**
- **O Atendimento das Emergências Médicas:** Sistema de atendimento das Emergências Médicas, Sala de Reanimação, Ressuscitação Cardiopulmonar, Síncope, Tratamento do Estado de Choque, Edema Pulmonar, Síndromes Hemorrágicas.
- 3. TERCEIRA SEMANA:**
- **Emergências Cardiovasculares:** ICC, EAP, Arritmias Cardíacas, Angina, IAM, Urgências Hipertensivas, Tamponamento Cardíaco, Aneurisma de Aorta.
- 4. QUARTA SEMANA:**
- **Emergências Neurológicas:** Abordagem do paciente comatoso, AVC (Isquêmico e Hemorrágico), Epilepsias, Convulsão, Síndrome de Hipertensão Intracraniana, Meningite, Tumor Intracraniano.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO - UNIDADE II – 2ª MÊS

- 1. PRIMEIRA SEMANA:**
- **Emergências em Pneumologia:** Insuficiência Respiratória, TEP, Estado de Mal Asmático, Pneumonias, Pneumotórax Espontâneo, Hemoptise, DPOC.
- 2. SEGUNDA SEMANA:**
- **Emergências nos Distúrbios Metabólicos e Endócrinos:** Distúrbios Hidroeletrólíticos e Ácidos-Básicos Insuficiência Renal Aguda, Emergência em Diabéticos (Cetoacidose Diabética, Coma Hiperglicêmico Hiperosmolar não Cetótico, Hipoglicemia).
- 3. TERCEIRA SEMANA:**
- **Emergências gastroenterológicas:** Dor Abdominal, Abdome Agudo, Apendicite Aguda, Colecistite Aguda, Pancreatite Aguda, Úlcera péptica perfurada, Obstrução Intestinal, Hemorragia Digestiva Alta e Baixa, Encefalopatia Hepática, Diarréia Aguda.
- 4. QUARTA SEMANA:**
- **Emergências nos Politraumatizados:** Traumatismos Torácicos, Traumatismos Cranioencefálico, Traumatismos raquimedulares, Traumatismos Abdominais, Traumatismos do Sistema Urinário.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO - UNIDADE III – 3ª MÊS

- 1. PRIMEIRA SEMANA:**
- **Emergências em Ortopedia:** Lesões Traumáticas do Membro Superior, Lesões Traumáticas da Pelve e Membros Inferiores, Infecções Ósseas e Articulares Agudas, Lesões Traumáticas expostas dos Ossos e Articulações, Fraturas Expostas.
- 2. SEGUNDA SEMANA:**
- **Emergências em Envenenamentos Agudos:** Intoxicação Exógena (medicamentos, venenos, produtos químicos, animais peçonhentos)
 - **Emergências em urologia:** Retenção Urinária Aguda, Hematúria Macroscópica, Cólica Renal, Torção de Testículo, Infecção do Trato Urinário, Bexiga Neurogênica.
- 3. TERCEIRA SEMANA:**
- **Emergências nas feridas e queimaduras:** Tratamento das Queimaduras, Tratamento das Feridas.
 - **Emergências em Ginecologia e Obstetrícia:** Hemorragias Ginecológicas, Abdome Agudo Ginecológico, Hemorragias Obstétricas, Doença Hipertensiva Específica da Gravidez.
- 4. QUARTA SEMANA:**
- **Emergências em Pediatria:** Distúrbios Hidroeletrólíticos na Infância, Insuficiência Respiratória Aguda na Infância, Emergências em Cirurgia Pediátrica, Emergências Neonatais.

**OBS. – TODOS OS TEMAS A SEREM ABORDADOS DEVERÃO CONTER:
CONCEITO, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS, ETIOLOGIA, DIAGNÓSTICO
DIFERENCIAL, SINAIS E SINTOMAS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM.**

RECURSOS UTILIZADOS

Quadro branco, pincel para quadro branco, computador, multimídia, impressos, manual de rotinas e de procedimentos.

