

CAIO SUSSUMU DE MACEDO MOTOYAMA

**PROCESSO EDUCACIONAL INTERPROFISSIONAL PARTICIPATIVO DE
PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO: perspectiva da andragogia**

Tese apresentada à Universidade Federal de
São Paulo para a obtenção do título de Doutor
em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação
Stricto Sensu da Escola Paulista de
Enfermagem

São Paulo

2018

CAIO SUSSUMU DE MACEDO MOTOYAMA

**PROCESSO EDUCACIONAL INTERPROFISSIONAL PARTICIPATIVO DE
PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO: perspectiva da andragogia**

Orientadora: Profa. Dra. Luiza Hiromi
Tanaka

Coorientadora: Profa. Dra. Carmen Lúcia
Albuquerque de Santana

Linha de pesquisa: Gestão, gerenciamento
e educação em enfermagem e saúde

São Paulo

2018

Motoyama, Caio Sussumu De Macedo.

PROCESSO EDUCACIONAL INTERPROFISSIONAL PARTICIPATIVO DE PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO: perspectiva da andragogia/ Caio Sussumu De Macedo Motoyama. -- São Paulo, 2018. xxi, 262 f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

Orientadora : Profa Dra. Luiza Hiromi Tanaka

Título em inglês: PARTICIPATORY INTERPROFESSIONAL EDUCATIONAL PROCESS OF BRONCOASPIRAÇÃO PREVENTION: perspective of andragogy 1. Educação interprofissional. 2. Trabalho em equipe 3. Métodos de ensino 4. Pneumonia aspirativa. 5. Andragogia

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Diretora da Escola Paulista de Enfermagem: Profa. Dra. Janine Schirmer

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação: Profa. Dra. Mavilde Luz

Gonçalves Pedreira

**PROCESSO EDUCACIONAL INTERPROFISSIONAL PARTICIPATIVO DE
PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO: perspectiva da andragogia**

Presidente da banca examinadora: Prof. Dra. Luiza Hiromi Tanaka

BANCA EXAMINADORA:

Titulares

Profª Drª Ieda Aparecida Carneiro –HU da UNIFESP-Hospital
São Paulo

Profª Drª Maria Madalena Januário Leite – EEUSP

Profª Drª Renata Ferraz de Toledo –FMU e Faculdade de Saúde
Pública da USP

Profª Drª Rika Miyahara Kobayashi –Instituto Dante Pazzanese
de Cardiologia

Suplente

Profª Drª Maria Elisabeth Kleba da Silva –Unochapecó

Profª Drª Vera Maria Saboia – UFF

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, o criador dos céus e da terra, por sua graça, que ilumina o meu caminho com amor e misericórdia, dia após dia.

À minha querida orientadora, Profa Dra. Luiza Hiromi Tanaka, por sua sabedoria e conhecimento, pela luz irradiada, e por ter me concedido a oportunidade de realizar esta tese, pelo carinho e ternura de caráter ímpar, e que jamais esquecerei.

Aos meus pais Akira e Fátima, por todo apoio e amor, sem o qual eu jamais poderia ter conseguido chegar até este momento.

À minha coordenadora Cristina Tagami, pela oportunidade e confiança, pelo apoio e conselhos que muito me ajudaram a chegar até aqui.

Aos meus queridos tios Juvenal e Luzia, por todo o carinho e ternura com que me acompanham desde sempre.

À minha coorientadora, Profa. Dra. Carmen Lúcia Albuquerque de Santana, por todos os ensinamentos e amizade que me levaram a chegar até aqui.

Às Profa. Dra. Maria Madalena e Profa. Dra. Leila Blanes, por todos os ensinamentos valiosos no exame de qualificação, que muito contribuíram para a valorização desta tese.

Às Profas. Dras. Ieda Aparecida Carneiro, Maria Madalena, Renata Ferraz de Toledo, Rika Kobayashi, Maria Elisabeth Kleba da Silva e Vera Lucia Saboia, por me darem a honra de aceitarem o convite de participar desta banca de defesa de tese e por todas as contribuições de conhecimento.

À Dra Leticia Vendrame, e aos amigos: Marcos, Susana, Natalia, Giovanna, Dafne, Celina Morita, Gledson, Ana Carolina Buzzo, Milene, Cida Corte, Dr. Hélio e Marina, por todo o apoio sem o qual este trabalho não poderia ter sido realizado.

Aos colegas de pesquisa: Kazuy, Leticia, Débora, Lucas e Melissa, os quais foram vitais para o desenvolvimento harmonioso deste trabalho.

À Enf. Jocely, por todo o empenho e participação em diferentes etapas no desenrolar desta pesquisa, os quais foram imprescindíveis.

A todos os demais amigos e colegas da UTI Clínica médica, pela cooperação, acolhimento, carinho e atenção que recebi durante todo o período que estive desenvolvendo a pesquisa.

Porque o SENHOR Deus é sol e escudo; o SENHOR dá graça e glória;
não negará bem algum aos que andam na retidão” (SI 84:11)

RESUMO

MOTOYAMA CSM. Processo educacional interprofissional participativo de prevenção de broncoaspiração: perspectiva da andragogia

Introdução: A interprofissionalidade apresenta-se como condição da integralidade na assistência à saúde, fruto do esforço e confluência de vários saberes do espaço concreto e singular do serviço de saúde, com o trabalho organizado de forma cooperativa, contemplando atividades e rotinas que refletem a aprendizagem com e sobre os diferentes integrantes da equipe de saúde. Conhecer possibilidades de interação construtiva e dialogada, implica conhecer a totalidade do processo de trabalho. **Objetivo:** Compreender e analisar o processo educativo em equipe no formato interprofissional participativo, numa perspectiva andragógica, por meio da implantação de uma ação educativa de prevenção de broncoaspiração em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário de São Paulo. **Método:** Pesquisa de abordagem qualitativa em que utilizou-se a estratégia metodológica da pesquisa-ação. Foi implementada uma ação educativa organizada por meio de grupos focais interprofissionais, compostos por enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas e técnicos de enfermagem, para a construção coletiva de um protocolo de prevenção de broncoaspiração, pautada na teoria da andragogia. Na sequência foi realizado um treinamento interprofissional sobre o protocolo com os colaboradores da equipe multiprofissional da UTI. Na fase da avaliação, procedeu-se o comparativo entre o pré e pós-ação educativa em que foram realizadas as coletas de dados dos cuidados envolvendo prevenção de broncoaspiração por meio de questionário, observação sistemática beira leito e análise de prontuário. E as técnicas de entrevistas individuais e grupo focal com a equipe multiprofissional e com os colaboradores que participaram do treinamento. **Resultados:** Os encontros por meio dos grupos focais e as entrevistas, mostraram que a interação proporcionada pela ação educativa, trouxe maior compreensão sobre o processo educativo interprofissional e fortaleceu a conscientização da importância de se estabelecer relações de aprendizagem na equipe de trabalho, motivando a equipe na busca de estratégias para intensificar este intercâmbio educativo interprofissional, por meio da proposta de organização deliberada pelo grupo de

realizar visitas multiprofissionais periódicas. Os dados objetivos pós-ação educativa, demonstraram diferenças estatísticas significantes, como o aumento no desempenho de notas dos enfermeiros e técnicos de enfermagem nos questionários, além de significativa evolução na realização de ações de prevenção de broncoaspiração na observação sistemática em campo, como a padronização do destino conferido ao volume residual gástrico, e no registro em prontuário, sobre a mensuração da pressão de *cuff* e higiene oral. O bom desempenho desses profissionais de enfermagem pode ser atribuído ao fato do treinamento ter sido realizado na perspectiva andragógica e da interprofissionalidade. **Considerações finais:** A aprendizagem de adultos possui um maior potencial de sucesso, a partir da organização de ações utilizando formatos que favoreçam a dialogicidade, por meio de técnicas de ensino-aprendizagem que observem os princípios andragógicos. A construção de ações educativas no formato interprofissional, pode ser um caminho ainda mais promissor quando esses conceitos andragógicos são observados.

Descritores: 1. Educação interprofissional. 2. Trabalho em equipe 3. Métodos de ensino 4. Pneumonia aspirativa. 5. Andragogia

ABSTRACT

MOTOYAMA CSM. Participatory interprofessional educational process for the prevention of bronchoaspiration: perspective of andragogy

Introduction: Interprofessionality presents itself as a condition of integrality in health care, as a result of the effort and confluence of various knowledge of the concrete and singular space of the health service, with work organized in a cooperative way, contemplating activities and routines that reflect learning with and on the different members of the health team. Knowing possibilities of constructive and dialogued interaction implies knowing the totality of the work process. Objective: To understand and analyze the educational process in a participatory interprofessional format, in an andragogical perspective, through the implementation of an educational action to prevent bronchoaspiration in an intensive care unit of a university hospital in São Paulo. Method: Research of qualitative approach in which the methodological strategy of action research was used. An educational action was implemented through interprofessional focus groups, composed of nurses, physiotherapists, speech therapists, physicians, nutritionists and nursing technicians, for the collective construction of a protocol for the prevention of bronchoaspiration, based on the theory of andragogy. Subsequently, an interprofessional training was carried out on the protocol with the collaborators of the ICU multiprofessional team. At the evaluation stage, a comparative study was carried out between the pre- and post-educational activities in which the data collection of the care involving the prevention of bronchoaspiration was carried out by means of a questionnaire, systematic observation of the bedside and analysis of medical records. And the techniques of individual interviews and focus group with the multiprofessional team and with the collaborators who participated in the training. Results: The meetings through focus groups and interviews showed that the interaction provided by the educational action brought greater understanding of the interprofessional educational process and strengthened the awareness of the importance of establishing learning relationships in the work team, motivating the team in the search for strategies to intensify this educational interprofessional exchange, through the proposal of organization deliberated by the group to

carry out periodic multiprofessional visits. The objective data after the educational action showed significant statistical differences, such as the increase in the performance of nurses and nursing technicians in the questionnaires, as well as a significant evolution in the performance of bronchoaspiration prevention actions in the systematic observation in the field, such as standardization of the fate given to the residual gastric volume, and in the medical record, on the measurement of cuff pressure and oral hygiene. The good performance of these nursing professionals can be attributed to the fact that the training was carried out from the andragogical perspective and from the interprofessional perspective. Final considerations: Adult learning has a greater potential for success, from the organization of actions using formats that favor dialogue, through teaching-learning techniques that observe andragogical principles. The construction of educational actions in the interprofessional format may be an even more promising path when these andragogical concepts are observed.

1. Interprofessional education.
2. Teamwork
3. Teaching methods
4. Aspiration pneumonia.
5. Andragogy

LISTA DE ABREVIATURAS

ACLS	Advanced cardiac life support
ADM	Administração
ATLS	Advanced trauma life support
AVC	Acidente vascular cerebral
CEP	Comitê de ética em pesquisa
CC	Construção de categorias
CM	Clínica médica
CNS	Conselho nacional de saúde
DE	Dietas enterais
DP	Desvio padrão
EDA	Endoscopia digestiva alta
EIP	Educação interprofissional
ENF	Enfermeiros
EPS	Educação permanente em saúde
F	Feminino
FISIO	Fisioterapeuta
FONO	Fonoaudiólogo
GF	Grupo focal
GTT	Gastrostomia
HU	Hospital universitário
HSP	Hospital São Paulo
M	Masculino
MULTI	Multidisciplinar
NE	Nutrição enteral
MS	Mestre
NUTRI	Nutricionista
OMS	Organização mundial de saúde
PAV	Pneumonia associada a ventilação
PLURI	Pluridisciplinar
PNR	Problema não resolvido
POP	Procedimento operacional padrão
PIP	Prática interprofissional

R1	Residente de 1° ano
R2	Residente de 2° ano
R3	Residente de 3° ano
RX	Radiografia
SDRA	Síndrome do desconforto respiratório agudo
SPDM	Sociedade Paulista para desenvolvimento da Medicina
SUS	Sistema único de saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
TNE	Terapia de nutrição enteral
TQT	Traqueostomia
TGI	Trato gastrointestinal
UC	Unidades de contexto
UD	Unidade de dados
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UR	Unidade de registro
US	Unidade de significação
UTI	Unidade de terapia intensiva
VO	Via oral
VM	Ventilação mecânica
VRG	Volume residual gástrico

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1. Representação das recomendações para análise de conteúdo.....	26
Figura 2. Placa posicionada beira leito, para assinalar riscos inerentes a cada paciente.....	73
Figura 3. Etiquetas adesivas utilizadas para sinalizar todos os profissionais, os pacientes que faziam parte do protocolo de prevenção de broncoaspiração.....	74
Figura 4. Treinamento sobre prevenção de pneumonia associado a ventilação (PAV), com o uso prático do cufômetro beira leito.....	75
Figura 5. Marcações de cama para permitir elevação de cabeceira de maneira precisa a 30°.....	75
Figura 6. Vídeos ilustrativos da técnica correta de aspiração de vias aéreas e realização de higiene oral utilizados em aula	76
Figura 7. Protocolo de interpretação e condutas diante do volume residual gástrico (VRG).....	77
Figura 8. Aula expositiva dialogada sobre o tema: Segurança na administração de dieta enteral.....	78
Figura 9. Vídeo ilustrativo de administração segura de dieta por sonda enteral.....	78
Figura 10. Aula expositiva dialogada sobre o tema: Fatores de risco de broncoaspiração na oferta de dieta via oral assistida.....	79
Figura 11. Diferentes tipos de dieta disponíveis no hospital (HU).....	80
Figura 12. Grupo interprofissional de prevenção de broncoaspiração criado em mídia social.....	81
Quadro 1: Elementos do processo de andragogia.....	14
Quadro 2: Temas desenvolvidos em 4 módulos de treinamento interprofissional sistematizado na UTI de Clínica Médica do Hospital Universitário da UNIFESP.....	67

Quadro 3: Correlação entre temas desenvolvidos nos 4 módulos de treinamento interprofissional sistematizado na UTI, e os princípios da andragogia observados.....	82
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos itens da observação sistemática de cuidado para prevenção de broncoaspiração, pré-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2015.....	34
Tabela 2. Distribuição da análise dos registros no prontuário na etapa da pré-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2015.....	35
Tabela 3. Distribuição dos profissionais na adesão ao questionário na etapa da pré-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2015.....	37
Tabela 4. Distribuição do perfil dos participantes do questionário na etapa pré-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2015.....	37
Tabela 5. Distribuição da qualificação dos profissionais participantes do questionário na etapa pré-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2015.....	38
Tabela 6. Distribuição do total de profissionais que responderam ao questionário: (%) por categoria, nos questionários na etapa pré-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2015.....	38
Tabela 7. Distribuição das notas por categoria profissional, no momento pré-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2015.....	39
Tabela 8. Autopercepção de capacitação plena sobre prevenção de broncoaspiração, no momento pré-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2015.....	39
Tabela 9. Distribuição do total de colaboradores que receberam treinamento por categoria profissional e tema de aula, na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2016.....	70
Tabela 10. Distribuição dos profissionais na aplicação do questionário na etapa da pós-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2017.....	122
Tabela 11. Distribuição do perfil dos participantes do questionário na etapa pós-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2017.....	122
Tabela 12. Distribuição da qualificação dos profissionais participantes do questionário na etapa pós-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2017.....	123

Tabela 13. Resultados comparativos dos questionários pré e pós-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2017.....	124
Tabela 14. Distribuição de notas por categoria profissional, comparativamente nos momentos pré e pós-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2017.....	127
Tabela 15. Comparação da autopercepção de capacitação sobre prevenção de broncoaspiração, entre os momentos pré e pós-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2017.....	129
Tabela 16. Distribuição por categoria profissional sobre a comparação da autopercepção de capacitação sobre prevenção de broncoaspiração, entre os momentos pré e pós-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2017.....	130
Tabela 17. Avaliação geral de percepção dos profissionais da equipe multiprofissional imediatamente pós-treinamento na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2017.....	132
Tabela 18. Distribuição comparativa dos itens da observação sistemática de cuidado para prevenção de broncoaspiração, entre os momentos pré e pós-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2017.....	133
Tabela 19. Roteiro de observação sistemática- Adesão aos itens de sinalização pós-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2017.....	134
Tabela 20. Distribuição comparativa da análise de prontuário pré e pós-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2017.....	135

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1.** Distribuição (% por categoria), do total de profissionais da equipe multiprofissional treinada na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2016.....71
- Gráfico 2.** Distribuição (% por categoria profissional) do total de profissionais entrevistados na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2017.....83
- Gráfico 3.** Boxplot comparativo das notas dos profissionais pré e pós ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2017.....124
- Gráfico 4.** (%) de profissionais no pós-ação educativa, que a *priori* haviam participado do treinamento na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2017.....126
- Gráfico 5.** Demonstração das notas dos profissionais por categoria comparativamente nos momentos pré e pós-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2017.....128

Sumário

AGRADECIMENTO.....	VI
EPIÍGRAFE.....	VIII
RESUMO.....	IX
ABSTRACT.....	XI
LISTA DE ABREVIATURAS.....	XIII
LISTA DE FIGURAS E QUADROS.....	XV
LISTA DE TABELAS.....	XVI
1.INTRODUÇÃO	1
1.1 Justificativa.....	5
2. OBJETIVO GERAL	7
2.1 Objetivos específicos	7
3. REFERENCIAL TEMÁTICO.....	8
3.1 Terminologias do trabalho na interface profissão e disciplina	8
3.2 Conceito e princípios da teoria da andragogia	11
3.3 O Processo da prevenção de broncoaspiração.....	15
4. METODOLOGIA.....	18
4.1 Referencial metodológico da pesquisa-ação.....	18
4.2 Referencial da técnica de coleta de dados.....	20
4.2.1 Grupo focal (GF)	20
4.2.2 Entrevistas individuais	21
4.2.3 Observação sistemática	21
4.3 Metodologia de análise dos dados	22
4.3.1 Dados quantitativos	22
4.3.2 Dados qualitativos	22
4.3.3 Coleta e organização dos dados e informações.....	26
4.3.4 Preparação dos dados para análise	26
4.3.5 Revisão dos dados: Leitura, observação e organização das unidades de análise.....	27
4.3.5.1 Codificar as unidades: primeiro nível.....	27
4.3.5.2 Descrever as categorias codificadas que surgiram no primeiro nível... 28	
4.3.5.3 Codificar as categorias: segundo nível.....	28
4.3.5.4 Gerar explicações.....	29
4.4 Cenário do estudo	29
4.5 Percurso metodológico.....	30
4.5.1 Procedimentos éticos	30

4.5.2 DESENVOLVIMENTO DAS FASES DA PESQUISA-AÇÃO	31
4.5.2.1 FASE 1 - EXPLORATÓRIA:	32
4.5.2.1.1 Etapa 1: Observação sistemática em campo	33
4.5.2.1.1.1 .Resultados da observação sistemática beira leito na etapa da Pré- ação educativa:	34
4.5.2.1.2.1. Etapa 2: Análise dos registros em prontuário do paciente	34
4.5.2.1.2.2 Resultados da análise dos registros em prontuário na etapa da Pré- ação educativa:	35
4.5.2.1.3 Etapa 3: Avaliação do conhecimento sobre prevenção de broncoaspiração, através da aplicação de um questionário estruturado.....	35
4.5.2.1.3.1 Resultados da aplicação dos questionários na etapa Pré-ação educativa.	36
4.5.2.2 FASE 2 – AÇÃO	40
4.5.2.2.1 Organização dos encontros do grupo focal (GF).....	40
4.5.2.2.2 Seleção e organização do grupo focal	41
4.5.2.2.3 RESULTADOS DO GRUPO FOCAL.....	42
4.5.2.2.4 Primeiro encontro do grupo focal (GF)	43
4.5.2.2.5 Segundo encontro do grupo focal (GF)	55
4.5.2.2.6 Organização e operacionalização do treinamento interprofissional ..	66
4.5.2.3 FASE 3 – AVALIAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS:	72
4.5.2.3.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO DO TREINAMENTO INTERPROFISSIONAL	73
4.5.2.3.2 ENTREVISTAS INDIVIDUAIS	82
4.5.2.3.2.1. ANÁLISE DE CONTEÚDO E DISCUSSÃO DO PROCESSO EDUCATIVO COM BASE NA ANDRAGOGIA E PESQUISA-AÇÃO – ENTREVISTAS	100
4.5.2.3.3 REAVALIAÇÃO COMPARATIVA DOS CUIDADOS DE PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO, ENTRE OS MOMENTOS PRÉ E PÓS-AÇÃO EDUCATIVA:.....	121
4.5.2.3.4 O terceiro encontro do grupo focal (GF).....	135
4.5.2.3.4.1 ANÁLISE DE CONTEÚDO E DISCUSSÃO DO PROCESSO EDUCATIVO COM BASE NA ANDRAGOGIA E PESQUISA-AÇÃO – GRUPO FOCAL	155
4.5.2.3.4.1 .1 ANÁLISE E DISCUSSÃO DA CATEGORIA TEMÁTICA 1	155
4.5.2.3.4.1 .2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DA CATEGORIA TEMÁTICA 2:.....	163
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	171
6. RESULTADOS DE PROCESSO DE PESQUISA AÇÃO: MINHAS IMPRESSÕES COMO PESQUISADOR	173
7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	174

8. REFERÊNCIAS.....	175
APÊNDICES.....	184
ANEXOS	241

1.INTRODUÇÃO

Na prática clínica cotidiana, a maioria das situações que envolvem a assistência ao paciente crítico, exige dos profissionais da equipe multiprofissional em saúde, conhecimento técnico-científico para tomada de decisões que possibilitem segurança na execução de procedimentos, e eficiência no alcance do objetivo proposto.

É possível observar que aperfeiçoar as ações educativas que visem a promoção de educação em serviço são cada vez mais relevantes no ambiente laboral. Neste sentido, a educação multiprofissional, ocorre quando dois ou mais profissionais aprendem lado a lado, mas visa avaliar o paciente de maneira independente e executando seus planos de tratamento como uma “camada adicional” de serviços. Logo, não há um trabalho coordenado por parte dessa equipe e uma identidade grupal ^{(1) (2)}.

Por outro lado, a educação interprofissional é definida pela ocasião onde dois ou mais profissionais aprendem com e sobre a área um do outro, a fim de melhorar a colaboração em equipe e a qualidade da assistência prestada⁽¹⁾.

Nesse sentido, a educação permanente em saúde (EPS), compõe a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde numa análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação no sentido dos atos produzidos no cotidiano. Visa proporcionar essa aprendizagem interprofissional, através de educação a partir do trabalho, no trabalho e para o trabalho, o que favorece a prática interprofissional (PIP) ⁽³⁾.

O fazer em saúde é considerado imediatamente educativo, em todas as ações de saúde, seja na prevenção, diagnóstico ou tratamento de doenças. Possui um componente educativo na medida em que gera inquietações, produz mudanças de pontos de vista, mobiliza a busca por conhecimentos e práticas ainda não adquiridas e, sobretudo, é o cenário da produção de novos conhecimentos para responder aos problemas do fazer em saúde. A aprendizagem acontece “mediante uma série de eventos e experiências, organizados ou não, formais ou não, planejados ou espontâneos”. O trabalho é

o eixo do processo educativo e a própria fonte de sua transformação. Nesse sentido, as ações de capacitação, seminários, grupos de estudo, entre outros, podem compor os momentos educacionais, mas, à diferença do conceito anterior, eles não são delimitáveis, o que alinha esta matriz de forma mais consistente à concepção de educação permanente ⁽³⁾.

A educação e a prática interprofissional (EIP e PIP) constituem temas emergentes do campo da saúde em nível global, apontando a educação interprofissional orientada para o trabalho em equipe como componente de uma ampla reforma do modelo de formação profissional e de atenção à saúde ⁽⁴⁾.

Muito se tem pesquisado sobre a prática interprofissional, contudo um referido relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre educação interprofissional identificou que as atividades desenvolvidas sobre o tema, são majoritariamente de curta duração e não sistematizadas. Outros aspectos observados, são os raros grupos de ensino com capacitação própria para desenvolvê-las e a avaliação dessas iniciativas é infrequente ⁽⁵⁾.

O trabalho em equipe interprofissional, consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação de aprendizado dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações interprofissionais e a cooperação ⁽⁶⁾.

Uma forma de promover melhoria na comunicação e o direcionamento das ações em conjunto pela equipe multiprofissional, poderia ser a implementação de uma ação educativa interprofissional em serviço que vise sanar as reais deficiências profissionais que são perceptíveis no cotidiano de trabalho, na ótica da própria equipe de atuação.

O adulto é o foco mais constante das atividades educativas no que se refere à formação profissional e à educação permanente, visto que essas áreas atendem especificamente adultos. A utilização de estratégias de aprendizagem voltadas para o adulto é relevante e complexa, por dirigir-se a pessoas dotadas de consciência formada e hábitos de saúde anteriores ⁽⁷⁾.

No que se refere à educação de adultos e às ciências da saúde, a andragogia, que é a arte e a ciência de conduzir adultos ao aprendizado, é uma alternativa para o embasamento de estratégias de ensino-aprendizagem e seu

emprego na prática, visa a melhoria na qualidade da assistência de saúde prestada ⁽⁸⁾

Em nossa realidade prática, evidencia-se momentos em que existe uma carência de informações sistematizadas que norteiem a tomada de ações assistenciais pela equipe multiprofissional de saúde, para que possam seguir como direcionador de conduta, e dessa forma obter a percepção de estar atuando com respaldo na literatura e com foco na segurança do paciente.

Uma das situações que vivenciamos, e que traz dificuldades para agir profissionalmente de maneira alinhada com outros profissionais do setor, é a questão do diálogo multiprofissional, que muitas vezes não está alinhado entre os profissionais de diferentes categorias, gerando condutas não sistematizadas e confusão de informações, como exemplo, sobre a prevenção de broncoaspiração* em pacientes recebendo terapia nutricional na unidade de terapia intensiva (UTI). Da mesma forma, essa percepção de desencontros é realidade na perspectiva dos vários profissionais da UTI.

Os profissionais da equipe multiprofissional que lidam diretamente com o problema da broncoaspiração*, executam os procedimentos conforme o que aprenderam nas diferentes áreas de conhecimento durante a sua formação, outros repetem o que algum colega faz, outros trazem o aprendizado de outras instituições, cada um com a sua visão, criando um ambiente oscilante, onde a vítima em potencial é o paciente.

A integralidade do cuidado dos profissionais da equipe multiprofissional de saúde, por meio de uma relação de aprendizagem mútua e constante, pode promover e prevenir intercorrências, que muitas vezes se tornam graves. Sobretudo, essa interação significa compartilhar conhecimentos, dialogar e tomar decisões em conjunto para um bem comum.

Pode-se observar que existe uma relação estreita entre as alterações da deglutição, surgimento de broncoaspiração e a predisposição para pneumonias

* A broncoaspiração pode ser definida como a inalação de conteúdo gástrico ou orofaríngeo para o interior do trato respiratório inferior.⁽⁹⁾

bacterianas de repetição. Identificar e diagnosticar a pneumonia e relacioná-la a dificuldade de deglutição tem sido um grande desafio⁽¹⁰⁾.

Além da disfagia, outros fatores como rebaixamento do nível de consciência, presença de sonda nasogástrica, mau-posicionamento da sonda enteral, presença de tubo endotraqueal ou traqueostomia, vômitos, doenças de alto risco, como desordens neurológicas, refluxo gastroesofágico, *diabetes mellitus* e idade avançada, podem elevar os riscos de broncoaspiração e consequente pneumonia aspirativa^(11,12).

No entanto, pode-se observar em na nossa prática clínica, que a equipe multiprofissional, composta por enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos médicos, nutricionistas, e técnicos de enfermagem, muitas vezes, apresentamos deficiências na prescrição e execução de cuidados preventivos para broncoaspiração em unidade de terapia intensiva (UTI). Em parte, os motivos para essa deficiência podem estar relacionados à carência de um protocolo de prevenção de broncoaspiração.

Existe em nossa rotina profissional, a necessidade de ampliar as relações de aprendizagem em contexto interprofissional. Nessa vertente, a criação de um instrumento norteador da assistência com esse enfoque em específico, conjuntamente com as representações dos profissionais de saúde que compõem a equipe multiprofissional da UTI, poderia favorecer a qualidade da assistência, a partir da ampliação da relação de aprendizagem interprofissional. Consideramos que o enfermeiro é um profissional articulador e integrador de outros profissionais da saúde nesse contexto cotidiano.

Neste sentido, sabe-se que protocolos são condutas desenvolvidas com método sistemático no auxílio às tomadas de decisão com o objetivo de melhorar os desfechos clínicos e permitir que mais pacientes se beneficiem do conhecimento científico sobre as melhores práticas disponíveis. A operacionalização de protocolos assistenciais pode promover a uniformização das condutas, levando a uma melhoria da eficácia dos cuidados⁽¹³⁾.

No entanto, temos verificado que a criação de protocolos por si só, não garante a efetividade dos procedimentos, tampouco favorece as relações de aprendizagem interprofissional no trabalho, onde muitas vezes os protocolos são colocados para os executores de forma verticalizada, o que dificulta o processo de aprendizagem e incorporação das orientações. Pouco se considera os

aspectos inerentes a rotina, a peculiaridade da equipe, e seus reais anseios, percepções e sugestões, que apenas quem vivencia o processo de trabalho em um ambiente continuamente, sabe o que de fato é necessário para a melhoria de seu processo de organização do trabalho.

A partir do pressuposto de que a aprendizagem em ações educativas, inicia-se por meio do trabalho multiprofissional e de forma coletiva, com um somatório de conhecimentos e a integração dos profissionais na horizontalidade. Esse processo talvez possibilite a capacitação mais criativa e inovadora envolvendo todos os colaboradores da equipe da unidade.

Essas pressuposições motivaram à seguinte pergunta de pesquisa: É possível realizar uma ação educativa na perspectiva interprofissional e andragógica para prevenção de broncoaspiração em pacientes de UTI?

Na revisão de literatura, são raros os relatos de experiências interprofissionais desenvolvidas no campo da prática assistencial intra-hospitalar, em que é mais evidente na atenção primária a saúde⁽⁵⁾. Esse dado possibilita refletir sobre as dificuldades de trabalhar interprofissionalmente no cotidiano da área hospitalar, apesar de sua real necessidade e inferir que possam haver experiências pontuais que não foram publicadas⁽¹⁴⁾.

1.1 Justificativa

A integração da equipe multiprofissional parece que naturalmente, ocorre por meio do enfermeiro no cotidiano do trabalho. Fato esse que pode ser explicado pela perspectiva horizontal do enfermeiro observar e assistir o paciente e, ainda, de permanecer durante 24 horas por dia atento aos cuidados dos pacientes e familiares. O que traz a necessidade de gerar mecanismos de facilitação no sentido de habilitar este profissional em trabalhar a inter-relação contínua com a equipe multiprofissional.

No ambiente de trabalho desta pesquisa, nota-se um clima amistoso entre a maioria das equipes do setor, o que oportunizou perceber o descontentamento mútuo de colegas com a falta de padronização e uniformidade de condutas na prática de assistência multiprofissional. A prevenção de broncoaspiração foi um destes temas que envolve uma série de desdobramentos secundários dentro do mesmo assunto, os quais tanto eu quanto meus colegas colaboradores tínhamos

um anseio em construir alguma intervenção em campo que pudesse corrigir as lacunas percebidas pela equipe multiprofissional.

A partir dessa inquietação, surgiu a ideia de levantar dados objetivos com respeito à realização dos procedimentos relacionados à prevenção de broncoaspiração, e em seguida, apresentar esses dados para a equipe multiprofissional do setor, a fim de gerar estímulo para reflexões coletivas, e juntos propor ações de melhoria, direcionamento e orientação no ambiente de trabalho na forma de construção de um protocolo específico para o tema em questão.

Contudo, não gostaríamos de seguir o paradigma tradicional de construção de protocolos, ou seja, de maneira verticalizada, mantendo o distanciamento da comunicação com o trabalhador da ponta. Consultando sobre a aplicabilidade do protocolo, real contemplação das necessidades do profissional da base, e que muitas vezes torna-se inexecutáveis devido alguns aspectos de escassez de recursos de natureza diversa, uma realidade na maioria dos hospitais públicos. Da mesma forma, a falta de treinamento nos princípios da andragogia para a implementação de protocolos instituídos, também é notado.

Existem protocolos elaborados multiprofissionalmente, no entanto, o avanço da construção no molde interprofissional é menos frequente. Com o propósito de construir um protocolo e a ação educativa com base na andragogia, de maneira coletiva entre as diferentes categorias de profissionais do setor, foi escolhida uma estratégia participativa na condução desse processo. Portanto, este trabalho vislumbrou como objeto de estudo: A educação interprofissional em uma perspectiva andragógica de prevenção de broncoaspiração.

Este estudo teve como contribuição a possibilidade de multiplicar ações educativas interprofissionais para as outras UTIs do hospital referência, além de poder ser base para geração de novos protocolos assistenciais e o trabalho interprofissional intrahospitalar, proporcionando melhor relação de trabalho entre os profissionais, melhor assistência ao paciente e seus familiares e efetividade da comunicação no setor e tomada de decisão.

2. OBJETIVO GERAL

Compreender o processo de educação em equipe interprofissional, na perspectiva andragógica, por meio da implementação participativa de uma ação educativa de prevenção de broncoaspiração em unidade de terapia intensiva.

2.1 Objetivos específicos

- Verificar e avaliar as medidas de prevenção de broncoaspiração em pacientes na unidade de terapia intensiva realizadas pela equipe multiprofissional, nas fases de pré e pós-ação educativa interprofissional
- Construir e implementar coletivamente uma ação educativa de característica interprofissional, com enfoque na prevenção de broncoaspiração em unidade de terapia intensiva.
- Analisar a experiência da implementação de uma ação educativa nos princípios da andragogia na prevenção de broncoaspiração na unidade de terapia intensiva, na perspectiva interprofissional, sob a ótica da equipe multiprofissional.

3. REFERENCIAL TEMÁTICO

3.1 Terminologias do trabalho na interface profissão e disciplina

Nas organizações de saúde, “a atenção depende da conjugação do trabalho de vários profissionais” que se complementam para atender as necessidades dos usuários⁽¹⁵⁾.

O trabalho em saúde pode ser considerado como uma co-produção, desenvolvida por uma equipe multiprofissional, com núcleo central de racionalidade de conhecimentos focado no usuário e não na doença.

A ideia das equipes multiprofissionais apresenta-se como condição da integralidade, fruto do esforço e confluência de vários saberes do espaço concreto e singular do serviço de saúde, com o trabalho organizado de forma aberta, contemplando atividades e rotinas não previstas ou prescritas em protocolos verticais. Essa abertura de conhecer outras necessidades e outras possibilidades implica conhecer a totalidade do processo do trabalho⁽¹⁶⁾.

A formação pelo trabalho gera, necessariamente, uma apropriação de conhecimentos que permite ao sujeito conhecer e reconhecer a totalidade do processo laboral, ainda que ele venha a atuar em uma parte dessa totalidade. A equipe multiprofissional, não pode ser a soma de várias pessoas. Cada qual precisa ter suas responsabilidades, mas também comprometer-se com as responsabilidades dos outros, numa convergência para objetivos em comum. Isso compõe a integralidade do cuidado em saúde, levando-nos a buscar na formação, elementos fundamentais para a integralidade no trabalho em saúde⁽¹⁶⁾.

Oportunidades de educação interprofissional contribuem para a formação de profissionais de saúde melhor preparados para uma atuação integrada em equipe, na qual a colaboração e o reconhecimento da interdependência das áreas predominam frente à competição e à fragmentação⁽⁴⁾.

Neste sentido, com respeito a terminologia, existem diferentes níveis de contato entre as disciplinas – multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. Refere-se que na multidisciplinaridade não há nenhuma cooperação entre as disciplinas; na pluridisciplinaridade, há cooperação entre as disciplinas, mas sem coordenação; na interdisciplinaridade há uma axiomática comum a um grupo de disciplinas

conexas, coordenadas por uma delas, que ocupa uma posição hierárquica superior e, finalmente, a transdisciplinaridade, que envolve uma coordenação de todas as disciplinas, com base em uma axiomática geral⁽¹⁷⁾.

Assim, pluri e interdisciplinaridade são termos relativos a conceitos e teorias voltados para a compreensão de fenômenos, enquanto pluri e interprofissionalidade dizem respeito a práticas voltadas para a solução de problemas empíricos específicos. Ainda que, na prática, seja difícil encontrar tipos “puros” (afinal prática-teoria-prática interagem e se retroalimentam), essa definição tem valor por distinguir princípios gerais (por exemplo: interdisciplinaridade) de seus desdobramentos na prática cotidiana dos trabalhadores (por exemplo: interprofissionalidade). Em poucas palavras: o sufixo “disciplinar” será sempre relativo ao campo dos saberes, e “profissional” ao das equipes e seus serviços⁽¹⁸⁾.

Identificam-se três tipos de formação: uniprofissional, multiprofissional e interprofissional, com predomínio da primeira, que ocorre entre estudantes de uma mesma profissão de forma isolada; a segunda, entre estudantes de duas ou mais profissões de forma paralela, sem haver interação, e na terceira há aprendizagem compartilhada, com interação entre estudantes e/ou profissionais de diferentes áreas.

Segundo a perspectiva da complexidade, a interdisciplinaridade comporta relações de troca e cooperação entre as diferentes disciplinas, bem como a articulação e interação dos saberes/fazeres, favorecendo que o coletivo de trabalhadores possa construir novas possibilidades de trabalho, de soluções e de alternativas, ultrapassando as fronteiras meramente disciplinares⁽¹⁹⁾.

Nesta reflexão teórica destaca-se a distinção entre interdisciplinaridade e interprofissionalidade, que diz respeito à esfera da prática profissional onde se desenvolve o trabalho em equipe de saúde, e a primeira à esfera das disciplinas, ciências ou áreas de conhecimento⁽⁴⁾.

Cabe destacar que a formação dos profissionais de saúde, mesmo que uniprofissional, deveria ser interdisciplinar, ainda que implícito, em decorrência do reconhecimento que o processo saúde-doença envolve diversos determinantes que extrapolam os limites anatomopatológicos e, portanto, conjuga um amplo leque de disciplinas em cada uma das áreas profissionais. Assim, a educação profissional em saúde pode ser interdisciplinar com base na

interação e na integração das diferentes disciplinas de cada área, não sendo, nestes moldes, interprofissional⁽¹⁾.

A perspectiva interprofissional tem potencial para compreender melhor a multidimensionalidade do objeto de trabalho em saúde e proporcionar melhores resultados no trabalho.

O trabalho numa perspectiva interprofissional requer humildade e disponibilidade por parte de cada profissional, pois é, em suma, um movimento de reconhecimento de posições diferentes em relação a um mesmo objeto, e gerar novos dispositivos é a segunda meta para se iniciar um trabalho interprofissional em que os profissionais possam se ajudar reciprocamente em suas dificuldades⁽²⁰⁾.

A interprofissionalidade deve ser vista como um modelo aplicável e como um desafio, uma meta a ser alcançada⁽²¹⁾.

A educação profissional corresponde a um processo de socialização no qual os profissionais passam a criar uma identidade com a profissão escolhida, os seus valores, cultura, papéis e conhecimentos específicos. Quando a formação está configurada somente como uniprofissional, não há interação com profissionais de outras categorias, o que contribui para o desconhecimento sobre os papéis e as responsabilidades dos demais profissionais da saúde e a formação de estereótipos. Conceitualmente, a diferença entre a educação interprofissional e multiprofissional está em que na primeira, os profissionais aprendem de forma interativa sobre papéis, conhecimentos e competências dos demais colegas. Na segunda, as atividades educativas ocorrem entre profissionais de duas ou mais profissões conjuntamente. No entanto, de forma paralela e justaposta, sem haver necessariamente interação entre eles^(1,22).

As ações educativas quando configuradas em formato uniprofissional, não contemplam nem mimetizam em sua totalidade, a realidade prática do trabalho dos profissionais de saúde no ambiente real, a fim de permitir a criação de um pensamento integrado e multiarticulado, uma vez que a rotina assistencial ideal, permeia a interface interprofissional, pois esta última exige a articulação profissional para o relacionamento interpessoal e para o pensamento integrado as diferentes disciplinas do conhecimento, o que proporciona um olhar mais amplo aos que participam de tais ações no ambiente acadêmico ou de trabalho.

No entanto, estudos sobre trabalho em equipe e colaboração interprofissional identificam a ausência de definição precisa de termos, que acarreta frágil consistência de grande parte da produção, visto que um dos pré-requisitos para uma rigorosa produção teórica e/ou avaliação é a clara definição da terminologia ^(18,23).

Dessa forma, acreditamos que a atuação integrada no cuidado prestado ao paciente internado, com foco na atuação da equipe a partir da aprendizagem interprofissional visando prevenção de broncoaspiração, possui grande relevância, pois a prevenção de tal evento, evita o aumento no tempo de internação e complicações posteriores, o que é realizável quando todos os profissionais da equipe multiprofissional estão envolvidos neste objetivo ⁽²⁴⁾.

3.2 Conceito e princípios da teoria da andragogia

O sucesso da aprendizagem nas ciências da saúde está relacionado aos meios adequados para apresentação e discussão de conteúdos com informações que produzam adaptações ou modificações voluntárias do comportamento ⁽²⁵⁾.

O adulto é o foco mais constante das atividades educativas no que se refere à formação profissional e à educação permanente, visto que essas áreas atendem, especificamente, adultos. A utilização de estratégias de aprendizagem voltadas para o adulto é relevante e complexa, por dirigir-se a pessoas dotadas de consciência formada e hábitos de saúde anteriores ⁽⁷⁾, ou seja, o uso de estratégias adequadas pode favorecer a assimilação do conhecimento, desenvolvimento de habilidades e incorporação de valores, de forma a permitir a mudança de hábitos de saúde ou favorecer a aprendizagem dos profissionais nessas áreas, seja na formação profissional ou na educação permanente ⁽²⁶⁾.

Nesse sentido, o uso da andragogia pode ser uma importante ferramenta de apoio na abordagem educativa com foco em ensino-aprendizagem de adultos com atuação no âmbito interprofissional.

Este tema recebeu inúmeros estudos e, segundo Knowles, a andragogia é a arte e ciência de ajudar o adulto a aprender, sendo que aluno adulto é aquele

que tem experiências da escola da vida, com expectativas concretas e impaciência com o conhecimento inaplicável ⁽²⁷⁾.

O termo “Andragogia” deriva das palavras gregas “andrós”, que significa homem, e “gogia” que quer dizer liderar, guiar, conduzir ou levar, ou seja, a Andragogia, em sentido lato, seria a “condução ou direção de adultos” ⁽²⁸⁾. Enquanto alguns autores apontam o alemão Alexandre Kapp como o primeiro a usar essa palavra, em 1833, outros apontam Linderman ou Knowles, educadores da segunda metade do Século XX, como pioneiros no uso do termo, que se contrapõe ao sentido de pedagogia e carrega um significado que pode ser muito importante para a área da educação em saúde ⁽²⁸⁾.