METODOLOGIA
<p>Levando em consideração as características do estágio, que abrange os conhecimentos especializados da assistência de enfermagem ao paciente crítico na Unidade de Emergência, bem como os objetivos que precisam ser alcançados durante o estágio, o percurso metodológico pressupõe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Problem Based Learning</i> – PBL – (tendo como referencial o problema levantado no campo de estágio); • Aulas práticas utilizando roteiros de orientação elaborados pelo preceptor; • Discussão em grupo de temas já apresentados em sala de aula, com a finalidade do residente demonstrar o entendimento sobre o assunto, e ao mesmo tempo dirimir as dúvidas porventura ainda existentes.
AVALIAÇÃO
<p>No decorrer do processo avaliativo utilizado como critério de mensuração do desempenho do residente durante o desenvolvimento das atividades na Unidade de Emergência, serão considerados os seguintes instrumentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Um pré-teste constando de 05 questões abertas, com o objetivo de avaliar o conhecimento do residente com relação à Unidade de Emergência. Esta prova terá valor 10 (dez). 2. Uma prova individual prática, constando de 5 questões, onde será utilizada a sala de reanimação ou boxe do paciente para que o residente possa reconhecer e descrever os procedimentos operacionais padrão de enfermagem desenvolvidos em situações de emergência. Esta prova terá valor 10 (dez). 3. Uma aula de atualização para a equipe de auxiliares/técnicos de enfermagem, onde será discutido tema previamente escolhido pelo coordenador/preceptor, para que o mesmo possa demonstrar o entendimento do assunto. Esta aula terá valor 10 (dez).
REFERÊNCIAS BÁSICAS
<p>BRUNNER, Lillian S.; SUDDARTH, Doris Smith. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994. v.1. LOPEZ, Mário. Emergências Médicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.</p>
REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

TEMAS QUE DEVEM SER DISCUTIDOS DURANTE O ESTÁGIO NA UE

- Insuficiência Cardíaca, EAP, ICC
- Emergências Cardiovasculares: ICC, Arritmias Cardíacas, Angina, IAM, Trombolíticos;
- PCRC;
- Urgências Hipertensivas
- Diabetes Mellito, Coma Hipoglicêmico e Hiperglicêmico
- Acidente Vascular Cerebral Isquêmico e Hemorrágico, Convulsão
- SARA, Pneumonias, TEP
- Choque
- Asma/DPOC
- Hemorragias Digestivas alta e baixa
- Politrauma, TCE, Raquimedular
- Meningites
- Distúrbios Eletrolíticos, Desidratação
- Intoxicações Exógenas
- Emergências Clínicas I

- Emergências Clínicas II

OUTROS ASSUNTOS:

INSTITUTO SÓCRATES GUANAES

UNIDADE Cirúrgica		CURSO Residência em Enfermagem
DISCIPLINA Enfermagem Cirúrgica – Trans-operatório		CÓDIGO
SEMESTRE	VIGÊNCIA DO CURRÍCULO	
CARGA HORÁRIA 240 horas		Nº DE CRÉDITOS
PRÉ-REQUISITO		
PRECEPTORES		
PROGRAMA DE ESTÁGIO		
EMENTA		
Estuda o cuidado de enfermagem a pacientes críticos na Unidade Cirúrgica em todo seu processo, da admissão, trans-operatório e transferência para Unidade de Cuidados Intensivos, com enfoque voltado para treinamento em serviço.		
OBJETIVOS		
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a estrutura organizacional de uma Unidade Cirúrgica; • Conhecer os principais processos e fluxos de uma Unidade Cirúrgica; • Prestar cuidado de enfermagem ao paciente crítico desde a sua chegada até o momento de sua transferência; • Contribuir com o curso de reciclagem da Unidade Cirúrgica; 		
CONTEÚDO PROGRAMÁTICO – UNIDADE I – 1ª SEMANA		
<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação à equipe (auxiliar/técnico de enfermagem, auxiliar administrativo, maqueiros, enfermeiras, médicos anestesistas, médicos cirurgiões, instrumentadores, etc); • Reconhecimento de campo e apresentação da estrutura organizacional da Unidade Cirúrgica; • Checar através da Ficha de Acompanhamento de Procedimentos e Técnicas Realizadas atualizada, a situação atual do residente com relação aos procedimentos e técnicas; • Pré-teste; • CCIH - Centro Cirúrgico: definição, fluxos, anti-sepsia das mãos, higienização em CC, precaução padrão; • Atribuição assistencial e administrativa do residente na Unidade Cirúrgica; • Papel do preceptor, do coordenador, dos auxiliares de enfermagem, auxiliar administrativo, estagiário de enfermagem e maqueiros; • Impressos • Rotinas específicas: admissão, encaminhamento para Unidade, admissão na Recuperação Pós-Anestésica, passagem de plantão da UC para UCI, intraoperatório (antibioticoterapia, posicionamento do paciente, sondagem vesical, degermação e assepsia do paciente, suporte ao anestesista e suporte ao cirurgião). 		
CONTEÚDO PROGRAMÁTICO – UNIDADE II – 2ª SEMANA		
<ul style="list-style-type: none"> • Execução das rotinas apreendidas na primeira semana e conhecimento de outras rotinas específicas: checagem de sangue, vaga na UCI, anatomia patológica, gasometria e biópsia de congelação. 		
CONTEÚDO PROGRAMÁTICO – UNIDADE III – 3ª SEMANA		
<ul style="list-style-type: none"> • Execução das rotinas apreendidas até esta semana e; • Arrumação de sala; • Recebimento de material da CME e farmácia • Desenvolvimento dos procedimentos; 		

<ul style="list-style-type: none"> • Gerenciamento da Unidade.
CONTEUDO PROGRAMÁTICO – UNIDADE IV – 4ª SEMANA
<ul style="list-style-type: none"> • Execução de todas as atividades • Participar do Treinamento de Reciclagem da Unidade com um tema escolhido pelo coordenador preceptor. • Pós-teste.
RECURSOS UTILIZADOS
Quadro branco, pincel para quadro branco, computador, impressos, manual de rotinas e de procedimentos.
METODOLOGIA
<p>Levando em consideração as características do estágio, que abrange os conhecimentos especializados da assistência de enfermagem ao paciente crítico no transoperatório, bem como os objetivos que precisam ser alcançados durante o estágio, o percurso metodológico pressupõe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aulas discursivas (tendo como referencial o problema levantado no campo de estágio); • Aulas práticas utilizando roteiros de orientação elaborados pelo preceptor; • Discussão em grupo de temas já apresentados em sala de aula, com a finalidade de o residente demonstrar o entendimento sobre o assunto, e ao mesmo tempo dirimir as dúvidas porventura ainda existentes.
AVALIAÇÃO
<p>No decorrer do processo avaliativo, utilizado como critério de mensuração do desempenho do residente durante o desenvolvimento das atividades em sala de cirurgia e na Unidade, serão considerados os seguintes instrumentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Um pré-teste constando de 05 questões abertas, com o objetivo de avaliar o conhecimento do residente com relação à Unidade cirúrgica. Esta prova terá valor 10 (dez). 5. Uma prova individual prática, constando de 05 questões, onde será utilizada a sala de cirurgia para que o residente possa reconhecer e descrever os procedimentos operacionais padrão de enfermagem desenvolvidos em uma cirurgia de grande porte. Esta prova terá valor 10 (dez). 6. Uma aula de atualização para a equipe de auxiliares/técnicos de enfermagem, onde será discutido tema previamente escolhido pelo coordenador/preceptor, para que o mesmo possa demonstrar o entendimento do assunto. Esta aula terá valor 10 (dez).
REFERÊNCIAS BÁSICAS
<p>ALEXANDER, M. H. M. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. Tradução Ivone Evangelista Cabral e Cláudio L. C. de Araújo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.</p> <p>SOBECC. Práticas recomendadas: centro cirúrgico, recuperação pós-anestésica e Central de Material e Esterilização. 2. ed. São Paulo: SOBECC. 2003.</p> <p>GHELLERE, Terezinha et al. Centro Cirúrgico – aspectos fundamentais de enfermagem. 2.ed. 3.ed. Florianópolis, 1987, 1993.</p> <p>COSTA, A O et al. Esterilização e desinfecção: fundamentos básicos, processos e controles. São Paulo: Cortez, 1990.</p> <p>BRUNNER, Lílian S.; SUDDARTH, Doris Smith. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994. v.1</p>
REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES
<p>FERREIRA, A. & DUARTE, L. R. P. Cefaléia pós-punção subaracnóidea: influência da agulha e da deambulação precoce. Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 46, n. 2. p. 167-170, abr./jun. 1993.</p> <p>ROZA, Irmgard B. et al. Percepções do paciente cirúrgico enquanto aguarda o momento de ser anestesiado. Revista Paulista de Enfermagem, 1991. Edição Especial.</p> <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE. Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde. Brasília. 1983.</p>