Podemos identificar cinco pressupostos que fundamentam a teoria de aprendizagem do adulto, são elas: “motivação do adulto: a partir da experimentação, da satisfação de suas necessidades, interesses e autoestima, da percepção da utilidade do conteúdo para a qualidade de vida pessoal e profissional; portanto, com esta visão, organizam-se atividades de aprendizagem mais apropriadas; programa escolar: interdisciplinar, centrado nas situações de vida e não em conteúdos e disciplinas estanques; metodologia de ensino: análise das experiências, que constituem os recursos mais ricos para a aprendizagem e a resolução de problemas e tarefas reais da vida cotidiana; papel docente: engajar-se com os estudantes no processo de ensino-aprendizagem, transmitindo, investigando, pesquisando, construindo conhecimentos, além de avaliá-los; diferenças individuais dos estudantes a serem consideradas na educação de adultos: estilo, tempo, lugar e ritmo de aprendizagem” ⁽²⁹⁾.

A contribuição de Knowles versa, igualmente, sobre quais são os princípios da andragogia, a saber são eles: “autonomia do aluno adulto, que toma suas próprias decisões e deseja sentir-se respeitado; sua experiência pode ser base para a aprendizagem de novos conceitos e habilidades; seu interesse real é aprender aquilo que está relacionado com situações reais de sua vida; seu desejo é a aplicação imediata do novo conhecimento; o adulto requer motivações para aprender, ou seja, as internas ou aquelas ligadas aos valores e objetivos pessoais e as externas, ligadas ao desejo de obter prêmios, compensações ou evitar punições” ⁽²⁷⁾.

Para ajudar o adulto profissional a aprender, há de serem cumpridos os objetivos da andragogia que, segundo Moreno, são os seguintes: “a aquisição de saberes práticos e os que proporcionam a reflexão, compreensão e intervenção na vida espiritual, pessoal, profissional, comunitária e política no contexto do mundo real vivenciado por adultos, isto é, o desenvolvimento das capacidades, em curto prazo, para benefício próprio ou para uso profissional; o aumento de conhecimentos teóricos e práticos; a melhoria das atitudes e comportamentos para executar ações cada vez mais aperfeiçoadas; modificar hábitos antigos e aprender a aprender, ou seja, aumentar a capacidade de aprender para se autodesenvolver, ampliar a qualificação, ser produtor e consumidor dos bens que a sociedade produz” ⁽³⁰⁾.

Dessa forma, podemos referir que o uso de técnicas de ensino-aprendizagem para a equipe multiprofissional, pautadas em pressupostos andragógicos, poderá ser melhor explorada através de métodos experienciais que exijam o uso das experiências dos participantes nas atividades propostas, como estudos de caso discutidos em grupo, trabalhos em grupos, exercícios de simulação, troca de experiências, aprendizagem baseada em problemas, apresentações expositivas, seminários interprofissionais, além da autoavaliação e a avaliação do grupo.

O modelo andragógico é um modelo processual. Assim, o facilitador prepara antecipadamente um conjunto de procedimentos para envolver os aprendizes em um processo que, de acordo com Knowles⁽⁸⁾, deve conter alguns elementos. Ou seja, a operacionalização dos seis princípios pode ser verificada por meio dos elementos do processo da andragogia, que foram estudados e apresentados por Knowles, em sua obra *Designs for Adult Learning* ⁽³¹⁾.

O Quadro 1 apresenta uma síntese da descrição desses autores sobre cada um dos elementos.

Quadro 1: Elementos do processo de andragogia:

Elementos do Processo	Descrição
Preparação do aprendiz	Os alunos adultos devem ser preparados para ser autogeridos, pois a maioria pode ainda estar condicionada a depender de um professor.
Clima	O ambiente de ensino deve ser agradável e informal. Desta forma, o ambiente físico deve contar com acessos adequados, toaletes, cadeiras confortáveis, boa acústica e ventilação. Já o ambiente psicológico adequado é conseguido pela definição dos objetivos de forma clara, abertura para questionamentos e tolerância aos erros.
Planejamento do programa	O aluno deve participar, junto com o facilitador, do planejamento das ações do curso. As pessoas se sentem mais envolvidas quando participam da tomada de decisões.
Diagnóstico das necessidades	A percepção do aprendiz sobre o que ele pretende alcançar é o início da construção do modelo de competências. Isso favorece a automotivação, a autoavaliação e a reflexão. Para isso, é importante identificar os pontos que devem ser trabalhados junto com os alunos no processo de aprendizagem.
Formulação dos objetivos	Após a identificação das necessidades, devem ser definidos os objetivos de aprendizagem. Ou seja, esta etapa consiste em transformar as necessidades identificadas em objetivos mensuráveis.
Desenho dos planos de aprendizagem	A elaboração dos planos de aprendizagem deve permitir que os alunos decidam sobre as aprendizagens que gostariam de realizar. Neles serão indicadas as atividades que a serem realizadas, as metodologias que serão utilizadas e o tempo destas atividades.
Operação do programa	É a condução das atividades de aprendizagem planejadas. Um fator crucial na operação do programa é o docente. Os docentes devem ser formados para atender aos princípios da Andragogia. As técnicas mais indicadas são as experienciais e não as transmissivas.
Avaliação do programa	Nesta etapa, devem-se avaliar os resultados e rediagnosticar as necessidades de aprendizagem. É importante coletar dados sobre como os alunos se sentem após o processo de aprendizado e o que eles sentem que falta ou que não tenha ficado tão claro. Também é importante a realização de pré-testes para avaliar ganhos específicos com relação às mudanças notadas no aprendiz.

Fonte: Livro: Designs for Adult Learning of Malcolm Shepherd Knowles ⁽³¹⁾.

Tomar o trabalho em saúde como realidade a ser problematizada e inserir a educação andragógica diretamente na prática do trabalho se constitui numa mediação pela qual o processo ensino-aprendizagem pode se desenvolver.

Estas atividades permitem a independência, a responsabilidade, o compartilhamento dos conhecimentos já existentes para alguns, além de reforçar a estima do grupo. Migrar do ensino clássico para os novos enfoques andragógicos é um processo trabalhoso, contudo inevitável para atender às características marcantes de aprendizagem dos adultos, que devem ser exploradas através de abordagens e métodos apropriados com atividades educativas eficientes e que sejam capazes de construir suas próprias aprendizagens e conseqüentemente gerar desenvolvimento intelectual e social⁽³²⁾.

Sendo assim, em nossa rotina de trabalho, observamos que de fato possuímos uma equipe multiprofissional com perfil rico em diversidade de formação, conhecimentos e experiências, que como adultos, utilizam dessa bagagem a todo momento pragmatizada no ecoar de tomada de decisões, ações

assistenciais, refletindo essa diversidade de saberes. Uma ação educativa que venha a ser implementada a um público alvo tão diverso, de fato, gera a oportunidade de se beneficiar da aplicação dos princípios propostos pela teoria da andragogia.

3.3 O Processo da prevenção de broncoaspiração

Em ambientes de unidade de terapia intensiva, nossa equipe pode observar o frequente uso de sondas enterais com o intuito de permitir a administração de dietas por via entérica em pacientes que apresentam impossibilidade de recebimento de nutrição por via oral.

Nesse contexto, entre as diversas indicações da terapia nutricional enteral, podemos citar as alterações de deglutição, as quais aumentam significativamente o risco de broncoaspiração e subsequente pneumonia e pneumonite aspirativa ⁽¹⁰⁾.

A broncoaspiração pode ser definida como a inalação de conteúdo gástrico ou orofaríngeo para o interior do trato respiratório inferior⁽⁹⁾.

Existe uma relação estreita entre as alterações da deglutição, predisposição para broncoaspiração, e o surgimento de pneumonias bacterianas de repetição. Identificar e diagnosticar a pneumonia e relacioná-la a dificuldades de deglutição tem sido um grande desafio ⁽¹⁰⁾.

Além da disfagia, outros fatores como rebaixamento do nível de consciência, presença de sonda nasogástrica, mau-posicionamento da sonda enteral, presença de tubo endotraqueal ou traqueostomia, vômitos, doenças de alto risco, como desordens neurológicas, refluxo gastroesofágico, *diabetes mellitus* e idade avançada, podem elevar os riscos de broncoaspiração e consequente pneumonia aspirativa^(11,12).

O desenvolvimento de pneumonia aspirativa está associado ao aumento dos dias de hospitalização e do índice de mortalidade⁽³³⁾. O refluxo de conteúdo gástrico é uma das principais causas de broncoaspiração e pneumonia em pacientes de UTI recebendo terapia de nutrição enteral⁽³⁴⁾.

Terapia de nutrição enteral (TNE) representa o conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da nutrição enteral (NE) ⁽³⁵⁾. Os mecanismos fisiológicos que previnem

a regurgitação e a aspiração do conteúdo gástrico incluem o fechamento do esfíncter esofágico inferior, do esfíncter esofágico superior e os reflexos laríngeos ⁽³⁶⁾.

O uso de sonda enteral pode diminuir esses reflexos de proteção e aumentar o risco de ocorrência de irritação nasofaríngea, refluxo gastroesofágico e consequente broncoaspiração ⁽³⁷⁾.

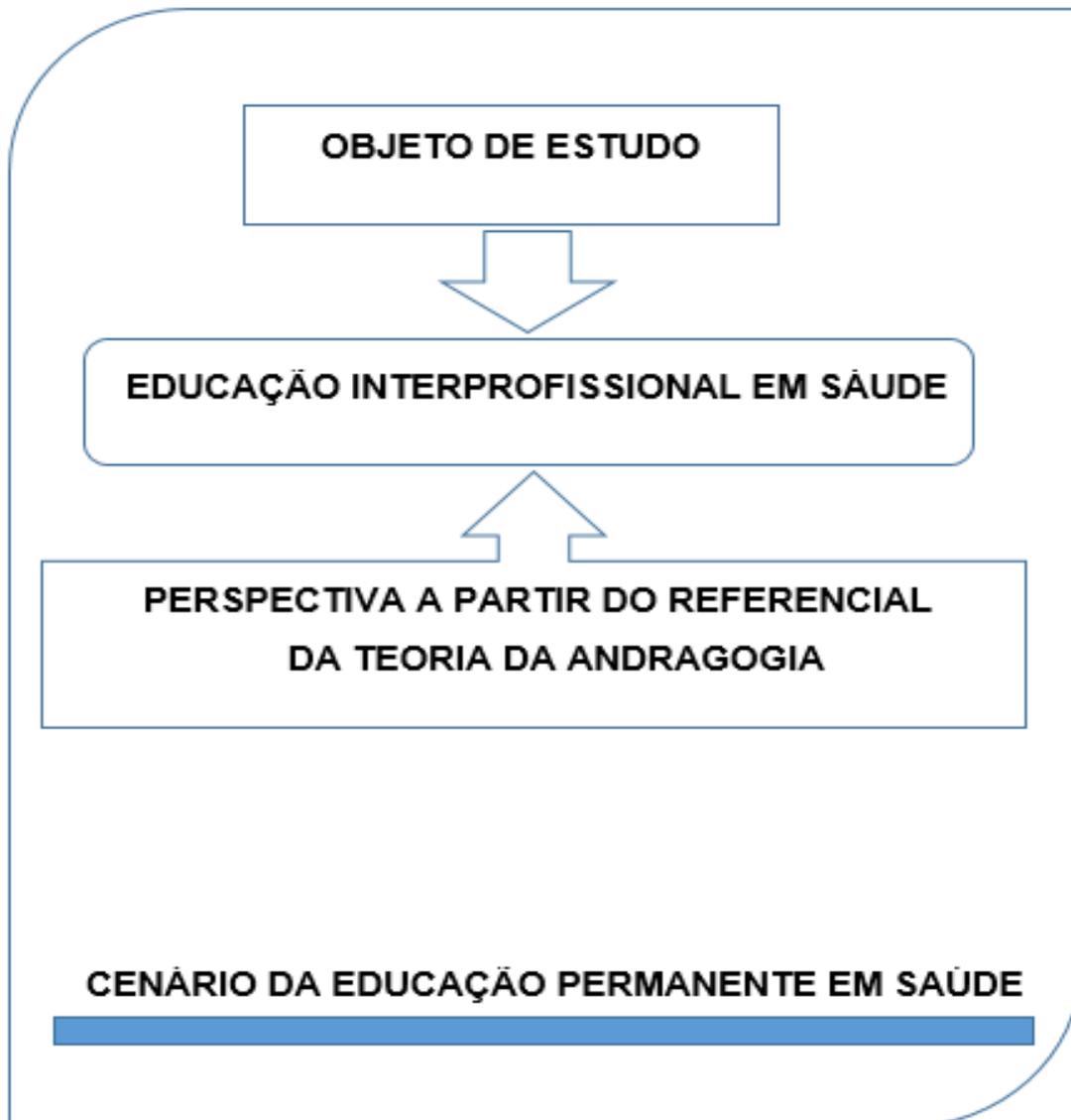
Em pacientes críticos que estejam em uso de TNE, recomenda-se elevação da cabeceira da cama em 30 a 45°, adequada higiene oral, avaliação regular da tolerância e posicionamento da sonda enteral, controle rigoroso da glicemia, correção das anormalidades eletrolíticas, minimização do uso de narcóticos, uso de sistema contínuo de infusão e posicionamento da sonda enteral, além do ângulo de Treitz ⁽³⁸⁻⁴⁰⁾.

Indica-se o posicionamento da sonda em porção jejunal para pacientes que apresentam episódios repetidos de alto volume residual gástrico (VRG), e que não toleram quantidade suficiente de dieta em porção gástrica ^(41,42).

Sendo assim, o uso de TNE, requer uma série de cuidados e procedimentos preventivos para evitar a ocorrência de eventos adversos como a broncoaspiração.

De fato, empiricamente temos o anseio coletivo em nosso setor, por aprimorar nossa prática em diversos temas assistenciais, a prevenção de broncoaspiração, apesar de tão relevante, é pouco discutido na rotina, em treinamentos e capacitações para equipes de UTI da instituição referência. Portanto, este estudo propõe ampliar e aprofundar a temática por meio da equipe interprofissional da UTI deste estudo.

□ **SÚMULA DA BASE TEÓRICA E ESTRUTURAL DA PESQUISA**



4. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, tendo como referencial metodológico, a pesquisa-ação, para implementar uma ação educativa interprofissional participativa para prevenção de broncoaspiração em pacientes em unidade de terapia intensiva.

4.1 Referencial metodológico da pesquisa-ação

A pesquisa-ação é uma estratégia metodológica da pesquisa social na qual há uma ampla e explícita interação entre os pesquisadores e as pessoas implicadas na situação investigada. Desta interação resulta a ordem de prioridade dos problemas a serem pesquisados e das soluções a serem encaminhadas sob forma de ação concreta, cujo objeto de investigação não é constituído pelas pessoas e sim pela situação social e pelos problemas de diferentes naturezas encontradas nesta situação ⁽⁴³⁾.

“O objetivo da pesquisa-ação consiste em resolver ou, pelo menos, em esclarecer os problemas da situação observada e há durante o processo, um acompanhamento das decisões, das ações e de toda a atividade intencional dos atores da situação. A pesquisa-ação não se limita a uma forma de ação, pretende-se aumentar o conhecimento dos pesquisadores e o conhecimento ou o “nível de consciência” das pessoas e grupos considerados” ⁽⁴³⁾.

Com respeito a pesquisa-ação em ambientes organizacionais baseada no referencial de Michel Thiollent, tem como perspectiva, identificar e solucionar problemas internos levantados pelos colaboradores que atuam nas empresas, buscando a melhoria e a motivação, pelo fato de que as pessoas são levadas a discutirem coletivamente problemas e propostas com auxílio de consultores externos, sendo menos autoritárias que quando as soluções vêm de maneira vertical ⁽⁴⁴⁾.

Para essa pesquisa ser viável dentro de uma instituição, os profissionais devem propor experiências limitadas que, posteriormente, seriam divulgadas e implementadas em maior escala ⁽⁴⁴⁾. A pesquisa-ação, quando aplicada no contexto profissional, não pode ser conduzida pelos interesses dominantes que atravessam a organização. De acordo com a ética profissional, há um compromisso com a verdade e com a intercompreensão dos autores que se

relacionam na situação investigada. Os resultados da pesquisa não podem ser usados para fins particulares, e os relacionamentos requerem um espaço democrático para a discussão ⁽⁴⁴⁾.

A pesquisa, nesse ambiente, apresenta uma proposta mais aberta, com características de diagnósticos e consultoria, para tentar clarear uma situação complexa e trazer possíveis ações, principalmente em situações insatisfatórias ou de crise ⁽⁴⁴⁾. Trata-se de um instrumento cuja aplicação não é restrita apenas a um grupo de pessoas. Ela atende aos interesses de diversos grupos componentes. Não podemos dizer que é uma pesquisa neutra, pois apresenta, em seus objetivos, metas, conteúdos e ações propostas para negociações. É necessário um relativo entendimento entre os atores da situação para que a pesquisa aconteça ⁽⁴⁴⁾.

As perguntas da pesquisa se baseiam na situação na qual estão envolvidos os atores, e as respostas são obtidas pela pesquisa. A capacidade crítica depende de um distanciamento com a linguagem da situação e de uma vontade de evidenciar aspectos problemáticos. Os pesquisadores e participantes devem encontrar palavras adequadas para descrever, questionar ou criticar o que estão observando ⁽⁴⁴⁾. A pesquisa visa desvendar um leque aberto de possibilidades de ações progressivamente descobertas, formuladas ou escolhidas pelos grupos que participam ativamente do processo. Nessa situação, criam-se um espaço um diagnóstico, uma investigação sem preconceitos, uma discussão e o amadurecimento coletivo de possíveis soluções ⁽⁴⁴⁾.

O desenvolvimento da pesquisa-ação, nas organizações, apresenta questões fundamentais como: a) Adequar o referencial teórico-metodológico aos contextos de atuação dos profissionais da área. b) Estabelecer condições de interdisciplinaridade para favorecer nas pesquisas a participação de sociólogos, psicólogos e outros especialistas. c) Estabelecer um relacionamento adequado com interessados, usuários, membros das organizações ou de seus usuários. d) Manter o equilíbrio entre a dimensão crítica ou conscientizadora da pesquisa e seu caráter instrumental (fixação de objetivos realistas, aplicação de métodos e obtenção de resultados tangíveis) ⁽⁴⁴⁾.

A pesquisa-ação propõe: Orientação para o futuro, por criar soluções voltadas para um futuro desejável; colaboração entre todos os envolvidos na

pesquisa; desenvolvimento da capacidade de diagnosticar um problema e resolvê-lo; avaliação da adequação da ação para a resolução do problema. Ela tem um caráter cíclico e, por isso, produz vasto campo para tratamento, correção e aprimoramento dos resultados de cada fase ^(45,46). Por ser dividida em quatro fases: Fase exploratória: consiste na fase de detecção dos problemas pelos pesquisadores e alguns participantes, as capacidades de ação e os tipos de ação possível. Fase de pesquisa aprofundada: na qual a situação é pesquisada por instrumentos de coleta de dados, que são discutidos e progressivamente interpretados pelos grupos que participam. Fase da ação: São definidos os objetivos alcançáveis por meio de ações concretas, e apresentadas propostas que poderão ser negociadas entre as partes interessadas.

Fase da avaliação: tem por objetivo redirecionar o que realmente acontece e resgatar o conhecimento produzido no decorrer do processo.

4.2 Referencial da técnica de coleta de dados

4.2.1 Grupo focal (GF)

O grupo focal objetiva a descrição das práticas, as discussões e experiências de cada participante, construída ao longo da sua vida, revela informações qualitativas, através de encontros de sujeitos em grupos, focadas em um determinado assunto que se deseja pesquisar ⁽⁴⁷⁾.

Além disso, o grupo focal pode ser entendido como um instrumento de aprendizagem, que propicia uma reflexão capaz de transformar os dilemas do cotidiano em pensamentos mais ajustados à realidade ⁽⁴⁸⁾.

Trata-se de um grupo formado por 5 a 15 pessoas, cujas opiniões e experiências são solicitadas simultaneamente ^(49, 50). O moderador guia o grupo com um roteiro de tópicos ou questões a serem discutidas. A vantagem desse formato se dá pela sua eficiência e grande poder de gerar diálogo.

As reuniões do GF devem ser realizadas em um local tranquilo, onde não haja interrupções ou barulho. Dessa maneira, os encontros foram realizados numa sala de reuniões isoladas no terceiro andar do hospital onde os participantes trabalham, em um semicírculo, tornando o ambiente mais aconchegante e proporcionando a proximidade física dos participantes. As falas foram registradas através da utilização de 02 gravadores de voz, e

posteriormente foram transcritas na íntegra, e os textos validados por todos os participantes do grupo. Os participantes do grupo tiveram sigilo absoluto de identidade, pois foram adotados pseudônimos para que se dirigissem uns aos outros e em interação com o moderador durante os encontros.

Cada reunião teve a sua duração acordada previamente com os participantes (aproximadamente 2 horas por reunião), objetivando as discussões e evitando o desgaste do grupo, assim como o número de reuniões.

O grupo foi conduzido por um elemento moderador (o pesquisador principal), para esclarecer os objetivos, as finalidades da pesquisa e a dinâmica das discussões, foram propostas questões disparadoras para o debate e para conduzi-lo, além de sintetizar os momentos anteriores. O trabalho foi acompanhado por uma ou mais observadoras convidadas, que ajudaram o moderador fazendo os registros das impressões não verbais sobre o grupo, durante todo o processo de interação.

4.2.2 Entrevistas individuais

As entrevistas individuais semi-estruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. O entrevistador deve ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha “fugido” ao tema ou tenha dificuldades com ele. Esse tipo de entrevista é muito utilizado quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema, intervindo a fim de que os objetivos sejam alcançados ⁽⁵¹⁾.

4.2.3 Observação sistemática

É utilizada em pesquisas que têm como objetivo a descrição precisa dos fenômenos ou o teste de hipóteses, pode ocorrer em situações de campo ou de

laboratório. Antes da coleta de dados, o pesquisador elabora um plano específico para a organização e registro das informações. Isto implica em estabelecer, antecipadamente, os itens necessários à análise da situação. Para que as categorias sejam estabelecidas adequadamente, é conveniente que o pesquisador realize um estudo exploratório, ou mesmo estudos dirigidos à construção dos instrumentos para registro dos dados ⁽⁵²⁾.

4.3 Metodologia de análise dos dados

4.3.1 Dados quantitativos

Para os dados quantitativos nos momentos da pré-ação educativa (Fase exploratória) e pós-ação educativa (Fase de avaliação), foi realizada estatística descritiva (frequência simples, porcentagem e categorização) obtidos na (fase 1 – Exploratória) e (Fase 3 – Avaliação) da pesquisa, conforme apêndice 1,2 e 3.

Foram apresentados por frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas e estatísticas de posição (média) e escala (desvio padrão), além de *boxplots* para representar a distribuição das notas nos questionários, segundo profissional e momento (pré e pós-ação educativa).

As comparações entre os grupos, sobre características basais categóricas foram realizadas por teste exato de *Fisher* ⁽⁵³⁾. Já as comparações das variáveis contínuas foram realizadas por testes *t-student* para comparação da média entre dois grupos (Pré/Pós), e foi utilizado modelo linear simples para avaliar o efeito dos momentos (Pré/Pós) para cada profissional nas notas das avaliações (efeito de interação) ⁽⁵⁴⁾. As análises foram realizadas com auxílio do *software* R 3.4.0 ⁽⁵⁵⁾. E os gráficos utilizaram o pacote *ggplot2* ⁽⁵⁶⁾.

4.3.2 Dados qualitativos

Para os dados qualitativos obtidos nos três encontros dos grupos focais e nas 11 entrevistas individuais obtidos nas fases 2 (ação) e 3 (avaliação) conforme apêndices 4 e 9 respectivamente, foram analisados através do método de análise de conteúdo na modalidade temática

Realizar análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifique algo para o

objeto analítico em foco. Tradicionalmente, a análise temática era feita pela contagem de frequência das unidades de significação (US) definindo o caráter do discurso. Para a análise de significados a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamentos presentes ou subjacentes no discurso ⁽⁵⁷⁾.

A técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, proposta inicialmente por Bardin e descrita por Sampieri et al. ⁽⁵⁸⁾, compreende diversas correntes teóricas metodológicas do campo qualitativo. A técnica de análise de conteúdo dos dados qualitativos pode ser procedimental ou processual, na qual a coleta de dados e o processo de análise acontecem quase simultaneamente. Os autores citados consideram que não existe um padrão único de análise, e que cada estudo requer um esquema próprio no processo de análise dos dados. Na análise de conteúdo de dados qualitativos, as características abaixo fundamentaram a análise de conteúdo da temática desenvolvida neste estudo, conforme apontam Sampieri et al. ⁽⁵⁸⁾.

O processo de análise dos dados qualitativos tem como objetivos: estruturar os dados em unidades de categorias, temas e padrões, e descrever a experiência das pessoas estudadas, de acordo com a ótica, linguagem e expressões das mesmas; compreender profundamente o contexto dos dados; interpretar e avaliar as unidades, categorias, temas e padrões; explicar ambientes, situações, fatos e fenômenos; encontrar sentido para os dados, baseados na formulação do problema. Os dados coletados devem ser estruturados pelo pesquisador que irá organizar e analisar os dados para que as interpretações do processo sejam direcionadas à formulação do problema. Neste processo, levar em consideração as impressões, as percepções e os sentimentos do pesquisador registrados durante o processo. Analisar cada detalhe dos dados em relação aos demais, deduzir semelhanças e diferenças entre os dados. Manter um caminho direcionado, mas o pesquisador deve percorrer todas as direções, com idas e voltas, do início ao final da análise, quantas vezes for necessário, isso permite ampliar a base de dados e a construção de significados para todos os dados. Porém, a interação do pesquisador na coleta e análise permite maior flexibilidade na interpretação dos dados, o desenvolvimento da análise é modificado pelos resultados dos dados,

ou seja, a análise é moldada pelos dados. O processo é eclético e sistemático, não deve ser rígido nem mecânico.

Apesar dos acordos atuais para sistematizar a análise dos dados qualitativos, o ponto de vista de cada pesquisador é ímpar e, por isso, as interpretações de cada pesquisador sobre os dados são diferentes. Os resultados da análise constituem uma síntese descrita em forma de expressões, temas, padrões, hipóteses e teorias organizadas em categorias. A escolha da forma de abordagem da análise qualitativa é determinada pelo desenho da pesquisa e pelo marco teórico do referencial adotado.

A fase de análise é um processo, com uma imersão inicial no campo da entrevista. Foram realizadas reflexões e análises, verificando se o problema refletia o fenômeno que se deseja estudar. Conforme os dados são coletados, devemos fazer uma imersão profunda, realizando análises e reflexões sobre o problema, o ambiente e a amostra: o que os dados dizem? Por que aquilo acontece? Qual o significado de cada um? Além de comparar os últimos dados com os novos coletados, devem ser questionadas as semelhanças, diferenças, relações e conceitos que surgiram. Surgem, então, as categorias iniciais, significados, padrões, relações, hipóteses primárias e início de teorias ⁽⁵⁸⁾.

A análise temática pode ser estruturada nas seguintes etapas ⁽⁴⁰⁾:

Primeira fase - pré-análise: Nesta etapa é necessário escolher os documentos coletados para a análise, revisar a hipótese e objetivos propostos no estudo. Ressalta-se ainda que o investigador deve inquirir sobre as relações entre as etapas realizadas sendo fundamental a elaboração de indicadores para nortear a compreensão e interpretação final do texto. Esta fase se desdobra em:

Determinar a *unidade de registro (UR)*, composta pela segmentação ou recorte do conteúdo que transcrito deve ser utilizado como unidade base para a análise, pode ser uma palavra-chave ou frase relevante, parágrafo ou parte dele com assertivas sobre o fenômeno estudado; *Unidades de contexto (UC)*: São unidades de interpretação maiores que as unidades de registro, ou seja são trechos do texto que permitem compreender o significado exato ou interpretação das UR para compreensão e codificação da unidade de registro.

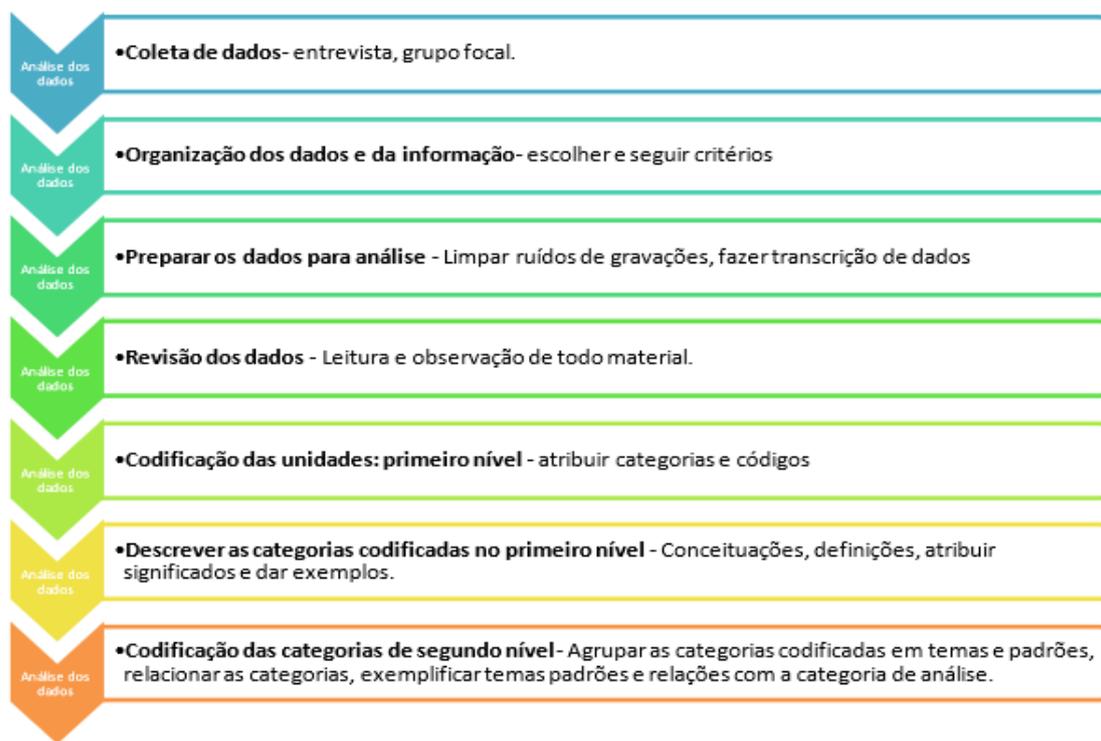
Segunda fase – Exploração do material: Se caracteriza pela classificação que objetiva determinar os núcleos de compreensão do texto, o pesquisador deve buscar a construção de categorias (CC), que são as expressões ou palavras significativas no texto, para organização dos conteúdos. A categorização é definida como um processo de redução dos conteúdos das falas em palavras ou expressões de significado. De acordo com o autor, na análise temática se realiza primeiro o recorte relevante do texto constituindo as UR, em segundo lugar podem-se realizar contagens, codificações e estabelecimentos de índices quantitativos e em terceiro lugar os dados são classificados, agregados, realiza-se a categorização teórica ou empírica que proporcionam a definição das temáticas a serem discutidas.

Terceira fase - tratamento dos resultados obtidos e interpretação:

Os resultados são submetidos a interpretações de acordo com o tipo de abordagem adotada do estudo, e as interpretações baseadas nas leituras dos textos, valorizando os significados das mensagens. O tratamento dos resultados que serão encontrados neste estudo, de acordo com o delineamento metodológico será interpretativo.

Para operacionalizar o processo de análise de conteúdo temático de dados qualitativos, foram seguidas as recomendações ⁽⁵⁸⁾ como aparecem nos dados da figura 1.

Figura 1. Representação das recomendações para análise de conteúdo temático.



Fonte: Baseado no processo de análise fundamentado nos dados qualitativos, Sampieri, Collado, Lúcio (2013)

4.3.3 Coleta e organização dos dados e informações

Os dados submetidos a análise de conteúdo temática desta pesquisa, foram coletados pela técnica de entrevistas individuais e grupos focais, os mesmos foram organizados para facilitar a análise e a compreensão, conforme descritos na fase 2 -Ação e fase 3 - Avaliação da pesquisa-ação.

4.3.4 Preparação dos dados para análise

Após a organização do material, foi realizada a transcrição das falas. As transcrições foram lidas e relidas repetidas vezes. Posteriormente a este procedimento de leitura flutuante, houve reflexão, sendo interrogadas as ideias gerais que surgiam e o que os dados diziam. Estas ideias iniciais foram sendo avaliadas, comparadas e aprofundadas, durante todo o processo da análise para

a compreensão dos significados presentes nas falas que formavam as sugestões, colocações e percepções dos colaboradores desta pesquisa.

4.3.5 Revisão dos dados: Leitura, observação e organização das unidades de análise

Todos os significados encontrados foram transformados em unidades de dados (UD), que foram analisadas, e as ideias centrais descritas e transferidas à coluna de unidades de significação (US), compondo várias unidades de significados, codificações e as próprias subcategorias, e categorias posteriormente.

As unidades de significação (US), apresentaram objetivação, ou seja, os conceitos, classificações, pensamentos, valores e conhecimentos do grupo social investigado sobre a ação educativa interprofissional de perspectiva andragógica (Apêndices 15,16,17,18 e 19).

4.3.5.1 Codificar as unidades: primeiro nível

Esta codificação permitiu visualizar e separar os significados iguais dos outros, serviu para iniciar o desenvolvimento das ideias e os conceitos e hipóteses sobre as questões da percepção sobre a educação interprofissional com princípios andragógicos.

Todos os significados encontrados foram analisados e as ideias centrais descritas e transferidas à coluna de US, compondo várias unidades de significados e as próprias categorias posteriormente.

As categorias a partir de US apresentaram objetivação e ancoragem, ou seja, os conceitos, classificações, pensamentos, cultura, valores e conhecimentos do grupo focal investigado, e dos participantes do treinamento em serviço entrevistados (Apêndices 15,16,17,18 e 19).

Essa fase também objetiva localizar as unidades ou segmento dos dados captados nas falas dos participantes. Analisar e comparar em relação às semelhanças ou diferenças de significados das demais unidades e identificar as *categorias com códigos*.

Os *códigos* identificam os segmentos de um texto com significados, cada um deles serve para desenvolver ideias, conceitos e hipóteses com sentido para responder ao problema formulado.

Os segmentos semelhantes ou com o mesmo significado recebem o mesmo código, os diferentes, outro código; assim, formando as *categorias*. Estas são os conceitos, experiências e ideias relevantes e com significado para o problema formulado.

Foram realizadas leituras repetidas e exaustivas dos conteúdos das UD para localizar os segmentos significativos da questão de pesquisa. Desse modo os significados foram analisados, os semelhantes ou diferentes foram codificados com as mesmas cores e precedidos de numeração ordinal na sequência das ideias.

4.3.5.2 Descrever as categorias codificadas que surgiram no primeiro nível

Descrever, conceituar, definir, interpretar o significado de cada categoria utilizando, no mínimo, três unidades de significação (US) para representar cada categoria. Iniciar a comparação e identificar as semelhanças e diferenças entre as categorias.

Cada categoria foi analisada e separada, conforme a semelhança de significado, isto facilitou descrever o significado de cada uma; várias categorias foram identificadas, a partir das questões levantadas aos participantes das entrevistas individuais ou aos integrantes do grupo focal, assim, foi necessário criar algumas subcategorias conforme (Apêndices 15,16,17,18 e 19).

4.3.5.3 Codificar as categorias: segundo nível

Agrupar as categorias codificadas em temas e padrões; relacionar as categorias, exemplificar temas, padrões e relações com as unidades de análise.

Os agrupamentos das categorias foram realizados e elaborados os temas que expressaram significados de cada grupamento e escolhidos os trechos dos discursos (UD), que melhor representavam os significados dos temas, para a compreensão destas representações e para nortear a discussão dos resultados.

4.3.5.4 Gerar explicações

Os temas e as relações entre as categorias servem para interpretar o fenômeno, classificá-lo e apresentar temas (resultados e discussão das entrevistas e grupo focal).

As cinco categorias temáticas construídas por meio dos dados empíricos foram duas provenientes das entrevistas individuais, e três dos encontros dos grupos focais:

1. Por detrás dos obstáculos à reunião em equipe: Aprendizagem e interação participativa, enriquecimento para a assistência prestada ao paciente
2. Dificuldades e características assertivas para uma ação educativa interprofissional bem sucedida
3. Educação interprofissional: pontos delicados e o caminho que conduz para a integralidade na assistência
4. Educação interprofissional: Caminho para o diálogo regado por aprendizagem, empatia, respeito e engajamento
5. Educação interprofissional andragógica: Importância de aprender a aprender, vencendo os obstáculos para um trabalho em equipe

Para garantir a confiabilidade e validade dos resultados da análise, todas as etapas foram construídas rigorosamente à luz dos passos da técnica, cada passo foi retomado várias vezes para a conferência, além da revisão feita pelo pesquisador e orientador.

4.4 Cenário do estudo

O estudo foi realizado na UTI da Clínica Médica do Hospital São Paulo (HSP), Hospital universitário da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

É um campo de ensino e treinamento da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) colaborando para a formação e capacitação de profissionais da saúde.

Tem como missão a prestação de assistência à saúde à população brasileira através do Sistema Único de Saúde (SUS), também se destaca pela vasta produção científica, que o qualifica, no cenário nacional e internacional, como uma instituição séria e de excelência, além da formação de recursos humanos imprescindíveis para a qualidade do próprio SUS.

A unidade de terapia intensiva da disciplina de clínica médica (CM) do Hospital São Paulo (UTI CM), possui 5 leitos. Recebe pacientes de clínica médica com potencial ou instáveis do ponto de vista hemodinâmico, além de pós-operatório de cirurgias de grande porte. Conta com um corpo assistencial composto pelas equipes fixas de: Enfermagem (8 enfermeiros, 12 auxiliares e/ou técnicos de enfermagem), fisioterapia (2 fisioterapeutas), fonoaudiologia (equipe de interconsulta), medicina (Aproximadamente 25 profissionais por mês, entre plantonistas e residentes de medicina), Nutrição (2 profissionais).

4.5 Percurso metodológico

4.5.1 Procedimentos éticos

Previamente, manifestamos a vontade de realizar esta pesquisa junto a chefia médica e de enfermagem do setor, ambas se mostraram favoráveis na realização do projeto, e depositaram confiança em nossa proposta inicial.

Após autorização formal por escrito da coordenadoria de ensino e pesquisa do Hospital São Paulo - HU-HSP, e da diretoria de enfermagem do HU-HSP (Conforme apêndice 14), iniciamos preparação para submissão ao CEP.

A partir de tais autorizações assinadas e protocoladas, a pesquisa foi desenvolvida de acordo com a resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). O número de aprovação da pesquisa no CEP e a data, segue (1.009.345 de 01/04/2015), conforme consta na plataforma Brasil (anexo 1).

Os dados foram coletados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme apêndices 10, 11 e/ou 12, pelos participantes dessa pesquisa.

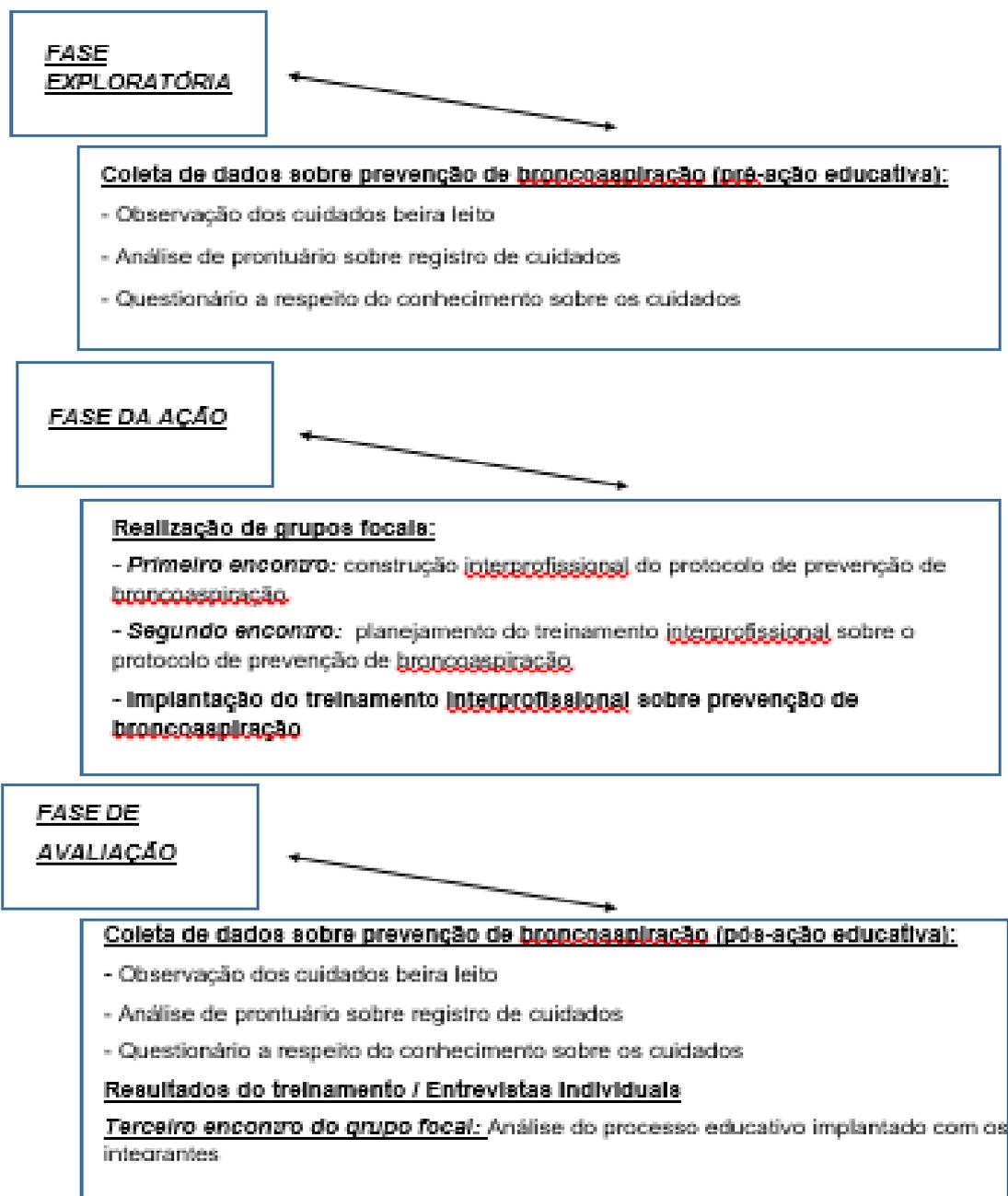
Os participantes foram orientados com relação ao tema da pesquisa, e o seu objetivo, a fim de optarem pela sua participação. Também sobre seus direitos, garantia da preservação do anonimato através da utilização de pseudônimos, a necessidade da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) o qual consta no (Apêndice 10, 11 e/ou 12), em duas vias, sendo uma para os participantes e a outra para o pesquisador, assim como a concordância em gravar os áudios das entrevistas e do GF. As falas foram transcritas pelo pesquisador e devolvidas para os participantes para a validação das mesmas, e somente após este procedimento as transcrições foram utilizadas. As gravações, mesmo após terem sido utilizadas, ficarão guardadas por cinco anos, sob a minha responsabilidade como pesquisador.