- FERRAZ, Carlos Augusto M. Reutilização de artigos médico hospitalares. **Revista Enfoque**, v.16, n. 1, p. 4-6. 1990.
- GERBELLI, M^a Alice; FÁVERO, Tânia Regina. Informatização de montagem de cirurgias – relato de experiência. CONGRESSO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRURGICO, 1., 1993, São Paulo, **Anais ...**, São Paulo. 1993.
- GEIB, Lorena T. et al. Anti-sepsia das mãos pré-procedimento cirúrgico: influencia da anti-sepsia complementar. CONGRESSO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRURGICO, 1., 1993, São Paulo, **Anais ...**, São Paulo. 1993.
- JANUZELLI, J. L. L. A utilização do papel como embalagem de produtos medico hospitalares estéreis. **Revista Enfoque**, v. 16, n. 1. 1988.
- _____. Materiais de embalagem no processo de esterilização por óxido de etileno. **Revista Enfoque**, v. 19, n. 4, dez. 1991.
- _____. Novas técnicas de esterilização para produtos médico-hospitalares. **Revista Enfoque**, v.2, 1994.
- _____. Sterrad-opte pelo futuro. **Revista Enfoque**, ano XXI, v. 2, p. 12-17, jun. 1995.
- LONGLI, Leda Fonseca. Óxido de etileno: risco ocupacional. CONGRESSO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRURGICO, 1., 1993, São Paulo, **Anais ...**, São Paulo. 1993.
- BIANCHI, Estela R. F.; JOUCLAS, Vanda M^a G. Atuação profissional dos egressos dos cursos de especialização de enfermagem em Centro Cirúrgico. CONGRESSO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRURGICO, 1., 1993, São Paulo, **Anais ...**, São Paulo. 1993.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lavar as mãos: informações para profissionais de saúde. Normas e Manuais Técnicos. Brasília. 1988.
- _____. Manual de controle de infecção hospitalar. Brasília, DF., 1985.
- SIQUEIRA, Helena Mendes. A contaminação do ar ambiente pela porta. **Revista Máscaras & Luvas**, v. 2, n. 3, 1983.
- BIANCHI, Estela Regina F. ; SILVA, Arlete. O estresse e o processo de trabalho do enfermeiro na unidade de centro de material. CONGRESSO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRURGICO, 1., 1993, São Paulo, **Anais ...**, São Paulo. 1993.
- GALVÃO, Cristina Maria. Liderança do enfermeiro de centro cirúrgico. **Revista Paulista de Enfermagem**, 1991. Edição Especial.

CIRURGIAS QUE DEVEM SER DISCUTIDAS DURANTE O ESTÁGIO NA UC

- CIRURGIA BARIÁTRICA
- LAPAROTOMIA
- RTU DE PRÓSTATA (CÉU ABERTO/URETROCISTOSCÓPIO)
- TUMORES DE CRÂNIO
- CIRURGIAS ORTOPÉDICAS (ARTROSCOPIA DE JOELHO (IDOSOS)).
- CIRURGIAS EM IDOSOS
- HÉRNIA DISCAL

OUTROS ASSUNTOS:

- TRANSPORTE DE PACIENTES EM PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO
- ANESTESIA
- ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM NO CRPA (MOVIMENTAÇÃO)

APÊNDICE H – Seminário de Integração da Preceptora

SEMINÁRIO DE INTEGRAÇÃO DA PRECEPTORA

DATA:
LOCAL:

- 8 às 8:30 – Abertura – Composição da Mesa:
 - Diretora da EEUFBA –
 - Coordenadora de Pós-Graduação da EEUBA –
 - Coordenadora dos Cursos de Especialização da EEUFBA –
 - Diretor Presidente do ISG –
 - Gerente de Enfermagem do HC –
 - Coordenação Ed. Treinamento do ISG –
- 8:30 às 10:30 – A unidade entre a teoria e a prática na Preceptoría de Enfermagem –
- 10:30 às 10:45 – Coffee Break
- 10:45 às 11:20 – Ser Preceptor –
- 11:20 às 12:00 – A Prática da Preceptoría –
- 12:00 às 14:00 – Almoço
- 14:00 às 15:45 – Relato de Experiência na Visão do:
 - Preceptor:
 - Coordenador HC:
 - Coordenadora EEUFBA:
- 15:45 às 16:00 – Coffee Break
- 16:00 às 17:00 – Dinâmica de Integração –
- 17:00 às 17:30 – Entrega de pastas e jalecos

ANEXO A – Rotina diária de serviço da unidade de cuidados intensivos

HOSPITAL DA CIDADE
RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM INTENSIVISTA

1. Observar a distribuição diária de serviço, identificando com quais pacientes está escalada durante o plantão;
2. Observar os auxiliares de enfermagem que estão com os pacientes da sua escala;
3. Acompanhar a passagem de plantão à beira do leito;
4. De posse do prontuário do paciente, o qual esta responsável, conferir as soluções em uso observando se estão prescritas e a vazão (atentar para drogas vasoativas – noradrenalina, dobutamina, dopamina, nitroprussiato de sódio e nitroglicerina, sedação, analgesia, sol. Insulina e NPT) caso a solução esteja finalizando sinalizar o auxiliar de enfermagem escalado para preparar nova solução, assim como dietas enterais;

Obs.: Drogas vasoativas, principalmente noradrenalina, com vazão alta deve-se ter maior atenção para que não acabem totalmente, ou seja, uma solução reserva já deve estar preparada.

5. Durante a checagem das soluções atentar para: rótulo das soluções (nome do paciente, leito, data e hora da instalação e nome do profissional que preparou a solução), horário para troca (independente que tenha finalizado ou não, padrão para troca a cada 24 horas, com raras exceções p.ex.: propofol);
6. Data dos equipos (deve ser colocado no gotejador), os equipos, torneirinhas e polifix devem ser trocados a cada 24 horas;
7. No momento desta primeira checagem atentar para o estado geral do paciente (padrão respiratório, nível de sedação, sinais vitais – FC/FR/Temp./PA/SpO²), arrumação do leito e cabeceira de leito, parâmetros dos monitores, processo dialítico, etc.;
8. De posse do prontuário conferir o Box do paciente, se todas as medicações aprazadas até o meio-dia estão disponíveis;
9. Conferir o aprazamento das medicações (medicações devem ser aprazadas em horários pares, com raras exceções), atentar para interações medicamentosas e distribuição de medicações com mesma indicação para horários diferentes;
10. No mínimo trinta minutos antes dos horários das medicações iniciar o preparo destas (diluições);

11. Conferencia do BH, controle de sinais vitais, HGT, resíduo gástrico e Glasgow sempre a cada duas horas no máximo iniciando logo após a passagem de plantão. Qualquer alteração deve ser discutida com o Médico plantonista ou residente para as devidas providencias;
 12. Observar qual o horário da evolução diária do seu paciente, independente disto deve ser feita uma anotação mais sucinta sobre o estado geral do paciente (em até duas horas após a chegada no plantão), baseado no exame físico cefálo caudal;
 13. Após o primeiro horário de medicações, acompanhar o banho de leito e/ou higienização do(s) seu(s) paciente(s);
 14. Durante ou após o banho de leito e/ou higienização iniciar trocas dos curativos observando o aspecto das lesões;
 15. As novas prescrições devem ser liberadas pelo Médico plantonista ou residente (em duas vias) até às 10h da manhã, logo após aprazar e entregar a segunda via á farmácia satélite para que o Box possa ser reposito a partir de 13h, pelo colaborador da farmácia e auxiliar administrativo da UCI;
- Obs.:** Observar para padrão de checagem.
16. Discutir com o médico plantonista a possibilidade ou confirmação de altas e informar ao auxiliar administrativo para providenciar o leito;
 17. Ao finalizar os curativos (normalmente até 10h da manhã), trocar as soluções dos pressurizadores (PAI), a cada 24 horas;
 18. Atentar para aprazamento ou necessidade de medidas específicas – swan ganz, pressão intravesical (p.ex.)
 19. Evitar procedimentos de enfermagem ou médicos durante os horários de visita;
 20. Acompanhar os visitantes esclarecendo possíveis dúvidas e/ou encaminhando ao médico plantonista ou residente;
 21. Acompanhar mudança de decúbito a cada quatro horas no máximo, pelo auxiliar de enfermagem;
 22. Atentar para os exames laboratoriais e possíveis intervenções, junto com o Médico plantonista ou residente;
 23. Reservar o período da tarde para possíveis procedimentos médicos (passagem de cateteres, traqueostomia, drenagens, entre outros) e encaminhamentos (tomografia/eco/usg/rx);

24. manter o posto de enfermagem em ordem e cobrar dos auxiliares de enfermagem a mesma conduta;
25. sempre que uma medicação for acrescentada, solicitar até o horário de liberação da próxima prescrição;
26. Ler evolução e orientações dos Médicos plantonistas, residentes, diaristas e assistentes;
27. Estar sempre atento para possíveis intercorrências e alterações com os pacientes;
28. Abrir novas notas de débito a partir de 23h (para plantão noturno);
29. Abrir novos planos de enfermagem a partir de 23h (para plantão noturno);
30. Ao final do plantão preencher o impresso de passagem de plantão;
31. Ao final do plantão e antes da passagem efetuar uma última conferencia geral do paciente (leito/paciente/prontuário);
32. A seqüência descrita pode sofrer alterações a depender da evolução do plantão.