A necessidade de 3 termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE), se justifica devido a multiplicidade de técnicas de coletas de dados adotadas nesta pesquisa, pois o TCLE-1, apêndice 10, era para os participantes que integraram o grupo focal (GF). TCLE-2 –apêndice 11 foi utilizado para os participantes que responderam os questionários da fase 1 e 3 da pesquisa (momentos pré e pós-ação educativa) e participaram do treinamento no setor, e o TCLE-3 apêndice 12, era especificamente para os participantes das entrevistas individuais.

A escolha do local como campo para a coleta de dados e realização da pesquisa, se deveu ao fato da unidade de terapia intensiva em questão, ter sido por 6 anos seguidos, o local de trabalho onde atuei e adquiri a maior parte da minha experiência profissional, ali também estabeleci um importante vínculo social com a equipe, além de conhecer toda a rotina, bem como as carências e os anseios por melhorias em várias rotinas assistenciais peculiares da unidade.

4.5.2 DESENVOLVIMENTO DAS FASES DA PESQUISA-AÇÃO

A pesquisa foi dividida em três fases inter-relacionadas, tendo como estratégia o método de pesquisa-ação, cujas técnicas para a coleta de dados foram desenvolvidas como descrito a seguir:

SÍNULA DAS FASES DA PESQUISA-AÇÃO REALIZADAS NA TESE:**4.5.2.1 FASE 1 - EXPLORATÓRIA:**

Momento pré-ação educativa - com diagnóstico a respeito do conhecimento da equipe multiprofissional, sobre de prevenção de broncoaspiração

O diagnóstico sobre quais os cuidados de prevenção de broncoaspiração que a equipe multiprofissional conhecia, realizava e registrava foi importante para a sensibilização da equipe, e dar subsídio para a escolha dos conteúdos utilizados na elaboração da ação educativa implementada em campo.

A coleta de dados inicial, recebeu o nome de “momento pré-ação educativa”, que compreendeu a fase 1 - exploratória, através das etapas (1,2 e 3), (ocorrida de abril a julho de 2015), para cada uma das etapas utilizamos amostragem por conveniência, e então realizamos:

4.5.2.1.1 Etapa 1: Observação sistemática em campo

Com a finalidade de identificar as atividades efetuadas como ações preventivas de broncoaspiração em campo, escolhemos como critério de inclusão na coleta de dados desta etapa, o paciente possuir sonda enteral ou gastrostomia e estar recebendo dieta enteral. Na fase 3, no momento pós-ação educativa, a coleta de dados exigiu que obrigatoriamente, os pacientes deveriam ter sonda enteral, mas concomitantemente a presença de tubo endotraqueal ou traqueostomia, exigência necessária para que pudéssemos avaliar a adesão a mensuração da pressão de *cuff*, que seriam os avaliados itens incluídos seguindo o roteiro (apêndice 1).

As observações sistemáticas do turno da manhã, foram realizadas por dois estudantes do 4º ano da graduação em enfermagem da UNIFESP que tinham estagiado na referida UTI. Nos turnos noturnos 1 e 2, foi coletada por uma residente de enfermagem. Todos atuaram voluntariamente, e foram treinados pelo pesquisador para realizar as coletas de dados.

As observações sistemáticas foram realizadas por 5 dias em cada turno, sendo 4 horas de observação por dia, totalizando 20 dias de observação sistemática.

O período de coleta de dados do momento pré-ação educativa foi de 4 meses, pois os 20 dias de coleta da observação sistemática, análise de prontuário e questionários, não foram consecutivos, uma vez que priorizávamos os dias onde na escala de colaboradores, podíamos contemplar todos os membros ainda não observados, devido a folgas e férias, bem como a disponibilidade dos observadores para coletar dados em campo.

4.5.2.1.1.1 .Resultados da observação sistemática beira leito na etapa da Pré-ação educativa:

A seguir, segue os resultados da fase exploratória da pesquisa ação:

Tabela 1. Distribuição dos itens da observação sistemática de cuidado para prevenção de broncoaspiração, pré-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2015

Observação sistemática de cuidado para prevenção de broncoaspiração em campo	Pré (n=32)
1) Cabeceira >30°	29/32 (90,6%)
2) Presença de sonda enteral	32/32 (100%)
3) Presença de sondagem oroenteral em intubados	8/19 (42,1%)
4) Sonda enteral com fixação segura	28/30 (93,3%)
5) Infunde água no término da dieta?	28/32 (87,5%)
6) Testa volume residual gástrico (VRG) pré dieta?	21/32 (65,6%)
7) Aguarda mínimo 30 minutos após última infusão de água para testar VRG	20/32 (62,5%)
8) Ausculta a locação da sonda com estetoscópio pré-adm dieta?	0/28 (0%)
9) Reinfunde o VRG drenado pela sonda enteral?	18/25 (72%)

4.5.2.1.2.1. Etapa 2: Análise dos registros em prontuário do paciente

Com respeito, as ações de prevenção de broncoaspiração, em registros realizados pela enfermagem, fisioterapia e médicos, foi considerado o paciente com sonda enteral ou gastrostomia na fase pré-ação educativa. No entanto, na etapa pós-ação educativa, fase 3, foi considerado obrigatoriamente pacientes com sonda enteral associado a tubo endotraqueal ou traqueostomia, seguindo o roteiro (apêndice 2).

4.5.2.1.2.2 Resultados da análise dos registros em prontuário na etapa da Pré-ação educativa:

Tabela 2. Distribuição da análise dos registros no prontuário na etapa da pré-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2015

Análise de prontuário	Pré (n=32)
1) Prescrição de enfermagem contem decúbito 30°?	28/32 (87,5%)
2) Registro em prontuário da pressão do <i>cuff</i>	0/32 (0%)
3) Prescrição médica contém o volume de dieta em mL?	32/32 (100%)
4) Volume de água em mL nos intervalos das dietas enterais?	31/32 (96,9%)
5) Registro da confirmação do RX da SE, para liberação de dieta por sonda enteral?	17/32 (53,1%)
6) Há registro RX da migração da ponta da SE para a região pós-pilórica no RX?	0/30 (0%)
7) Em risco de broncoaspiração, e intolerância a dieta existe pró-cinéticos na prescrição médica?	25/30 (83,3%)
8) Existe registro descritivo de realização de higiene oral na anotação de enfermagem?	23/31 (74,2%)
9) Existe registro da justificativa da necessidade de sonda enteral nos pacientes sondados?	26/32 (81,2%)
10) Há registro de justificativa de avaliação ou não de fonoaudiológica para pacientes com sonda enteral?	25/32 (78,1%)

4.5.2.1.3 Etapa 3: Avaliação do conhecimento sobre prevenção de broncoaspiração, através da aplicação de um questionário estruturado

Para levantar o conhecimento e auto-percepção de conhecimento da equipe multiprofissional (enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, médicos e técnicos de enfermagem), foi aplicado um questionário sobre ações de prevenção de broncoaspiração, com questões de múltipla

escolha, falso ou verdadeiro, e uma questão escala *Likert* de 5 pontos, conforme o roteiro (apêndice 3).

Incorporamos no questionário sobre conhecimentos do tema de prevenção de broncoaspiração, descrito no apêndice 3, uma pergunta estruturada no final do impresso, sobre como os profissionais da equipe multiprofissional se autoavaliavam com respeito a sua auto-percepção de capacitação para prestar cuidados de prevenção de broncoaspiração e quais sugestões eles apontariam para aperfeiçoar a equipe nesse enfoque.

Por conseguinte, quando finalizássemos a coleta de dados na fase exploratória, já tínhamos em mente a ideia de que o protocolo que construiríamos a partir das necessidades identificadas no nosso grupo para capacitação na prevenção de broncoaspiração, seria inclusivo, pois contaria com a representatividade de todas as categorias profissionais envolvidas na assistência ao paciente, afim de motivar o sentimento de pertencimento e valorização de todos os colaboradores atuantes na unidade, e dessa forma procurávamos maior adesão e engajamento objetivando aceitação e resultados mais tangíveis.

A entrega e retirada dos questionários respondidos de todos os turnos, ficou sob minha responsabilidade, que teve como critério de inclusão, todos os participantes pertencerem ao quadro de pessoal da UTI da Clínica Médica.

4.5.2.1.3.1 Resultados da aplicação dos questionários na etapa Pré-ação educativa.

Tabela 3. Distribuição dos profissionais na adesão ao questionário na etapa da pré-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2015

Profissionais	Entregues	Respondidos	% Respondidos	% Sem resposta
Enfermeiros	10	9	90	10
Fisioterapeutas	3	3	100	0
Fonoaudiólogos	2	2	100	0
Médicos	22	17	77	23
Nutricionistas	2	2	100	0
Téc De enfermagem	14	11	78	22
			Média geral	Média geral
TOTAL	53	44	83,1	16,9

Tabela 4. Distribuição do perfil dos participantes do questionário na etapa pré-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2015

Categoria	Gênero		Estado civil		Idade	Tempo de formação (anos)	Experiência (anos)	Possui mais de 1 emprego (%)
	F	M	Casado	Solteiro				
	(%)	(%)	(%)	(%)	Média	Média	(%)	
Enfermeiros	89	11	22	78	30	4	4	22
Fisioterapeutas	67	33	0	100	27	4	4	67
Fonoaudiólogos	100	0	0	100	25	2	0	50
Médicos	35	65	12	88	27	3	2	44
Nutricionistas	100	0	50	50	46	24	22	0
Téc. De enfermagem	64	36	55	45	39	12	11	18

Tabela 5. Distribuição da qualificação dos profissionais participantes do questionário na etapa pré-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2015

Categoria	Formação em Universidade		Nível de qualificação profissional					
	Pública	Particular	Especialização	Residência			Mestrado	Doutorado
	(%)	(%)		(%)	R1 (%)	R2 (%)		
Enfermeiros	33	67	89	11	0	0	0	0
Fisioterapeutas	33	67	67	33	0	0	0	0
Fonoaudiólogos	100	0	0	50	0	0	50	0
Médicos	76	24	0	6	50	31	0	13
Nutricionistas	0	100	100	0	0	0	0	0

Tabela 6. Distribuição do total de profissionais que responderam ao questionário: (%) por categoria, nos questionários na etapa pré-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2015

Ação educativa	Pré (n=44)
Enfermeiros	9/44 (20,5%)
Fisioterapeutas	3/44 (6,8%)
Fonoaudiólogos	2/44 (4,5%)
Médicos	17/44 (38,6%)
Nutricionistas	2/44 (4,5%)
Técnicos de enfermagem	11/44 (25,0%)
Notas gerais dos profissionais Média ± DP	5,0 ± 1,4 (n=44)

Tabela 7. Distribuição das notas por categoria profissional, no momento pré-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2015

Profissional	Notas
Enfermeiro	5,0 ± 1,2 (n=9)
Fisioterapeuta	4,5 ± 0,7 (n=3)
Fonoaudiólogo	6,7 ± 0,0 (n=2)
Médico	5,4 ± 1,1 (n=17)
Nutricionista	6,0 ± 1,8 (n=2)
Técnico de enfermagem	4,0 ± 1,5 (n=11)
Média ± DP	5,0 ± 1,4 (n=44)

A seguir, a questão correspondente à tabela 8 abaixo foi: Você se sente plenamente capacitado e instruído a prestar assistência com foco na prevenção de broncoaspiração em pacientes sonda enteral em UTI?

Tabela 8. Autopercepção de capacitação plena sobre prevenção de broncoaspiração, no momento pré-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2015

Ação educativa – Momento:	Pré (n=44)
	3/42
(Discordo plenamente)	(7,1%)
	14/42
(Discordo parcialmente)	(33,3%)
	5/42
(Não concordo nem discordo)	(11,9%)
	18/42
(Concordo parcialmente)	(42,9%)
	2/42
(Concordo plenamente)	(4,8%)

Após concluído a fase 1 – Exploratória (Etapas 1, 2 e 3) da pesquisa-ação, os resultados foram tabulados por meio de frequência absoluta e relativa, pois a

intenção era diagnosticar o que os profissionais conheciam, como realizavam e registavam os procedimentos de prevenção de broncoaspiração. E a partir desses resultados, proporcionar a discussão com a equipe multiprofissional da UTI da Clínica Médica com a finalidade de elaborar o protocolo e treinamento de prevenção de broncoaspiração em pacientes com sonda enteral

Os dados quantitativos foram submetidos a análise estatística, a posteriori, depois da etapa da ação, com o intuito de validar os resultados para fins de publicação desses achados.

Os resultados da fase 1 exploratória, subsidiaram a fase 2 seguinte, para a intervenção na forma de implementação do plano de ação com a equipe multiprofissional.

4.5.2.2 FASE 2 – AÇÃO

4.5.2.2.1 Organização dos encontros do grupo focal (GF)

A técnica de grupo focal (GF) foi utilizada para a construção coletiva e dialogada com a equipe multiprofissional da UTI para elaboração de protocolo e de uma ação educativa interprofissional na unidade.

Para a organização do número de encontros, levou-se em consideração os objetivos propostos para cada encontro, e dessa forma ficou acordado que teríamos 3 principais objetivos maiores para os encontros. Os objetivos de cada encontro e a descrição dos mesmos foram pré-definidos pelo pesquisador (apêndice 4). Sendo assim, três encontros foram acordados entre os integrantes do grupo como inicialmente suficiente para discutirmos os objetivos propostos a priori.

No primeiro encontro as principais questões discutidas com relação a elaboração de protocolo foram: Qual a opinião da equipe sobre a proposta de construir coletivamente e de maneira interprofissional, um protocolo que direcione a prática preventiva de broncoaspiração? Quais itens e conteúdos deveriam compor tal protocolo articulando e integrando as ações interprofissionais?

No segundo encontro com relação a elaboração de um treinamento fundamentada pelos princípios da andragogia: Qual a opinião de vocês sobre optarmos pela utilização da teoria andragógica para o treinamento e da atuação de vocês como facilitadores da aprendizagem na proposta de serem multiplicadores do conteúdo do treinamento? Quem serão os profissionais-alvo do treinamento? Quem irá mediar as aulas nos treinamentos? Quantos módulos iremos propor? Qual o conteúdo de cada módulo? Quanto tempo deve durar cada módulo? E, quanto tempo deve durar o treinamento como um todo? O que acham da adição de toda a equipe da UTI (Preceptores e colaboradores) no grupo de mídia social (*WhatsApp*)?

No terceiro encontro sobre a avaliação de ser treinador e o sentimento de participar no coletivo da relação interprofissional: Como foi participar dessa experiência de vivenciar a ação educativa interprofissional? Quais dificuldades vocês como multiplicadores, enfrentaram para multiplicar as informações para seus pares? Qual o maior desafio de se implementar uma ação educativa interprofissional? Quais as vantagens e desvantagens de se adotar uma ação educativa no formato interprofissional?

4.5.2.2 Seleção e organização do grupo focal

A seleção por conveniência, foi adotada a fim de escolher os representantes de todas as categorias profissionais que atuam na rotina assistencial da UTI da Clínica Médica, referência desse estudo, sobretudo, na prevenção de broncoaspiração, para participar do grupo focal. Preferencialmente, foram convidados alguns profissionais que já expressavam sensibilização com o tema e o desejo de agir educativamente e também, os que eram mais críticos com relação à melhoria da assistência.

Participaram do grupo focal 6 profissionais da equipe multiprofissional, composto por um enfermeiro, uma fisioterapeuta, um fonoaudiólogo (residente de 1º ano em clínica médica), uma médica (preceptora e chefe da UTI), uma nutricionista e uma técnica de enfermagem.

Foi utilizado a mídia social para agendarmos os encontros. Após acordo, os encontros ocorreram no anfiteatro da clínica médica, localizado no próprio

hospital São Paulo, no 3º andar, próximo ao setor de UTI estudada, localizada com início às 10 horas e término ao meio dia. Tivemos o apoio da gerência de enfermagem, que planejou e organizou a escala de trabalho do enfermeiro e do técnico de enfermagem, alocando maior número de profissionais para a UTI em questão, no dia do encontro, e assim, permitiu a participação dos profissionais no grupo sem prejuízo na assistência aos pacientes internados.

Os observadores do grupo focal do primeiro encontro foram dois estudantes de graduação alunos e uma residente de enfermagem que coletaram os dados da etapa 1, na fase exploratória.

A duração de cada encontro do grupo focal, total de três, foi de aproximadamente 2 horas.

Após o término da coleta de dados da fase 1, exploratória, composta por 3 etapas (questionário, análise do registro dos procedimentos no prontuário e observação sistemática da realização dos procedimentos) tivemos uma janela de tempo de 6 meses para a realização do 1º encontro do grupo focal. O motivo foi a greve nacional dos servidores públicos que incluiu a instituição desse estudo, durando cerca de 4 meses e não favoreceu a realização dos encontros.

Conforme orientação prévia, os participantes escolheram os nomes de animais, como pseudônimos a serem utilizados no dia dos encontros, a fim de garantir o anonimato. Foram: Águia, Cachorro, Coelho, Gato, Pássaro e Tigre. As falas foram gravadas por meio de dois gravadores de voz, mais um celular com aplicativo de áudio/gravação.

4.5.2.2.3 RESULTADOS DO GRUPO FOCAL

A construção e implementação da ação educativa em conjunto com a equipe multiprofissional

Iniciou-se a fase 2 da pesquisa-ação, de ação, intitulada “ação educativa”, dando sentido a um processo educativo do próprio grupo multiprofissional para tornar-se interprofissional por meio da estratégia participativa e coletiva, construindo o protocolo e serem os facilitadores do treinamento de prevenção de broncoaspiração das suas respectivas equipes, utilizando a andragogia.

4.5.2.2.4 Primeiro encontro do grupo focal (GF)

Objetivo: Dialogar sobre os resultados da fase 1 – Exploratória, sobre os resultados do questionário aplicado, observação sistemática e análise de prontuário e propor e criar o esboço de um protocolo de prevenção de broncoaspiração para pacientes de terapia intensiva.

Providenciei um café especial a fim de quebrar o gelo inicial, e gerar descontração entre os integrantes, pois apesar dos participantes se conhecerem previamente, essa experiência de participação de grupo focal para pesquisa era novidade para todos os participantes, e também para mim como moderador, bem como para os 03 observadores do grupo.

As cadeiras foram dispostas em círculo e verifiquei o recurso de *datashow* para apresentação dos slides,

Iniciamos o encontro agradecendo a todos pela presença, e por terem aceitado participar da proposta inovadora de construção de um protocolo interprofissional de prevenção de broncoaspiração no setor. Disse como era importante a participação da equipe composta pela representação de diferentes categorias da equipe multiprofissional que atuam na unidade.

Apresentamos os observadores, distribuimos as etiquetas de identificação dos participantes com os respectivos pseudônimos e realizamos as orientações para a realização do encontro, conforme descrito no apêndice 4.

Apresentei os slides com os resultados da fase 1 –Exploratória (Etapas 1, 2 e 3) em que mostravam a deficiência dos profissionais da equipe multiprofissional que participaram da pesquisa com relação ao conhecimento, execução, e registro das atividades assistenciais de prevenção de broncoaspiração.

Em seguida apresentei as respostas sobre as sugestões para melhorar a capacitação da equipe multiprofissional na prevenção de broncoaspiração que os profissionais responderam. Algumas respostas, que li para os integrantes presentes no grupo focal para subsidiar a discussão para elaboração do treinamento:

FISIOTERAPEUTAS: [...] “Acho necessário algum tipo de palestra, treinamento, replicando os meios de prevenção de broncoaspiração, com a presença de todas áreas da saúde que

atuam nisso, um folheto interativo, informativo no setor. ” Outro respondeu [...] “Aulas de inclusão teórico-prática.”

NUTRICIONISTAS: [...] “Elaboração de protocolos para facilitar a atuação, treinamento da equipe multi.” Outra [...] “Cursos com treinamentos multiprofissional.”

Houve mais sugestões da equipe médica, devido o maior contingente profissional do setor. Conforme contribuições citadas abaixo:

MÉDICOS: [...] “Reunião com a equipe, para discussão de prevenção de broncoaspiração baseadas em evidências, folders com orientações rápidas com itens tipo *Fast Hug*” Outros responderam; [...] “Curso com palestras rápidas informando a importância e realizar um *checkbox* com listagem de prevenção”; “ Aulas rápidas, criar um protocolo HSP e criar um *checklist*.”; “ Cursos teóricos, práticos, protocolos”; “ Melhorar o treinamento de toda a equipe, com material educativo, implementar uma rotina de checagem de pressão de *cuff*, nível de insuflação”; “Reunião clínica em conjunto com a equipe multidisciplinar, enfermagem, fisioterapeuta, nutrição e fono, para discutir o que cada equipe consegue realizar em termos de prevenção, e compartilhar as informações com outras equipes principalmente com a equipe médica”; “ Da mesma forma que há por exemplo, uma época dedicada a prevenção de infecções associada à assistência à saúde, pode se praticar práticas similares voltados para prevenção.”

E continuei fazendo a leitura e o grupo permanecia atento:

ENFERMEIROS: “Discussão dinâmica para a troca de experiência com profissionais, com o objetivo de melhora da assistência, sua prática em pacientes de risco de broncoaspiração”; “Seria necessário treinamento com toda a equipe multi pelo menos uma vez por semana para ciência de todos, para que a equipe fale uma só língua”; “Acho que deve ser feito a capacitação teórico-prática”; “Reunião multidisciplinar com a escolha de um caso clínico a ser discutido por cada profissional”; “*WhatsApp*, curso rápido demonstrando como lidar com essa prevenção”; “Atualização profissional de forma presencial.”

FONOAUDIÓLOGAS: “Aulas teóricas e práticas com a equipe, com a equipe médica e multiprofissional; Aulas teóricas com todos os profissionais.”

TÉCNICOS DE ENFERMAGEM: “Palestra e orientação, capacitação sobre o assunto com os pacientes que se

encontram nas unidades, pois com a vivências da realidade que podemos corrigir erros e aprender a maneira correta para evitar uma broncoaspiração”; “Acredito que um treinamento teórico-prático, pois o que aprendi, aprendi olhando e não por treinamento; “Cursos, palestras, demonstração prática, capacitação em loco com profissionais técnicos”; “Aulas teórico-práticas!”

Após a leitura, eu comentei com o grupo, que eu havia lido todas as respostas em casa, e não somente estas que havia acabado de ler ali, e que de fato, ficou claro a expressão do anseio de contemplar a necessidade da equipe da unidade de realizar uma ação conjunta em campo, a fim de materializar a intervenção, na forma de construção de um instrumento direcionador para a prevenção de broncoaspiração, e também na execução de treinamento interprofissional, de preferência com caráter teórico-prático envolvendo toda a equipe do setor.

Na sequência, houve um consenso de criar um protocolo de prevenção de broncoaspiração pelo grupo. Então, lancei a pergunta de como seria a construção do protocolo, uma vez que teria que ser factível e adaptado a nossa rotina, e ser de cunho interprofissional. Tigre se manifestou:

[...] Se o tema do protocolo em si for prevenção de broncoaspiração, introduzir o assunto e aí depois dessa introdução nós colocaríamos uma classificação de alto e médio risco, e, seguindo as ações de prevenções. Nessas ações de prevenção deixa indicado, a ação preventiva é do enfermeiro? O que é do fono? Do fisio, qual é? Que aí separaria bonitinho e não daria confusão, por exemplo que se nós não separarmos qual é o profissional responsável pela determinada ação é, pode ficar muito confuso durante um tempo, ainda mais que no nosso setor, a rotatividade é muito grande, hoje nós temos uma equipe muito completa em determinado período, mas pode ser que daqui 15 dias não tenha mais, porque a rotatividade é muito grande.

Cachorro comentou inicialmente que um ponto muito importante seria a existência do cufômetro para realização rotineira da mensuração da pressão de *cuff* de tubos endotraqueais e cânulas plásticas de traqueostomia. Bem como a existência de sistemas de aspiração subglótica que previne pneumonia associada a ventilação, evitando inalação de partículas infectadas provenientes da região laringo-traqueal.

[...] Na parte da fisioterapia, a gente abraça muito a parte da manutenção da prevenção de *cuff*. É mais como já foi falado pelo moderador que é uma ciência do setor que não temos medidor de pressão de *cuff*, então, como que a gente mede isso, essa mensuração é feita através da curvatura do ventilador mecânico, na curva de volume por tempo, quando a gente observa na curva do ventilador que não tem vazamento no ventilador, então se não está havendo vazamento a gente subentende que não está tendo escape. Mas não tira a importância do medidor de *cuff*, então da parte da fisioterapia a gente pensa no número de medida de *cuff*, e aplica-se também o posicionamento no leito e principalmente na parte de aspiração de vias aéreas, de aspiração subglótica. É que também infelizmente, não temos o material daquela cânula de aspiração subglótica, que dificulta um pouco isso de uma forma geral assim, você consegue tirar, mas você não vai conseguir tirar tudo, se tivesse essa cânula acho que facilitaria bastante a vida nossa e do paciente.

Pássaro, comentou que este protocolo poderia ser na forma de *checklist*, separando os cuidados para pacientes intubados e não intubados, e poderíamos ver a possibilidade da aquisição de um aparelho cufômetro, que seria caro, mas muito útil para a manutenção de pressão de *cuff* dos pacientes traqueostomizados e intubados. Comentou também que o ideal seria a administração de dieta enteral contínua por bomba de infusão e não intermitente como vinha ocorrendo. No entanto, a falta de bombas em número suficiente para isso, seria um limitador para essa prática.

Pássaro propôs a realização de visitas multiprofissionais rotineiras no setor, exteriorizando o espírito interprofissional que estava surgindo no grupo e era percebido na atmosfera do grupo naquele momento:

[...] Outro ponto que dá para melhorar na nossa unidade, se a gente conseguisse fazer uma visita multiprofissional, nem que seja mais rápida de forma administrativa, um dia da semana que seja igual na outra UTI que eu coordeno. A gente consegue juntar, eu sei que é difícil de todo mundo estar ao mesmo tempo no mesmo lugar e aqui a gente tem muito a questão de ensino. A visita é muito demorada por isso, mas aí a gente pode fazer uma parte! Uma coisa mais rápida, por exemplo, de manhã é a beira leito, que aproveitaria pelo menos o técnico de enfermagem que é responsável por aquele leito, o enfermeiro, o médico e o fisio que já estão na unidade, o deslocamento seria mais da fono e da nutricionista nesse caso. Às vezes a gente até consegue trazer gente da farmácia porque eu estou pensando agora numa visita multi, multi mesmo. [...]facilita muito, porque todo mundo está falando a mesma língua e aí você não precisa ficar repetindo, não tem aqueles problemas de comunicação! Um programou uma coisa, o outro fez outra enfim, acho que isso

é uma coisa que nem é do protocolo, mas é uma ideia que pode surgir a partir daqui, da gente tentar mudar.

Neste momento, todos pareciam empolgados com a ideia de realizarmos visitas multiprofissional, e Tigre, falou:

A ideia que foi passada para todos nós, do Pássaro, foi muito boa com relação às visitas multi, a importância de unificar, uniformizar as informações, que eu acredito que facilita o trabalho de todo mundo. Não facilita só o do médico, mas toda a equipe envolvida, inclusive do paciente e aí principalmente quando nós vemos uma informação unificada, uniformizada a probabilidade de nos finais de semana a gente tem aqueles plantonistas que é um plantão por mês, aí ele vem, um domingo no final de cada mês e a gente não tem essa uniformização, essas informações uniformizadas, então se perde muito. E assim todo mundo acaba sofrendo com isso, e isso vai direto para o paciente! Não tem jeito.

A Coelho, comentou sobre a importância de seguir o protocolo de volume residual gástrico (VRG), porém, o protocolo que possuíamos no setor estava desatualizado. Este tema, além de ser controverso e sem um consenso da literatura, era muitas vezes ignorado por toda a equipe multiprofissional e as condutas eram tomadas de maneira diferente por cada profissional no setor, sobretudo pelos médicos, o que gera uma série de dúvidas na equipe de enfermagem. A falta de uniformidade nas condutas assistenciais leva prejuízos ao paciente, pela suspensão da dieta, desnecessariamente, reduzindo o aporte calórico.

[...]acho que são boas sugestões e realmente aqui no hospital a gente não tem essa possibilidade, infelizmente, de uma dieta contínua, como é na maioria dos hospitais! Mas uma das coisas que a gente pode fazer para melhorar ou que já está sendo feito, é seguir mais à risca o protocolo de refluxo uma vez que a gente sabe que o volume residual gástrico pode ter broncoaspiração. E controlando esse protocolo de forma melhor, entrando com um pró cinético, tendo ações corretivas a gente consegue tanto nutrir melhor esse paciente, como também evitar a questão da broncoaspiração.

Águia, ressaltou a importância de resgatar este tema, pois segundo a participante é de extrema importância para otimizar o trabalho da enfermagem:

Em relação ao refluxo, principalmente no que o Tigre disse antes, em relação aos médicos que vem dar plantão de final de semana, eles se perdem muito nesse protocolo atual, acaba que esse protocolo atual, ele não é muito funcionante, então acho que precisa de um treinamento novo em relação a esse protocolo, para a implementação de um protocolo novo sobre broncoaspiração.

Eu acredito que esse protocolo vai ser bem funcional pra gente pelo menos pra enfermagem por conta da gente tá nessa primeira ação, nesse primeiro contato, e a gente é sempre mais ao paciente então o início dessa prevenção sempre começa pela gente, a gente tá lá na frente, então a gente tá vendo o que tá acontecendo, os riscos que tem de broncoaspirar, o nível de consciência, essas coisas então tá muito relativo e ligado a enfermagem no princípio, esse início do protocolo de avaliação eu acho que tá muito ligado ao enfermeiro e a passagem disso pros técnicos e auxiliares e assim os protocolos se inicia a partir daí.

Gato disse ser importante acrescentar os fatores de risco de broncoaspiração no protocolo, para permitir a equipe que está diretamente na unidade, tomar conhecimento dos riscos em potencial de cada paciente:

Eu acho que era importante nos fatores de risco, colocar também o nível de consciência para avaliação. Acho que já espaçaria bem, pois alguns pacientes que já é avaliado que não tem nível de consciência, já não entraria no protocolo. E também em relação ao paciente entubado, a parte da fono até 48 horas de tubo não precisa de uma avaliação, normalmente já libera dieta. E caso o enfermeiro, que eu acho que acompanha mais, veja algum sinal, aí é que eu acho que a fono entra, porque normalmente chamam até com horas de entubação! [...] não sei se seria muito longo o protocolo, mas colocar umas doenças que são fatores principais de riscos de disfagia e para broncoaspiração, como: AVC que tem riscos, tumores de cabeça e pescoço, colocar doenças que tem um caso de broncoaspiração mais frequente. Em relação às discussões clínicas, agora tem equipe multi fixa na clínica médica, então eu acho que dá, com enfermeiro, com farmácia, com fono acho que dá para fazer sim.

Na sequência, construímos um esboço inicial para a elaboração do protocolo de prevenção de broncoaspiração, no qual cada participante do grupo continuou exprimindo suas opiniões sobre como deveria ser o formato e utilização do protocolo proposto na rotina diária de trabalho na UTI.

Um tempo depois, Cachorro, fez algumas observações que contribuíram para o desenvolvimento do objetivo da reunião:

Eu acho legal também trazer umas ideias de outros lugares, de experiências de outros serviços, como se fosse uma espécie de um *benchmark*, é como Tigre comentou que cada um tem a sua função bem pré-estabelecida e sabe o que fazer. [...] uma ideia bem legal é ter uma sinalização no leito do paciente, uma placa onde tem a identificação do risco. E feito pela enfermagem! E nessa identificação, ela vai colocar, que ocorre o risco de PAV ou de broncoaspiração ou múltipla, no caso dos dois. E aí cada um vai tomar sua conduta já pré-estabelecida, como fisio que é da aspiração, que é da manutenção do *cuff*, e tudo isso a gente vai registrar no prontuário, que não tem sido feito como você trouxe para nós. E a enfermagem vai fazer higiene oral, a nutri falar da parte nutricional, então acho que é direcionar. Então quem vai fazer esse diagnóstico vamos dizer, não sei se é diagnóstico no caso mas, visualizar que esse paciente entra para o protocolo, então vai ser o enfermeiro... então o enfermeiro visualizou, aí o enfermeiro passa para o fisio, o fisio faz a manutenção do *cuff*, e assim em diante.

Após várias contribuições que se seguiram, chegamos à conclusão de que o protocolo seria consumível ilustrativo a ser fixado no quadro de informes do setor. A ideia de *checklist*, seria visual e os registros de como comprovaríamos que as ações do protocolo estavam de fato sendo realizadas, seria através de descrição dos cuidados em prontuário do paciente, conforme comentário do Tigre abaixo:

[...] o visível é muito bom, ele é prático, só que ele não precisa ser só visível, ele não precisa ser só funcional, ele precisa ser relatado, ele precisa ser descrito. Para isso, durante o treinamento, eu acho importante frisar muito bem, principalmente à equipe de enfermagem, que a anotação de enfermagem, com relação ao protocolo de broncoaspiração, o paciente que tem risco de broncoaspiração vai precisar melhorar um pouquinho, igual no caso do protocolo de refluxo que está lá pendurado. Está, a dieta não foi instalada porque o paciente apresentou um volume residual gástrico X, então não basta só falar: “Ah, eu estou seguindo o protocolo!” Eu preciso anotar! Legalmente, falando só! É válido o que está anotado e não adianta! Se por um acaso o paciente vai de alta, óbito o que for, e o prontuário for para alguma auditoria ou pra uma eventual processo, não basta eu só falar que eu estou seguindo o protocolo institucional, ele precisa estar relatado! E aí com relação ao papel, o meu único receio com relação ao papel de *checklist*, é em algum momento ele se perder.

Após o comentário do Tigre, a maioria concordou que o gasto para múltiplas cópias do protocolo, e o volume de impressos que estariam em trânsito ao longo dos dias de internação do paciente se acumulando, não garantiria a adesão, pois o mais importante seria, os profissionais seguirem o protocolo visualmente aparente no quadro de informes do setor, e registrar as ações executadas em prontuário.

Com respeito à organização das ações assistenciais divididas por categorias, todos concordaram com a ideia de colocar todos os campos num mesmo impresso, conforme comentado pelo Cachorro, a seguir:

Eu acho que pode sim diferenciar por categorias, por profissional, mas cabendo tudo isso dentro do mesmo protocolo? Para não ficar gastando muito papel, eu acho que tem que ser registrada em prontuário, acho que tem que melhorar essa passagem de informação em prontuário.

Tigre endossou a fala do Cachorro, neste aspecto de separação, ficando definido como todas as ações profissionais num mesmo protocolo, porém, em campos diferentes.

Na minha opinião eu separaria as categorias, porque eu acho que quando você engloba muito, como eu já falei anteriormente, que é um setor da rotatividade muito alta e nós recebemos funcionários recém-formados, que ele não tem conhecimento algum hospitalar, é a nossa unidade é uma unidade de terapia intensiva e bastante complexa, então eu acho que quando você separa por categoria é mais fácil para esse profissional, que é recém-contratado, recém-formado! Bate o olho e já define! Isso aqui é minha função!

Pássaro apoiou a importância de identificar mais rapidamente as ações do protocolo, associando uma cor a cada categoria profissional, ideia que surgiu no grupo, dinamizando a leitura rápida do protocolo em fluxograma de setas, e com todas as ações no mesmo protocolo:

Então aproveitando aqui a ideia, você falou das cores, eu acho que a gente pode usar isso talvez como identificador. E aí, a hora que você for descrever as ações, eu colocaria essas ações: decúbito, pressão e higiene e as cores identificam quem tem que fazer aquela ação entendeu? Então uma cor para enfermagem, uma cor para médico, uma cor para fisio, por que muitos vão ser

duas ou três categorias que tem que cuidar, e aí a gente tenta pela cor identificar aquele item, né? Então por exemplo, pressão do *cuff* é uma coisa que realmente é o fisio quem vai fazer, isso pode vir só com a corzinha do fisio ou um F, eu não sei, alguma forma que a gente, possa tentar visualmente e simplificar. A equipe é multi, para um ajudar o outro, em pró do doente, não faltar nada! Então para simplificar, eu usaria talvez as cores para identificar quem deve fazer, mas todo mundo ter o acesso ao protocolo inteiro.

Cachorro, comentou a importância de incorporarmos a confecção de um modelo de etiqueta, para sinalizar o risco de broncoaspiração, no prontuário do paciente:

Eu acho que tem que constar como documento do doente. Com etiqueta identificação tudo bonitinho que vai ser, ele entrando com o protocolo, conseguindo até institucionalizar isso, ele vira um documento mesmo uma coisa que minimiza erro. Então eu acho que deveria ser uma etiqueta por dia.

Após a construção dos temas que constariam no protocolo, organização geral de direção das setas do protocolo já esboçadas, com as atribuições iniciais de cada categoria profissional que iria constar no protocolo, me senti bastante empolgado, pois tínhamos algo construído que só faltava aperfeiçoar.

O horário já estava caminhando para as 2 horas de encontro, então pedi para cada participante, comentar como foi para eles a participação no encontro, e já combinei com a equipe que nos encontraríamos no 2º encontro do grupo focal para apresentar o protocolo construído, e discutirmos a construção do treinamento da equipe no setor.

Águia fez seu comentário de fechamento do grupo, ressaltando:

Eu nunca tinha participado de uma reunião para gente, pelo menos para nossa categoria é muito importante a nossa participação, porque a gente está ligado diretamente, então para gente vai ser assim, tipo, eu espero que seja bem grandioso. A aplicação desse protocolo, para que a gente seja cobrado do que está fazendo! Por mais que a gente tinha tido um incentivo e um treinamento para isso, porque você ser cobrado de uma coisa que você não foi treinado, é muito mais difícil! E então, a partir do momento que eu te dou, e te cobro isso de uma forma que você teve treinamento para isso, o resultado vindo para gente fica muito mais satisfatório, dá muito mais anseio de trabalhar,

muito mais vontade de ver que a gente está fazendo isso pelo paciente!

Coelho, também expressou sua satisfação em fazer parte da ação educativa que se iniciava ali no grupo:

Eu também gostei muito de ter participado, eu acho que quando a gente está envolvido realmente no processo, a gente tem uma visão diferente, de quando a gente está de fora. Conforme os outros animais falaram, eu acho que é muito legal (risos). É muito legal quando você vê opiniões diferentes da sua! Às vezes, você fica tão focado no seu dia a dia, na sua rotina que você acaba perdendo! Isso é multi! Eu acho que foi bastante interessante ter participado!

Gato, também fez seu fechamento no grupo, mostrando estar aprendendo coisas novas:

Para mim foi muito enriquecedor, porque como residente aqui no serviço, eu cheguei esse ano, acho muito bom, pessoas com experiências de mais anos falando, eu acho que vai ser muito importante porque é uma área que eu estou vivendo agora, de broncoaspiração! É uma coisa que eu vejo todo dia. Eu acho que as dicas e as ideias que foram lançadas são muito boas, eu acho que o resultado vai ser muito bom, e eu gostei muito! Achei muito bom!

Pássaro, mostrou expectativa com relação aos resultados que a ação educativa pode trazer para o setor: o benefício para os pacientes e para a equipe, conforme depoimentos abaixo:

Gostei do formato da reunião! Já havia participado de confecção de protocolo, mas não como Pássaro! (risos) E com esse formato especificamente, achei que foi muito legal! E o que as meninas falaram é a mais pura verdade! Quando você é envolvido na confecção de qualquer coisa, você se dedica muito mais àquilo, mas também a sua responsabilidade é muito maior, porque a gente tem agora uma baita responsabilidade no momento em que o filho nasce. Que a coisa tiver pronta e poder replicar isso da forma adequada.

[...] Então eu acho que vai ser muito bom, acho que é uma sementinha que está crescendo! E tomara que os próximos protocolos também sigam, pelo menos nesse mesmo formato. De envolver a equipe que está lá na ponta! Porque as coisas, às vezes, vem pronta de cima e aí ninguém foi envolvido, a chance

daquilo é bem menor. Então quando todos estão envolvidos é muito maior a chance daquilo dar certo, como eu acho que vai dar certo!

Tigre, pareceu esperançosa de que as ações propostas podem trazer bons resultados para o setor:

Para mim foi ótimo, e assim, eu acabo já ficando ansiosa, porque eu já quero ver o resultado (risos) eu já quero ver o protocolo já escrito! Já ele na prática! Então para mim foi muito bom! É o primeiro grupo que eu participo, e por se tratar da unidade que eu atuo, me deixa essa ansiedade, essa motivação ainda é maior! Os colaboradores também acabam ganhando porque depois que fecharmos tudo isso, eu tenho como responsabilidade fazer o que? Multiplicar informação. Então para mim foi muito bom! Espero agora pelos próximos dois que vão vir aí.

Cachorro, fez seu fechamento, se sentindo agradecido por compor o grupo em questão:

Também assim como todos, acho que foi muito produtivo, gostei muito de ter participado desse grupo, fico extremamente honrado. Em estar participando desse grupo com profissionais de tão alto gabarito! (Risos)

Agradei a todos pela experiência maravilhosa em dialogar e construir junto à equipe esses objetivos iniciais, mas que já estavam rapidamente tomando forma, e que esperava encontrá-los em breve, para apresentar o protocolo pronto!

Minhas impressões do primeiro encontro do grupo focal (GF)

Minha experiência no grupo como moderador, foi bastante enriquecedora, pois vivenciei uma experiência inovadora, pude sentir uma atmosfera amistosa e livre, sem sentimentos de competição ou postura ofensiva por nenhum dos participantes.

Todos estavam abertos a contribuir com ideias e focados na possibilidade de encontrar a melhor forma de construir o protocolo proposto no encontro.

Senti bastante liberdade para comentar e sintetizar as ideias que foram se concretizando com o caminhar da reunião.

Para mim, a experiência foi bem mais agradável do que eu imaginei que seria.

Impressões dos observadores

No final do encontro, me reuni com os 3 observadores, a fim de obter as impressões dos mesmos sobre o grupo.

Segundo as impressões, os profissionais que mais participaram dos diálogos, foram Pássaro, Cachorro e Tigre.

Tigre, se mostrou bem participativa, com várias contribuições para a construção do protocolo, também demonstrou preocupação que o protocolo tivesse continuidade, e adesão, de forma não ser visto pela equipe como apenas mais um impresso para preencher diariamente.

Foi observado um certo retraimento verbal por parte do Gato, exceto, sua preocupação com os critérios de identificação de disfagia, e a operacionalização das interconsultas que foram importantes.