ANEXO B – Programa teórico para Turma II da Residência de Enfermagem Intensiva

PARTE I (1º ANO)

MÓDULO I

Sistematização da assistência de enfermagem intensivista.

MÓDULO II

Aspectos organizacionais e estruturais da Unidade de tratamento intensivo.

MÓDULO III

Assistência de enfermagem intensivista ao paciente com monitorização hemodinâmica básica:

- Sinais vitais
- Pressão venosa central
- Capnografia
- Oximetria
- Eletrocardiografia

MÓDULO IV

Custos hospitalares, auditoria e a enfermagem intensivista.

MÓDULO V

Administração de Enfermagem.

MÓDULO VI

Instrumentos básicos para a assistência de enfermagem intensivista.

MÓDULO VII

Assistência de enfermagem intensivista ao paciente com suporte nutricional:

- Enteral
- Parenteral

MÓDULO VIII

Assistência de enfermagem intensivista ao paciente com monitorização da pressão intracraniana.

MÓDULO IX

Assistência de enfermagem intensivista ao paciente que vai ser submetido a estimulação elétrica:

- Marca-passo
- Cardioversão e desfibrilação

Assistência de enfermagem ao paciente com suporte circulatório:

- Balão de contrapulsção

MÓDULO X

Assistência de enfermagem durante o transporte do paciente grave.

MÓDULO XI

Assistência de enfermagem ao paciente com cateter de Swan Ganz.

MÓDULO XII

Assistência de enfermagem intensivista ao paciente em terapia substitutiva renal contínua e intermitente.

MÓDULO XIII

Assistência de enfermagem intensivista ao paciente com suporte ventilatório:

- Não invasivo
- Invasivo

MÓDULO XIV

A enfermagem e o controle de infecção hospitalar.

MÓDULO XV

Assistência de enfermagem intensivista ao paciente portador de:

- Ostomias intestinais urinárias e traqueais;
- Úlceras de pressão: abordagem preventiva e curativa.

PARTE II (2º ANO)**MÓDULO XVI**

Instrumentos básicos de enfermagem utilizados para o cuidado de alta complexidade.

Avaliação emocional.

Avaliação física.

Avaliação laboratorial.

Avaliação exames de imagem.

MÓDULO XVII

Ética e bioética.

MÓDULO XVIII

A enfermagem humanizando o processo assistencial na unidade de terapia intensiva.

MÓDULO XIX

Choque: hipovolêmico, séptico, neurogênico e cardiogênico.

MÓDULO XX

A enfermagem intensivista no manuseio de drogas e soluções.

MÓDULO XXI

Ventilação espontânea.

Insuficiência respiratória aguda e SARA.

MÓDULO XXII

Síndromes coronarianas agudas; Tromboembolia pulmonar, arritmias e parada cardio-respiratória.

Reperusão nas Síndromes coronarianas agudas: trombolíticos, angioplastia, cirurgia.

MÓDULO XXIII

Trauma cranioencefálico e raquimedular; politraumatismo.

MÓDULO XXIV

Insuficiência renal aguda, anormalidade de eletrólitos.

MÓDULO XXV

AVCI, AVCH, Mal convulsivo, Guillian Baré, Miastenia Gravis e Comas.

Escalas de avaliação.

MÓDULO XXVI

Assistência de enfermagem intensivista e os transplantes: doador e receptor.

MÓDULO XXVII

Concepções e paradigmas de enfermagem sobre a morte e o morrer.

MÓDULO XXVIII

Hemorragia digestiva, encefalopatia hepática.

MÓDULO XXIV

A enfermagem intensivista no atendimento ao idoso: aspectos geriátricos e gerontológicos.

MÓDULO XXX

Assistência de enfermagem ao paciente que vai ser submetido a analgesia e sedação.