Águia, ficou mais na posição de concordância com os demais e contribuiu timidamente com as discussões. Ressaltou alguns pontos importantes, sobre o VRG, porém com uma visão um pouco defensiva com respeito a cobrança que se tem no setor sobre os profissionais na ponta do processo.

Coelho apresentou-se um pouco assustada com o ambiente multidisciplinar, talvez devido a pouco costume de estar presente no setor em relação com os outros participantes da equipe multiprofissional.

Após o primeiro encontro do grupo focal, criei um grupo de mídia social, para que os integrantes do grupo focal pudessem dialogar sobre os detalhes da sequência de elaboração do protocolo de prevenção de broncoaspiração à distância. E dessa forma, pudemos configurar a construção do protocolo nesse período entre o primeiro e segundo encontro do grupo focal. Ficou acordado com o grupo, que o segundo encontro do grupo focal só ocorreria, quando a confecção do protocolo estivesse completada.

4.5.2.2.5 Segundo encontro do grupo focal (GF)

Objetivos: Apresentar o protocolo confeccionado e formatado em sua versão final (Apêndice 5). Apresentar a teoria da andragogia e seus princípios. Conceituar o papel do agente facilitador, e como intermediar o processo de aprendizagem em grupos. Discutir e eleger as técnicas de ensino-aprendizagem, conteúdo, duração, participantes e facilitadores da aprendizagem que seriam eleitos para o treinamento para capacitar a equipe multiprofissional a implementar a utilização do protocolo no setor (Quadro 2).

Seis meses depois do primeiro encontro do grupo focal, o intenso trabalho e negociação dentro do grupo para a construção do protocolo de prevenção de broncoaspiração foi concluído.

A reunião ocorreu em maio de 2016 no conforto médico da UTI Clínica Médica, devido a uma interpolação de agenda de reserva do anfiteatro do andar, dessa forma optamos pelo plano B no conforto médico.

Realizamos um café previamente à reunião, com o objetivo de proporcionar um momento de descontração antes do início da reunião.

Todos os seis participantes do primeiro encontro do GF, estavam presentes e iniciamos agradecendo mais uma vez a presença de todos, e que estava feliz em reencontrá-los e avançarmos no plano de ação proposto para a unidade.

Os observadores, passaram a ser duas, a residente de enfermagem, a mesma do 1º encontro, e uma estagiária do 4º ano de enfermagem, que se voluntariou para participar da reunião, após orientações prévias e treinamento sobre o processo de observação de grupos. Os dois estagiários do 1º encontro, haviam deixado o projeto, devido a conclusão do curso de graduação, e ingresso na residência de enfermagem, que impediu a compatibilidade de agenda.

O segundo encontro teve como principais objetivos: Apresentar e validar o protocolo construído com os integrantes do grupo (Apêndice 5). E planejar os módulos do treinamento interprofissional a ser realizado para a implantação do protocolo no setor, norteando-se nos princípios propostos pela teoria da andragogia ⁽²⁷⁾.

Para isso, foi apresentado e entregue aos participantes uma apostila de apoio aos multiplicadores do treinamento interprofissional (Apêndice 6), que

continha um conteúdo explicativo sobre: os princípios andragógicos, o papel do facilitador de aprendizagem, e a sua definição ⁽²⁷⁾, bem como o roteiro para o emprego das técnicas de ensino aprendizagem (aula simulada e aula expositiva dialogada) ⁽⁵⁹⁾.

Após minha explanação sobre a teoria andragógica, e as técnicas de ensino aprendizagem propostas, perguntei o que a equipe achou da versão final do protocolo. Pássaro, então se manifestou dizendo:

O protocolo acho que está ótimo! O que você descreveu como sendo os procedimentos a serem realizados pela equipe médica eu estou de acordo. Algumas coisas principalmente, a gente vai ter que ter a interação multi mesmo, porque é com a fono, com a nutrição, com a enfermagem, então mesmo sendo um profissional médico muitas vezes a gente vai discutir. Como por exemplo, a nutrição, [...]o volume da dieta, se dá para mudar a concentração, esse tipo de coisa, mas eu acho que está super bem descrito.

A maioria dos membros do grupo já haviam aprovado o protocolo informalmente, por meio da do grupo de mídia social. Na sequência, o diálogo coletivo migrou para o foco da organização do treinamento, e a teoria andragógica, bem como as técnicas de ensino aprendizagem propostas, para o treinamento interprofissional no setor.

Pássaro, comentou alguns pontos sobre como organizar o treinamento, determinando o tempo e sua predileção pela técnica de ensino-aprendizagem de imersão, como proposto para o grupo, através de simulação prática conforme falas abaixo:

Em relação ao método de aprendizado que você colocou as duas opções [...] É, a simulação realística, a impressão que a gente tem, é que é sempre mais efetiva. Para adultos principalmente a gente usa em *ACLS* e *ATLS*, esses cursos de imersão são sempre feitos nesses moldes, então mesmo que você não tenha um paciente, mas tenha um boneco e um ator funciona também, porque a pessoa realmente entra naquele clima. Como você falou aulas rápidas de 20 minutos.

[...] Eu acho que esse é o tempo mesmo, mas talvez até uma sugestão de mesclar um pouquinho, acho que dá para você fazer um pouco da proposta de cada um do tipo, algo um pouquinho mais teórico no início para que a pessoa entenda o contexto daquilo que vai acontecer, e daí já vai para prática, já vai para o lado do doente e já começa a demonstrar. Eu acho que isso funcionaria bem.

Pássaro, comentou sobre a dinâmica da equipe multiprofissional, e que muitas vezes, é relevante conhecer o trabalho do outro para poder compreender as limitações práticas que muitas vezes dificultam respostas rápidas de ação em prol do paciente, na interação multiprofissional:

A gente está falando de equipe multiprofissional, é também uma sugestão, eu acho que é interessante fazer com que as pessoas participem, não necessariamente, só dá sua área, porque eu acredito que quando o profissional percebe o contexto daquilo, e ver qual é o trabalho da enfermagem, entende qual é o trabalho da enfermagem, entende o trabalho da fisioterapia, da nutrição, da fono.

Cada um, tudo bem, realmente você não vai entrar na área alheia, mas se você entende, o que o outro está fazendo, é válido também, então porque às vezes cobra-se uma agilidade que quando você conhece o processo, vê que não dá para ser tão rápido assim, que a pessoa no fundo não conhece o processo. Acha que prescreveu, já tem que estar feito, e não é bem assim né? Da mesma forma que a própria enfermagem entendendo o porquê de uma prescrição A, e não B também vai até poder sugerir e conversar, eu acho que isso também é legal, acho que se a gente conseguisse pegar pessoas chaves nas equipes...

Na fala do Pássaro foi sugerido que as aulas poderiam ser ministradas também pelos próprios líderes de equipe, por exemplo, as enfermeiras durante o treinamento noturno:

No caso por exemplo da enfermagem noturno, a enfermeira ali é a pessoa que pode replicar, porque vai ter situações que nós não vamos estar aqui. Por exemplo noturno, como é que a gente vai replicar para então de repente essas pessoas, envolver não só na área delas, mas se ela poder acompanhar ou pelo menos a gente pode replicar o principal das demais, eu acho que é válido também, não sei o que vocês pensam mais seria as minhas sugestões!

Perguntei aos participantes, quais conteúdos eles gostariam de eleger para compor os módulos ou temas de treinamento. E o que eles achavam da proposta de serem os multiplicadores para as aulas do treinamento interprofissional.

Os participantes mostraram-se interessados com a ideia de fazermos o treinamento em conjunto, envolvendo vários integrantes da equipe

multiprofissional. Cachorro comentou que poderia atuar como um facilitador para ministrar os conteúdos de PAV, sendo uma simulada, beira leito, e outra mais teórica, mais geral, conforme fala abaixo:

Eu acho que os cuidados pertinentes [...] é, em uma aula beira leito com o paciente, eu através de um *checklist* também a gente consegue aplicar tudo de uma forma ampla. E para (aula) geral que consegue englobar a todos, todas as equipes multi, vinte minutos daria o tempo adequado para passar tudo que é de importante!

Coelho abordou sobre as consistências de dieta e a interface que a enfermagem, fonoaudiologia e nutrição podem fazer neste aprendizado, isso gerou a inspiração para a construção do módulo 4 do treinamento. No treinamento, Gato ministrou esse conteúdo na forma de aula interprofissional. A seguir, o comentário do Coelho seguir:

Eu concordo com as sugestões, achei que são boas. Eu acho até assim, o que é mais importante aqui em relação ao protocolo seria essa questão de consistência de dietas, eu acho que talvez seria um trabalho muito junto com o Gato! Porque a gente trabalha em conjunto essa questão de uso de espessantes líquidos, e unindo também a enfermagem, porque na verdade quem faz isso é a enfermagem! Então, o papel que na verdade é orientar a fono e a nutrição mas quem está ali frente a frente com o paciente é a enfermagem! Então acho que nessa questão de consistência de dieta, que seria um tópico relevante em relação a nutrição, principalmente a primeira dieta que é liberada ao paciente pós-extubação, geralmente é de consistência mais espessa. O que é essa dieta? Qual é a função dela? Acho que seria mais importante em relação a isso.

Gato, concordou com o Coelho e manifestou seu apoio a ideia de esclarecer melhor no treinamento, a confusão sobre os diferentes tipos de dietas, consistências e suas indicações para cada tipo de perfil de pacientes, permitindo a equipe um melhor entendimento para prescrever e administrar as dietas disponíveis no hospital. Tais comentários, enriqueceram o conteúdo que foi empregado durante a realização do módulo 4 (quadro 2), conforme fala a seguir:

É concordo com o que o Coelho disse, eu acho muito importante a equipe entender a consistência (dieta) e acho muito legal a gente *linkar* o tipo de consistência com o tipo da doença que o paciente tem, é eu acho que fica mais interessante para equipe

saber relacionar o que que está observando num paciente e porque utiliza essa consistência. por exemplo um paciente de cabeça e pescoço que tira uma estrutura a gente vai usar um tipo de consistência que não é a mesma de um paciente que está entubado. Eu acho que a aula, a explicação e treinamento fica muito mais interessante quando o médico, o enfermeiro ou qualquer outro profissional sabe perceber e relacionar o tipo de consistência que está sendo utilizado porque não é o mesmo! Pastoso normalmente é o mais seguro, mas um paciente que tira uma língua por exemplo o pastoso, não tem como administrar um pastoso para laringe, para faringe. Eu acho legal *linkar* consistência com doença, dá para fazer uma aula básica em 20 minutos que pelo menos entenda o básico e saiba relacionar esse tipo de alteração.

Conforme o diálogo interprofissional ocorria, Águia, se manifestou comentando sobre sua aprovação ao modelo de treinamento rápido e direcionado seguindo um *checklist*:

Eu acredito que mesclar duas técnicas mesmo, tanto a expositiva dialogada, quanto a simulada vai ajudar bastante no aprendizado, e esse treinamento mesclado com a enfermagem, a fisioterapia, a equipe médica que são os que estão sempre mais ligados.

Tigre mostrou pontos que a seu ver, são muito relevantes de serem discutidos na equipe multiprofissional através da aula. Expos que muitas ações do cotidiano que contemplariam a enfermagem, não poderiam deixar de ser acrescentado no treinamento, conforme fala a seguir:

Para a enfermagem, concordo com o que o Pássaro disse com relação ao *checklist* que é uma coisa prática e fácil para todo mundo. E é assim, como somos um grupo muito grande e a escala nunca está redondinha, o *checklist* acaba dando um suporte maior para você saber o que foi ou não falado, quem sabe e quem não sabe.

E assim com relação ao que está aqui no protocolo, tudo é muito importante, realmente! Não dá para tirar nada! Só que na minha opinião nós traríamos para o treinamento o que a gente lidaria mais no dia a dia que é, decúbito, a sonda, posicionamento da sonda, igual o Pássaro falou. Pelo raio-x dá para ver a posição da sonda, *okay!* Só que antes do colaborador instalar a dieta, ele precisa fazer o teste da ausculta e não é o enfermeiro só que faz, o técnico, auxiliar pode estar realizando isso, e aí baseado na vivência diária, não é um hábito da maioria eu diria, uns 80% de 100%, 70% não faz e aí teria que resgatar isso e mostrando do porquê, qual a importância disso tudo. Aí também a higiene

oral que é muito importante para o paciente entubado. Assim, mostrando para eles na prática mesmo! Como exemplo diário. Que deixaria o treinamento mais curioso e mais dinâmico, e eu acho que ele iria absorver muito mais.

A relevância dessa discussão gerou a formação do módulo 3 do treinamento, direcionando para a prática da enfermagem, medicina e nutrição, conforme demonstrado no quadro 2 (mais adiante), onde em conjunto com a nutricionista, fonoaudióloga e as enfermeiras do setor, realizamos a aula interprofissional sobre administração segura de dieta através de sonda enteral para todas as equipes.

Pássaro percebeu a necessidade de englobar toda a equipe, e não gerar apenas cobranças de execução de tarefas, mas orientar a equipe quanto a importância da realização dos cuidados específicos, a fim de gerar tomada de consciência profissional na equipe, teceu junto com a proposta do Tigre, a reflexão expressada a seguir:

Eu acho que é muito importante e quando a pessoa entende que esse é um passo simples mas que, se não for feito você pode infundir dieta no pulmão do doente, a gravidade que isso tem, aí ela faz. Mas é isso, explicado porquê da importância ao invés de: ó, precisa ser feito isso! Não, isso é importante por conta disso, daquilo, a consequência é essa e é super grave, então acho muito relevante isso e é importante que seja dito para todos os profissionais mesmo ali quem está infundindo, que realmente é enfermagem, técnico de enfermagem que é quem, pode ver quem é que tem mais atribuições (risos). Então não dá nem para comparar com os demais. Realmente acho que é interessante nessa aula você conseguir pinçar as coisas cruciais.

Durante as discussões reflexivas que se seguiam Cachorro, destacou de um ponto importante que facilitaria a implantação de um sistema de marcação nas camas da UTI, de forma a sinalizar a todos os profissionais, para conseguir manter a cabeceira dos leitos dos pacientes em exatos 30° ou maior inclinação de cabeceira, conforme fala abaixo:

Só um negócio que eu já vi em outros lugares, e eu achei legal, não sei se as nossas camas aqui, naquela parte do 30°, a elevação da cabeceira, eu já vi alguns lugares que o pessoal coloca uma fita ilustrativa na parede atrás, que você sabe, que fica muito mais visível e fácil e muito mais ilustrado para o

paciente, que qualquer pessoa, qualquer equipe, a fono, a nutri que está passando para ver o doente, o médico que está chegando ele bate o olho na cama do paciente tem aquela marca, se tiver abaixo, porque está abaixo, se não tiver justificativa ele mesmo pode estar subindo aquilo ali, fica muito fácil de estar verificando.

A partir desta colocação, implantamos as fita de marcação no setor conforme ilustrado (Figura 5), e incorporamos a técnica de ajuste de elevação no treinamento do módulo 2 do treinamento, conforme consta no quadro 2.

Pássaro falou que a proposta do treinamento em formato interprofissional, acordada pela equipe no segundo encontro do grupo focal, seria difícil executar com os médicos devido a rotatividade mensal dos residentes e dos plantonistas esporádicos atuarem em horários muito variados (Exemplo: noturno e finais de semana). E a informação seria rapidamente descontinuadas assim que virasse a roda mensal de residentes, ou trocassem os plantonistas (este último exemplo, algo relativamente frequente de ocorrer).

Dessa forma, como a representante dos médicos no grupo focal, era preceptora do setor, ficou acordado que o conteúdo que correspondesse aos médicos no protocolo de prevenção de broncoaspiração construído pelo grupo focal, seria dialogado num formato de treinamento em paralelo, através da inserção do conteúdo durante as visitas médicas, que tem um caráter também acadêmico no setor, e ocorre num *continuum*, uma vez que boa parte do conteúdo que correspondia a parte médica, já fazia parte da prática assistencial do médico em sua rotina. Conforme relato do Pássaro a seguir:

Coisas principais eu deixo mais aberto para quem queira discutir os tópicos, porque se eu de cara já fizer algo muito complexo, metade não vai e nem eu vou conseguir passar, então para o residente é mais fácil assim: “Ó gente: tem que colocar na prescrição que está no protocolo de broncoaspiração, o protocolo está aqui!” Mostro qual é, explico sumariamente! Mas esses outros itens por exemplo: discutir qual o melhor fármaco e tal. Nas visitas a gente já faz isso, mas eu não vou conseguir aprofundar com todos eles, por que Ranitidina? Por que Omeprazol? Por que? Entendeu? Isso eu não eu vou conseguir com a equipe fixa.

Como as visitas médicas ocorrem semanalmente, durante o ano todo, a inserção do treinamento nesse formato, teria a proposta de perpetuar a multiplicação do conteúdo para todas os médicos que passam pelo setor ininterruptamente, reiterou o Pássaro a seguir:

Eu preferia ir por tópicos, passar por tópicos para gente não esquecer o que é importante, isso, isso já tá tudo incorporado na nossa rotina. Como a gente tem discussão diária e as discussões são longas [...] a gente já consegue destrinchar cada um desses itens, então quando eu for passar nesses vinte minutos, é eu acho que o principal seria realmente pegar os tópicos que você já descreveu e só enfatizar, só lembrá-lo! Talvez o único que a gente não faça é esse segundo raio-x, porque a gente olha mais para o pulmão mas isso é só olhar, porque o raio-x já vai estar feito entendeu? Não sei o que você acha?

O grupo e eu concordamos com a proposta. E a pedido da representante médica no grupo focal, foi construído um roteiro de tópicos para facilitar a inserção do conteúdo do treinamento nas visitas médicas (Apêndice 7). Perguntei se ela gostaria de um impresso mais resumido ou mais complexo, então o Pássaro respondeu:

É melhor estilo bem *checklist* para não esquecer esses itens, porque os itens já são passados, eles já conhecem. Esses itens já são rotina da unidade, ele já conhece, então eu preferia deixar como um *checklist* para realmente lembrá-los de tudo! É óbvio, se ele estiver em dúvida, que é até bom ter esse *feedback* em algum específico aí a gente destrincha mais aquele item específico. Eu acho que da minha parte seria melhor fazer dessa forma porque é difícil eu dizer para você o que é mais importante, tudo é importante (risos).

A sugestão do Pássaro de que o treinamento médico poderia ocorrer incorporado às visitas médicas semanais, o comprometimento que seria passado para todos os profissionais médicos, foi acatado pelo grupo.

Nas outras equipes, foi proposto o treinamento em 4 módulos com expectativa de multiplicação da informação por parte dos profissionais do setor, após a temporada de treinamento.

Com as apostilas entregues nas mãos de cada participante, com as noções de princípios de andragogia e de como utilizarmos as técnicas de ensino-

aprendizagem expostas e debatidas no grupo, muitas sugestões rascunhadas para estratégias e aula a serem organizadas para o treinamento, percebi que já tinha material suficiente e apoio do grupo para iniciarmos a organização prática do treinamento, que ocorreria como próximo passo a seguir na pesquisa.

Agradei a participação de todos no grupo, e suas contribuições e então pedi como de outrora no primeiro encontro, para que os mesmos comentassem suas impressões da reunião e como foi a avaliação deles para o encontro que caminhava para se encerrar.

Segue os depoimentos sobre as participações iniciando pelo Pássaro:

Bem, a primeira coisa era parabenizar o moderador, porque eu acho que essa iniciativa realmente como vocês comentaram, nós estamos aqui todo dia, existe uma interação, mas que não é de sentarmos todos juntos ao mesmo tempo conversando, e eu acho que você trouxe algo que podemos levar para outras questões, não apenas para esse protocolo especificamente, mas de alguma forma tinha que iniciar. Então primeiro eu queria te parabenizar pelo trabalho porque a gente vê que é um trabalho bem cuidadoso muito aprofundado em cada um dos itens, inclusive nessa parte de como ensinar como passar a informação, não se prendeu apenas no protocolo em si, você foi muito além disso, então a primeira coisa é isso. É como todos falaram! Esse sentimento de fazer parte dessa equipe multi, ter uma interação multiprofissional a gente percebe até, cada vez é necessário! Cada vez mais! É aplicado em até outros locais onde a gente atua também, é que nós precisamos aprimorar nisso.

Eu acho que a visita multi já foi algo que conversamos aqui. A gente ainda não conseguiu fazer sistematicamente, mas a ideia é que isso seja feito sim para tudo. Não para um protocolo especificamente, mas para tudo! Eu acho que a unidade ganha muito, cada profissional ganha muito! Entender o papel do outro é extremamente importante até para você saber. O por que alguns passos tem que ser seguidos. Você sabe como é o dia a dia do outro profissional, você, além de respeitá-lo mais, se colocar no lugar do outro, sempre é importante. Porque senão você se fecha! Aí as coisas não vão acontecer de fato, e quando você está trabalhando em equipe tudo acontece de uma forma muito mais natural até.

E com certeza o principal beneficiado é o nosso paciente. Então o objetivo de todos aqui na equipe é que esse doente saia bem melhorado de uma forma satisfatória. E se a equipe interage, certamente isso vai ser alcançado muito mais rápido e com muito mais êxito. Então a ideia é pegar esse seu início, essa sua sementinha e fazer com que isso possa multiplicar para outras áreas também! Eu te agradeço pela iniciativa, parabenizo pelo trabalho e vamos continuar (risos) porque tem chão ainda!

Na sequência, cada participante foi falando suas considerações finais. Cachorro, esboçou sua satisfação em fazer parte do grupo. Coelho comentou a respeito de sua expectativa de aprender bastante com os colegas das demais profissões, conforme fala a seguir:

Também gostei bastante de participar, é legal a gente estar sempre envolvida no processo que está acontecendo porque quando a gente está envolvido, a gente, realmente tem mais atitude, tem mais vontade de fazer acho que essa é a grande diferença. Apesar de ser a equipe que a gente tem contato no dia a dia, mas geralmente a gente está mais corrida, não tem tempo de conversar, acho que essa ideia é muito boa. Eu estou bastante feliz! Eu acho que eu vou aprender bastante coisa como o Pássaro falou, tem muitas coisas que eu tenho dúvida em relação a outras profissões e eu acho que está sendo bastante proveitoso!

Tigre, reafirmou a importância de discussões em formato interprofissional:

Para mim também foi muito rico, aliás na minha opinião é sempre muito rico essas discussões em grupos de uma equipe multi, e assim toda a equipe ganha, nosso cliente ganha, e aí assim todo mundo sai ganhando e é muito bom!

Águia, se soltou um pouco mais para comentar sua percepção do processo grupal que estava participando:

Eu gostei muito da reunião, acho que a discussão de como vai ser aplicado a técnica é importante para ambas as categorias, e eu acho que se nós sabemos até onde nós vamos, o passo seguinte também! A gente tem maior capacidade de ter a ação no trabalho, e que não vai se perder na informação, porque se eu sei o que o médico faz, se ele sabe o que eu faço essa interação, com o próximo que vier, que ele não sabe, a gente apresenta o protocolo, a gente tem capacidade de discutir, então, o saber nunca é demais. E está sendo de suma importância para gente ter essa relação multi, que eu acredito que deveria ser diário, em outros aspectos também!

Finalizando, Gato expressou suas percepções final da reunião, e sua expectativa do próximo passo a ser realizado:

Gostei muito também de participar acho que as ideias foram muito boas, mas acho que no treinamento vai ser mais ainda interessante, ver na prática como que vai funcionar, e a gente

realmente aprende muito vendo um outro profissional falando, atuando na sua área e assim que a gente vê funcionar também o protocolo. Que vai ser muito interessante, gostei bastante!

Minhas impressões sobre o segundo encontro do grupo focal (GF)

Como relação ao primeiro encontro, senti que neste segundo as coisas fluíram de maneira mais natural, é como se a locomotiva já estivesse pegado embalo, e já não era mais tão necessário fazer com que os participantes interagissem ou expressassem suas falas no grupo, até mesmo as perguntas norteadoras, tão necessárias para gerar algum tipo de resposta a priori, nesta ultimo já geravam reflexões instantâneas.

Os participantes que mais interagiram novamente foi o Cachorro, Pássaro e o Tigre, mas percebi uma maior empolgação em todos! E um certo sentimento de equipe, de que estávamos nos integrando, sendo de verdade um time unido e trabalhando para construir uma ação de gênese coletiva e com expectativa de gerar resultados positivos para os nossos pacientes.

Águia e Coelho, elas me pareceram um pouco mais tímidas para participações no grupo, mas tenho dúvida se isso se deveu a necessidade delas de dominarem melhor o tema teórico que estava sendo discutido ali, e gostariam mais de aprender com os outros participantes do que compartilharem suas ideias, ou se elas simplesmente preferiam deixar os outros participantes mais empolgados falarem.

Percebi também um cuidado muito grande de não construir falas que pudessem ser opositoras ou ofensivas diretamente contra qualquer um dos membros do grupo. Muito pelo contrário, sempre que possível, se tivesse que citar as opiniões de um participante anterior, para então construir seu ponto de vista, eles resgatavam partes que mostravam ser de concordância primeiro, e então eles construía seu olhar da realidade discutida.

Impressões das observadoras

Percebi uma motivação bem maior no segundo encontro, comparado ao primeiro. O primeiro apesar de um pouco mais longo, e com muitas contribuições

para a construção inicial do protocolo, não havia motivado tanto os participantes como dessa vez. O grupo passou a se comunicar muito mais ativamente, e também passaram a acrescentar novas ideias um após a fala do outro, sempre agregando mais visões e pontos de vista, tive a impressão de que eles passaram a se sentir uma equipe, se sentiram importantes, e começaram então a falar mais.

Com a explanação inicial, onde demonstrávamos o protótipo da placa de sinalização beira leito, e o conteúdo da apostila do multiplicador, todos estavam atento a apostila e a placa, todos foram na tirinha, para a charge primeiro, e depois para os textos da apostila na sequência.

Coelho, estava sempre anotando algo, porém se apresentava um pouco mais dispersa em alguns momentos, mas quando falava ajustava a postura e se focava no moderador, e nos outros participantes, porém em outros momentos apresentava um olhar de questionamento e interrogação diante do diálogo do grupo.

Gato, estava mais atenta, porém não tinha uma participação tão ativa como o Cachorro, Pássaro e o Tigre, pois estes últimos foram de novo os mais participativos.

A sensação de entrosamento e liberdade, pareceu fluir com mais intensidade nessa reunião, sendo bastante produtiva.

Tigre abria e fechava a caneta, durante boa parte da reunião, e semelhante a Águia, sempre cruzava as pernas antes de começar a falar.

Houve uma pequena dispersão do Cachorro, mais para o final do encontro, devido à preocupação do horário devido à necessidade de ir dali para o segundo turno em outro emprego a tarde.

A maioria dos participantes durante as falas que eram geradas, estavam se comunicando por contato visual, e estavam acompanhando atentamente as falas fornecidas no grupo.

4.5.2.2.6 Organização e operacionalização do treinamento interprofissional

Após o segundo encontro do grupo focal, aguardamos um período de 3 meses até iniciarmos o treinamento (este último, ocorreu de setembro a dezembro de 2016), para a chegada do aparelho cufômetro, necessário para

utilização no treinamento, e para ser utilizado rotineiramente dali em diante no setor, bem como o término de uma greve local que estávamos enfrentando na instituição.

Foi inserido no grupo de mídia social, os outros chefes médicos da UTI, para que os mesmos pudessem ter acesso ao conteúdo do treinamento e bem como multiplicar o conteúdo aos médicos residentes e plantonistas. Mesmo acordado o treinamento paralelo da equipe médica, inserido na rotina de visita semanal junto aos preceptores da medicina, alguns médicos participaram de alguns módulos do treinamento sistematizado em conjunto com outros integrantes da equipe multiprofissional (Quadro 2), de acordo com a disponibilidade do setor. Alguns desses médicos participaram da entrevista individual e contaram sobre a experiência dele nesse formato de treinamento interprofissional.

O treinamento foi executado conforme o esquema organizado na forma de conteúdos descritos no quadro 2.

Quadro 2: Temas desenvolvidos em 4 módulos de treinamento interprofissional sistematizado na UTI de Clínica Médica do Hospital Universitário da UNIFESP:

Profissionais participantes: Enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas e técnicos de enfermagem				
Módulos	Objetivo específico	Técnica de ensino-aprendizagem	Recursos	Tempo
Módulo 1				
A) Apresentação do protocolo de prevenção de broncoaspiração (Apêndice 5) B) Apresentação da placa de sinalização de riscos (beira leito) (Figura 3)	Aproximar a equipe com tema de prevenção de broncoaspiração, e com a rotina que será adotada para implementação do protocolo construído interprofissionalmente Explicar as setas e fluxos das ações exemplificadas nos	Aula expositiva dialogada Técnica da simulação visual (Aula simulada - visual)	Fornecimento de material impresso na forma de amostras individuais do protocolo entregue aos participantes, placa de sinalização anexada em cada leito e apresentação das etiquetas para a equipe, com fornecimento maciço das mesmas para	20 minutos

<p>C) Apresentação das etiquetas adesivas (Para serem anexadas na prescrição médica)</p> <p>(Figura 4)</p>	<p>fluxogramas do protocolo de prevenção de broncoaspiração</p>		<p>colagem diária em prescrições médicas</p> <p>Disponibilização dos impressos ilustrativos em mídia social (Grupo <i>whatsApp</i> – “Prevenção de broncoaspiração”)</p>	
Módulo 2				
<p>Prevenção de pneumonia associada a ventilação mecânica (PAV)</p>	<p>Fornecer orientações teóricas e demonstração prática de medidas de prevenção de (PAV), baseadas nos 17 passos do <i>bundle</i> de PAV (Anexo 1)</p> <p>Fomentar discussões reflexivas sobre as ações possíveis, afim de promover prevenção de (PAV)</p>	<p>Aula expositiva dialogada</p> <p>Técnica da simulação (Aula de simulação realística)</p>	<p>Apresentação do <i>Bundle</i> de PAV impresso (Anexo 1)</p> <p>Fixação de impresso com os 17 passos de prevenção de PAV, no quadro de informes do setor e conforto médico (Anexo 1)</p> <p>Vídeos ilustrativos de aspiração de vias aéreas, higiene oral no intubado e não intubado (Figura 6)</p> <p>Apresentação e demonstração da forma de uso do cufômetro com manuseio prático de cada participante da aula (Figura 4)</p> <p>Material de higiene oral disponibilizado para demonstração prática</p> <p>Demonstração prática do posicionamento de cabeceira de leito a</p>	<p>20 minutos</p>

			30° com os novos adesivos (Figura 5) Disponibilização dos impressos ilustrativos em mídia social (Grupo <i>whatsApp</i>)	
Módulo 3				
Segurança na administração de dieta enteral (DE)	Capacitar a equipe a executar os passos de prevenção de broncoaspiração na administração de (DE), bem como reconhecer os principais sinais e sintomas de intolerância a dieta, quais as formas e locais mais adequados para administração da (DE)	Aula expositiva dialogada	Apresentação de aula em slides (Figura 8) Apresentação do protocolo impresso de volume residual gástrico (VRG), anexação de protocolo de VRG em quadro de informes do setor (Figura 7) Vídeo ilustrativo sobre administração segura de (DE) (Figura 9) Disponibilização de aula em slide e do protocolo de (VRG) em mídia social (Grupo <i>whatsApp</i> – “Prevenção de broncoaspiração”)	20 minutos
Módulo 4				
Deteção de disfagia orofaríngea durante a administração	Fornecer noções da fisiopatologia da deglutição Orientar a equipe sobre os sinais e sintomas de disfagia	Aula expositiva dialogada	Apresentação de aula em <i>slides</i> (Figura 10) Apresentação de tabela de dietas e	20 minutos

de dieta via oral assistida	orofaríngea e aspiração laringotraqueal de conteúdo alimentar Fornecer noções de como as diferentes composições, consistências, fracionamentos, volumes e quantidades de dieta podem influenciar no risco de broncoaspiração		suas composições via oral (Figura 11) Postagem de artigo científico sobre A PAV, em mídia social (Grupo <i>whatsApp</i> – “Prevenção de broncoaspiração”) Disponibilização de aula <i>slides</i> e tabela em mídia social (Grupo <i>whatsApp</i> – “Prevenção de broncoaspiração”)	
------------------------------------	---	--	--	--

A tabela 9 mostra o número de profissionais participantes e os módulos desenvolvidos durante o treinamento interprofissional na UTI da Clínica Médica, realizado no período de setembro a novembro de 2016.

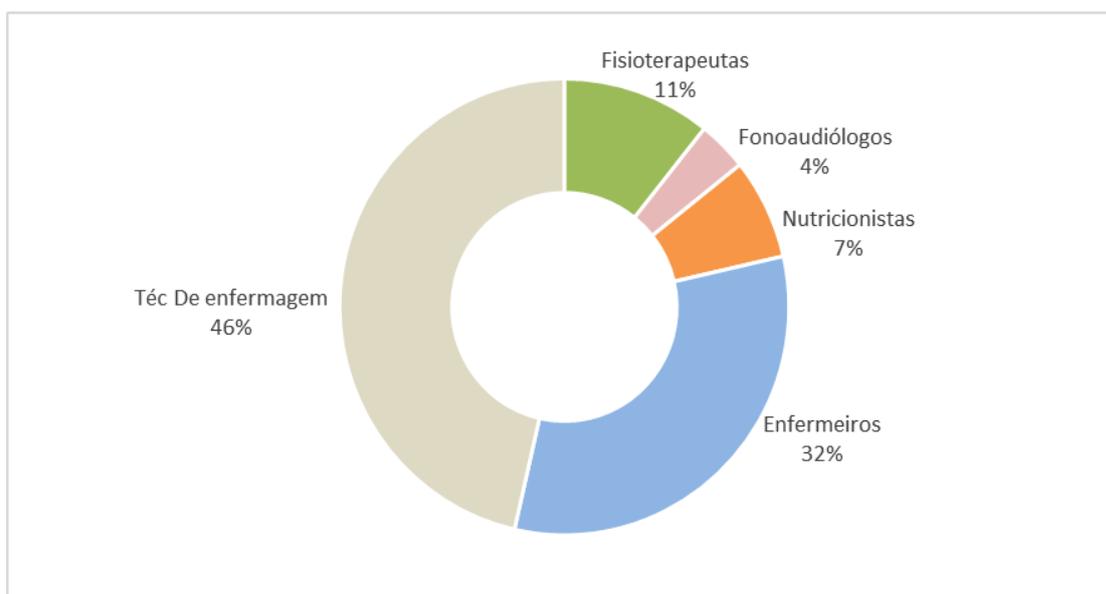
Tabela 9. Distribuição do total de colaboradores que receberam treinamento por categoria profissional e tema de aula, na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2016

	Enfermeiros	Fisioterapeutas	Fonoaudiólogos	Nutricionistas	Téc De enfermagem	Total de profissionais treinados
Número de Profissionais	9	3	1	2	13	28
MÓDULOS DE TREINAMENTO						
1- Apresentação do protocolo	9	3	1	2	13	
2- Prevenção de PAV	9	3	1	2	13	
3- Administração segura de NE	9	3	1	2	13	
4- detecção de disfagia Orofaríngea	9	3	1	2	13	
						Total de aulas realizadas
Número de aulas realizadas	36	12	4	8	52	112

Durante os 3 meses de período de treinamento, em dias intermitentes, obedecendo a disponibilidade dos profissionais de acordo com a rotina do setor,

foram treinados 28 profissionais nos 4 módulos, totalizando aproximadamente 37 horas de treinamento total, considerando 80 minutos de treinamento por profissional (4 aulas de 20 minutos cada por profissional, sendo 112 aulas ministradas entre individual e coletiva). A maioria das aulas ocorreram no formato coletivo e interprofissional, o que integrou e dinamizou o processo de treinamento em alguns casos, porém em outros casos, o treinamento ocorreu com profissionais de maneira individual, como reposição de algum módulo eventualmente perdido, devido as folgas, férias ou absenteísmo de alguns colaboradores.

Grafico 1. Distribuição (% por categoria), do total de profissionais da equipe multiprofissional treinada na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2016



Após 3 meses, foram completados os 4 módulos de treinamento, aplicamos um instrumento de avaliação de percepção pós-treinamento, a fim de coletarmos os dados sobre as impressões da equipe, a respeito do formato e do conteúdo do treinamento interprofissional realizado. Uma espécie de *debriefing* com duas questões semiestruturadas para sugestões de aperfeiçoamento das abordagens realizadas, e três questões estruturadas (Apêndice 8).

Minha percepção dos treinamentos interprofissionais com a equipe do setor

Integrar a equipe multiprofissional em temas que de fato englobam a participação interprofissional de todos na atuação assistencial na unidade, é muito estimulante. O ambiente se torna mais enriquecedor, porque diferentes pontos de vista começam a aparecer, e essa diversidade de formações e intelectos interagindo, torna o ambiente extremamente fértil para novos *insights*. Foi possível perceber este fenômeno ocorrendo em diversos momentos das aulas e módulos dos treinamentos realizados.

Contudo, este processo de mobilizar a equipe do setor, a fim de participarem os treinamentos numa abordagem andragógica, não é algo tão simples de se realizar. Percebi muitos colaboradores, estarem passivos durante as aulas, e mesmo que tentássemos estimulá-los a participar ativamente e expor ideias para um intercambio produtivo, direcionando as dúvidas e anseios do grupo, a postura de retaguarda parecia imperar, talvez pela cultura tradicionalista das escolas e dos treinamentos no trabalho ocorrem no modelo bancário, não sei se por medo de exposição de deficiências de conhecimento técnico frente ao grupo que estava ali, ou por falta de um estímulo mais preciso e encorajador para a ativação da mobilidade intelectual ser disparada.

Nas entrevistas com os alguns participantes dos treinamentos, tentamos entender um pouco mais sobre como esse processo seu deu, através da ótica dos colaboradores que vivenciaram o treinamento.

4.5.2.3 FASE 3 – AVALIAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS:

Momento pós-ação educativa:

Resultados do treinamento, reavaliação dos cuidados de prevenção de broncoaspiração, realização das entrevistas em profundidade e do terceiro encontro do grupo focal para a avaliação de toda a ação e processo educativo.

4.5.2.3.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO DO TREINAMENTO INTERPROFISSIONAL

A partir do treinamento, as placas de sinalização de riscos, passaram a estar fixadas em cada leito, de forma que os riscos ao paciente eram atualizados diariamente pela equipe de enfermagem, tornando toda a equipe multiprofissional do setor ciente ao se aproximar do leito, sobre as condutas de prevenção a serem tomadas a partir de cada risco assinalado.

Figura 2. Placa posicionada beira leito, para assinalar riscos inerentes a cada paciente.

UNIFESP
UTI CLÍNICA MÉDICA SP

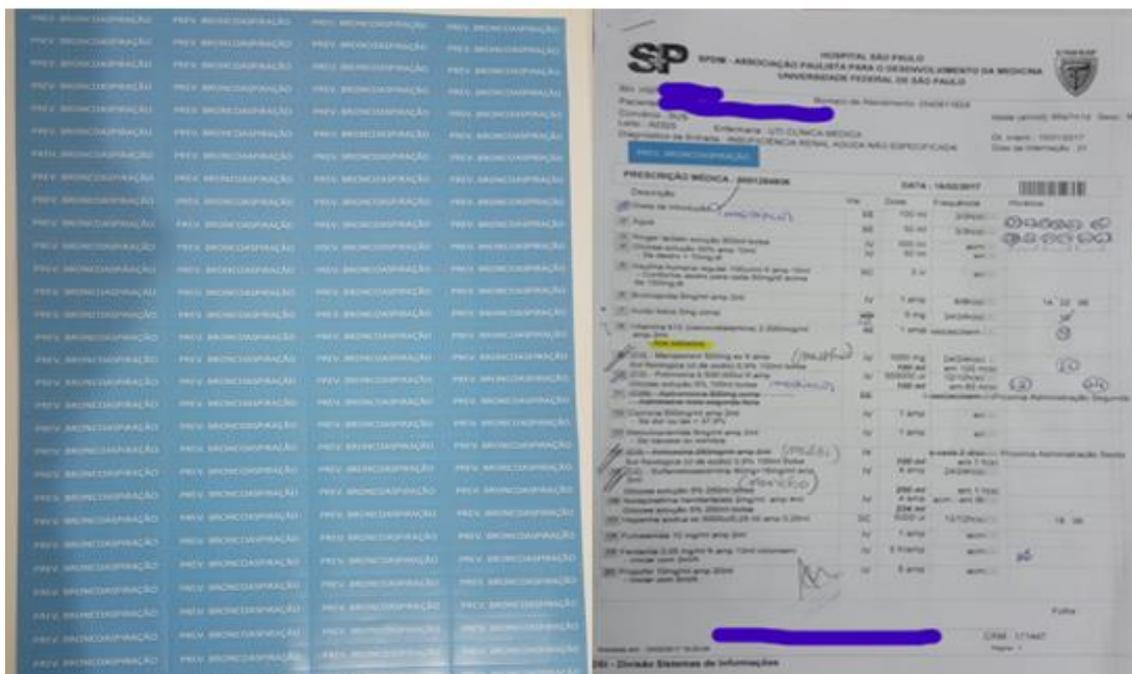
SINALIZAÇÃO DE RISCOS:

<input type="checkbox"/> <u>Alter.Glicêmica</u>	<input type="checkbox"/> Delirium
<input type="checkbox"/> <u>Broncoaspiração</u>	<input type="checkbox"/> Fratura (Patológica)
<input type="checkbox"/> <u>Úlcera de córnea</u>	<input type="checkbox"/> UPP
<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> TEV
<input type="checkbox"/> PAV	<input type="checkbox"/> ISC
<input type="checkbox"/> ITU	<input type="checkbox"/> ICS

ICS=infecção de corrente sanguínea ISC=infecção de sítio cirúrgico PAV=Pneumonia associada a ventilação mecânica TEV=Tromboembolismo venoso
ITU=infecção de trato urinário UPP=Úlcera por pressão

As mais de 4000 etiquetas adesivas de sinalização de risco de broncoaspiração fornecidas ao setor durante o treinamento, passaram a ser coladas pela equipe de enfermagem diariamente na prescrição médica e folha de controle de todos os pacientes que possuíam risco de broncoaspirar, conforme havia sido indicado na placa de sinalização de riscos beira leito.

Figura 3. Etiquetas adesivas utilizadas para sinalizar todos os profissionais, os pacientes que faziam parte do protocolo de prevenção de broncoaspiração.



Um novo cuffômetro, que a priori não existia em nossa UTI, foi providenciado e doado a UTI com meu recurso financeiro próprio, pois a instituição estava sem condições financeiras de arcar com os custos, e passou a fazer parte da nossa rotina, definitivamente, a partir do treinamento, permitindo a equipe de fisioterapia e enfermagem, utilizá-lo diariamente para mensuração da pressão de *cuff* dos tubos endotraqueais e cânulas de traqueostomia dos pacientes.

Interessante verificar que, logo quando iniciamos as primeiras medições no setor, encontramos os mais variados valores de pressão de *cuff* nas cânulas dos pacientes, muitas cânulas estavam subinsufladas e outras hiperinsufladas e pouquíssimas no valor ideal de 20-30 cmH₂O, conforme descrito na literatura.

Durante o treinamento, equipes de diferentes turnos receberam instruções práticas de utilização do cuffômetro, ministradas pelos fisioterapeutas do setor, o que gerou entusiasmo de alguns participantes que só foram ter o primeiro contato com um cuffômetro em sua vida profissional, durante o treinamento.

Figura 4. Treinamento sobre prevenção de pneumonia associado a ventilação (PAV), com o uso prático do cufômetro beira leito



As camas do HU em que a pesquisa foi realizada não possuíam marcadores de fábrica que permitiam aos profissionais ajustar o posicionamento de cabeceira com precisão de ângulo. A partir do treinamento, todas as camas da UTI passaram a ter uma marcação que permitia aos profissionais da equipe multiprofissional nivelar a cama do paciente de forma a manter a cabeça elevada a 30° com precisão, minimizando dessa forma o risco da ocorrência de broncoaspiração.

Figura 5. Marcações de cama para permitir elevação de cabeceira de maneira precisa a 30°



Questões sobre as mais recentes condutas baseadas nos *guidelines* de prevenção de pneumonia associada a ventilação (PAV) foram apresentadas pelos fisioterapeutas da unidade, entre eles o Cachorro, baseadas no *bundle* de prevenção de PAV, conforme consta no anexo 1 ⁽⁶⁰⁾, e artigo científico ⁽⁶¹⁾ sobre o tema PAV, e exposto para discussão no módulo 2, permitindo reflexões e debate entre os profissionais sobre o aperfeiçoamento de nossa prática assistencial em nossa UTI.

Ainda durante o módulo 2 do treinamento foi apresentado um vídeo ilustrativo dos procedimentos de aspiração de via aérea e higiene oral no paciente intubado, e na sequência o tema foi dialogado entre os profissionais sobre a importância da realização destes procedimentos na técnica correta.

Figura 6. Vídeos ilustrativos da técnica correta de aspiração de vias aéreas e realização de higiene oral utilizados em aula



Aspiração de vias aéreas superiores

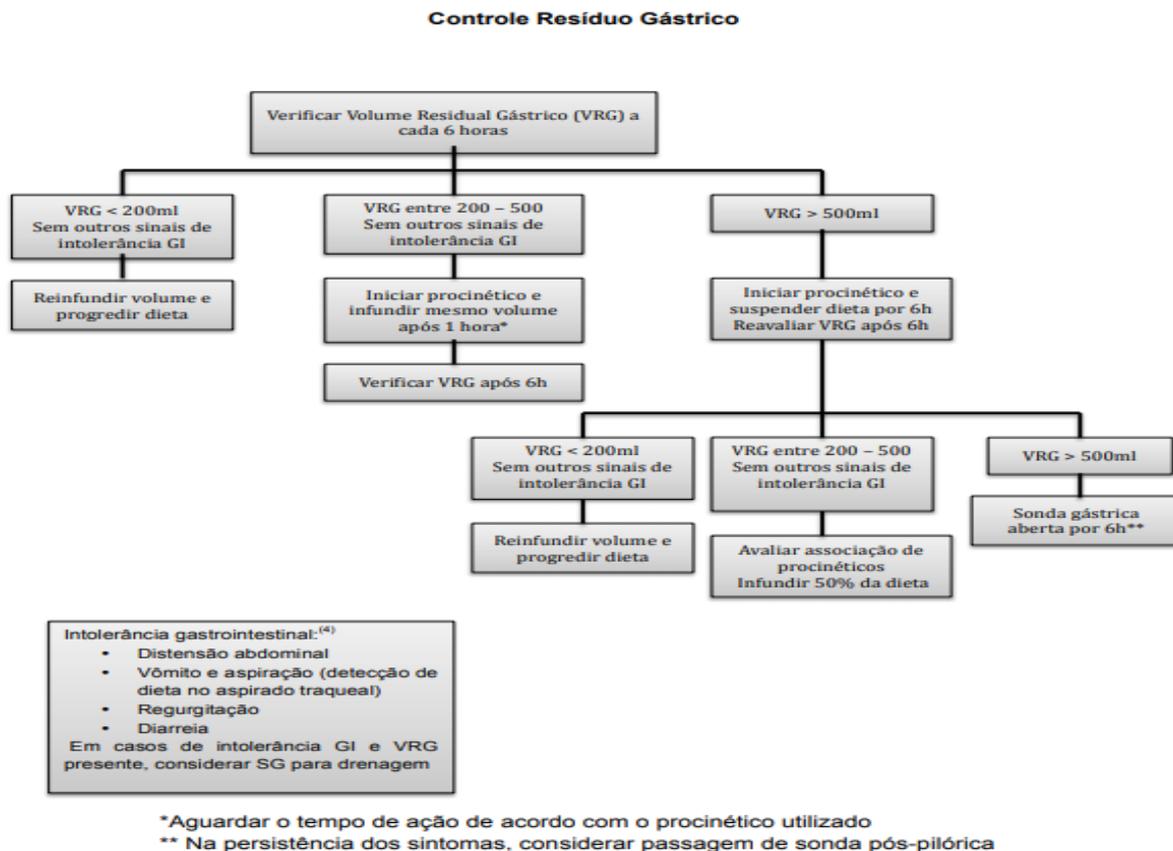
Higiene Oral do Paciente Inconsciente

Fonte: Sociedade Paulista para o desenvolvimento da medicina (SPDM); 2014-2015

O protocolo de manejo e interpretação do volume residual gástrico (VRG), não existia no setor, gerando o não alinhamento das condutas com respeito ao destino a ser dado ao VRG. Com a ação educativa sendo implementada, o tema

foi dialogado no grupo de mídia social, e após consenso entre os profissionais, passou a ser adotado. Foi divulgado no quadro de informes do setor e no grupo de mídia social a partir do treinamento, de forma que a equipe médica e de enfermagem, podiam padronizar a conduta e o destino conferido ao VRG, importante também para a prevenção de broncoaspiração.

Figura 7. Protocolo de interpretação e condutas diante do volume residual gástrico (VRG)



Fonte: Equipe multiprofissional da UTI da disciplina de anestesiologia, dor e terapia intensiva do HU-Hospital São Paulo. Município de São Paulo, 2016.

Realizamos uma aula expositiva dialogada, objetivando e estimulando o entendimento e diálogo com a equipe multiprofissional, no intuito de sanar as dúvidas referentes ao protocolo de condutas com o VRG recém implementado, bem como apresentar as principais condutas para a administração de dieta enteral com segurança.

Figura 8. Aula expositiva dialogada sobre o tema: Segurança na administração de dieta enteral.



Um vídeo ilustrativo foi apresentado à equipe para exposição dos cuidados na administração segura de dieta enteral modalidade contínua e intermitente, estomacal ou duodenal, indicações de cada modalidade, sinais de intolerância, reconhecimento e condutas diante da intolerância a dieta enteral.

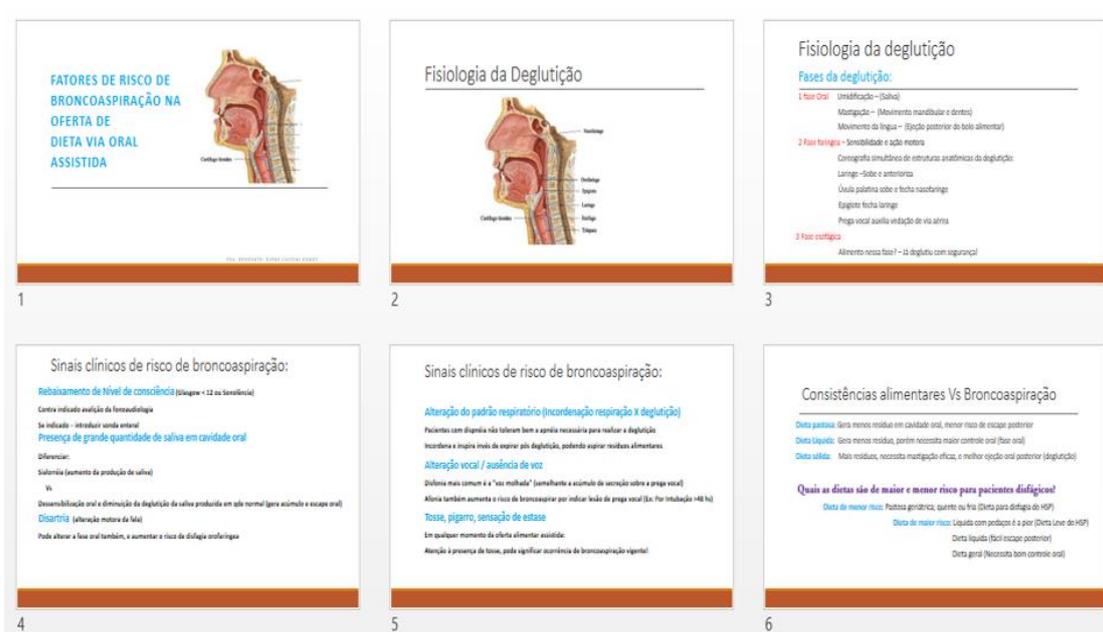
Figura 9. Vídeo ilustrativo de administração segura de dieta por sonda enteral



Fonte: Sociedade Paulista para o desenvolvimento da medicina (SPDM); 2014

Foi realizada pela fonoaudióloga do setor, aulas de grande interesse da equipe multiprofissional, sobre identificação de disfagia orofaríngea e sinais de aspiração laringo-traqueal. Também sobre as indicações dos diferentes tipos de dieta via oral assistida e sua correlação com os principais quadros de risco de broncoaspiração em UTI.

Figura 10. Aula expositiva dialogada sobre o tema: Fatores de risco de broncoaspiração na oferta de dieta via oral assistida



No setor, havia uma necessidade de compreender de maneira mais clara, as diferenças entre os vários tipos de dieta via oral. Essa inquietação dos profissionais levou-nos a buscar uma forma de disponibilizar a todos os médicos e profissionais de enfermagem, um impresso que permitisse consulta rápida a a fim de indicar a dieta mais adequada para cada paciente. Foi disponibilizada uma tabela com as nomenclaturas das dietas, e discutido em aula a composição, consistência, fracionamento, volume e quantidades de cada uma das mesmas na intenção de evitar que dietas inadequadas fossem prescritas e ofertadas aos pacientes, aumentando o risco de broncoaspiração. Esta ação foi bastante importante, pois durante o treinamento as próprias nutricionistas mostraram satisfação em saber que o problema da interpretação dos nomes das dietas de

maneira equivocada, seria provavelmente minimizado, a partir da divulgação de tal tabela, pois os médicos passariam a conhecer de fato, o que compõe o cardápio de cada dieta e seu respectivo nome. Evitando equívocos e possíveis complicações para os pacientes por indicação de dietas inapropriadas.

Figura 11. Diferentes tipos de dieta disponíveis no hospital (HU)

Padrão das Dietas Hospitalares – Modificações de Consistência				
DIETA	DESEJUM	ALMOÇO/JANTAR	LANCHE	CEIA
Líquidos VO (LIQ V.O)	Chá + Suco condão (limbo ou artificial)	Suco coado + Gelatina	Chá	Suco caixinha
Líquida sem residuo (LIQ S/R)	chá	Sopa de legumes (coado) + Gelatina + Suco	chá	Suco caixinha
Líquida (LIQ)	Chá ou Café com leite/hescau + Mingau	Sopa de legumes (coado) + Gelatina + Suco	Chá ou Café com leite/hescau	Suco caixinha
Pastosa liquidificada (PLIQ)	Chá ou Café com leite/hescau + Mingau	Sopa batida e sala de legumes e carne + Gelatina ou pudim ou flan + Suco	Chá ou Café com leite/hescau	Suco caixinha
geriátrica (PG)	Mingau de maizena	Sopa Batida Grossa + Pudim ou doce de leite ou purê de frutas	Mingau de maizena	pudim
Dieta para disfagia (DF)	Chá ou Café com leite/hescau + Mingau + Bolacha maizena/água	Sopa de legumes em pedaços com carne/ frango e arroz/ macarrão + Gelatina ou pudim ou doce de leite ou fruta cozida + Suco	Chá ou Café com leite/hescau + Bolacha maizena/água	Suco caixinha Pão de leite
Leve (L)	Chá ou Café com leite/hescau + Mingau + Bolacha maizena/água	Suco	Chá ou Café com leite/hescau + Bolacha maizena/água ou Pão de leite	Suco caixinha Pão de leite
Pastosa (P)	Chá ou Café com leite/hescau + Mingau + Bolacha maizena/água ou Pão de leite	Arroz + caldo de feijão legumes cozidos ou purê Carne ou frango cozido, moída ou onetele + Gelatina, pudim, doce de leite, fruta cozida, purê de frutas + Suco	Chá ou Café com leite/hescau + Pão com margarina ou Bolacha maizena/água	Suco caixinha Pão de leite
Brandia (B)	Chá ou Café com leite/hescau + Mingau + Pão com margarina ou Bolacha maizena/água	Arroz + caldo de feijão legumes cozidos, macarrão ou purê Carne ou frango cozido, moída, ou onetele + Gelatina, pudim, doce de leite, fruta cozida, purê de frutas + Suco	Chá ou Café com leite/hescau + Pão com margarina ou Bolacha maizena/água	Suco caixinha Pão de leite
Geral (G)	Chá ou Café com leite/hescau + Mingau + Pão com margarina ou Bolacha maizena/água	Arroz + feijão legumes cozidos, purê ou macarrão + Carne, frango, peixe, grelhado/cozido/viazado ou ovo/onetele + Salada crua + doce ou fruta + suco	Chá ou Café com leite/hescau + Pão com margarina ou Bolacha maizena/água	Suco caixinha Pão de leite

Desde o final do primeiro encontro do grupo focal, foi criado o grupo interprofissional de prevenção de broncoaspiração em mídia social para facilitar à troca de ideias entre os participantes na elaboração do protocolo de prevenção de broncoaspiração. No entanto, durante o treinamento sistematizado realizado na unidade, expandimos permanentemente o grupo de mídia social, adicionando todos os colaboradores do setor que aceitaram participar do mesmo.

Todo o conteúdo utilizado para a didática de ensino nos 4 módulos de treinamento interprofissional, bem como materiais diversos de apoio ao aprendizado do tema proposto, foi disponibilizado nesse grupo. Mantendo, atualizações, servindo de ferramenta de promoção do diálogo, interação,

possibilidade de sugestões e esclarecimento de dúvidas de toda a equipe. No auge do grupo tínhamos mais de 50 membros.

Figura 12. Grupo interprofissional de prevenção de broncoaspiração criado em mídia social.



Os representantes de cada categoria profissional no grupo focal foram os responsáveis por atuarem com o papel de facilitadores/multiplicadores para capacitar os seus pares no setor e dali em diante. Durante o treinamento, além dos próprios profissionais do setor, como enfermeiros e técnicos de enfermagem não pertencentes ao grupo focal, durante o treinamento, atuaram ministrando aulas e realizando treinamento prático em alguns conteúdos expostos, sobretudo nas aulas realizadas nos períodos da manhã e tarde, horários estes, onde era mais fácil reunir toda a equipe interprofissional para as aulas. No horário noturno 1 e 2 da enfermagem o treinamento ficou sob minha responsabilidade, em conjunto com as enfermeiras responsáveis pelos respectivos plantões.

Nesta fase, também avaliou-se por meio de entrevistas, o *feedback* de alguns colaboradores do setor que participaram do treinamento sobre como foi vivenciar a participação na fase de intervenção na forma de uma ação educativa

conjunta e interprofissional, e após o término dos 4 meses de coleta de dados pós-ação educativa, ocorreu o terceiro encontro do grupo focal (de fechamento) para avaliação dos resultados e reflexão de toda a ação educativa construída e implementada.

Quadro 3: Correlação entre temas desenvolvidos nos 4 módulos de treinamento interprofissional sistematizado na UTI, e os princípios da andragogia observados

MOMENTOS DA PESQUISA	PRINCIPIOS ANDRAGÓGICOS OBSERVADOS
Divulgação dos resultados <u>pré-ação educativa</u>	1- A necessidade do saber 4- Prontidão para a aprendizagem
Construção coletiva do protocolo de prevenção de <u>broncoaspiração</u>	3- O papel das experiências 2- Autoconceito de aprendiz 5- Orientação para a aprendizagem 4- Prontidão para aprender
Inserção de representantes de diferentes categorias profissionais nos <u>GFs</u> de construção	6- Motivação para a aprendizagem 3- O papel das experiências 5- Orientação para a aprendizagem
Técnicas ativas de ensino-aprendizagem adotadas no treinamento <u>interprofissional</u>	3- O papel das experiências 6- Motivação para a aprendizagem
Inserir os colaboradores para ministrar módulos do treinamento	3- O papel das experiências 6- Motivação para a aprendizagem
Grupo de mídia social para discussão dos temas	6- Motivação para a aprendizagem
Divulgação dos resultados	1- A necessidade do saber 4- Prontidão para aprender

4.5.2.3.2 ENTREVISTAS INDIVIDUAIS

Foram realizadas 11 entrevistas individuais pós ação educativa, sendo 10 individuais (presenciais), e uma entrevista a distância. Participaram das entrevistas quatro enfermeiros, dois fisioterapeutas, um fonoaudiólogo, um médico, uma nutricionista e dois técnicos de enfermagem, de forma a proporcionar representatividade de todas as categorias da equipe multiprofissional que participaram do treinamento em campo, (ou seja, 39% dos colaboradores treinados, foram também entrevistados), porém, entrevistamos colaboradores diferentes daqueles do grupo focal, a fim de obtermos a retroalimentação dos colaboradores do setor, com o intuito de compreender como foi para os mesmos vivenciar a participação em um treinamento interprofissional.

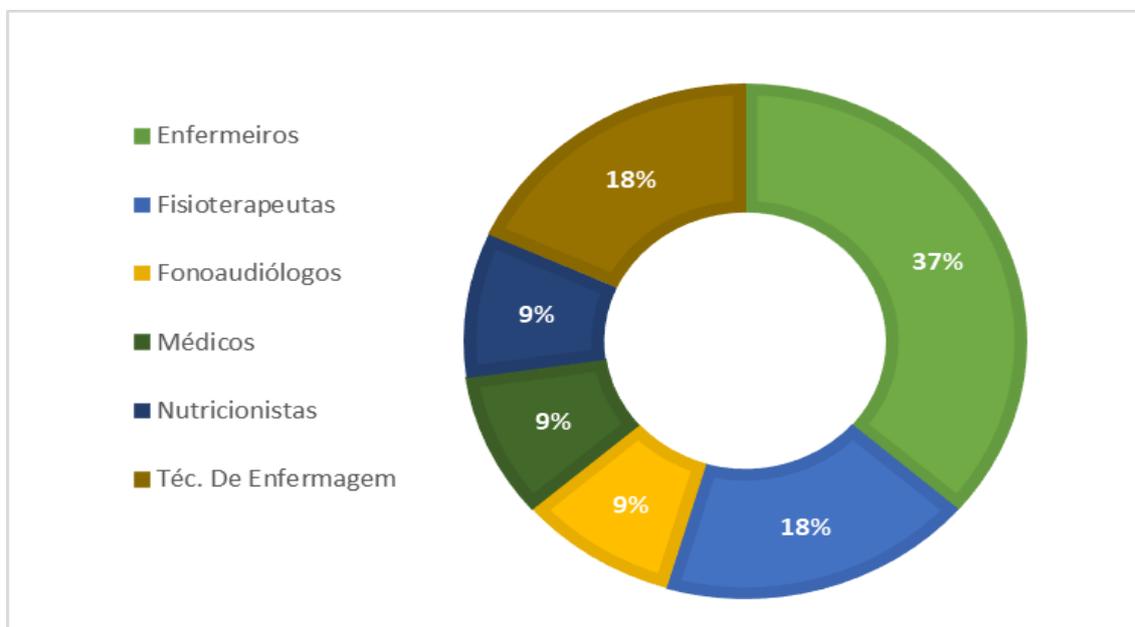
Uma entrevista a distância, com o Gato que compunha o grupo focal, foi realizada, devido a sua ausência no terceiro encontro do grupo focal, pois a mesma já estava fora da instituição no período da realização do terceiro encontro e sua agenda não permitia a participação. Dessa forma, pudemos conhecer qual foi a percepção da mesma, sobre sua participação em toda a construção coletiva da ação educativa interprofissional. E assim, totalizamos 11 entrevistas.

As entrevistas foram realizadas em uma sala reservada e isolada no próprio andar de trabalho dos profissionais, permitindo liberdade e tranquilidade para um diálogo de atmosfera amistosa.

Cada entrevista teve uma duração aproximada de 25 a 50 minutos. Os áudios foram gravados com consentimento do participante obtido em TCLE-3 previamente assinado (Apêndice 12).

Todas as entrevistas foram realizadas numa faixa de tempo de 3 meses (Janeiro a março de 2017), iniciadas aproximadamente dois meses após o término do período de treinamento.

Gráfico 2. Distribuição (% por categoria profissional), do total de profissionais entrevistados na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2017



Descrição das entrevistas individuais realizadas com os colaboradores da equipe multiprofissional que participaram do treinamento interprofissional na unidade:

Respostas de alguns colaboradores, sobre a questão de como foi para eles vivenciarem a experiência de participar de uma ação educativa interprofissional na forma de treinamento em serviço.

(Fonoaudióloga) - A participação foi muito enriquecedora, principalmente pelo fato de me atentar a fatores clínicos do paciente relacionado a outras áreas da saúde, como nutri e fisio. Quando nos propomos a agir realmente como equipe multidisciplinar, envolvendo o paciente como um todo, temos um ganho tanto no tratamento como um ganho profissional pelo conhecimento adquirido.

Um dos plantonistas médicos, participou do treinamento em 4 módulos de maneira parcial, em conjunto com os outros colaboradores do setor, e também comentou suas impressões do treinamento:

(Médico) Eu gostei da experiência, sensibilizou para o tema, eu acho que isso foi o mais importante e eu passei até a prestar atenção nos protocolos. S e eu via que tinha a plaquinha até dentro do nosso quarto de plantão, do lado de fora e inclusive quando a discussão que a gente fez com você e a gente pôde tirar algumas dúvidas, que às vezes a gente nem se dá conta que tem. E quando o tema surge, é vem algumas dúvidas e a gente fica feliz de ter alguém para poder discutir isso com a gente, então me sensibilizou para tema e eu passei a prestar mais atenção, acho que foi bastante válido!

Ainda com respeito ao impacto do treinamento sobre os participantes, o médico ressaltou:

(Médico) Eu confesso que eu talvez devesse ter mais bagagem sobre o tema, mas não tenho. Eu tinha, ainda tenho dúvidas sobre o tema, mais eu tive espaço para sanar algumas dúvidas e alguns dos slides trouxeram informações que eram novas para mim. É lógico que tem muita coisa que é, é mesmo na nossa instituição, não existe certo e errado, existem protocolos diferentes dependendo da instituição ou até dentro de um mesmo serviço, existem mais de um protocolo.

(Nutricionista) Para mim foi interessante, porque nunca tinha participado antes. Mas no meu outro serviço é muito difícil ter treinamento, era mais dentro do próprio setor. Então o treinamento foi muito interessante assim tem, dá para gente ouvir mais cada especialidade. Que a gente não tem tanta afinidade assim, tanto conhecimento.

A Fisioterapeuta 2, foi uma das que ministrou aula no treinamento, ensinando a equipe multiprofissional a prevenir pneumonia associada a ventilação (PAV):

(Fisioterapeuta 2) [...] A gente estava focado num tema específico, mas criou um vínculo, com uma equipe que para mim estava chegando, foi bem legal! Em relação ao contato com a fono, contato com a nutri, conversando com o pessoal de enfermagem. [...] Então eu achei extremamente legal essa parte de ser multi, e desse contato com a equipe.

Os profissionais de enfermagem foram a maior porcentagem dos integrantes participantes do treinamento, e também comentaram suas impressões:

(Enfermeira 1) [...] Foi bastante proveitoso. Porque é difícil e às vezes, a gente quase nem vê esse trabalho sendo feito numa UTI e participar do trabalho foi muito importante, agregou conhecimento. E a gente aprendeu a estar sendo assim, é como que eu posso te dizer! Vivenciando no dia-a-dia. Quais as possibilidades de estar prevendo. [...] E assim o contato com outros profissionais também. Foi muito importante aquele grupo que você montou, cada um expunha a sua ideia, eu achei que foi bem proveitoso, isso poderia ter mais vezes. Não só ficar nesse, nesse projeto. E ampliar, para outras patologias também, tanto prevenção de broncoaspiração quanto outros protocolos também!

Técnico de enfermagem 1, comentou como foi sua vivência após o treinamento realizado em campo:

(Técnico de Enfermagem 1) Para mim foi bastante importante pelo fato de ter um protocolo para gente seguir a respeito do cuidado com a dieta com o paciente que havia muita controvérsia no começo. Mesmo eu estando bastante tempo na UTI, cada um seguia um ritmo de cuidado na administração da dieta com o paciente. Então o que eu gostei foi da gente poder trabalhar todo mundo junto, com o mesmo protocolo, com os mesmos cuidados de administração, ou de suspensão. E na pré-administração, os cuidados, para prevenir a broncoaspiração, porque às vezes a gente não dá muita valia, porque a gente não tem noção às vezes do risco que isso pode causar. Então para mim foi de muita ajuda, porque eu aprendi bastante, gostei muito e estou feliz por estar fazendo parte desse protocolo assim!

(Enfermeira 2) Foi uma experiência importante, foi um assunto totalmente novo para mim. A gente fala em broncoaspiração na

terapia intensiva e tudo aquilo que ela está relacionada, só que de uma forma que não é tão aprofundada quanto foi a sua proposta, então para mim eu não sabia o que viria no primeiro encontro que teve. Você disse que haveria esse protocolo, que seria de uma forma multidisciplinar, mas e com o decorrer dos encontros a gente conseguiu compreender melhor a proposta. [...] É foi um tema que me fez refletir, porque a gente, muitas vezes dá importância a outras coisas como infecção, a ação dos dispositivos, aos sinais vitais, as intercorrências, as medicações, e muitas outras coisas burocráticas, muitas vezes esquece de detalhes, de coisas pequenas, mais não menos importantes, como por exemplo o que pode acarretar uma broncoaspiração.

Enfermeira 2 comentou sobre como foi um desafio para ela, ter sido convidada para ministrar um dos módulos do treinamento para a sua própria equipe:

(Enfermeira 2) [...]o tema foi um desafio para mim, porque eu também tive que estudar, também tive que ler, também tive que reaprender, também tive que validar esse conhecimento em mim, e aplicar isso para minha equipe. Estou no dia a dia, tentando adequar isso a nossa rotina para que isso não seja mais algo novo e sim algo tão comum frequente como qualquer outra atividade que a gente já exerce. Por exemplo, um simples ato de você manter um decúbito elevado que talvez anteriormente a gente pudesse esquecer, e já é uma coisa para se atentar. E com certeza, futuramente, vai ser até mecânico, não sei, vai ser algo natural! No momento... (risos)

(Enfermeira 3) Eu achei que foi bem proveitoso. Acho que agregou bastante ainda mais que veio a nutricionista, veio a fono, então, coisas que a gente não sabia, que nem aquela questão das dietas, cada dieta exatamente o que que era, que é uma coisa que a gente fica muito na dúvida. Mesmo da fono, de toda a parte da deglutição, todas as fases, ela até meio que ensinou a gente a como você identificar, como não. Às vezes o paciente não tosse mais, ele está broncoaspirando, então assim, que nem as meninas, elas não tinham ideia disso, e nem os próprios médicos Então acho que isso daí foi bem legal! Acho que tudo isso. Que nem a parte do fisio também eu acho que foi bem proveitoso. Acho que tudo agregou bastante!

Com respeito à questão: se a autonomia e liberdade como profissional foi respeitada no formato das aulas? E se a independência e experiências prévias tiveram espaço para contribuir durante as aulas? As respostas foram reveladas conforme falas abaixo:

(Nutricionista) [...]tive bastante abertura, até participei e falei algumas coisas durante um treinamento, tive bastante abertura acho que todo mundo teve bastante abertura e não teve nenhum problema quanto a isso!

A fisioterapeuta 1, comentou com um outro olhar aquela interação, onde nem todos se sentem à vontade:

(Fisioterapeuta 1) Eu acho que nos treinamentos o pessoal ficava meio acanhado de perguntar, de expor sua ideia né? Talvez não sei se é pelo modo de ser aula, de estar numa roda, as pessoas ficam mais acanhadas para expor, eu senti. Que talvez não expor tudo o que elas achavam. Elas comentaram depois tal coisa que elas acharam estranho, tal!

Enfermeira 2, comentou que na verdade, uma ação como esta, é uma construção de aproximação junto a equipe, e um processo de sensibilização gradativo conforme depoimento abaixo:

(Enfermeira 2) Com relação a uma maior aproximação da equipe com cuidado com o doente, isso força entre aspas, o enfermeiro a treinar a sua equipe, a estar junto ali da sua equipe. E, se realmente estão fazendo o que foi proposto. Mas é aquilo que eu te disse, e está sendo um passo de cada vez, devagar, dia a dia conscientizando um a um, ao seu momento, porque cada pessoa tem um momento, tem um tipo de abordagem, aquilo que você fez durante aqueles 15, 20 minutos, foi uma proposta em que as pessoas tiveram que sensibilizar e abraçar a causa ou talvez te ignorar. Então aqueles que ignoraram, cabe àquele enfermeiro que está no plantão tomar essa frente, abraçar a causa e tentar sensibilizar um a um até conseguir o objetivo alcançado!

Enfermeira 1, comentou que um limitante para a atenção e dedicação da equipe ao desenvolvimento de uma proposta de ação educativa, envolve a necessidade de um tempo fora do horário de trabalho para sua execução com mais tranquilidade:

(Enfermeira 1) Olha, eu senti resistênciapara abordar o fato, e eu percebi que elas estavam interessadas no conteúdo, porém estavam mais preocupadas com o que tinha a fazer, por isso a ideia de, assim ser num período fora do horário de trabalho entendeu? [...] Acharam interessante, mas eu achei essa logística assim, da questão tempo meio que complicado!

De fato, durante o planejamento dos treinamentos, sabíamos que realizá-los durante a rotina de trabalho, seria uma situação que não poderia demandar muito tempo de atenção da equipe, para não prejudicar obviamente a assistência aos pacientes de terapia intensiva.

Contudo, realizar os treinamentos fora do horário de trabalho, teria uma adesão muito baixa, e sabíamos disso previamente, devido experiências anteriores, e alcançaríamos muito menos profissionais comparados a proposta que foi efetuada. Esse treinamento foi planejado cuidadosamente, por módulos, no horário de plantão, buscando otimizar ao máximo cada minuto, a fim de alcançarmos a eficiência desejada.

A respeito da forma que foi utilizada para a aproximação com a equipe, a enfermeira 1 comentou:

Eu acredito que ela foi bem aplicada, foi bem aceita. Eu acho que ao abordar o assunto, a gente teve autonomia para falar, e a aceitação foi visível! Não tivemos nenhuma resistência e o interessante, foi que todo mundo pode expressar as suas opiniões, tanto que quando teve um período em que nós estávamos comentando, discutindo a respeito do volume residual do protocolo, e aí um deu a opinião, outro deu outra, eu acho assim que chegamos ao consenso, mas eu acho que todo mundo deu a sua opinião. Então eu acredito que foi bem aceito!

De igual modo, o técnico de enfermagem 2, salientou sua observação a respeito do modelo de treinamento proposto, se houve alguma percepção de imposição na abordagem proposta e implementada na unidade com a chegada do protocolo:

(Técnico de enfermagem 2) [...] não teve nada impositivo, a gente teve abertura para dialogar, para expor o que a gente sabia, para expor as experiências anteriores que a gente tinha, as experiências que a gente estava no momento também vivendo, então não teve nada impositivo não!

A enfermeira 3 percebeu que os módulos do treinamento pareceram democráticos e proporcionaram liberdade, respeitando a autonomia dos colaboradores:

(Enfermeira 3) Eu acho que eles deram bastante espaço para gente falar, então se você quisesse falar algumas coisa que você não concordasse ou que você vivenciasse diferente eu pelo

menos não senti nenhuma, nenhuma restrição de ninguém ali que deu aula, muito pelo contrário! Se você levasse as coisas eu acho que eles até gostavam que aí acrescentava eles explicavam e falavam, então eu acho que assim, eu acho que só acrescentou.

O médico, comentou que é muito difícil a logística de conseguir reunir a equipe no horário de trabalho e também fora dele, por isso a técnica de aulas expositivas e dialogas de curto período de tempo, máximo 20 minutos é o ideal conforme depoimento abaixo:

(Médico) Então, para mim foi bom! Trouxe aprendizado também. Mas é isso, eu acho que como as exposições ocorrem durante o período de trabalho da equipe, é a estratégia para sensibilizar, para fazer eles quererem participar disso. São aulas curtas que foi o que aconteceu. Duração até 20 minutos e com temas bastantes direcionados! Tirar algumas dúvidas e tentar interagir na equipe, eu acho que isso é perfeito! A estratégia perfeita! Se fosse uma duração de meia hora, as pessoas já iriam começar a se preocupar a retomar o trabalho e retomar suas atividades e parar de prestar atenção! Então eu acho que assim atinge, traz uma informação focada, e dá a oportunidade de participação, então acho que essa foi uma boa estratégia!

Quando se trabalha com ações educativas envolvendo diferentes categorias profissionais ou indivíduos com diferentes níveis de escolaridade, é importante a adequação da linguagem, para que todos possam compreender o conteúdo que desejamos discutir. Neste aspecto, a enfermeira 4 fez críticas relevantes, quanto a forma de exposição de algumas temáticas durante os treinamentos na fala a seguir:

(Enfermeira 4) As aulas eu acho assim interessante, mas uma das dificuldades que tanto eu já perguntei para outras turmas, que fez a mesma aula e a o que a gente ouve é o seguinte: começa a fala muito difícil, dá sono, mas tipo, não leva para o lado pessoal nem nada, mas quando começa a falar, ah porque a disfagia e que não sei o que, aí começa a colocar algumas palavras mais difíceis, o pessoal começa, tipo desligar!

Baseado na colocação da enfermeira 4, em outra entrevista, perguntei à enfermeira 2 se algo poderia ter sido realizado para que a adesão ao treinamento fosse efetiva, que pudesse ter sido mais expressiva, então ela afirmou:

(Enfermeira 2) Pode ser que sim ou não, eu não tenho como é dar essa afirmação para você pelo pouco tempo. Aquilo que eu te falei, o treinamento foi aplicado com todas as condições adversas possíveis. Tempo e o local, às condições em que as pessoas se encontravam, cansadas, com sono. Mas pode ser também uma motivação interna de cada um, isso é bem particular, é como você ofertar água para quem não está com sede.

Você chegou pra gente, entregou essa proposta, você deixou essa proposta. Cabe àquele enfermeiro ou não, ter essa autonomia de pegar essa proposta e tentar fazer o dia a dia dele! E a partir daí, ele é que conhece melhor a equipe dele, do que você tentar integrar pouco a pouco essa equipe no dia a dia, não é fácil, não é responsabilidade totalmente sua! A minha única sugestão para avaliar esse treinamento não sei, como você pega um público que vai do nível técnico ao mestrado como eu falei é talvez usar uma linguagem um pouquinho mais fácil, talvez ajudaria mais a fazer ter sede em quem não tinha sede, até então, então acho que é isso!

O engajamento e adesão em causas interprofissionais, segundo a fonoaudióloga, se faz por meio de dois gatilhos, e caso não sejam acionados, não surtirá resultados, conforme fala destacada:

(Fonoaudióloga) Acredito que toda nova proposta tem que ter envolvimento pessoal do profissional. Quando não há adesão, provavelmente não houve interesse ou não houve informação o suficiente para que a equipe realmente acreditasse que a ação traria benefícios. A adesão é um misto de informação e interesse.

Com base no depoimento acima, na entrevista com a enfermeira 2, perguntei qual a percepção dela, a respeito dos profissionais que participaram dos treinamentos na equipe dela, se eles em algum momento, relataram nos bastidores se estavam se sentindo confortáveis para expor suas ideias, e se engajar na proposta realizada. Ela respondeu com a seguinte fala:

(Enfermeira 2) Com relação a autonomia não percebi em algum momento nenhuma falta de liberdade para se expressar, seja minha como enfermeira ou da equipe, da minha equipe. Não vi complicações, não vi intercorrências, e não vi dificuldades em relação a isso. Todo mundo pôde participar o quanto queria, e se não quis também foi livre! Mas, é talvez porque não se sentiu tão sensibilizado, tão integrado na proposta, talvez não se sentiram assim, talvez se sentiram ainda é, como uma peça fora do assunto, pode ser!

Com respeito ao retraimento de alguns colaboradores nos treinamentos, perguntei ao médico, se teria uma forma com que houvesse um quebra gelo, alguma coisa nesse sentido, para que essa interação pudesse acontecer ou fluísse de uma maneira melhor:

(Médico) Essa foi uma boa pergunta! Talvez coisas mais lúdicas assim, mas eu acho que essa barreira inicial, essa vergonha, o medo da exposição ia ser difícil assim, mas essa é uma limitação para qualquer metodologia de ensino, porque você depende da interação de quem está junto. Como quem está supostamente aprendendo. Na lógica é uma troca! Mas quem está supostamente recebendo a informação, depende muito da participação, da pessoa, para fica mais ativo. Isso vai ser sempre uma dificuldade, é sempre um desafio, não adianta. Mas eu acho que trazer figuras, trazer perguntas dos slides, é eu acho que são pontos importantes, na hora que tem uma pergunta, e se aquela pergunta for de alguma forma respondida ou na pior das hipóteses a gente escuta não sei de algum lado, e daí a coisa continua.

[...] Quando eu dou aulas também, eventualmente, se as pessoas estão dispostas, e envolvidas com o assunto a coisa flui melhor vira uma troca, mais aí você vai sentindo uma dificuldade com certeza! Mas só de você ter mandado os materiais antes e avisado que a coisa ia acontecer isso sensibiliza, e se a aula fosse uma surpresa, uma coisa que eu não soubesse que ia acontecer ou quando fosse acontecer definitivamente a interação ia ser pior, porque daí a gente iria chegar e ia parecer que era um teste, eu acho que isso seria pior.

Segundo o técnico de enfermagem 2, para aumentar a interatividade, é necessário promover um ambiente descontraído e que desperte o desafio nos colaboradores, para de maneira divertida, gerar atenção da equipe para o conteúdo proposto para discussão, conforme relato:

(Técnico de enfermagem 2) É eu acho que ali nas aulas poderia ter um conteúdo mais interativo, interagir os membros multi nas aulas que você está dando! Eu não sei como faria, mas na faculdade apresentava umas coisas que eu dava aula, no final da aula a gente fazia um *quiz* de perguntas e respostas, coisas rápidas, coisa de cinco minutos, fazer um *quiz*, dava alguma coisinha para o pessoal, uma caneta o que for, só para ter uma interação maior!

Por conseguinte, a enfermeira 4, comentou que na verdade, só se consegue êxito em organizar uma reunião interprofissional, se você tiver construído um certo vínculo prévio, conquistado um espaço, os indivíduos estiverem familiarizados com a ideia, e tiverem subsídios técnicos-científicos que esse tipo de abordagem exige, ou seja, no formato interprofissional nos princípios andragógicos:

(Enfermeira 4) Primeiro! Para ter uma boa relação, você tem que ter um vínculo! Não adianta você criar um ali, tentar criar uma liberdade que você não tem, então para você montar uma equipe multiprofissional, eles têm que estar habituados a se reunirem, a ouvir o que o outro está propondo, então, se você não tem essa liberdade, se você não tem essa dinâmica, se você não tem essa rotina, fica muito difícil participar de uma reunião multiprofissional, até mesmo se você não tem argumentos, se você nem tem nenhum embasamento científico para discutir em uma reunião multiprofissional.

Neste sentido, a fonoaudióloga, salientou que para uma proposta participativa como esta tenha efeito positivo, existe a necessidade de despertar o interesse dos colaboradores, e para isto, é de suma importância que os mesmos tenham compreendido o significado ou intuito daquela ação que ele está sendo convidado a participar, destacada na fala a seguir:

(Fonoaudióloga) A dificuldade em se iniciar um novo conceito de atendimento e de conseguir envolver a maioria das pessoas é realmente manter o interesse e fazer com que os profissionais entendam a importância da participação de cada profissional dentro do caso. Sem esse entendimento, dificilmente as pessoas irão aderir a ideia.

E uma vez conseguido a coesão da equipe, esta interação entre o grupo, quando começa a se difundir, pode propagar para os momentos fora das reuniões, promovendo uma interação que anteriormente era bem menos comum, passar a ser algo do cotidiano do setor, destacadas nas falas do técnico de enfermagem e nutricionista:

(Técnico de enfermagem 1) Muito mais amplo, ficou muito mais acessível. Dúvidas que eu talvez fosse procurar na internet antes, hoje eu posso abordar a fonoaudióloga e conversar com ela. A sobre fonoaudiologia, sobre a parte da fono do paciente,

então fica mais fácil, agora ficou mais acessível, eu vejo dessa forma!

(Nutricionista) Que favorece acho que é mais abertura. Todo mundo já se conhece melhor, está mais envolvido no tema, tem mais abertura para gente conversar sobre o tema, sobre qualquer tema. Sobre a sua área, alguma coisa que você está percebendo e que precisa mudar, acho que tem uma abertura maior de todo mundo para ouvir, e às vezes levar em consideração!

Perguntei então, quais as principais vantagens e desvantagens de utilizar uma abordagem interprofissional numa ação educativa?

(Fonoaudióloga) Não creio que existam desvantagens. A partir do momento em que temos um paciente, temos uma equipe multidisciplinar, não existe tratamento sem o envolvimento de diversos profissionais. O paciente deve ser visto como um todo, e deve ser amparado em todo os quesitos. A ação educativa deve ser multidisciplinar, pois é importante que os profissionais tenham um olhar ampliado sobre o paciente, sendo capaz de apontar a necessidade de outras terapias/atendimentos, sendo também um ganho pessoal para o profissional a ampliação do conhecimento.

A fisioterapeuta 2, também teceu um importante comentário, com respeito a esta questão:

(Fisioterapeuta 2) A abordagem “uni” você vai discutir só o que é! Fisio vai discutir mobilização precoce, vai discutir dentro da fisio o que é importante. Só que fisio não faz nada sozinho, médico não faz nada sozinho, acho que as duas são importantes, uma até para você discutir conduta, qual que é o melhor protocolo, a gente procura baseado em evidências.