ANEXO C – Preceptoria

1. Atribuições do Staff da Residência de Enfermagem do HC / ISG / UFBA:

- Coordenadora do ISG, responsável pela parte didática, ensino e pesquisa, e escala dos residentes;
- Coordenador de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos do HC, responsável pela Administração da Unidade, Coordenação de Pessoal, Rotinas da Unidade, Gerenciamento da Unidade e escala dos preceptores;
- Coordenadora de Pós Graduação da EEUFBA, responsável pela parte didática, ensino e pesquisa do curso e presidente da Comissão de Acompanhamento e Avaliação da Residência em Enfermagem Intensiva.
- Gerente de Enfermagem do HC
- Coordenadora de Enfermagem da Unidade Cirúrgica do HC
- Coordenadora de Enfermagem da Unidade de Emergência do HC

2. Responsabilidade da Preceptoria:

- Execução do Programa da Residência no âmbito da sua especialidade através da promoção do ensino aprendizagem em situação de estudo-trabalho, ou seja, aprender fazendo em realidade concreta.

3. Papel do Preceptor:

- Treinar o residente tendo em vista seu crescimento profissional criando condições favoráveis para o desenvolvimento do conhecimento, habilidades e competências e utiliza o seu acervo de conhecimentos adquiridos em sua trajetória profissional;
- Buscar conhecimentos através de troca de experiências com o residente;
- Dominar os princípios que orientam os novos enfermeiros.

4. Aspectos importantes a serem observados na prática da preceptoria:

- As ações do cuidado e do desenvolvimento não podem e nem devem ser robotizadas e, sim, cumpridas com reflexão, discussão crítica acerca de o porquê? Para quê? E para quem?

- O crescimento e a transmissão da experiência não devem ser resultados de iniciativas isoladas, e sim, com planejamento integrado das atividades de preceptoria, através de objetivos comuns, estabelecidos e perseguidos por todas;
- O preceptor deve assistir o paciente ao lado do residente e deve encontrar a forma melhor de ensinar a sua prática;
- O preceptor deve estar sempre perto do residente, ajudando nas dúvidas, demonstrando as principais técnicas e incentivando a teoria, a prática, deve, portanto, estar atualizadas e dominando conhecimentos da área;
- Nas estratégias pedagógicas modernas não há necessidade de reflexões da prática atreladas ao conteúdo trabalhado em sala de aula, principalmente porque o programa é desenvolvido ao longo do curso. É importante que as reflexões ocorram nas situações emergentes e concretas do cotidiano e em situações. O preceptor é o elo, estimulando, direcionamento e buscando juntas, quando em experiência nova para ambas, reforçando o suporte teórico que irá ajudá-las na compreensão e solução dos problemas;
- As preceptoras não podem esquecer os residentes, apesar de já serem enfermeiras, estão em treinamento e não dominam a área de conhecimento, a graduação dá formação generalista, são na maioria recém-formadas, não sabem cuidar de pacientes críticos de UTI e nem dominam o uso da tecnologia apropriada;
- Não podem esquecer que a preceptoria responde e é co-responsável pelos erros e acertos da sua orientanda, assim como, o serviço também responde por permitir ou escalar profissionais não qualificados para prestar cuidados ao paciente. Portanto, toda ação do residente deve ser monitorada constantemente, desde a prestação de cuidados até os registros, reorientando quando necessário.;
- As atribuições são definidas de forma gradativa, das mais simples as mais complexas;
- A preceptora deve integrar os residentes, em um trabalho de equipe da enfermagem, onde os auxiliares desempenham as suas funções e os residentes assumem as funções do enfermeiro sob a supervisão do preceptor e do coordenador, ou chefe do serviço da enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos;
- O trabalho deve ser planejado para que, em uma jornada de 12 horas, haja espaço para discussão de casos clínicos e de situações vivenciadas na prática, mesmo que seja planejada na véspera, ou na mesma jornada.