[...] Então assim, os dois são importantes, eu dentro da fisio eu preciso estudar, pesquisar e discutir com os meus, só que se a enfermagem não soubesse, o médico não souber que aquilo está baseado em evidência, não adianta nada porque eu vou falar uma coisa, o colega vai falar outra, e o paciente vai ficar perdido, sem saber o que fazer. Então as duas formas de contato são extremamente importantes, e elas têm que ser interligadas senão, não adianta nada você fazer a abordagem “uni”, se depois você não tiver a “multi”, porquê àquele conhecimento, ele fica perdido ou ele, não tem tanta importância não é tão aplicável na prática se o resto da equipe não souber, e não souber o porquê!

O Médico entrevistado, também expressou sua opinião a este respeito, exemplificando o que aconteceria se um protocolo fosse construído com a participação de apenas uma categoria profissional conforme depoimento abaixo:

(Médico) Ah isso acho que não tem nem discussão! Eu olho os protocolos que foram criados e tão completos! E para cada um dos responsáveis da equipe multidisciplinar e eu duvido que ficasse tão completo se fosse uma equipe só envolvida na criação desse protocolo. E cada um da equipe multidisciplinar tem o seu papel na prevenção de broncoaspiração, então é cada um tem o seu, a sua bagagem, o seu conhecimento prévio.

[...] Se fosse envolvido só uma parte da equipe, por mais experiente que fosse por mais estudada que fosse no tema, com certeza ia gerar algum grau de conflito, de discordância. São pessoas que pensam diferente, tem experiências diferentes, e a aceitação seria menor, então envolver a equipe toda, multidisciplinar na criação do protocolo e na discussão do tema eu acho que aumenta citação por toda equipe também.

[...] E cada um é um multiplicador dentro da sua disciplina, eu acho que isso favorece também a disseminação do conhecimento e a sensibilização sobre o tema.

Da mesma forma, a fisioterapeuta 1 considera que a interação interprofissional enriquece o conhecimento dos colaboradores e oferece subsídio para o atendimento mais pleno ao paciente, conforme fala a seguir:

(Fisioterapeuta 1) A vantagem da multi. O paciente, para começar, é um ser total. E então, ele não tem só um órgão, sistema, um tipo de cuidado, ele necessita do cuidado integral né? Então quando a gente aborda a multi, a gente está abordando tudo para o paciente. Se abordar só a parte da enfermagem, vai ficar descoberto uma parte que vai ter o risco de broncoaspirar, por exemplo: a fono. Abordar só a fono, vai ficar descoberto outro lado da enfermagem, dietas, de todas essas coisas, então por isso que é a vantagem da multi.

Para fazer um atendimento melhor, é a prevenção a melhor forma mesmo! Agora se for unilateral, vai capacitar, vai ficar boa a enfermagem por exemplo, mais aí vai ficar descoberta as outras áreas e não vai ter essa interação. Às vezes, a enfermagem não vai saber detectar até as coisas do outro profissional.

Por outro lado, a nutricionista e a enfermeira 2, ponderou que a abordagem interprofissional é necessária até para realizar melhor a sua atuação na especialidade, mas ao mesmo tempo, sem deixar a importância do

uniprofissional sob o ponto de vista da especificidade, conforme falas citadas abaixo:

(Nutricionista) A vantagem é da gente conhecer a área do outro. Fica mais fácil até para fazermos a nossa parte. A gente sabe aonde está as limitações de cada um, ou então, o que, que cada um pode contribuir para melhorar o tratamento. E de desvantagem, não é uma desvantagem, mas assim, como cada um tem uma linguagem na sua própria área é, uma parte técnica assim cada um na sua área. Mas eu acho que não é uma desvantagem, acho que é mais especificidade de cada área. Não que seja um problema multiprofissional, mas acho que é só isso, não que fique tão superficial mas também não vou conseguir aprofundar tanto quanto se fosse no uniprofissional.

(Enfermeira 2) Bem! O uniprofissional, a vantagem seria que o diálogo seria mais homogêneo, a gente se entenderia melhor. E conseguiria talvez não sei, se expor melhor ou talvez um envolvimento maior não sei te dizer. São questões que eu deixo no ar, as vantagens de ser multi porque é um desafio, um desafio de todo mundo se entender e é aquilo que você pega gente de várias pensamentos, várias formações.

A criação de um grupo de mídia social no aplicativo de celular, a princípio, foi para os integrantes do grupo focal interprofissional. No entanto, quando o treinamento se difundiu para toda a unidade, nós decidimos adicionar todos os colaboradores do setor, ou pelo menos, a maioria deles, os que aceitaram. Havia uma queixa comum nos corredores da unidade, que nunca temos um veículo que pudéssemos expor nossas ideias, e dialogar sobre temas assistenciais, no que isso foi viabilizado, mas não aconteceu como esperávamos. Esse grupo, que no auge tinha mais de 50 membros, era heterogêneo em termos de categorias profissionais e grau de formação e o resultado disso, foi um retraimento de boa parte dos integrantes que de alguma forma não se sentiram à vontade para interagir na ferramenta disponibilizada. Conforme fala da enfermeira 2:

(Enfermeira 2) [...] E você consegue perceber com um simples WhatsApp (risos). O quão difícil é reunir pensamentos, e outra, não sei se a coisa funciona, eu não sei!

Perguntei então numa outra entrevista, o que a fisioterapeuta 1, achava que poderia ter levado a este comportamento de retraimento em muitos

membros do grupo de mídia social, não desenvolvendo os debates e exposição de ideias na intensidade que esperávamos. Então ela explanou:

(Fisioterapeuta 1) Eu acho que quando tem grupo de WhatsApp as pessoas, é às vezes tem esse tipo vergonha mesmo, de expor diante de um grupo. Porque ali não tem só o grupo dela pequeno de trabalho, tipo, a equipe da manhã, ou só a equipe da tarde, tem todo mundo, manhã, tarde, noite, os chefes! Então o pessoal fica com vergonha de expor mesmo alguma dúvida, acaba sentindo assim, mais fácil no particular!

De fato, percebi que quando eu lançava alguma questão no grupo de mídia social, pedindo a opinião da equipe, antes de decidir sobre determinado tema que direcionaria condutas assistenciais para a unidade envolvendo prevenção de broncoaspiração, no grupo, poucos se manifestavam, mas no particular, alguns entravam para falar comigo para dar suas opiniões.

Este comportamento pode remeter para algumas hipóteses, entre elas, a autopreservação motivadas talvez pela falta de conhecimento técnico sobre o assunto em específico, e ainda, no caso dos chefes por exemplo, talvez esteja relacionado em evitar expor as suas ideias, a fim de não inibir o grupo, dando impressão de estarem dando um veredito com suas respostas, o que inibiria contraposições dos outros participantes, e encerraria o assunto, pois desencorajaria contestar a opinião dos chefes do setor, mesmo que os mesmos dessem liberdade para isto.

Talvez, a criação de um ponto de contato paralelo e mais privativo, livre de exposição coletiva, possa ser mais proveitoso neste sentido, pois as demandas espontâneas que fossem surgindo, seriam coletadas no anonimato e depois divulgadas no grupo, sem a exposição de identidade do elaborador da questão levantada.

Perguntei para os entrevistados, se a partir da ação educativa interprofissional vivenciada, se eles conseguiram promover maior integração da equipe multiprofissional no cotidiano. E também o que seria preciso para ampliar essa integração?

O médico entrevistado, comentou que atualmente, com a evolução do conhecimento científico, a equipe multiprofissional deixou de ser uma opção, mas uma necessidade:

(Médico) Conforme a gente vai vendo...é isso!! Especialmente por parte da equipe médica, que de criação, geralmente, via de regra, aprendeu a trabalhar sozinha. E não se envolver tanto com as outras equipes. É a hora que a gente vê tantos problemas e dificuldades nossas. Nossa! A hora que junta com a equipe multidisciplinar, eles são solucionados. A demanda pela equipe multidisciplinar vai aumentando e cada vez mais. A gente sabe montar o problema, eu sei que eu vou poder discutir com a equipe multidisciplinar, eles vão trazer uma solução para mim. Eles têm experiência com isso! Eu acho que passa a ser não só uma integração mas uma necessidade assim, é para solução e melhor funcionamento do ambiente de trabalho.

Quase de forma unânime, os entrevistados consideraram dois fatores determinantes para promover a integração da equipe multiprofissional por meio de implementação de um protocolo e treinamento interprofissional. Sendo primeiro, sensibilizar os envolvidos para tomar consciência da importância de realizarmos essa abordagem integrativa e desfragmentada. Segundo: recursos materiais e, sobretudo, humanos. Pois, com colaboradores sobrecarregados de atividades, devido ao quadro de profissionais desfalcados e insuficientes, muitas vezes impossibilita quase que por completo, qualquer iniciativa e motivação para viabilizar ações promotoras de integração como proposto neste trabalho.

Quando os cursos de capacitação, treinamentos e visitas multiprofissionais são realizadas no horário de trabalho, podem gerar sentimentos de maior sobrecarga e obrigação. E assim, podem levar a não verem tais propostas como agregadoras, e neste caso, teria o efeito inverso, trazendo a fragmentação da equipe, por se sentirem sobrecarregados a cada vez que um profissional sai para uma atividade desta natureza.

A enfermeira 4 expressa este dilema de muitas equipes, retratada na fala abaixo:

(Enfermeira 4) Não tem como colocar, manter uma reunião de uma equipe multiprofissional. Você pode até tirar ele do setor, mas você não vai participar da reunião inteira, e quando é para você participar e ter um conhecimento melhor e conseguir uma discussão adequada, você vai ter que sair do setor. Já está desfalcado! E eu ainda vou tirar um funcionário para participar, não vai rolar!

[...] Sobrecarrega a equipe! O que era para criar uma força, começa a desintegrar a força que você tinha, porque você não está conseguindo manter as duas coisas e eu acho que é uma das coisas que falha muito.

Não devemos abrir mão de aderir a diferentes ações que promovam de fato a maior integração interprofissional, por sermos, muitas vezes, envolvidos pelo sistema de rotina.

Contudo, vale ressaltar que para não termos os efeitos contrários do que esperamos em termos de benefícios para os profissionais e pacientes do ambiente de trabalho, vale ressaltar que o planejamento cuidadoso das ações que serão implementadas em prol deste objetivo, deve levar em consideração, as limitações, possibilidades, viabilização e principalmente o ponto de vista da equipe que está envolvida neste processo, para que de fato possamos conseguir êxito nestas ações construídas. Se os próprios participantes ajudaram a construir a ação, a probabilidade de obtermos sucesso na sua implantação é maior, pois já foram levadas em consideração, durante o projeto da ação, todas as peculiaridades daquela rotina em si, da equipe alvo.

Perguntei aos profissionais, com respeito a informação não se perder com o tempo (pós-ação educativa), em como lidar com a questão da rotatividade de profissionais. A maioria respondeu que de fato a ideia do treinamento para sensibilizar o colaborador sobre o tema é vital, porém, seria importante esta intervenção não ser pontual, mas de alguma forma continuada, para que aos poucos isto não vá se dessensibilizando novamente, e as informações irem se perdendo com o tempo.

A este respeito, a ideia de se eleger multiplicadores no setor, viabilizam o perpetuar das informações para os profissionais antigos e os recém chegados, assim, seria uma saída para não termos um projeto de visibilidade inicial mas fugaz.

Além da criação de pastas, folders educativos sobre o tema, no caso da nossa ação educativa em específico, a institucionalização do protocolo de prevenção de broncoaspiração, seria um forte aliado à sobrevivência e propagação da ideia, além de facilitar a incorporação das orientações na rotina assistencial dos profissionais.

Com respeito a questão de que, se pudéssemos voltar no tempo, o que poderia ter sido feito de maneira diferente? A fonoaudióloga, comentou sua percepção:

(Fonoaudióloga) Creio que o profissional que mais deveria estar envolvido na ação multidisciplinar seriam os médicos. Apesar da

presença de uma representante, a ação do dia a dia é feita por residentes, e estes tem poucas informações em relação às demais profissões, sendo difícil a implementação da ação sem o conhecimento correto desses profissionais.

De fato, a princípio um limitante da nossa ação educativa, foi a não participação dos médicos residentes no treinamento sistematizado em quatro módulos. Contudo, no sentido de resultados práticos, se considerarmos que a rotatividade de residentes ocorria a cada 28 dias, a maior de todas as categorias profissionais do setor, não conseguiríamos de qualquer forma, mensurar nenhum efeito prático deste treinamento nos mesmos residentes, pois já teriam rodado de setor. Quando a coleta de dados pós-ação educativa fosse realizada, os atuais não teriam vivenciado a experiência do treinamento. Com os médicos plantonistas, o problema foi diferente, e se deu no âmbito da fragmentação das escalas dos mesmos, com intervalos de até 1 a 2 meses sem dar plantão no setor, o que impossibilitou realizar compatibilidade destes com as agendas de aula dos treinamentos dos outros profissionais.

Uma opção adotada para atenuar esse problema, foi incluir no treinamento, os médicos chefes ou preceptores dos residentes, porém com um nível de participação no treinamento, diferente dos outros profissionais, uma vez que a maioria dos preceptores participaram apenas, através do acesso ao conteúdo do treinamento disponibilizado em mídia social. Desta forma, por serem fixos do setor, os preceptores sempre poderiam incluir nas discussões acadêmicas com os residentes que passam pela unidade, os conteúdos dos módulos do treinamento. Não foi possível incluí-los nos treinamentos presenciais do setor, pela incompatibilidade de agenda dos mesmos, pois as aulas interprofissionais ocorreram, muitas vezes, em que os mesmos não se encontravam no setor. Esta foi a saída acertada dentro do segundo encontro do grupo focal, para contornar a questão.

Dessa forma, a partir das entrevistas, tivemos uma noção da percepção da comunidade do setor, sobre o tema de aprendizagem interprofissional e de como eles avaliaram o treinamento realizado na unidade.

O roteiro com todas as questões semiestruturadas das 11 entrevistas em profundidade, podem ser encontrados no apêndice 9.

Minhas impressões gerais das entrevistas

Pude perceber que de maneira geral, todos os entrevistados enxergavam a ação educativa que ocorria no setor de maneira positiva. Cada um tentou incorporar as orientações que haviam sido discutidas com eles nos treinamentos, e tinham muitas sugestões, elogios e também críticas para a forma com que aconteceu em cada uma das aulas.

Alguns entrevistados interpretaram a ação educativa, como apenas uma forma de fornecer conhecimentos técnicos para eles aperfeiçoarem sua assistência prestada ao paciente no cotidiano do trabalho. Outros já demonstraram uma sensibilidade maior nos aspectos das interações sociais, e acharam interessante vivenciar a abordagem no caráter interprofissional. Estes últimos puderam contribuir de maneira mais significativa, para a compreensão do processo de aprendizagem interprofissional, que é o objeto de estudo da pesquisa.

4.5.2.3.2.1. ANÁLISE DE CONTEÚDO E DISCUSSÃO DO PROCESSO EDUCATIVO COM BASE NA ANDRAGOGIA E PESQUISA-AÇÃO – ENTREVISTAS

CATEGORIA TEMÁTICA 1:

POR DETRÁS DOS OBSTÁCULOS À REUNIÃO EM EQUIPE: Aprendizagem e interação participativa, enriquecimento para a assistência prestada ao paciente

Ações de educação interprofissional, conscientizam das próprias carências de conhecimento que o profissional possui, mas ao mesmo tempo propicia um ambiente para saná-las, o que amplia o aprendizado sobre a nossa e demais áreas profissionais, gerando autonomia na participação e enriquecimento da assistência. As falas a seguir, comentam ações dessa natureza:

(Fonoaudióloga) A discussão interprofissional enriquece o tratamento do paciente numa perspectiva mais ampla, e o aprendizado sobre as outras áreas profissionais

(Nutricionista) Oportunidade para poder ouvir sobre outras áreas que não dominamos

Para o alcance dos objetivos instrucionais no processo educativo andragógico, é importante que se sensibilize previamente cada participante para o tema, o papel de quem está na condução da ação educativa, ou seja, o facilitador da aprendizagem, é também gerar essa aproximação a cada colaborador detectando a melhor forma de conduzir este processo de ensino, para atingir o nivelamento da aprendizagem, de acordo com a fala a seguir:

(Enfermeira 2) Cada um tem uma forma de aprendizagem ou interesse, cabe ao líder detectar a melhor abordagem e aos poucos ir sensibilizando a equipe para o alcance do objetivo

Nesta pesquisa, a educação interprofissional pôde caminhar para a prática interprofissional de certa forma, uma vez que ações concretas passaram a ocorrer no cotidiano de trabalho, após recebimento do treinamento em serviço:

(Téc. De enfermagem 2) Várias orientações ministradas passaram a ser itens de checagem na prática assistencial e na passagem de plantão, que foram transformadores

A ideia de construção coletiva do protocolo, demonstrou que foi possível sistematizar as ações, permitindo aos profissionais um referencial para a condução da prática clínica por este prisma, um problema que estávamos enfrentando a muito tempo na unidade:

(Téc. De enfermagem 1) O protocolo trouxe esclarecimento, segurança e uma direção para a assistência ser sistematizada para um trabalho conjunto

(Enfermeira 3) Agregou conhecimentos e ações que não tínhamos, a respeito de nutrição e fonoaudiologia, a partir da informação proveniente da interação entre profissões

(Enfermeira 3) A experiência interprofissional enriqueceu o aprendizado sobre tópicos obscuros para vários profissionais até então

O estabelecimento do clima é um dos elementos mais importantes no modelo de Knowles; “se um facilitador e os aprendentes não atingirem um clima positivo, as aprendizagens não serão facilitadas e o sucesso do trabalho, que encetarem em conjunto, encontra-se seriamente comprometido.”⁽⁵⁹⁾ Destacamos, também, que, para o clima psicológico favorável em que os adultos sintam-se confiantes e autodirigidos, os recursos

existentes na sala, humanos e materiais, devem ser disponibilizados, para que estes adquiram o hábito de a eles recorrer e sempre que possível proativamente e não reativamente ⁽⁶²⁾.

Neste sentido, pudemos encontrar liberdade, autonomia, tomada de consciência e reflexão nas colocações dos participantes do treinamento no setor. Dessa forma, foi possível detectar a presença de uma atmosfera andragógica na visão dos mesmos:

(Nutricionista) Possibilitou liberdade para a equipe se expressar livremente

(Enfermeira 3) Houve espaço e liberdade para dialogo e exposição de ideias de todos, num processo crescente.

(Téc. De enfermagem 2) Não houve imposição para expor as ideias e tiveram liberdade para expor as experiências em um diálogo interprofissional

(Enfermeira 4) Todo conhecimento novo desperta curiosidade e presta mais atenção no que faz, o que motiva a tentar melhorar o desempenho

Um outro ponto interessante, conforme Michel Thiollent com respeito a pesquisa-ação, diz ser necessário uma ampla e explícita interação entre os pesquisadores e envolvidos na pesquisa e que esta não se limita a uma forma de ação (risco de ativismo), mas pretende aumentar o conhecimento dos pesquisadores e o conhecimento ou nível de consciência das pessoas e grupos que participarem do processo, bem como, contribuir para a discussão ou fazer avançar o debate acerca das questões abordadas ⁽⁶³⁾.

Dessa forma, podemos perceber que houve tomada de consciência e foi proporcionado reflexão nos participantes da ação:

(Téc. De enfermagem 1) Gerou consciência sobre a gravidade de não realizar uma assistência correta, aprender trouxe satisfação e sentimento de pertencimento com relação ao protocolo

(Enfermeira 2) A temática explorada do acometimento da broncoaspiração gerou reflexão sobre detalhes importantes que não tínhamos consciência por demasiada preocupação com outros tipos de cobranças mais burocráticas

Ainda com respeito a tomada de consciência após a ação de educação interprofissional, pôde ser perceptível não apenas por algumas progressões

positivas encontradas nos cuidados de prevenção de broncoaspiração na avaliação pós-ação educativa, mas também na fala dos profissionais que participaram do treinamento:

(Médico) Participar do treinamento, chama a atenção e sensibiliza para o tema, além de trazer à tona dúvidas que nem se tinha consciência que existiam

(Médico) Gera consciência da falta de conhecimento, mas cria e espaço para sana-las, além de trazer aprendizado novo

Contudo, a necessidade de educação interprofissional decorre diretamente da complexidade e da natureza multifacetada da saúde e das necessidades de assistência pelos pacientes, requerendo coordenação eficaz de serviços ⁽⁶⁴⁾. Neste sentido, houve a percepção que ações que favoreçam um maior trabalho em equipe, são importantes para o alcance de bons resultados, e deveriam ser multiplicadas a partir da ação implementada, isto pôde ser observado na fala do participante do treinamento:

(Fisioterapeuta 1) Seria importante mais ações em formato interprofissional no ambiente de trabalho, porque geraria maior capacitação da equipe

Tais ações trazem o estabelecimento de vínculo entre os profissionais, algo proveitoso para trazer novas experiências e novo aprendizado para o grupo.

Por exemplo, com estudantes, em um estudo que comparou cursos sobre segurança do paciente oferecidos sob as perspectivas uniprofissional e interprofissional, o resultado mostrou que, enquanto todos os estudantes aumentaram seu conhecimento, aqueles que participaram do curso interprofissional adquiriram um valor agregado dessas interações e se sentiram mais capazes de trabalhar em uma equipe interprofissional ⁽⁶⁵⁾.

Semelhantemente, os profissionais que participaram do treinamento, obtiveram percepções similares, conforme descrito a seguir:

(Enfermeira 1) A participação incorporou conhecimento, que vem sendo aplicado na prática de trabalho.

(Enfermeira 1) A implantação do protocolo e o conhecimento produzido, trouxe segurança na tomada de decisões assistenciais.

(Enfermeira 2) Agregou conhecimento novo, uma vez que aprofundou o tema de uma forma inédita.

(Enfermeira 4) Trouxe novo aprendizado, agregado para quem não tem muita experiência de carreira, o que é útil para a prática profissional.

(Enfermeira 1) Teve-se liberdade e autonomia para discutir os temas à vontade, a construção do conhecimento entre as categorias profissionais.

(Fisioterapeuta 2) Por ser interprofissional, trouxe interação que estabeleceu um vínculo muito positivo entre a equipe.

(Enfermeira 1) O contato e exposição de ideias entre os profissionais é muito proveitoso, e deveria ser mais utilizado também em outros temas.

No entanto, a sobrecarga de trabalho, associada a falta de tempo e sensação de exposição pode dificultar a interação em grupo nas ações educativas interprofissionais, conforme relato adiante:

(Enfermeira 1) O interesse existente sobre o tema corre risco de ser sufocado pela responsabilidade do horário de trabalho.

(Fisioterapeuta 1) Organizar reuniões interprofissionais pode esbarrar na escassez de recursos diversos.

Um outro problema apontado pelos profissionais, é a exposição que ocorre quando se faz treinamentos nessa configuração grupal, pois mesmo que o arranjo tenha o intuito de promover liberdade de interação, o retraimento pode ocorrer pelo medo de se expor:

(Fisioterapeuta 1) Gerou certo retraimento e baixa participação, talvez pela aula ser sido em roda, em que proporcionou maior exposição.

Neste sentido, é relevante considerar um grupo de ensino (*team-teaching*) com facilitadores mais experientes para ajudar a desenvolver habilidades, conhecimento e confiança necessários, vitais para facilitação interprofissional. Oportunidades regulares para discussão e reflexão podem ser um tipo útil de suporte para facilitadores de educação interprofissional ⁽⁶⁶⁾. Para educação estar incorporada com sucesso em currículos e cursos de capacitação, as primeiras

experiências devem ser positivas. Isto garantirá envolvimento contínuo e vontade de continuar desenvolvendo o currículo baseado em *feedback* de participantes.

CATEGORIA TEMÁTICA 2:

DIFICULDADES E CARACTERÍSTICAS ASSERTIVAS PARA UMA AÇÃO EDUCATIVA INTERPROFISSIONAL BEM SUCEDIDA

Existem várias medidas apontadas pela equipe para o sucesso na implementação de ações educativas interprofissionais, conforme apontado pelos entrevistados:

(Médico) Há necessidade de sensibilização dos participantes para ocupa-los com treinamento no horário de trabalho, para isto deve ser breve, direcionado e de forma participativa.

(Médico) A disposição e o envolvimento com o tema são potencializadores de participação dos indivíduos.

(Médico) Criar um ambiente transparente e evitar atmosfera avaliativa gera maior participação da equipe.

No entanto, para que a ação educativa seja bem sucedida, é importante algumas adequações do ponto de vista na sua execução, que envolvem a linguagem adaptada ao público alvo, a presença de multiplicadores de aprendizagem em campo, uso de controle de voz e tonalidade ideal, orientação antecipatória sobre os objetivos do encontro, interatividade e uso de material impresso, conforme falas dos participantes a seguir:

(Enfermeira 2) Adequar a linguagem ao perfil heterogêneo de formação da equipe, pode gerar maior interesse e participação.

(Enfermeira 4) Adequar a terminologia para atrair o público a ter maior interesse e participação.

(Enfermeira 4) Há a necessidade de um agente multiplicador no setor para incentivar a equipe mostrando as razões das ações e promovendo ações de conscientização.

(Enfermeira 4) Utilizar a didática adequada por meio da tonalidade de voz, atrai melhor a atenção em exposições em grupo. É importante utilizar o conhecimento prévio da equipe e informa-la *a priori* do que vai acontecer na reunião.

(Téc. De enfermagem 2) A aula tem que ser mais interativa, com conteúdo que promovesse contato inter-participantes e destes com o multiplicador, incentivos na forma de brinde- e *quiz* de perguntas e respostas ajudam.

(Téc. De enfermagem 2) O uso de *folders* educativos é uma opção para orientação em serviço dos novos colaboradores, associado com orientações verbais.

Com respeito ao grupo de mídia social, para que o mesmo pudesse ter sido mais participativo, além de ser uma ferramenta disponível para dialogo coletivo, uma dica estimuladora foi expressa na fala do participante do treinamento, e se referia a alimentação periódica com material de apoio que fomentasse o interesse pelo tema:

(Fisioterapeuta 2) É importante alimentar o grupo *whatssap* semanalmente com artigos e temas para gerar incentivo para os participantes estarem atentos aos temas.

No entanto, com respeito a questão da adesão, se faz necessária algumas observações, relacionadas a conscientização dos participantes da ação em campo, através do despertar do interesse individual, e a oficialização institucional do instrumento que apresentava o objeto de aprendizagem, como citado nas falas a seguir:

(Fonoaudióloga) A adesão depende do participante ter recebido informação suficiente para gerar ciência da importância da ação, e ter interesse em participar.

(Fonoaudióloga) O interesse de cada um, e a percepção de que todos da equipe são importantes para um novo modelo de atendimento é essencial para que a adesão ocorra.

(Enfermeira 1) A institucionalização do protocolo e manutenção de todos os insumos didáticos utilizados, pode ser o caminho para todos terem acesso a informação.

Outro aspecto importante, é que a existência de multiplicadores da informação no setor, pode ser um recurso a favor da permanência dos

conceitos apreendidos no treinamento, para os profissionais que atuam no setor e para os recém-chegados, conforme falas:

(Médico) Em cada profissão deve haver multiplicadores da informação para seus pares.

(Enfermeira 2) Foi trazida a proposta de educar a equipe, mas a ação do multiplicador em campo no dia a dia é vital pois ele conhece a equipe dele, e é quem melhor pode desenvolver ou não avanços junto a equipe.

Diferentemente, foi apontado por um entrevistado, que a coesão de pensamentos dos profissionais, exemplificada de forma pragmatizada através da adesão as condutas uniformes sobre um conteúdo/tema implementado num treinamento, independente do tema, por todos os profissionais atuantes no setor, poderia servir como multiplicador das informações sobre esta temática para os recém chegados e demais colegas atuantes em campo:

(Enfermeira 3) Para funcionar, não é necessário centralizar a orientação em multiplicadores, se todos incorporarem as rotinas no dia a dia, isso já funciona muito bem como um exemplo motivador para os novos colaboradores na prática cotidiana.

Além disso, oportunidades para aprendizado informal – quando profissionais se encontram socialmente e discutem aspectos de sua educação formal – são abordagens úteis para educação interprofissional. Aprendizado informal pode ser útil por permitir que indivíduos compartilhem ideias e obtenham orientação de seus pares, colegas de trabalho ou gerentes⁽⁶⁷⁾.

Não obstante, para que isto de fato ocorresse, no caso implementado neste estudo, a incorporação dos médicos da ponta do processo (residentes) era vital, para que houvesse a abrangência e articulação para todas as carreiras atuantes no setor, que tivessem relação com o tema proposto:

(Fonoaudióloga) A participação dos profissionais médicos da base era vital também para que ampliassem o entendimento sobre o papel das outras equipes e para que a ação desse certo.

Sendo assim, como o público-alvo percorria do nível médio ao *stricto sensu*, foi um desafio eleger quais as mais adequadas técnicas de ensino aprendizagem para um público tão heterogêneo em termos de formação. A definição de educação interprofissional salienta a necessidade de interação interprofissional explícita entre participantes. Discute-se que esta interatividade promove o desenvolvimento de competências necessárias para colaboração eficaz. Métodos de aprendizado que permitem interatividade são, portanto, uma característica chave para educação interprofissional ⁽¹⁾.

Os integrantes do grupo focal decidiram então por técnicas que favorecessem a dialogicidade atrelada a interface teórico prática, esta foi a justificativa para utilizarmos a aula simulada e aula expositiva dialogada nos treinamentos ⁽⁶⁸⁾, obtendo ratificação na observação do participante do treinamento no setor:

(Fisioterapeuta 2) Quanto menos envolvido com a área acadêmica, menos acostumados com aulas teóricas, então para um público misto fica ainda melhor para todos, tornar em apresentação prática os conteúdos propostos, pois atrai a atenção além de ficar mais didático.

Com respeito ao método que adotamos em nosso estudo, uma pesquisa pode ser qualificada de pesquisa-ação quando houver realmente uma ação por parte das pessoas implicadas no processo investigativo, visto partir de um projeto de ação social ou da solução de problemas coletivos e estar centrada no agir participativo e na ideologia de ação coletiva.

A pesquisa-ação exige uma estrutura de relação entre os pesquisadores e pessoas envolvidas no estudo da realidade do tipo participativo/coletivo. A participação dos pesquisadores é explicitada dentro do processo do “conhecer” com os “cuidados” necessários para que haja reciprocidade/complementariedade por parte das pessoas e grupos implicados, que têm algo a “dizer e a fazer”. Não se trata de um simples levantamento de dados ⁽⁶³⁾.

Dessa forma, de acordo com a lógica do método da pesquisa ação, a inserção dos profissionais da unidade para ministração de módulos do treinamento, foi outro ponto importante para a proporcionar o sentimento

de inserção no processo educacional. A seguir comentário da enfermeira que trabalha na unidade e que ministrou aula em um dos módulos do treinamento:

(Enfermeira 2) Participar ministrando aula foi um desafio, houve necessidade de preparação e adequação, mas com sentimento que se torne rotina e cada vez mais esse conteúdo incorporado a prática de trabalho.

Outro tópico interessante, é que a literatura sobre andragogia, que é a arte e ciência sobre como os adultos aprendem, e que foi utilizada como referencial para a ação educativa, aborda vários estudos teóricos. Porém, existe uma carência de estudos com aplicação prática. Poucos deles estão voltados para a educação profissional, que necessita de revisão das propostas atuais, em que o centro do processo seja o sujeito e as suas circunstâncias ⁽⁶⁹⁾.

Neste sentido, no presente estudo, percepções do reconhecimento de que houve princípios andragógicos tramitando pelo treinamento interprofissional, pode ser observado, como exemplo “o princípio da motivação para aprender”: as motivações que impulsionam os adultos são as internas (autoestima, maior qualidade de vida, desejo de ter maior satisfação no trabalho), as quais passam a ser mais intensas que as externas (melhores empregos, promoções, salários maiores). Se os aprendentes não estão motivados para aprender, não participam da aula e podem desistir do curso ⁽⁶⁹⁾, segue as falas dos profissionais entrevistados:

(Téc. De enfermagem 1) A motivação surge quando há suporte de quem se propõe a intervir em campo, de forma a dar um norte para a equipe, da abertura dada para falar durante os treinamentos, de ver o engajamento dos outros colegas e de saber o principal: que está beneficiando o paciente!

(Fisioterapeuta 2) Discutir o tema motivou a buscar o aprofundamento do conhecimento sobre o tema para aperfeiçoar a prática profissional.

(Fisioterapeuta 1) Acrescentou bastante, para retomar alguns aspectos da própria profissão, e também aprender sobre papéis das outras, mesmo não fazendo determinadas tarefas, a questão de conhecer.

Um outro princípio andragógico: “Autoconceito do aprendiz”: no qual o adulto tem um autoconceito de ser responsável pelas suas próprias decisões, sobre sua vida, sentindo a necessidade de ser tratado como autodirigido. Sendo assim, resiste a situações ao perceber que os outros estão lhe impondo vontades ⁽⁶⁹⁾. Por este prisma, a partir do emprego do método de pesquisa-ação, houve ganho de autonomia dos profissionais, pois a seqüência metodológica para a execução dos processos de pesquisa-ação insere-se na concepção de educação libertadora, tendo como ponto de partida o diálogo incentivando a participação dos setores populares na busca do conhecimento da realidade para transformá-la ⁽⁶³⁾. Neste sentido, a fala a seguir comenta as mudanças obtidas após a ação educativa:

(Enfermeira 3) Houve transformação no sentido de acrescentar informação, e padronizar condutas trazendo independência sobre a necessidade de orientação médica sobre condutas, uma vez que todos falamos a mesma língua, não mais existindo as condutas variáveis dependendo do profissional.

A andragogia se diferencia da pedagogia por possuir uma metodologia específica e direcionada às faixas etárias mais elevadas. A principal diferença é que a primeira leva em conta o conhecimento tácito e a experiência acumulada pelos adultos ao longo da vida. E por estar fortemente vinculada à qualificação para o trabalho, considera a experiência profissional como elemento fundamental dos seus métodos educativos ⁽⁶⁹⁾. Por este prisma, a fala a seguir demonstra que a autonomia dos profissionais foi preservada em toda a ação no setor:

(Fisioterapeuta 2) A autonomia profissional foi preservada, e foi super legal estar representando a categoria neste espaço bem livre para a comunicação.

(Téc. De enfermagem 1) Mesmo tendo certa dificuldade em expor as minhas dúvidas, tive acesso a outras profissões, o que possibilitou transformação no sentido de aprender coisas novas, e ter segurança para praticá-las, o que é muito legal.

Diferentemente, um aspecto negativo, é que existem muitas barreiras para realizar ações de educação interprofissional no ambiente de trabalho. As falas a seguir, comentam este tema:

(Médico) A vergonha, e o medo de exposição será sempre uma barreira em interações grupais, explorar técnicas lúdicas podem ajudar.

(Enfermeira 4) A falta de tempo pela sobrecarga de trabalho e equipe desfalcada, gera dificuldades para participação.

Utilizar os princípios andragógicos não é garantia de cooperação, pois muitos podem não ter entrado na sintonia do intuito da ação educativa e do tema proposto, o que se fazia necessário para o aprendizado, pois em primeiro lugar é necessário identificar-se com o tema, e despertar o desejo de aprender, as colocações a seguir trazem observação neste sentido:

(Enfermeira 2) Ocorreu numa situação desfavorável de acúmulo de cansaço, mas o interesse depende de motivação interna “Aceita água quem está com sede”.

(Enfermeira 2) Todos tiveram liberdade e autonomia, para querer participar ou não, os que não, talvez por não terem se encontrado no tema até o momento.

O grupo em mídia social, demonstrou que a inibição ainda pode permanecer *online*, assim como ocorreu nos encontros presenciais, e trazem o problema do medo de exposição, que em no grupo de mídia social ocorreu após inserção de diferentes profissionais e da chefia da unidade:

(Enfermeira 3) A falta de interação no grupo whatsapp pode advir do medo de exposição, uma vez que receiam falar alguma gafe e ser ridicularizado

(Fisioterapeuta 2) Em grupo, as pessoas tem vergonha de escrever, porque fica registrado, e gera o receio de exposição e julgamentos dos demais integrantes, comparado a falar fora de grupos

Uma saída apontada pelos profissionais para contornar este problema, seria a disponibilidade ou recurso de poder se expressar por uma via sem exposição direta, frente aos colegas da equipe

multiprofissional:, onde o facilitador da aprendizagem seria responsável por receber as sugestões e tirar dúvidas dos integrantes do grupo por uma conversa em via paralela, fora do grupo, e poderia *a posteriori* , lançar a dúvida já com a resposta eluciada, sem exposição de identidade de quem levantou a dúvida, a fala a seguir comenta o ponto discutido:

(Enfermeira 3) Uma saída para aumentar a participação em grupo de discussão temática em mídia social é abrir a possibilidade de interagir em *off*, e depois levar para o grupo omitindo identidade, para evitar receio de exposição.

Às vezes há carência do espírito de equipe, e a interação acaba ocorrendo apenas por demanda, e não há busca de interação educativa e contribuidora para a assistência interprofissional, conforme reflexão a seguir:

(Fisioterapeuta 1) A relação interprofissional acaba ficando por contingência, e várias coisas prejudicam a integração das equipes, como a falta de profissionais etc.

Devemos observar que, à medida que aumenta o grau de colaboração profissional, decresce a autonomia individual, uma vez que a condução de planos terapêuticos passa a ser negociada entre os seus integrantes, o que pode ser particularmente difícil para alguns sujeitos. Por outro lado, esse aumento de colaboração profissional expande a troca na tomada de decisões clínicas e a integralidade dos cuidados, permitindo o aumento de autonomia da equipe como um todo frente aos problemas por ela enfrentados ⁽¹⁸⁾.

Dessa forma, detalhes importantes como a sensibilização prévia sobre o tema e o estabelecimento de vínculo prévio com a equipe, pode fazer a diferença na obtenção de êxito nos resultados do treinamento interprofissional num cenário laboral, tendo como pano de fundo a educação permanente em saúde:

(Fisioterapeuta) É importante sensibilizar a equipe sobre a importância dos encontros interprofissionais, para que não sejam visto como apenas tomada de tempo.

(Enfermeira 4) Quando se estabelece um vínculo prévio junto a equipe, fica mais fácil a aceitação e participação, porém esta última depende também de conhecimento,

didática e capacidade de ouvir os colegas, aumenta a capacidade de discutir com a equipe multiprofissional.

Ações de construção coletiva como as propostas pela metodologia da pesquisa-ação, podem sofrer o empecilho da falta de coesão e liberdade de tráfego de ideias no grupo, se o mesmo não conseguir desenvolver um nível de entrosamento, necessário para estes tipos de ações em campo, o receio de críticas pode ser um gatilho para este tipo de situação:

(Fisioterapeuta 1) O medo de exposição frente ao grupo grande e hierárquico, pode gerar retraimento em se expor, e limita o diálogo, comparado ao particular.

Um outro aspecto a ser apontado, é que uma vez munidos de desejo de materializar em ações práticas o conteúdo do treinamento, ainda pode estar presente a defasagem no grau de compreensão sobre os conteúdos que foram ministrados, o que pode gerar em alguns profissionais, incoerências e exigências errôneas para com os outros profissionais da unidade, gerando interferências desnecessárias que acabam desgastando e desestimulando o grupo que está engajado na empreitada. Estudos na América do Norte, revelaram o tamanho do impacto negativo que falhas de comunicação podem ter em pacientes, minando a segurança e causando sérias lesões ou até morte ^(70,71).

Sendo assim, seria importante a equipe ser cuidadosa, a fim de evitar tais eventos negativos como comunicação errônea na rotina de implementação de protocolos:

(Téc. De enfermagem 1) O não entendimento homogêneo sobre o conteúdo do treinamento por parte dos profissionais, gera cobranças incoerentes, e desmotiva. Já ver todos elogiando e você fazer parte disso, podendo ajudar, motiva!

Porém, uma vez iniciado um treinamento interprofissional, o maior desafio é a manutenção do interesse da equipe, criar o entendimento da importância do tema para a prática profissional do treinando, e proporcionar o entendimento da informação discutida, pode ser o caminho para driblar esse obstáculo:

(Téc. De enfermagem 1) O maior desafio é prender a atenção e manter todos, pois são pessoas, e profissões diferentes, que podem ter interesses diferentes também.

Nesse sentido, também há uma necessidade de programas de desenvolvimento em educação interprofissional que possibilite aos indivíduos a promoção de mudanças em nível individual e organizacional e, assim, devem ser endereçados a diversas partes interessadas e focalizar liderança e mudança organizacional ⁽⁷²⁾.

CATEGORIA TEMÁTICA 3:

EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL: Pontos delicados e o caminho que conduz para a integralidade na assistência

A construção de abordagens educativas de caráter interprofissional é também uma forma de proporcionar a integralidade no cuidado em saúde. Neste sentido, o trabalho interprofissional dentro das equipes dos serviços de saúde do SUS é condição necessária para a conquista da integralidade, na medida em que pode possibilitar a detecção de necessidades e o provimento de cuidados de maneira mais completa e ampliada aos usuários ⁽⁷³⁾.

No entanto, como estruturar equipes de saúde de modo a garantir condições para o fluxo de trocas e inter-relações profissionais, de saberes e de gestão compartilhada, de modo a aumentar o coeficiente de integralidade? Como articular as diferentes iniciativas dos profissionais tendo o paciente como centro? A educação interprofissional pode ser uma forma de apontar nesta direção.

Dessa forma, tecendo comentários comparativamente entre ações educativas tradicionais na forma uniprofissional com a interprofissional, o entrevistado observou:

(Fisioterapeuta 1) Uma ação assistencial interprofissional é mais vantajosa, uma vez que o paciente é um todo, mas as profissões são fragmentadas, logo reunir as diferentes áreas pode cercar e amparar o paciente por diferentes ângulos.

Dessa forma, a colaboração interprofissional é, essencialmente, colaboração, ou seja, é trabalho com e entre muitos, portanto ação em equipe – o que não é algo simples. Para o funcionamento efetivo em equipe, baseado em profunda colaboração interprofissional, a deliberada vontade e orientação de seus integrantes é necessária, mas não suficiente. É fundamental a instauração de ambiente democrático e de estruturas e mecanismos institucionais que garantam o surgimento, desenvolvimento e manutenção de espaços intra-equipes que permitam o florescimento de práticas fundadas na cooperação entre saberes e ações ⁽¹⁸⁾.

Sendo assim, um dos grandes benéficos do entendimento sobre o todo que envolve o trabalho em equipe multiprofissional em saúde, é maximizar o intercâmbio de demandas entre os profissionais de categorias diferentes, isto só é otimizado, no momento em que se tem o entendimento do papel de cada membro dentro da equipe, conforme as falas adiante.

(Fisioterapeuta 1) Uma ação educativa e a assistência interprofissional é melhor do que uniprofissional, no sentido de você conhecer a área do outro profissional através da interação, o que favorece detectar demandas e sinaliza-las

(Nutricionista) Permite conhecer a área dos colegas, sua atuação e contribuições assistenciais que pode trazer, bem como suas limitações. Traz uma visão mais geral

Da mesma forma, conhecer o papel dos colegas da equipe, numa abordagem educativa interprofissional, aproxima, gera abertura e motiva a equipe num sinergismo de ideias e condutas, que só tende a beneficiar o paciente que está no centro do processo, pela completude que traz a visão do todo a partir de cada ponto de vista dos profissionais em particular, favorecido por ações que usam esse tipo de configuração:

(Fisioterapeuta 1) Ter tempo para interação interprofissional, gera motivação, porque você passa a compreender o que o outro faz, através das discussões clínicas. Já a ausência disso deixa o serviço meio disperso, pois cada um trabalha num distanciamento uns dos outros, e a falta de diálogo pode gerar desmotivação.

(Téc. De enfermagem 1) Ações educativas interprofissionais, favorecem a aproximação entre os profissionais, favorece o diálogo, sanando dúvidas.

(Téc. De enfermagem 1) Quando um tema abordado, tem aspectos de diferentes áreas, o arranjo interprofissional se torna mais interessante, e evita o individualismo.

(Nutrição) Gera maior abertura e proximidade para discutir um tema, ouvir as impressões, sugestões, coisas que foram detectadas e que precisam ser levadas em consideração.

(Fonoaudióloga) Ações educativas devem ser interprofissionais para ampliar a visão de cada profissional sobre o papel dos outros, e favorecer o ganho de conhecimento de cada um.

Observa-se que existe uma visão geral da literatura, de que profissões sociais e de saúde necessitam de formação e treinamento para desenvolver atitudes, conhecimentos e habilidades requeridas para efetivamente trabalhar em conjunto para uma atenção ao paciente segura e com alta qualidade. Documentos técnico-políticos têm apoiado a necessidade da educação interprofissional para melhorar competências colaborativas ^(70,74).

De fato, na abordagem uniprofissional, pode-se resolver demandas inerentes de uma profissão com mais agilidade e especificidade. Sendo assim, as formas uniprofissional ou interprofissional são possibilidades para arranjo educativo, com pontos positivos e negativos. Porém, levando-se em consideração que o paciente é um todo indivisível, há uma complementariedade ao se utilizar as duas formas de abordagem, cada qual é necessário julgar qual é o formato mais adequado para cada tipo de contexto ou tema que se deseja trabalhar em campo em momentos específicos. A fala a seguir dá um posicionamento a esse respeito:

(Enfermeira 1) A interprofissional é melhor, porque o paciente é assistido por uma equipe, mas reuniões por categoria profissional isoladas e depois integrar as condutas pode ser uma opção.

Além disso, na abordagem interprofissional, permite-se a partir dos diferentes pontos de vista obtidos pela discussão em grupo subsequente,

acordar em equipe sobre as divergências de pensamento e óticas que ainda existiam na reunião uniprofissional.

(Enfermeira 4) Reuniões interprofissionais permitem o alinhamento de ideias que ainda divergem em algum aspecto, pós reuniões uniprofissionais, além de permitir o acompanhamento/andamento dos projetos em vigor no setor.

Estudos relatam mudanças positivas nas percepções/attitudes dos aprendizes, com relação as opiniões de outros grupos profissionais e transformações na visão quanto a colaboração interprofissional e/ou aquela atribuída ao trabalho numa base colaborativa com outras profissões. Além disso, esses tipos de estudo relataram mudanças positivas no conhecimento e em habilidades do aprendiz para a colaboração interprofissional, usualmente relacionadas com um maior entendimento dos papéis e responsabilidades de outros grupos profissionais, melhoria de conhecimento a respeito da natureza da colaboração interprofissional e/ou desenvolvimento de habilidades de colaboração/comunicação⁽⁶⁷⁾.

Ressaltando que mesmo que se tenha respaldo literário e evidência científica que dê suporte a determinada conduta assistencial elegida por uma categoria profissional, há a necessidade da participação de outros membros da equipe multiprofissional neste processo, a conscientização dos demais profissionais da equipe se faz necessária para que se tenha maior engajamento e motivação para o alcance do resultado almejado com aquela ação, e a mesma se sustente, observe a fala a seguir:

(Fisioterapeuta 2) As 2 formas de abordagem são importantes. Contudo, são interligadas, porque ao se definir uma direção assistencial, mesmo baseada em evidencia, se não houve o entendimento e consenso mutuo de todos os profissionais, não será tão aplicável na prática.

Portanto, temas que abordam ações que envolvem muitos profissionais de diferentes áreas, como foi o tema abordado de prevenção de broncoaspiração neste trabalho, bem como muitos outros temas existentes no cenário da prática, são favorecidos pela configuração interprofissional. Pois, pode enriquecer de maneira mais diversificada as

possibilidades de construção do planejamento assistencial. Tal percepção pode ser contemplada nas falas a seguir:

(Fisioterapeuta 2) Na abordagem uniprofissional, são discutidos temas delimitados a área específica de profissão, mas na assistência ao paciente, uma profissão depende das outras, e precisam dialogar entre si.

(Médico) O formato interprofissional, por recrutar saberes de diferentes áreas profissionais, com suas experiências e conhecimentos, torna o resultado muito mais completo.

(Téc. De enfermagem 2) A interprofissional é muito mais eficiente por contemplar diversos aspectos da assistência, proporcionando uma abordagem mais ampla. Enquanto que na uniprofissional, se delimita a aspectos inerentes àquela profissão

Um outro aspecto, se refere a profissões que estão acostumadas por muito tempo a tomarem conduta isoladamente como o exemplo da medicina, pode beneficiar-se ao integrar-se ao modelo interprofissional de trabalho, conforme comentário médico na entrevista:

(Médico) Uma profissão acostumada a trabalhar de maneira mais isolada, quando experimenta se aproximar do diálogo interprofissional, consegue resolutividade mais rápida, de seus dilemas assistenciais do cotidiano, o que torna essa prática cada vez mais necessária para o processo de trabalho.

Outro ponto importante, é que reunir a equipe interprofissional para discutir temas assistenciais, permite evitar a perda de informações valiosas para tomada de decisão sobre condutas futuras, já que todos podem *a priori* considerar pontos que passariam despercebidos ou não comunicados, mas que fazem diferença na escolha da ação assistencial mais adequada.

(Enfermeira 4) Na interprofissional, ocorre uma melhor gestão das informações pertinentes para elaborar o plano assistencial do paciente, evitando perda de informação, decisões precipitadas, em todo esse contexto.

Apesar de enriquecer o processo de trabalho em equipe de saúde, existem muitos pontos delicados e empecilhos em ações educativas interprofissionais. Podemos citar entre eles:

(Enfermeira 2) Reunir pensamentos em grupo não é uma tarefa fácil.

(Enfermeira 2) Quando a discussão é em equipe uniprofissional, é mais homogêneo e gera entendimento mais fácil. Já na interprofissional é um desafio maior por terem diferentes formações e pontos de vista.

(Nutricionista) Uma limitação é não poder aprofundar tanto em alguns aspectos técnicos de uma área em específico, como no caso da uniprofissional.

Diferentemente destes aspectos supracitados nas falas das entrevistas, é importante lembrar que a abordagem interprofissional se faz necessária para trazer resultados práticos mais sólidos, quando se espera que haja envolvimento de diferentes categorias profissionais, conforme comentário:

(Médico) Por maior que seja o conhecimento e experiência de um grupo uniprofissional organizando um protocolo que diz respeito a ações multiprofissionais, acaba gerando conflito, por divergência de ideias, já uma confecção interprofissional, traz maior aceitação.

No entanto, as relações de poder podem aparecer na forma de resistência, disputa de egos, ou mesmo confronto de pontos de vista. O modelo de formação tradicional corresponde, por um lado, a uma rede de serviços, a gestão e a atenção à saúde organizadas em torno das intervenções do profissional médico, com os demais profissionais atuando como auxiliares do trabalho médico ⁽⁷⁵⁾. A proposta de uma gestão colegiada, com seus pilares centrais na busca de superação do modelo médico hegemônico e de fragmentação das ações em saúde, se faz necessária no cenário contemporâneo ⁽⁷⁶⁾.

Contudo, devido a este processo, ainda há certo receio de executar e participar de ações de natureza que englobem todos estes profissionais de diferentes categorias no processo. As falas a seguir, comentam este fenômeno:

(Enfermeira 3) Na interprofissional não sei se é possível ocorrer barreiras, exemplo: Da equipe médica, ver outras categorias “ensinando” eles, ou mesmo esta mesma situação entre integrantes de outras diferentes profissões.

(Enfermeira 3) Um profissional ouvindo sugestões de outras categorias profissionais corre-se o risco de não receber bem, pelo ego, e pela discordância de ideias, confrontando as experiências dele com o que está sendo sugerido de maneira diferente da forma como ele habitualmente faz.

Além disso, a combinação de atividades de aprendizado planejadas para promover resultados colaborativos com aqueles organizados para alcançar resultados mais específicos de uma profissão pode ser problemática. Aprendizes podem enfrentar incertezas a respeito do objetivo geral da educação interprofissional ⁽⁶⁷⁾. Dessa forma, a escolha dos métodos e objetivos propostos devem ser cuidadosamente planejados afim de evitar este tipo de situação.

Ainda a despeito de dificuldades para realização de ações educativas interprofissionais, podemos comentar a logística na organização e reunião de atividades em grupo, o que não é uma tarefa fácil, ainda mais num cenário de educação permanente em saúde, onde as discussões ocorrem no ambiente de trabalho. Esta dificuldade, foi contemplada na fala de um dos entrevistados:

(Téc. De enfermagem 2) As maiores dificuldades de abordagens interprofissionais é todos conseguirem disponibilizar tempo, bem como agenda disponível para reunir toda a equipe, não só de diferentes categorias profissionais mas também diferentes turnos de trabalho.

Contudo, apesar das observações acima, estudos defendem que de forma geral, oportunidades de educação interprofissional contribuem para a formação de profissionais de saúde melhor preparados para uma atuação integrada em equipe, na qual a colaboração e o reconhecimento da interdependência das áreas predominam frente à competição e à fragmentação ⁽¹⁾. Portanto devem ser buscados para que se torne uma realidade mais frequente em ações educativas envolvendo profissionais de diferentes áreas.

4.5.2.3.3 REAVALIAÇÃO COMPARATIVA DOS CUIDADOS DE PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO, ENTRE OS MOMENTOS PRÉ E PÓS-AÇÃO EDUCATIVA:

Os resultados apresentados em seguida foram analisados estatisticamente após realização da operacionalização da pesquisa propriamente dita. No aval estatístico, os dados foram considerados interessantes para posterior publicação em artigo científico.

A fim de evitar viés de coleta de dados, esperamos 3 meses do término do treinamento, e então ocorreu a reavaliação com uma nova coleta de dados idêntica àquela proposta na fase 1 exploratória do projeto, divididas em etapa 1,2 e 3 conforme (apêndice 1, 2 e 3) para levantar a adesão à implementação do protocolo de prevenção de broncoaspiração. O período de coleta de dados do momento pós-ação educativa foi de (março a junho de 2017), ou seja, 4 meses consecutivos.

O intervalo de tempo entre os momentos pré-ação educativa - Exploratória (fase 1 – etapa 1,2 e 3) e pós-ação educativa –Avaliação (fase 3) foi de 2 anos.

Para a análise dos dados quantitativos, segue a seguir os resultados da adesão ao questionário por categoria profissional, no momento pós-ação educativa. A média percentual de devolutiva dos profissionais respondentes, foi superior a 81%.

Tabela 10. Distribuição dos profissionais na aplicação do questionário na etapa da pós-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2017

Profissionais	Entregues	Respondidos	% Respondidos	% Sem resposta
Enfermeiros	7	7	100	0
Fisioterapeutas	3	3	100	0
Fonoaudiólogos	3	3	100	0
Médicos	30	21	70	30
Nutricionistas	2	2	100	0
Téc De enfermagem	15	13	86,6	13
			Média geral	Média geral
TOTAL	60	49	81,6	18,4

As tabelas 11 e 12 demonstram o perfil sócio-profissional dos participantes que responderam os questionários na etapa pós-ação educativa.

A tabela 11 demonstra que a variável gênero, com exceção da categoria médica, é majoritariamente do gênero feminino. Em sua maioria, os participantes são solteiros, e tem idade média por volta dos 30 anos. O tempo de formação, e de experiência profissional é maior nos profissionais téc. De enfermagem comparados as demais categorias.

Os nutricionistas, fonoaudiólogos não possuem 2 empregos seguidos dos técnicos de enfermagem, que têm menor frequência de adesão a uma rotina de dois empregos na sequência.

Tabela 11. Distribuição do perfil dos participantes do questionário na etapa pós-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2017

Categoria	Gênero				Idade	Tempo de formação (anos)	Experiência (anos)	Possui mais de 1 emprego (%)
	F	M	Casado	Solteiro				
	(%)	(%)	(%)	(%)				
					Média	Média		
Enfermeiros	100	0	17	83	36	8	7	43
Fisioterapeutas	67	33	33	67	33	10	9	67
Fonoaudiólogos	100	0	0	100	27	3	3	0
Médicos	42	58	25	75	29	8	5	48
Nutricionistas	100	0	0	100	33	11	10	0
Téc. Enfermagem	85	15	82	18	37	12	7	8

Com respeito a qualificação profissional na tabela 12, a fonoaudiologia e medicina, são as categorias com maior percentual de formação em universidade pública, comparada as outras categorias.

Fisioterapeutas e nutricionistas seguidos dos enfermeiros, são os profissionais que mais frequentemente possuem especialização profissional concluída. Entre os médicos, os que cursavam o 2º ano de residência, eram a maioria.

Com relação à qualificação no nível de mestrado ou doutorado, não haviam profissionais nesses níveis de formação.

Tabela 12. Distribuição da qualificação dos profissionais participantes do questionário na etapa pós-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2017

Categoria	Formação em Universidade		Nível de qualificação profissional					
	Pública	Particular	Especialização	Residência			Mestrado	Doutorado
	(%)	(%)		(%)	R1 (%)	R2 (%)		
Enfermeiros	14	86	71	0	0	0	0	0
Fisioterapeutas	67	33	100	0	0	0	0	0
Fonoaudiólogos	100	0	0	0	100	0	0	0
Médicos	84	16	15	20	40	25	0	0
Nutricionistas	50	50	100	0	0	0	0	0

A Tabela 13, apresenta a distribuição comparativa dos cargos dos profissionais avaliados através da aplicação do questionário, e a as notas gerais do mesmo nos momentos pré e pós-ação educativa.

Na primeira linha da tabela 13, obteve-se um nível estatístico de ($p = 0,984$) significando que não há evidência que aponte que a distribuição dos profissionais respondentes dentre os 44 do momento pré deve ser diferente da distribuição dos 49 profissionais respondentes do momento pós-ação educativa.

A última linha da Tabela 13, aponta que não há evidência suficiente para apontar que a nota média geral entre os profissionais, tenha variado entre os momentos pré/pós-ação educativa. O Gráfico 3, representa essa distribuição.

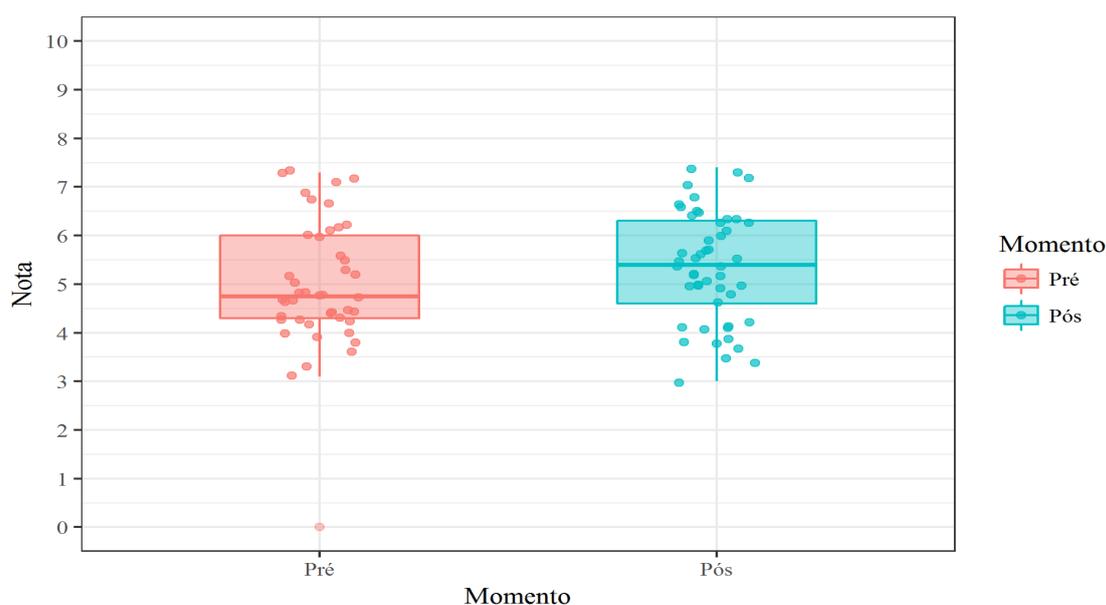
Tabela 13. Resultados comparativos dos questionários pré e pós-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2017 Total de profissionais que responderam ao questionário: (%) por categoria

Ação educativa	Pré (n=44)	Pós (n=49)	p
Enfermeiros	9/44 (20,5%)	7/49 (14,3%)	0,984 ¹
Fisioterapeutas	3/44 (6,8%)	3/49 (6,1%)	
Fonoaudiólogos	2/44 (4,5%)	3/49 (6,1%)	
Médicos	17/44 (38,6%)	21/49 (42,9%)	
Nutricionistas	2/44 (4,5%)	2/49 (4,1%)	
Técnicos de enfermagem	11/44 (25,0%)	13/49 (26,5%)	
Notas gerais dos profissionais			
Média ± DP	5,0 ± 1,4 (n=44)	5,3 ± 1,1 (n=49)	0,142 ²

(1) Teste exato de Fisher

(2) Teste *t-student*

Gráfico 3. Boxplot comparativo das notas dos profissionais pré e pós ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2017



Os profissionais avaliados no momento pré-ação educativa, não eram necessariamente os mesmos do pós, sobretudo pela alta rotatividade no setor. Dessa forma, no questionário conforme tabela 13, não havia registro que pareasse as respostas dos mesmos entre os momentos pré e pós ação educativa, portanto, as unidades foram tratadas como independentes e avaliadas segundo teste exato de Fisher e teste *t-student* apropriadamente.

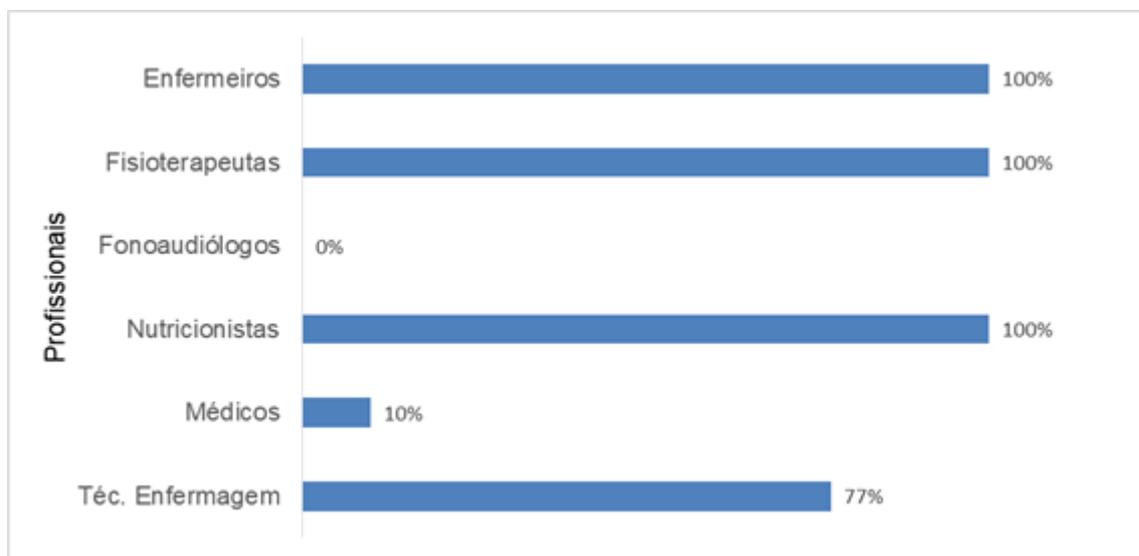
O percentual de profissionais por categoria em que isto ocorreu, foi de: Enfermeiros 43%, fisioterapeutas 66%, fonoaudiólogos 100%, médicos aproximadamente 90%, nutricionistas 50% de e técnicos de enfermagem 76%, eram diferentes entre os 2 momentos.

Semelhantemente, a respeito aos profissionais que participaram do treinamento sistemático em 4 módulos, e depois responderam ao questionário pós-ação educativa, o *turnover* dos profissionais foi mais proeminente novamente na categoria médica 90%, e de fonoaudiologia 100%. Essa rotatividade expressiva, se deveu principalmente, pela rotina de roda periódica de residentes de medicina e fonoaudiologia para diferentes setores, e a troca frequente de plantonistas da unidade.

Nas outras equipes tivemos menor rotatividade, com os mesmos profissionais compondo a equipe do setor, que participaram de todo o treinamento e também participaram da coleta de dados pós-ação educativa, com a seguinte distribuição em porcentagem: Enfermeiros 100%, fisioterapeutas 100%, nutricionistas 100% e técnicos de enfermagem 76%, nos momentos pós-treinamento e de coleta de dados pós-ação educativa.

O gráfico 4, demonstra a (%) de profissionais no pós-ação educativa, que a priori haviam participado do treinamento.

Gráfico 4. (%) de profissionais no pós-ação educativa, que a *priori* haviam participado do treinamento na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2017



Já a Tabela 14, descreve a nota dos profissionais discriminadas por cargo e momento. Foi ajustado um modelo linear com interação entre momento e cargo para comparar a variação das notas para cada cargo antes e depois. Nessa análise estratificada, ao nível de significância de 5% identifica-se que ao menos entre os enfermeiros avaliados a nota foi 1,1 ponto em média superior ($p = 0,049$), e os técnicos de enfermagem, há um aumento de 1,0 ponto em média entre os momentos ($p = 0,029$). Já entre os outros profissionais, com base no p de significância, não há evidência de variação.

Contudo, quando comparamos as diferenças entre as médias dos nutricionistas em relação aos técnicos de enfermagem no momento pré em relação ao pós-ação educativa, observamos uma evolução de 1 ponto na média nas duas categorias, porém, diferente do caso dos técnicos de enfermagem ($p=0,029$), o aumento de 1 ponto na média dos nutricionistas não resultou em diferença estatística ($p=0,362$), talvez isso se deveu ao fato de que apesar do n dos nutricionistas ter sido de apenas de 2 profissionais, esse era o total de profissionais que estavam lotados no setor (100% dos profissionais da categoria no setor), mesmo assim, essa não é a nossa população. Por estarmos realizando um teste estatístico de hipótese, não podemos tratar nossas amostras como população. Interpretamos como uma amostra de todos os possíveis

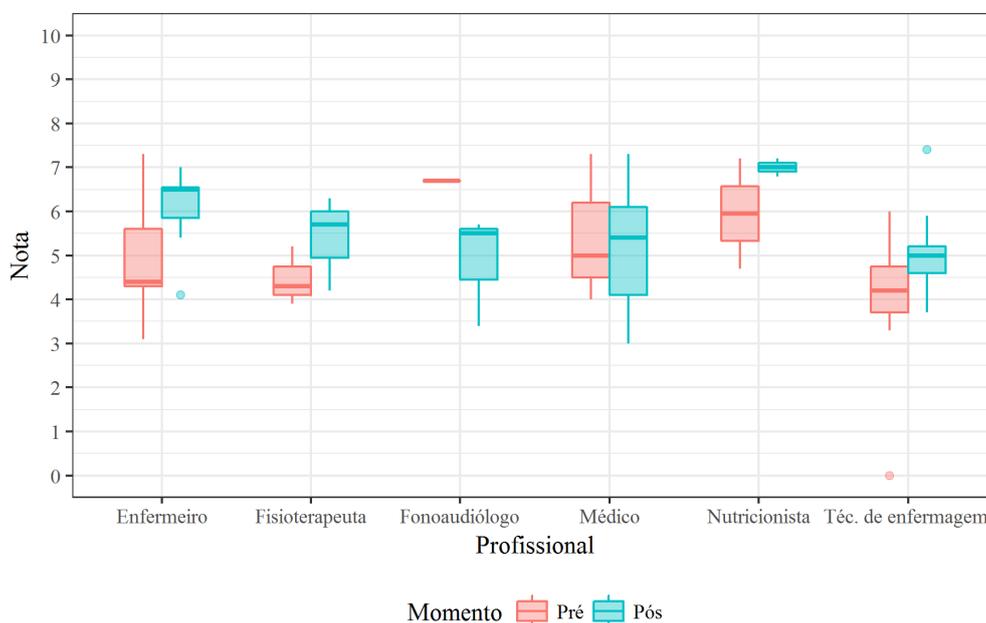
nutricionistas que estariam ocupando aquela posição. Dessa forma, nossa extrapolação não é para estes profissionais, mas sim para todos os possíveis profissionais naquela função. Contudo, sabemos que um número menor de amostras dos nutricionistas em relação ao de técnicos de enfermagem, nos fornecem menos informação do que se o N fosse maior nos dois casos, portanto, ao nível de significância de 5% podemos afirmar que existe diferença média entre os técnicos, mas não entre os nutricionistas.

Algo similar ocorreu também para a equipe de fisioterapia, onde 100% da equipe participou da coleta de dados (n=3), e a média do pré em relação ao pós-ação educativa aumentou 0,9 pontos, porém com nível de significância de (p=0,321).

Tabela 14. Distribuição de notas por categoria profissional, comparativamente nos momentos pré e pós-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2017

Profissional	Momento		Valor p
	Pré	Pós	
Enfermeiro	5,0 ± 1,2 (n=9)	6,1 ± 1,0 (n=7)	0,049
Fisioterapeuta	4,5 ± 0,7 (n=3)	5,4 ± 1,1 (n=3)	0,321
Fonoaudiólogo	6,7 ± 0,0 (n=2)	4,9 ± 1,3 (n=3)	0,083
Médico	5,4 ± 1,1 (n=17)	5,2 ± 1,1 (n=21)	0,688
Nutricionista	6,0 ± 1,8 (n=2)	7 ± 0,3 (n=2)	0,362
Técnico de enfermagem	4,0 ± 1,5 (n=11)	5 ± 1,0 (n=13)	0,029
Média ± DP	5,0 ± 1,4 (n=44)	5,3 ± 1,1 (n=49)	0,142

Gráfico 5. Demonstração das notas dos profissionais por categoria comparativamente nos momentos pré e pós-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2017



Na tabela 15, usando uma questão em formato de item *Likert*, nota-se que ao nível de significância de 5% não se pode afirmar que os profissionais se sintam mais capacitados para prestar assistência com foco na prevenção de broncoaspiração em pacientes com sonda enteral em UTI, no momento pós-ação educativa, a proporção dos que concordavam parcialmente e totalmente são similares, embora exista uma diferença ligeira no percentual de discordância parcial à favor do item “Não concordo, nem discordo”. Se soubéssemos quais os profissionais que responderam antes e depois, provavelmente conseguiríamos dizer que houve uma melhora, porém, considerando independência dos respondentes entre os momentos, é mais difícil apontar diferenças. E nesse caso, sendo rigorosos com o nível de significância, a conclusão é que não foi possível identificar melhora na distribuição sobre a autopercepção de capacitação.

Com o desenrolar da pesquisa, o intuito acabou focando em avaliar não os mesmos profissionais nos momentos pré e pós-ação-educativa, isto porque com o tempo, percebemos que a rotatividade em algumas categorias seria um grande empecilho para avaliar os mesmos profissionais. Sendo assim, o intuito passou a ser a comparação do cenário/realidade da UTI com foco na prevenção de broncoaspiração, nos recortes temporais pré e pós-ação educativa,

independentes dos profissionais presentes no setor serem ou não os mesmos nos 2 momentos. Tentou-se uma abordagem diferente, avaliando a resposta como uma variável discreta (contínua) realizando um teste não paramétrico de *Mann-Whitney* entre os 2 momentos, mas o valor de p foi similar ($p = 0,057$).

Tabela 15. Comparação da autopercepção de capacitação sobre prevenção de broncoaspiração, entre os momentos pré e pós-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2017

Você se sente plenamente capacitado e instruído a prestar assistência com foco na prevenção de broncoaspiração em pacientes sonda enteral em UTI?

Ação educativa –	Momento:	Pré (n=44)	Pós (n=49)	P*
		3/42		
(Discordo plenamente)		(7,1%)	1/49 (2%)	0,054
		14/42		
(Discordo parcialmente)		(33,3%)	6/49 (12,2%)	
		5/42		
(Não concordo nem discordo)		(11,9%)	13/49 (26,5%)	
		18/42		
(Concordo parcialmente)		(42,9%)	25/49 (51%)	
		2/42		
(Concordo plenamente)		(4,8%)	4/49 (8,2%)	

* Teste exato de Fisher

Na tabela 16, fizemos uma avaliação de percepção da capacitação pré e pós-ação educativa idêntica a questão da tabela 15. Porém, com uma análise para cada categoria profissional em específico. No entanto, há ainda menos informação quando segregamos por categoria profissional. Sendo assim, se torna ainda mais difícil apontar que a distribuição do momento pós é mais "positiva" para as respostas do que no pré-ação educativa para cada profissional. Dessa forma, não há evidência suficiente ao nível de 5% que indique que no momento pós-ação educativa, aumentou a autopercepção de capacitação de algumas das categorias profissionais avaliadas.

Contudo, vale ressaltar que muitos profissionais avaliados no momento pós-ação educativa (para a questão da tabela 15, não participaram dos treinamentos sistemáticos com os profissionais do setor, pois ainda não haviam sido alocados para a unidade nesta época (tivemos um intervalo de 4 meses pós-treinamento, até a aplicação do questionário pós ação educativa). Sendo

assim, diferente dos profissionais que haviam vivenciado o treinamento interprofissional no setor, os novos profissionais alocados depois do treinamento, tiveram apenas a percepção de capacitação baseada em suas experiências e conhecimento prévio, e relativa influência da atual rotina do setor que em algum grau pode ter transmitido um efeito remanescente do treinamento sobre eles, para poder refletir sua autopercepção de capacitação como resposta à questão aplicada na tabela 15.

Os valores de p da Tabela 16 se referem ao teste exato de Fisher para comparação entre os momentos (Pré/Pós) ação educativa para cada categoria profissional.

Tabela 16. Distribuição por categoria profissional sobre a comparação da autopercepção de capacitação sobre prevenção de broncoaspiração, entre os momentos pré e pós-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2017

Profissional	Enfermeir	Fisioterap euta	Fonoaudiól ogo	Médico	Nutricionis ta	Téc. de enfermag em
Momento						
Pré						
(Discordo plenamente)	0/8 (0%)	0/3 (0%)	0/2 (0%)	2/17 (11,8%)	0/2 (0%)	1/10 (10%)
(Discordo parcialmente)	2/8 (25%)	2/3 (66,7%)	0/2 (0%)	8/17 (47,1%)	1/2 (50%)	1/10 (10%)
(Não concordo nem discordo)	0/8 (0%)	0/3 (0%)	0/2 (0%)	2/17 (11,8%)	0/2 (0%)	3/10 (30%)
(Concordo parcialmente)	5/8 (62,5%)	1/3 (33,3%)	2/2 (100%)	5/17 (29,4%)	1/2 (50%)	4/10 (40%)
(Concordo plenamente)	1/8 (12,5%)	0/3 (0%)	0/2 (0%)	0/17 (0%)	0/2 (0%)	1/10 (10%)
Pós						
(Discordo plenamente)	0/7 (0%)	0/3 (0%)	0/3 (0%)	1/21 (4,8%)	0/2 (0%)	0/13 (0%)
(Discordo parcialmente)	0/7 (0%)	0/3 (0%)	0/3 (0%)	5/21 (23,8%)	0/2 (0%)	1/13 (7,7%)
(Não concordo nem discordo)	3/7 (42,9%)	0/3 (0%)	1/3 (33,3%)	7/21 (33,3%)	1/2 (50%)	1/13 (7,7%)
(Concordo parcialmente)	4/7 (57,1%)	3/3 (100%)	2/3 (66,7%)	8/21 (38,1%)	1/2 (50%)	7/13 (53,8%)
(Concordo plenamente)	0/7 (0%)	0/3 (0%)	0/3 (0%)	0/21 (0%)	0/2 (0%)	4/13 (30,8%)
Valor p ¹	0,125	0,400	1	0,242	1	0,429

(1) Teste exato de Fisher

A Tabela 17, descreve a avaliação de percepção imediatamente pós treinamento, de 32 profissionais do setor também na forma de item *Likert*. Todos concordaram parcialmente ou plenamente às três perguntas realizadas.

Dessa forma, observamos que quando foi realizada a pergunta 2 da tabela 16 (idêntica à pergunta da tabelas 15 e 16), para os profissionais imediatamente após participar do treinamento, temos um padrão bem mais positivo em relação a autopercepção de capacitação com respeito ao tema de prevenção de broncoaspiração, comparado as respostas dos profissionais do momento pós-ação educativa (4 meses após o treinamento). Um dos motivos para esta situação, pode estar na troca de profissionais por efeito da rotatividade, pois estes últimos não haviam vivenciado o treinamento, por terem sido transferidos para o setor após a ocorrência do mesmo, outro fator, pode ser pelo efeito do tempo sobre as informações que vão se perdendo, para aqueles que participaram do treinamento e ainda permaneciam na unidade.

Sendo assim, percebemos que o treinamento, modificou a autopercepção dos profissionais positivamente por este prisma, mas a necessidade de continuidade de educação em serviço, através da ação conjunta dos multiplicadores, faz-se necessária, pois o tempo mostrou ser um agente dissipador de tal sentimento de capacitação em muitos profissionais avaliados.

A distribuição dos profissionais por categoria, que responderam a questão 2 da tabela 17, foram: Enfermeiros (n=7), fisioterapeutas (n=3), fonoaudiólogos (n=1), médicos (n=5), nutricionistas (n=2) e técnicos de enfermagem (n=13), totalizando 31 profissionais.

Outrossim, ainda na tabela 17, conforme as respostas da questão 1º e 3º, podemos perceber um sentimento de aceitação e apoio a abordagem em formato interprofissional, gerado pela experiência de participação em nossa ação educativa implementada.

Tabela 17. Avaliação geral de percepção dos profissionais da equipe multiprofissional imediatamente pós-treinamento na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2017

Avaliação de percepção pós-treinamento interprofissional	Total (n = 32)
1- Acho de grande importância que os conteúdos do treinamento, sejam expostos com discussões teóricas em conjunto com demonstração prática em equipe	
(Discordo plenamente)	0/32 (0%)
(Discordo parcialmente)	0/32 (0%)
(Não concordo nem discordo)	0/32 (0%)
(Concordo parcialmente)	3/32 (9,4%)
(Concordo plenamente)	29/32 (90,6%)
2- Sinto-me mais capacitado e seguro para prevenir broncoaspiração agora após o treinamento, do que antes dele ocorrer.	
(Discordo plenamente)	0/31 (0%)
(Discordo parcialmente)	0/31 (0%)
(Não concordo nem discordo)	0/31 (0%)
(Concordo parcialmente)	13/31 (41,9%)
(Concordo plenamente)	18/31 (58,1%)
3- Acredito que dialogar sobre temas assistências reunindo a equipe multiprofissional em conjunto, é mais adequado do que realizar diálogos com as categorias profissionais em separado.	
(Discordo plenamente)	0/32 (0%)
(Discordo parcialmente)	0/32 (0%)
(Não concordo nem discordo)	0/32 (0%)
(Concordo parcialmente)	4/32 (12,5%)
(Concordo plenamente)	28/32 (87,5%)

Conforme a tabela 18, compararam-se os profissionais quanto à realização de alguns indicadores de prevenção de broncoaspiração na observação sistemática beira leito, pré e pós-ação educativa, ao nível de significância de 5% aponta-se que a questão “Reinfunde o VRG drenado pela sonda enteral?” que antes da ação educativa apresentava 72% de casos respondidos como sim, passaram a zero, pós-ação educativa, achado este que foi muito satisfatório, uma vez que a proposta do treinamento era que o volume residual gástrico (VRG), fosse descartado, pelo risco de contaminação durante a reinfusão, independentemente da quantidade drenada. O protocolo específico para condutas relacionadas a interpretação do VRG que foi adotado no setor durante a elaboração do treinamento, conforme figura 7. Alguns itens como

cabeceira elevada e sonda enteral com fixação segura, já eram muito bem avaliados e se mantiveram assim.

Tabela 18. Distribuição comparativa dos itens da observação sistemática de cuidado para prevenção de broncoaspiração, entre os momentos pré e pós-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2017

Observação sistemática de cuidado para prevenção de broncoaspiração em campo	Pré (n=32)	Pós (n=26)	p*
1) Cabeceira >30°	29/32 (90,6%)	25/26 (96,2%)	0,62
2) Presença de sonda enteral	32/32 (100%)	26/26 (100%)	1
3) Presença de sondagem oroenteral em intubados	8/19 (42,1%)	5/19 (26,3%)	0,495
4) Sonda enteral com fixação segura	28/30 (93,3%)	26/26 (100%)	0,494
5) Infunde água no término da dieta?	28/32 (87,5%)	22/26 (84,6%)	1
6) Testa volume residual gástrico (VRG) pré dieta?	21/32 (65,6%)	22/26 (84,6%)	0,136
7) Aguarda mínimo 30 minutos após última infusão de água para testar VRG	20/32 (62,5%)	20/26 (76,9%)	0,268
8) Ausculta a locação da sonda com estetoscópio pré-adm dieta?	0/28 (0%)	3/26 (11,5%)	0,105
9) Reinfunde o VRG drenado pela sonda enteral?	18/25 (72%)	0/26 (0%)	<0,001

(*) Teste exato de Fisher

Na tabela 19, a observação eira leito também incluiu apenas no pós-ação educativa, a verificação sobre a adesão aos sinalizadores de atenção ao protocolo de prevenção de broncoaspiração, que foram implementados no setor durante o treinamento, e que facilitariam os profissionais da equipe multiprofissional (principalmente de enfermagem e médica) a atentarem para os aspectos de prestar assistência, com foco na prevenção de broncoaspiração. Como podemos observar nos resultados demonstrados na média geral entre plantões, todos os itens tiveram adesão maior que 79% nas avaliações, com exceção do item: Contém na prescrição médica: “Atenção: Paciente em protocolo de broncoaspiração”. Contudo, um item passou a ser prescrito pela equipe médica: “Manter decúbito elevado”, o qual foi inspirado após a realização do treinamento no setor. A inclusão do item pendente nesta

tabela, foi discutida no terceiro encontro do grupo focal e considerada relevante para inclusão rotineira nas prescrições dali em diante.

Tabela 19. Roteiro de observação sistemática- Adesão aos itens de sinalização pós-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2017

Indicadores avaliados (n=26)	Manhã (%)	Tarde (%)	SN1 (%)	SN2 (%)	Média Geral (%)
Possui placa de sinalização de riscos beira leito?	100	100	100	100	100
Placa assinalada - Risco de broncoaspiração!	71	71	100	100	86
Há a presença de etiqueta azul na folha de prescrição?	86	29	100	100	79
Prescrição médica contém item: Atenção - paciente em protocolo de Broncoaspiração!	0	0	0	0	0

Com respeito a análise dos prontuários dos pacientes na tabela 20, destacam-se o item 2 (Registro em prontuário de pressão do *cuff*) que não era descrito e passou para quase 70%. Na verdade, na prática cotidiana pudemos observar empiricamente que após o treinamento, essa mensuração de pressão de *cuff*, passou a ocorrer rotineiramente, quase que em 100% dos pacientes intubados ou traqueostomizados. Contudo, alguns profissionais da fisioterapia esqueciam de registrar em prontuário tal realização da mensuração. Este achado foi dialogado no último encontro do GF, mostrando que tal resultado, aponta para o fato das subnotificações de cuidados em prontuário, o qual precisamos melhorar.

O item 8 (Existe registro descritivo de realização de higiene oral na anotação de enfermagem?), também merece destaque, pois passou de 74,2% para 96,2%. ($p=0,031$), mostrando um aumento expressivo da adesão por parte dos técnicos de enfermagem ao registro do cuidado prestado.

O item 5 (Registro da confirmação do RX da SE, para liberação de dieta por sonda enteral?) é um outro exemplo de uma situação similar ao que aconteceu com o registro da pressão de *cuff*. Sabemos, por fazer parte da rotina do nosso setor, que os exames de RX para confirmar posicionamento de sonda enteral, são realizados e confirmados previamente antes da liberação de dieta

enteral por todos os profissionais médicos. Porém, a baixa qualidade do registro dessa checagem, não os permitiu apontar o cuidado com maior frequência em prontuário, infelizmente.

Tabela 20. Distribuição comparativa da análise de prontuário pré e pós-ação educativa na UTI da Clínica Médica. Hospital Universitário. Município de São Paulo, 2017

Análise de prontuário	Pré (n=32)	Pós (n=26)	p*
1) Prescrição de enfermagem contem decúbito 30°?	28/32 (87,5%)	23/25 (92%)	0,686
2) Registro em prontuário da pressão do <i>cuff</i>	0/32 (0%)	18/26 (69,2%)	<0,001
3) Prescrição médica contém o volume de dieta em mL?	32/32 (100%)	26/26 (100%)	1
4) Volume de água em mL nos intervalos das dietas enterais?	31/32 (96,9%)	26/26 (100%)	1
5) Registro da confirmação do RX da SE, para liberação de dieta por sonda enteral?	17/32 (53,1%)	7/26 (26,9%)	0,062
6) Há registro RX da migração da ponta da SE para a região pós-pilórica no RX?	0/30 (0%)	2/26 (7,7%)	0,211
7) Em risco de broncoaspiração, e intolerância a dieta existe pró-cinéticos na prescrição médica?	25/30 (83,3%)	18/26 (69,2%)	0,342
8) Existe registro descritivo de realização de higiene oral na anotação de enfermagem?	23/31 (74,2%)	25/26 (96,2%)	0,031
9) Existe registro da justificativa da necessidade de sonda enteral nos pacientes sondados?	26/32 (81,2%)	25/26 (96,2%)	0,116
10) Há registro de justificativa de avaliação ou não de fonoaudiológica para pacientes com sonda enteral?	25/32 (78,1%)	22/26 (84,6%)	0,738

(*) Teste exato de *Fisher*

4.5.2.3.4 O terceiro encontro do grupo focal (GF)

Objetivo: Dialogar reflexivamente com base na experiência vivenciada pelos participantes do grupo focal, sobre a aprendizagem no formato interprofissional. Apresentar os resultados da coleta de dados pós-ação educativa, a fim de dialogarmos sobre os achados comparativos com a coleta pré-ação educativa.