ANEXO D – Programa para discussões teóricas em campo de estágio

TURMA II DA RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM INTENSIVA

MÓDULO I (PRIMEIRO ANO)

TEMA	PERÍODO	RESPONSÁVEL
Sistematização da Assistência de Enfermagem intensiva.(SAE)		
Aspectos organizacionais e estruturais da Unidade de Terapia Intensiva.		
Monitorização hemodinâmica básica não invasiva e invasiva.		
Sinais vitais / Pressão venosa central / Capnografia / Oximetria / Eletrocardiografia.		
Sistema Cardio Vascular - Anatomia e Fisiologia		
Síndromes Coronarianas agudas;Tromboembolia pulmonar, arritmias e parada cardio-respiratória.		
TVP / Angina / IAM / EAP / Emergência Hipertensiva.		
Reperusão nas Síndromes coronarianas agudas:trombolíticos,angioplastia,cirurgia.		
ICC		
Estimulação Elétrica:		
Marca - Passo / Cardioversão e desfibrilação.		
Choque hipovolêmico, séptico, neurogênico e cardiogênico.		
Monitoração hemodinâmica avançada.		
Sistema Respiratório - Anatomia e Fisiologia.		
Ventilação Espontânea		

Úmidificação da vias aéreas.		
Cateter de O ₂		
Ventury		
Máscara com reservatório.		
IRP		
DPOC		
SARA		
Atelectasia		
Derrame Pleural		
Pneumotórax Hipertensivo.		
Pneumotórax.		
Hemotórax.		
Barotrauma.		
Cuidados com dreno de tórax.		
Gasometria.		
Aspiração.		
Nebulização.		
Traqueostomia.		
Ventilação Mecânica.		
Invasivo.		
Não Invasivo.		
Desmame Ventilatório.		

Modos Ventilatórios.		
Sistema Neurológico Anatomia e Fisiologia		
AVCI		
AVCH		
Mal convulsivo.		
Comas.		
Escalas de Avaliação.		
Hipertensão Intra-craniana		
Morte Encefálica.		
Sistema Excretor Anatomia e Fisiologia		
Insuficiência renal aguda.		
Anormalidade de eletrólitos.		
Cetoacidose diabética.		
Estados hiperosmolares.		
Sistemas Digestivos Anatomia e Fisiologia		
Assistência de enfermagem intensivista ao paciente portador de distúrbio gastrointestinal.		
Hemorragia Digestiva.		
Peritonite.		
Pancreatite.		
Isquemia Mesentérica.		
Encefalopatia Hepática.		
Pele Anatomia e Fisiologia		
Ostomias intestinais urinárias e traqueais.		
Úlceras de Pressão.		
Abordagem preventiva e curativa.		

Suporte Nutricional		
Enteral		
Parenteral (Distúrbio hematológico/Hemoterapia/Distúrbio de Coagulação/Utilização do Sangue).		
Assistência de enfermagem ao paciente que vai ser submetido a analgesia e sedação.		
A enfermagem intensivista no manuseio de drogas e soluções.		
A assistência de enfermagem durante o transporte do paciente grave.		

**PROGRAMA PARA DISCUSSÕES TEÓRICAS
EM CAMPO DE ESTÁGIO**

TURMA II DA RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM INTENSIVA

MÓDULO II (PENULTIMO SEMESTRE)

TEMA	PERÍODO	RESPONSÁVEL
Assistência de enfermagem intensivista ao paciente com monitoração da pressão intracraniana.		
Assistência de enfermagem intensivista ao paciente em terapia substitutiva renal contínua e intermitente.		
Trauma crânio encefálico e raquimedular; politraumatismo.		
A enfermagem e o controle de infecção hospitalar.		
Custos hospitalares, auditoria e a enfermagem intensivista.		

**PROGRAMA PARA DISCUSSÕES TEÓRICAS
EM CAMPO DE ESTÁGIO
TURMA II DA RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM INTENSIVA**

MÓDULO III (ÚLTIMO SEMESTRE)

TEMA	PERÍODO	RESPONSÁVEL
Administração de enfermagem.		
Instrumentos básicos para a assistência de enfermagem intensivista.		
Assistência de enfermagem ao paciente com suporte circulatório.		
Balão de Contrapulsção.		
Instrumentos básicos de enfermagem utilizados para o cuidado de alta complexidade:		
Avaliação emocional.		
Avaliação física.		
Avaliação laboratorial.		
Avaliação exames de imagem.		
Ética e bioética.		
A enfermagem humanizando o processo assistencial na unidade de terapia intensiva.		
Assistência de enfermagem intensivista e os transplantes: doador e receptor.		
Concepções e paradigmas de enfermagem sobre a morte e o morrer.		
A enfermagem intensivista no atendimento ao idoso: aspectos geriátricos e gerontológicos.		

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)