Após 1 ano e 2 meses que havia ocorrido o segundo encontro do grupo focal, foi realizado o terceiro encontro do grupo, em agosto de 2017, o intervalo de 7 meses após o treinamento, e 2 meses após finalização da coleta de dados pós-ação educativa, que havia sido realizada com intuito de avaliação, divulgação e apresentação dos resultados pós-ação educativa (Fase 3 da pesquisa-ação - Avaliação), a fim de comparar com os resultados prévios do momento pré-ação educativa (fase 1- Exploratória).

Gato estava trabalhando em outra instituição, por isso não conseguiu horário para participar da última reunião do grupo. Foi realizada entrevista a distância, sobre a sua percepção da experiência participativa em todo o processo, conforme descrita no item das entrevistas.

As representantes Tigre e Águia, no último encontro, já haviam sido alocadas para outros setores, mas participaram do encontro porque permaneceram no setor desta pesquisa até o período final do treinamento.

Convidamos uma profissional que escolheu como seu pseudônimo - Onça - que atuava no setor da UTI na fase da realização do terceiro encontro. Não houve substituto para o Gato, em termos de categoria, pois na instituição, são profissionais de interconsulta e as únicas disponíveis no momento, poucas vezes haviam visitado nosso setor. E dessa forma o grupo permaneceu com total de 6 integrantes. Neste encontro, participou uma observadora, a residente de enfermagem do transplante, a mesma dos outros dois encontros anteriores.

O encontro ocorreu em uma das unidades do terceiro andar do HSP, que estava vazia na faixa de tempo do encontro. Dessa vez, não tivemos um café preliminar, mas sim chocolates especiais, que foram distribuídos aos participantes.

Ocorreu preliminarmente, a minha apresentação sobre os resultados comparativos entre os momentos pré e pós-ação educativa. Os resultados impressionaram a todos de maneira positiva, apesar dos resultados ainda não terem sido submetidos a análise estatística, mas estavam tabulados em frequência simples e gráficos e tabelas com dados em porcentagem.

Alguns questionamentos sobre os dados objetivos surgiram, como por exemplo a deficiência dos registros médicos sobre checagem do Raio-x pós-passagem de sonda enteral e mensuração de pressão de *cuff* na evolução da fisioterapia, que apareceram deficientes nos resultados do pós-ação educativa. Contudo, expliquei sobre o problema da qualidade do registro em prontuário, pois sabíamos que ocorria o procedimento na prática, mas a qualidade do registro precisava evoluir. Então todos concordaram que este era de fato o problema.

Na sequência, tivemos um diálogo reflexivo sobre a relação de aprendizagem vivenciada na construção coletiva e interprofissional de implementação de um protocolo de prevenção de broncoaspiração após toda esta trajetória de trabalho. Coelho então, tomou a palavra:

Eu acho que esse processo foi bastante interessante, embora a gente pensa assim: É por envolver uma série de profissionais que tenham trabalho de forma diferente, mas para o mesmo paciente. Eu acho bem mais difícil quando você tem que juntar toda a equipe para trabalhar com uma ação educativa, tanto que no período que as aulas foram desenvolvidas eu não pude participar e depois eu fui uma das primeiras profissionais que teve que ter essas aulas a parte. Então é difícil, mas eu acho que no aprendizado é muito melhor é muito mais rico, porque cada um tem uma visão sobre o mesmo assunto, então você acaba tendo uma interação bem maior.

Coelho ressaltou sobre a sua percepção sobre o grupo de mídia social que havia sido criado logo após o 1º GF, referindo que o grupo perdeu um pouco o foco e podia ter sido melhor aproveitado, para o desenvolvimento do tema em pauta:

Para mim foi bastante interessante, eu acho que uma das coisas principalmente, que a nutrição ganhou foi a implementação na UTI do protocolo de volume residual, uma coisa que eu tinha bastante dificuldade, tinha tentado, a gente tentou conversar. Tentei conversar com o Pássaro, é difícil a gente destituir uma coisa e aí, o moderador foi buscar o protocolo que foi desenvolvido e que era um protocolo mais atual.

Eu acho que para mim, da nutrição, acho que foi um dos pontos mais importantes e que me ajuda, hoje, trabalhar melhor com controle de qualidade, pensando em volume infundido, volume prescrito. Então eu acho que foi bastante interessante e espero isso seja uma coisa contínua, embora o trabalho acabe por aqui, mas acho que fica de lição para gente continuar com essa aprendizagem, então eu acho que quem ganha é o paciente.

Após, eu comentei que a proposta do trabalho não termina ali, mas que tenha continuidade com a incorporação da ideia para todos os nossos colegas colaboradores no setor. Pois desde o princípio, esse foi meu maior anseio.

Águia destacou a sua experiência no processo implementado, comentando a importância da ação educativa ter englobado toda a equipe, ter agregado experiências novas e enriquecedoras. E mesmo hoje, dela estar trabalhando em uma unidade vizinha a UTI da Clínica Médica, a ação educativa ecoa nessa unidade:

Eu acredito que o protocolo ter sido criado dentro da UTI e pela equipe toda, foi muito importante, principalmente pela parte da enfermagem que a gente vê que o enfermeiro está sempre à frente, mas acaba que o processo é sempre feito pelo técnico de enfermagem. E agregar o técnico nessa parte de colocar para utilizar o cufômetro, ser treinado todos os dias e capacitado para poder fazer parte da grade desse protocolo foi importante pra eles.

[...] Eu hoje, não estou mais na UTI, mas acredito que o protocolo está na UTI porque a gente vê isso saindo, como eu que sou de fora, quando eu entro eu vejo que o protocolo está na UTI e que os funcionários sabem sobre o protocolo e que eles passam isso para os funcionários nossos que estão entrando. E às vezes até as pessoas que estão lá na enfermaria! Isso reflete lá fora, e isso é importante para o paciente tanto na UTI, como lá fora! Broncoaspiração aconteceu lá na UTI, poderia acontecer lá fora, lá na clínica e foi muito importante participar desse protocolo para mim, e obrigada pela oportunidade!

Cachorro destacou sobre a importância de treinar a equipe antes de implementar qualquer protocolo. Também se mostrou motivado para que novos protocolos sejam gerados, mas observando a necessidade de empregar um modelo interprofissional e com treinamento no formato desenvolvido:

[...] esquecendo um pouco do protocolo, pensando na parte educacional, na parte de ensino, é o fato de trabalhar como equipe multi, com vários pensamentos, com várias opiniões, demonstrou no gráfico, bem visível, a diferença de uma equipe quando não é treinada e quando treinada. Na fono, e em outros setores também, como por exemplo posso ver pela minha própria equipe da fisioterapia, onde roda os residentes também, como ocorre assim na equipe médica, a adesão é muito maior quando você foi treinada, do que quando você não é treinada, então acho essa parte da educação e treinamento contínuo, a lição mais importante que fica no meu modo de entender.

[...]Tem protocolo de broncoaspiração, agora tem que vir o protocolo de TEV, e tem que vir uma série de protocolos, e lembrando sempre da parte de integração profissional e de treinamentos e uma educação continuada.

Tigre, mostrou-se bastante satisfeita com os resultados de toda a ação construída, comentou que seria importante a implementação e multiplicação dessas ações para toda a instituição:

Hoje eu não estou mais na UTI da clínica, mas o trabalho foi tão bom, a experiência foi tão boa de ter feito, de ter participado do grupo, que hoje na cirurgia cardíaca, nós até pedimos ao moderador, tem mais ou menos um mês atrás, pedi todo o material desse protocolo que foi criado para gente tentar implementar dentro da cirurgia cardíaca, claro que seria implementado dentro da UTI dentro da cirurgia cardíaca.

Nesta fase da pesquisa, Tigre já havia recebido uma promoção de setor, e em conjunto com o coordenador da enfermagem de cardiologia, de fato, levaram todo o material do protocolo e treinamento, para implementar em seus setores. A dificuldade para o progresso da expansão interunidade do protocolo, foi a grave crise financeira no HU-HSP, que havia tomado conta da instituição a pouco tempo antes, gerando o fechamento temporário de algumas unidades onde atuam estes profissionais:

E eu particularmente como enfermeira acho que, se todos os protocolos fossem criados nesse molde, a adesão seria maior, a nossa situação seria sempre 100%. Essa resistência de você tentar reeducar um funcionário com mais tempo de casa, ou até mesmo aquele que entra mas que ele já tem uma resistência adquirida, então o processo da educação continuada em si seria muito mais fácil, se isso fosse empregado em todo os outros protocolos

[...] Se não for para estar aqui, para prestar uma assistência melhor não faz sentido estar aqui. Foi ótima a experiência, sentirei saudades de vocês, agora o contato é um pouco mais distante, e aí quem sabe um dia as coisas vão melhorando na instituição e dar paraver esse protocolo para cirurgia cardíaca! Eu acredito que ele deveria ser implementado em todas UTIs, não só na UTI da clínica, mas enfim, a gente está vendo a coisa crescer, alguém que precisa começar e aí o ponta pé inicial foi feito, particularmente, com uma nota dez, e boa sorte daqui pra frente!

Como representante atual da enfermagem na UTI de implantação do protocolo, estava a Onça, primeira participação no grupo, mas trouxe algumas contribuições sobre como estava o andamento do protocolo no setor, após 6 meses do treinamento, e 9 meses após implementação do protocolo:

Eu participei de todo treinamento do protocolo de broncoaspiração. Achei muito interessante o fato de ser multidisciplinar, eu achei que isso foi tão interessante, e integrou bem as equipes, principalmente

quando a gente vai conversar, é com a nutricionista, com alguém, todo mundo está por dentro do protocolo. Os técnicos que estão sempre à frente do processo mesmo, eles estão bem conscientizados, eu acho que foi bem interessante! Vejo que todo mundo segue o protocolo, mas tem algumas coisas ainda que precisa melhorar!

[...] Toda vez que tiver uma pessoa nova no setor é importante passar essas informações, e os técnicos estão tão envolvidos que às vezes, eles mesmos passam a informação! Então é uma coisa que eu vi que sensibilizou bastante! Eu achei muito interessante! Eu acho que o fato de ser multidisciplinar foi o que pegou bem, assim, para que todo mundo se envolvesse mesmo, é isso!

Pássaro, comentou que na equipe médica, sobretudo, envolvendo os residentes de medicina, que são muito rotativos, o treinamento não ocorreu no mesmo nível de profundidade que o do formato sistematizado em 4 módulos em que as outras categorias haviam participado, e isto com certeza, refletiu nos resultados pouco expressivos na categoria médica.

Porém, o Pássaro falou sobre como seus colegas médicos preceptores, passaram a ter condutas mais alinhadas com os demais integrantes da equipe multiprofissional, após receberem os conteúdos do treinamento, por meio da multiplicação que foi realizada utilizando mídia social, e a participação no grupo:

Nesse sentido, os preceptores que estão ali atuando, já estão falando a mesma língua. Isso já é uma coisa bacana porque antes tinha dúvida, ou muitas vezes por não haver um conhecimento específico na área, era delegado, por exemplo, para nutrição, para discutir com a nutricionista, discutir com a enfermagem, então não era uma coisa que os médicos se apropriavam muito. Acho que isso foi um ganho que às vezes não está tão nítido, mas que a gente percebe na discussão. No dia a dia, esse é um ponto que eu acho que é interessante de ser colocado. Mesmo não tendo havido um treinamento especificamente dos residentes, a equipe fixa recebeu essas aulas e obviamente a gente sabe, cada um tentou se adaptar.

[...] Alguns itens que você demonstrou são muito significativos. A gente vê que estão acontecendo! Às vezes uma subnotificação aqui, ali, mas o tratamento final está acontecendo, então isso eu acho que o paciente ganha, a unidade ganha e todos nós ganhamos também.

Pássaro também reiterou que quando se aplica um treinamento sólido, os efeitos são mais expressivos, conforme podemos ver em alguns dados quantitativos do momento pós-ação educativa. Como exemplo: a equipe de enfermagem que foi o

maior contingente treinado, e conseqüentemente, foi também a equipe que mais resultados positivos alcançou no momento pós-ação educativa, obtido através de diferentes técnicas de coleta de dados.

Pássaro, movida pela atmosfera interprofissional e que aquele era o último encontro do grupo como objetivo de pesquisa, comentou sobre o desejo de que organizássemos as visitas multiprofissionais pelo menos uma vez por semana na UTI de Clínica Médica, a fim de continuarmos nos relacionando multiprofissionalmente, e dessa forma, manter o legado promissor que a interação interprofissional trouxe e poderia continuar trazendo:

E outro ponto que eu acho que também é fundamental, é a interação multiprofissional, essa sem dúvida todo mundo ganha, com qualquer protocolo como foi colocado e na verdade um dos desejos nossos é fazer a visita multi pelo menos uma vez por semana, acho que isso vai trazer benefício para todo mundo.

[...]Você tem uma proximidade maior com todos os profissionais, você saber realmente quem é o responsável por aquela área, por aquele momento. Então eu acho que o grupo de *WhatsApp* que foi criado vai ajudar bastante nesse sentido, nós nos conhecermos, mesmo que mude. Algumas pessoas, a gente sabe, que a rotatividade vai acontecer mesmo, mas eu acho que esse talvez seja o principal legado que vai ficar.

[...] Então eu queria parabenizar o grupo todo! Queria deixar a ideia da visita multiprofissional porque eu gostaria muito que ela acontecesse, nem que fosse uma vez só na semana para iniciar e depois se a gente conseguisse fazer isso de uma forma né? Já a diária mesmo. Rotineiro, mas eu acho que é parabéns! Que todo mundo saiu ganhando, nós e obviamente o paciente que é o principal da história, no final das contas!

Comentei com o grupo que sabíamos que os resultados quantitativos do momento pós-ação educativa, foram mais frágeis na equipe médica e de fonoaudiologia. Com respeito a fonoaudiologia, isso se deveu devido a rotatividade de 100% dos profissionais avaliados, impedindo de associar o treinamento com os achados pós-treinamento.

No entanto, a respeito da equipe médica, questionei ao grupo como poderíamos conseguir resultados mais preponderantes na equipe de residentes por exemplo. Então o Pássaro, respondeu que a institucionalização do protocolo poderia

ser um importante aliado para a incorporação destas ações propostas no protocolo, e então se tornarem mais facilmente incorporadas:

E como foi colocado: Não só para unidade! Mas, esse protocolo em si tem que ser institucional! Se a gente conseguir isso de forma institucional eu tenho certeza que se você aplicar esse mesmo questionário, lá na frente você vai ter em todas as categorias! Aí sim! Um ganho, porque pensa por exemplo, do ponto de vista médico, o residente roda na clínica, mas ele roda na nefro, ele roda na cardio, ele roda, então se a gente fizer isso de forma institucional, a gente vai ter um ganho para o paciente absurdo heim!? Então do ponto de vista da diretoria, não aceitar que isso seja feito, não é inteligente, acho que eles ganham também, a instituição como um todo ganha e o piloto já tá feito, agora é replicar, é muito mais simples do que você instituir alguma coisa.

Pássaro, demonstrou que independente de resultados quantitativos quanto as diferenças objetivas que apareceram e das que não apareceram, o que de fato significou estar no grupo foi o espírito de união em equipe, o sentimento de aproximação que foi gerado em cada integrante do grupo, pela construção da ação-educativa interprofissional:

Eu quero te parabenizar, porque a gente viu que a sua dedicação, e o fato de você estar sempre atualizando todo mundo no grupo, procurando cada um dos profissionais, conversando, entendendo a dificuldade de cada um que também não é fácil, a sua persistência, e eu acho que tudo, o seu carisma também, tudo isso contribuiu para que houvesse realmente um resultado positivo no final. Algumas coisas você não conseguiu demonstrar nos dados objetivos, mas que a gente sabe que houve sim! Uma mudança, um sentimento de todo mundo é que houve uma aproximação da equipe multiprofissional, e houve uma mudança na assistência ao doente, acho que esses dois pontos você está de parabéns, porque a gente conseguiu! É claro, a gente conseguiu. Por seu intermédio, obviamente por um esforço individual de cada um, mas eu acho que principalmente pelo fato de você ter unido essas pessoas e cada um agora replicar e manter isso né? Na sua área de atuação.

Com base na experiência do grupo, devido a interação interprofissional de quase dois anos já na nossa pesquisa que se desenrolava, levantei a questão de quais seriam as principais vantagens e desvantagens, de se realizar ações em formato interprofissional, na opinião do grupo. Então Pássaro, apresentou seu ponto de vista, de que apesar das dificuldades de casar as agendas de vários profissionais,

muitas vezes estar em horário de serviço, todos são muito ocupados, existe a questão de:

É eu acho que a visita ou mesmo uma abordagem multiprofissional, ela sempre acaba sendo benéfica pelo seguinte [...] A gente passa a entender o que o outro está fazendo, porque daquilo e a dificuldade que o outro tem. Porque principalmente do ponto de vista médico é muito simples, muitas vezes você prescreveu alguma coisa, você não sabe como é o operacional daquilo, qual a dificuldade que aquele profissional tem em realmente fazer daquela forma, e principalmente ouvir um contraponto, porque às vezes, você indica algo, mais não é factível.

Pássaro, afirmou que muitas vezes o profissional médico, fica pensando no porque que determinada prescrição não foi realizada, será que por falta de tempo, ou por algum problema, mas na verdade, aquilo simplesmente não é possível de ser realizado. Então ela continuou, falando o que ocorre da mesma forma, por parte de outros profissionais da equipe para o médico:

[...] da mesma forma, ao contrário, então às vezes um outro profissional, fala: Olha, talvez nesse ponto aqui, seria interessante mudar, então você ouve a opinião do outro e o por que daquela opinião, e aí você começa a ponderar, não realmente faz sentido, ou você explica o por que que quer aquilo ali, mas por que você está pedindo isso? Olha, por causa disso, disso e disso, essa interação sempre é benéfica.

[...] acho que para todo mundo, e eu tenho certeza que no momento em que é discutido uma ação, e todo mundo dá ouvido, aquela ação é tomada. Porque aí você já conseguiu saber a dificuldade, já conseguiu saber o porquê daquilo, porque também para quem recebe uma ordem, digamos assim, se ele não compreende porque daquilo ele não vai fazer, ou ele vai até fazer mas não está entendendo porque aquilo está sendo feito. No momento em que você, explica o por quê, você traz a pessoa para o seu lado, então de fato, ela não faz simplesmente por está cumprindo uma ordem, ela faz porque ela acredita que aquilo vá mudar para aquele paciente.

Todos os profissionais da equipe multiprofissional, ou mesmo de especialidades diferentes dentro da mesma categoria profissional, tem como objetivo ajudar o paciente, mesmo quando a divergência de opinião, no final todos querem o melhor para o paciente, isto foi reforçado na fala do Pássaro:

Então todos os profissionais da área de saúde, já por si só, tem embutidos a vontade de ajudar o outro, a vontade de fazer o melhor para o seu paciente, às vezes, uma discussão até mesmo entre

equipes. Duas equipes médicas discutindo, as opiniões são alheias as vezes, mas é porque querem o melhor para o paciente, cada um tem seu ponto de vista, mas no fundo todo mundo está querendo o melhor para o paciente. Os demais profissionais da mesma forma, então no momento em que você ouve o teu colega, seja ele de outra especialidade, de outra equipe, enfim, você ouve, você entende o por que, às vezes você até muda a sua opinião e que é muito saudável, você tem que ser flexível.

Tigre, comentou que o fato negativo talvez seja a organização antes da visita, em questão de agendamento, mas não a visita em si. Muitas vezes é a falta de planejamento que impede muitos profissionais de manifestarem o desejo de procurar maior interação para tomada de decisões de caráter multiprofissional, o qual a visita multiprofissional seria o momento propício para isto:

Nós seres humanos temos uma fala muito ruim que é: Ah não tenho tempo! Não dá! E essa... não tenho tempo! não dá! A gente leva para a vida, e aí às vezes o que atrapalha que faz com que a visita multi não aconteça, é exatamente essa fala, ah não tenho tempo, ah não dá! Será que não dá? Será que não é uma falta de planejamento?

[...] Falta avaliar um pouquinho mais, e prestar um pouco mais atenção nesse planejamento, que não está sendo feito corretamente, porque a gente sabe que tem dias, tem situações muito atípicas no setor, mas a gente tem aquele dia um pouco mais tranquilo, será que eu não consigo conversar com meu colega na unidade do lado para ele ficar olhando para mim na minha unidade 30 minutinhos, para eu conseguir participar da visita?

Cachorro, reforçou a importância de compreender o motivo de cada ação assistencial, pois isso reforça a motivação para o engajamento dos colaboradores nas rotinas do setor:

[...] então focando na visita, a gente não pode esquecer que além do bem para o paciente, visita é uma forma de aprendizado, e a partir do momento que a pessoa começa a ver que está interagindo naquilo, começa a aprender, começa a somar aquilo na vida dele, ele começa a ter interesse maior né? Não passa a ser uma coisa imposta para você entender a fisiologia do processo.

[...] A educação continuada acrescenta isso no funcionário, o aprender, se ele sabe o por que aquilo está acontecendo ele interage melhor, ele não vai fazer aquela cara feia, não vai fazer não, não vai negar aquilo, porque sabe que é até por causa de um bem maior!

O sentimento de manter o espírito de equipe multiprofissional, permeava a todo momento no ambiente durante o encontro, e era perceptível e recíproco a todos do grupo. A ideia da visita multiprofissional se tornava algo inadiável, a todo momento os profissionais manifestavam o desejo dela passar a ser uma realidade em nosso setor, de forma que as próprias falas passaram a ser construídas com o intuito de proposta de planejamento das visitas acontecerem no setor. Coelho, ratificou este sentimento quanto a visita multiprofissional:

[...] como eu passo em outros locais eu vejo que isso acontece. Isso é viável de se acontecer! Podemos começar com algo piloto, uma coisa curta que não ocupe tempo dos profissionais, mas eu acho que conforme você vai inserindo esse conhecimento e deixando um tempo para isso, você consegue se organizar sim, isso é viável, e eu só vejo prós, tanto para o paciente, como também pra gente. A gente consegue discutir muita coisa, e a gente consegue crescer com tudo isso!

Conforme a reunião caminhava, perguntei ao grupo, se eles pudessem voltar no tempo, o que eles fariam diferente, a respeito dessa abordagem que foi construída. Se teria alguma experiência que eles tirariam dessa ação de participar de todo o processo, ou alguma sugestão que eles gostariam de apontar para outras equipes que quisessem trabalhar um contexto interprofissional, de relação de aprendizagem.

O Pássaro afirmou que não, para a equipe fixa de preceptores, pois já havia sido multiplicado, mas para os seus residentes, ela teria enfatizado um pouco mais, para que o conteúdo do protocolo pudesse ficar fixado em suas mentes, porque eles eram os profissionais da ponta, os que prescreviam e registravam as ações em prontuário. E reforçou a importância da institucionalização do protocolo, porque permitiria incorporá-lo ao conteúdo da aula na grade teórica do programa de residência médica.

Tigre, comentou a importância da qualidade dos registros em prontuário com respeito aos cuidados de enfermagem, conforme depoimentos abaixo:

[...] dá para cumprir melhor na qualidade do registro e naqueles dados que você mostrou de ausculta que é muito perceptível isso. Até mesmo antes de falar em implementar o protocolo, eu como enfermeira, já percebia que é uma falha que ainda existe.

[...] é uma coisa que dá para melhorar, só que a supervisão tem que ser um pouco maior e claro, para eu conseguir mudar esse número, eu preciso explicar para o outro, que vai fazer, quem vai

executar, não simplesmente falar: faça! pronto e acabou! Tenho que explicar o por que.

Perguntei ao grupo, se eles, que participaram do treinamento, que multiplicaram o conteúdo, se eles achavam que de fato conseguiu-se empregar àqueles princípios andragógicos que foi traçado no segundo encontro do grupo focal, de como abordar, de como sensibilizar a equipe.

Cachorro, afirmou objetivamente que sim (risos). No entanto, Pássaro comentou:

Acho que sim. Em algumas equipes isso ficou bem mais evidente, mas eu acho que você só consegue compromisso, continuidade a partir do momento em que a pessoa se sente inserida e entendeu o motivo daquilo que está sendo solicitado. Então eu acho que esse é o ponto principal que os profissionais que de fato participaram, tiveram treinamento e que estão com aquilo. Já virou prática, porque realmente eles entenderam o por que daquilo, e começa a verificar o benefício que aquilo traz para o doente. Alguns dados são bem impactantes. Então alguns tinham uma porcentagem bem mais baixa, e no momento em que você reavaliou, você viu que houve uma melhora.

[...] e mesmo com dificuldade, muitas vezes em ter prontuário bem preenchido, como eu te falei, eu volto a pensar que muito é registro em prontuário, e não falta na prática. No fundo, se a gente conseguiu evidência em prontuário naquela porcentagem, provavelmente na prática isso acontece ainda numa porcentagem maior! Então eu acredito que sim, porque senão as pessoas parariam de fazer, elas não confiariam, nem aderiam a ideia, se elas não tivessem inseridas, não entendessem a importância. Eu acho que funcionou!

Perguntei ao grupo, qual seria o maior desafio quando se pensa em construção de ações educativas interprofissionais, caso pensássemos nesse formato. Nós percebemos muitos benefícios e as contribuições que isso gera. Mas, baseado na nossa experiência desses dois anos trabalhando nesse tema.

Nesta hora, Cachorro levantou uma questão que muitas vezes negligenciamos na prática diária, que é a questão da inclusão do técnico de enfermagem na visita multiprofissional:

Vou levantar uma polêmica agora! Um pouquinho, que me veio na cabeça agora! A gente está falando bastante de andragogia, de passar informações para todos, agora eu fiquei pensando uma coisa, a gente ia falar muito da falta de funcionário, sobrecarga de trabalho, problema do horário, mas uma coisa que eu nunca vi acontecer, em todo o hospital que eu trabalho, apesar de ser visita multidisciplinar. Vou deixar até uma pergunta aí, sempre quem participa da visita multi é um médico, fisio, o

fono, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, mas o técnico de enfermagem nunca participa da visita multi, em todos os hospitais que eu trabalhei a pessoa que mais fica com paciente, a pessoa às vezes mais conhece o paciente, não participa da visita multi, eu queria saber a opinião de vocês sobre isso!

Pássaro concordou com essa observação e comentou que precisa ser mudado. Um dos motivos para isto não ocorrer é a falta de tempo que o profissional técnico de enfermagem enfrenta, e muitas vezes essa sobrecarga de tarefas, impede até àqueles que tem enorme boa vontade. Uma forma que ela propôs para resolver esse dilema, é o técnico de enfermagem participar da visita pelo menos do paciente que esteja sob seus cuidados. Ele participaria integralmente, mas da discussão entre os profissionais apenas da sua escala de trabalho do dia.

Outro ponto levantado pelo Pássaro, é a relevância que este profissional pode ter na discussão multiprofissional

[...] porque é fundamental, não adianta nada todo mundo ficar cobrando aquele profissional que realmente, às vezes, ele dá uma informação e ninguém sabe, só ele sabe porque só ele manipulou ou conversou, ou evidenciou alguma coisa que estava lá! Uma ferida assim ou assado, só ele sabe! Lógico que o enfermeiro vai acabar sabendo porque ele vai reportar ao enfermeiro, mas aquele momento pode ser que faça toda diferença na discussão! Então eu concordo com você, acho que sim é um desafio, algo que possa trazer o técnico de enfermagem, nem que seja apenas para aquele momento da visita que diz respeito ao paciente dele.

Tigre, levantou ainda um outro aspecto, o sinergismo que a participação do enfermeiro e do técnico de enfermagem pode ter para a prática assistencial da equipe de enfermagem:

Se eu tenho só um enfermeiro, aquele enfermeiro precisa ser o multiplicador, só que às vezes, o que é interessante do técnico participar! Às vezes aquele enfermeiro, ele tem uma certa dificuldade, porque como qualquer pessoa pode ter de passar, de multiplicar, então às vezes, não segue tão eficaz assim a visita multi só com enfermeiro. Se aquela pessoa tem essa dificuldade de multiplicar, e aí talvez teríamos que fazer um teste, começar a fazer um piloto, deixar o enfermeiro e um técnico, e aí avaliando a assistência dia a dia, para ver como iria fluir!

Novamente, o Pássaro comentou sobre a questão da inclusão do profissional técnico de enfermagem nas discussões multiprofissionais:

E infelizmente essa cultura de excluir o técnico é também algo que tem que ser mudado! Todos tem uma atuação. A equipe, todos têm uma importância fundamental, sem dúvidas de quem mais manipula o paciente é o técnico de enfermagem! E muita coisa é ele quem vai saber! Às vezes é um “detalhezinho”, mas que pode fazer diferença sim, na conduta que é tomada!

Águia, se manifestou comentando sua percepção sobre o técnico de enfermagem participar das visitas multiprofissionais:

[...] Eu concordo e acredito que o técnico, ele tem que estar na visita multi também, para ele se sentir parte integrante da equipe. Não! Só eles vão lá dentro conversar, discutir e daqui a pouco vai sair uma ordem para mim. Não! Eu faço parte da equipe, eu estou aqui para o bem do paciente. E às vezes, como o Pássaro falou, tem coisas que só o técnico sabe, tem jeitos e maneiras que só o técnico sabe lidar com o paciente!

Comentei com eles que muitas vezes o técnico de enfermagem pode ser determinante na qualidade da assistência, e que temos muitos técnicos de enfermagem em nossa UTI que são extremamente competentes. Nas notas do questionário por exemplo, aplicados na fase exploratória da pesquisa, a nota mais alta entre todas as categorias havia sido de um técnico de enfermagem. E todos ficaram pensativos.

Pássaro expressou alguns pontos ainda sobre a realização das visitas multiprofissionais, que é a falta da participação do médico, que muitas vezes é um profissional que se ausenta desse cenário, sobretudo, quando as visitas são diárias:

Na maioria dos protocolos, a ausência é mesmo da equipe médica (risos), e é uma coisa ruim. É algo que a gente vai trabalhando, acredito que vem melhorando ao longo do tempo, mais um pouco da questão da figura médica de ser um pouco prepotente, acha que por ele prescrever talvez!

Todos têm a mesma importância, todos são iguais e principalmente acho que as novas gerações tem trazido isso. Isso é uma coisa mais antiga. Que está melhorando bastante! A ideia é que realmente cada um vai fazer a sua parte, cada um vai contribuir com a sua parte. Claro que todos têm que ter o seu papel bem determinado também, porque não é legal você estar fazendo o seu trabalho e eventualmente venha e comenta

alguma coisa do seu trabalho, então não é legal essa coisa de invadir também demais o lado do outro, você tem que entender o quê que o outro está fazendo, mas não ir lá e mudar algo.

Pássaro considera que a troca de ideias é a melhor forma para a assistência mais adequada, porque na conversa você descobre alguns detalhes que poderiam ser resgatados e que não haviam sido considerados, e quando não existe essa troca de pontos de vista, todos são equânimes. E quando existe atrito e disputa de egos, o paciente acaba sendo o mais prejudicado:

Então acho que é nisso que a equipe multi ganha, em respeitar a posição do outro, aprender com o outro e todo mundo ser colocado nesse patamar. Acho que essa é o grande ganho que a equipe multiprofissional traz para o cuidado do doente. Porque um acaba entrando em atrito com outro e o paciente é quem perde. Então é nessa hora que você aproveita para realmente esclarecer tudo, a coisa anda bem né? Porque no local onde as equipes tem atrito pode ter certeza que o trabalho não é bem feito! Infelizmente quem perde é o doente. Então no momento em que a gente tem uma equipe unida e tal, as coisas caminham bem! Eu acho que esse é um ponto que o desafio é manter o médico ali! (risos)

Coelho refletiu sobre o desafio para a visita multiprofissional em manter uma reunião produtiva, e que foque em outras áreas profissionais também. Pois em algumas visitas que ela participou, nos outros lugares, eram muito direcionadas a temas médicos, muito específicos, e isto fazia a reunião não ser tão produtiva para os outros integrantes da equipe multiprofissional, nem havia tanta abertura para contribuições das outras áreas, por não abrir o leque para discutir outros temas mais amplos também.

Cachorro, então lembrou que em outro serviço, o médico atuava como moderador, e dessa forma, a discussão era conduzida por sistemas, e os profissionais iam entrando no diálogo a medida que os tópicos iam se desenvolvendo, ilustrada na seguinte fala:

[...]o médico vai falar da parte hemodinâmica. Quando ele chega na parte da ventilação, fala com o fisio, chega na parte nutricional fala com a equipe da nutri, e a parte da enfermagem, ela vai falar. Ele tem e segue um roteiro que, acho que a gente pode sentar, conversar sobre isso e seguir. Não fica rodando, rodando, sobre o mesmo assunto. É uma coisa mais rápida, passando por pontos, onde todo mundo fala e fica uma coisa mais fluida, mais rápida!

Pássaro, endossou as palavras do Cachorro, e comentou o quanto a visita multiprofissional pode, ao invés de tomar tempo dos profissionais, poupa o tempo da equipe que participa.

Então Cachorro, fez a ressalva, comentando que a visita permite a construção de metas assistenciais que podem ser revistas, adaptadas, e discutido o por que da não realização de uma ação decidida na visita:

Fica mais fácil saber o que a gente fez, o que precisa ser feito! É programado, do que precisa fazer para o paciente, e na próxima pega esse mesmo paciente e você vê o que que foi feito. Foi feito? Ah tudo bem! Avalia isso, ah não foi feito? Precisamos melhorar, porque que não foi feito? E vai criando medidas corretivas quanto a isso!

Pássaro, concordou com a fala do Cachorro, e reforçou que facilita o processo e dinamiza as condutas. Porém, comentou de sermos objetivos para que todos possam ter tempo de participar:

Exatamente! E aí finalizando a ideia, é isso! De colocar as metas, e já traçou o plano, dali já sai a conduta de cada uma das especialidades, o que é que está planejado! Pontuar então, [...] tem que ser algo produtivo, mas realmente mais objetivo. Voltado para as metas e para a resolução dos problemas, porque daí na próxima, você só vai retomando, e aí sim até dá para virar algo mais rotineiro. [...] Então acho que aqui a gente já começa montar algumas ideias novas para a unidade!

Sinalizei que estávamos caminhando para o final do nosso último encontro. Agradei imensamente a participação de todos nessa trajetória dos encontros e das fases da pesquisa. Falei do quanto todo àquele processo havia me transformado, e do quanto havia aprendido com todos eles e com os colaboradores em campo. Então, pedi para que cada um fizesse um comentário final.

Coelho, fez suas declarações, entre elas, comentou:

[..] É eu acho que foi uma experiência bastante interessante, bastante produtivo, acho que isso fica de lição pra gente, de ter novas oportunidades como essa. Mesmo não sendo um trabalho, mas acho que no nosso dia a dia, e eu acho que é isso que eu tenho para falar! Muito obrigada! Eu acho que eu aprendi bastante!

Cachorro comentou a sua satisfação de participar do grupo e voltou a enfatizar a importância de ter incluído o técnico de enfermagem no contexto de equipe:

Eu sei que estou sendo meio chato. Mas eu estou batendo na parte do técnico, que eu acho muito legal esta questão. Esse protocolo fizeram eles ficarem muito mais envolvidos com o paciente. Com tudo isso! Então acho que isso é um dos pontos maiores que você conseguiu alcançar. Então, parabéns por isso!

Nesta hora, a Águia e o Tigre fizeram agradecimentos, e comentaram como a unidade e os profissionais cresceram muito com tudo o que foi construído lá, e que de fato o que o Cachorro havia acabado de dizer foi muito perceptível para quem estava no setor, principalmente depois do treinamento.

A Onça agradeceu e ressaltou:

Eu entrei na instituição no início do treinamento. E foi visível a aderência, principalmente dos técnicos! Eles se sentiram assim bem integrados mesmo, à equipe. Acho muito importante esse negócio da visita multidisciplinar e envolver o técnico também. Eu procuro todas as informações que eu pego, que eu tenho sobre os pacientes e acabo passando para os técnicos. Acho importante eles estarem envolvidos sim, principalmente nas informações de tudo o que acontece com o paciente. Então essa visita aí, envolver o técnico na visita vai ser uma coisa muito boa!

Pássaro fez seus agradecimentos ao grupo e a mim, pela oportunidade de participar. Comentou o aprendizado que foi gerado para todos através desta experiência de construção coletiva, e acrescentou:

Então, eu também não vou prolongar, mas é parabenizar pelo trabalho, realmente a sua persistência, seu carisma, o conhecimento técnico obviamente trouxe uma série de questões pra gente refletir, estudar. Não é uma área que eu particularmente tinha ou tenho grandes conhecimentos, então também trouxe um *Upgrade*, que é o que a gente colocou. Quando a gente tem algo para aprender, sempre tem algo para aprender, e é sempre melhor.

Mas enfim, é realmente assim, acho que todos saem ganhando. Acho que a instituição sai ganhando, a unidade principalmente por ter sido piloto, creio que todos aqui gostariam de participar de outros estudos. Tomara que você se anime de fazer outros também, outras pessoas se animarem. Já podem procurar o grupo que está fechado, já está motivado e principalmente assim, veja além do conhecimento, de tudo, a gente ganhou um cufômetro para a unidade! A gente ganhou o protocolo, que todo mundo está seguindo! Deus queira a instituição ganhar esse protocolo! Porque seria muito mais! Todo esse trabalho replicado seria muito bacana. Então, acho que todos saem ganhando! Só mesmo elogios aí ao seu trabalho. E peço desculpas se a gente não conseguiu contribuir com alguma coisa (risos).

Todos batemos palmas ao final, e assim finalizamos o terceiro encontro.

Minhas Impressões do terceiro encontro do grupo focal (GF)

Pássaro e outros participantes, inspirada por um desejo antigo, potencializado pela experiência interprofissional vivenciada ali nos encontros, ao término da reunião do grupo, demonstrou um forte desejo de organizarmos a partir daquele momento as visitas multiprofissionais semanais. E para a minha surpresa, já saímos do último encontro com as visitas programadas para a semana seguinte, e de fato pude contemplar a ocorrência da primeira visita beira leito com os profissionais na semana seguinte. Dali em diante passou a ser uma realidade semanal em nosso setor, envolvendo principalmente equipe de enfermagem, inclusive com os técnicos de enfermagem, além de enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, médicos preceptores e residentes.

Fiquei muito contente e impressionado como o grupo de fato se engajou, e começou a caminhar com as próprias pernas. Passou a funcionar sozinho, e agora não dependia dos objetivos que eu vinha propondo para os participantes limitando-os a pesquisa que vinha sendo desenvolvida, mas adquiriu vontade própria, e passou a criar mecanismos para identificar outras possíveis deficiências, e dessa forma, traçar suas próprias ações a fim de saná-las.

Todos sabemos que as visitas multiprofissionais, são uma realidade em muitas instituições de saúde, e até mesmo em muitos setores da nossa própria instituição. Mas vale ressaltar que nunca foi uma realidade em nosso setor em específico, na comunidade da nossa unidade, apesar do desejo de implementá-la.

Alguns integrantes do grupo já faziam apontamentos para isto, desde o primeiro encontro do grupo focal, mas ela nunca ocorreu, realmente. Na realização do último encontro do grupo, que de fato esta proposta se concretizou. Isto provavelmente, por uma dose de nostalgia que os participantes já estavam prevendo sentir, pois com o fim da pesquisa, alguns resultados obtidos objetivamente e subjetivamente, alcançados a partir desta interação, só poderiam continuar se houvesse a manutenção desta interação. Realizaram a sua própria construção coletiva na forma da implementação das visitas interprofissionais para que esta interação continuasse existindo.

A construção das visitas multiprofissionais inspiradas nas reuniões do grupo focal, foi de fato, a maior representação prática de que houve uma ação transformadora naqueles participantes. E esta construção expressava a capacidade de identificar e reconhecer a importância de cada participante da equipe multidisciplinar, das valiosas contribuições que cada um poderia oferecer, de quão bom poderia ser promover maior interação profissional na equipe através da visita, e do quanto valeria a pena o esforço e dedicação de tempo, para fazer este momento de diálogo interativo continuar acontecendo.

Impressões da observadora

No último encontro foi notável o empenho e a alegria do grupo de ver seus esforços concluídos. Todos os membros mostraram que com um pouco de dedicação do tempo de cada um, pode-se realizar algo grande e de benefício ao paciente, ao ver os últimos resultados apresentados pós-treinamento (o qual fez parte da proposta do trabalho), onde pode-se avaliar os pontos de ajustes.

A reunião iniciou com o moderador apresentando os resultados coletados depois dos treinamentos, e comparando com os resultados antes dos treinamentos.

Todos estavam atentos ao discurso do mediador. A participante Onça teve a sua primeira participação no grupo e fez anotações durante todo tempo da apresentação. Percebi uma notável satisfação de todos com os resultados positivos, e também a disposição para melhorar onde se apresentou alguma falha, como nas evoluções médicas e da fisioterapia, que realizam as ações, mas ainda não tem por hábito relatar.

Tigre se ausentou por 4 minutos e sempre de olho nas mensagens do celular, pois estava resolvendo algumas pendências no seu setor (10:43 às 10:47). Achou a experiência muito boa, estava entusiasmada com o protocolo e com os resultados apresentados, querendo aplicar o protocolo na cirurgia cardíaca (setor em que agora atua).

Cachorro e o Pássaro, estavam sempre interagindo na apresentação dos resultados.

Coelho achou difícil a ação educativa, mas muito rico como aprendizado. O grupo de mídia social deveria ser mais aproveitado, facilita a comunicação em relação ao desenvolvimento do paciente.

Águia mostrou satisfação com a criação do protocolo dentro da UTI e com uma equipe multiprofissional. Muito bom! Valorizando a enfermagem pelas ações e envolvendo a equipe técnica, o protocolo está funcionando.

Cachorro mostrava-se atento com relação a parte educacional, trabalhar uma equipe multiprofissional, a demonstração dos gráficos mostrando a diferença entre os que foram treinados. A lição mais importante para ela foi a educação continuada, lembrando que devesse manter no protocolo.

Pássaro salientou que a visita médica ficou mais fácil para a discussão em grupo. O treinamento dos profissionais houve um ganho, pois com a divulgação do material criado, os médicos estão falando a mesma linguagem. Que as equipes tiveram o treinamento em loco e foi muito bom e gera ganhos. Reforça que o tratamento está melhor, a interação interprofissional (aproveitar essa experiência para tonar a visita clinica multiprofissional com toda equipe da UTI uma realidade pois tal como o protocolo desenvolvido através dos encontros, as reuniões clínicas sobre cada paciente com todos membros só tem a trazer benefícios ao paciente).

Sobre as falhas de escrita em prontuários, se comprometeu em reforçar com toda equipe inclusive com os residentes, onde tem mais dificuldade devido à grande rotatividade. Defendeu a ideia do protocolo se tornar institucional, referiu que com a união da equipe em prol do protocolo a assistência prestada melhorou muito. Que a participação do técnico nessas reuniões (grupo focal) é sem sombra de dúvida muito bom para difundir entre os demais colaboradores, principalmente quando chega alguém para assistência, mas não pertence ao setor.

Onça não participou das reuniões anteriores, notou que as equipes estão bem integradas, foram conscientizadas e que o treinamento deve ser contínuo. O envolvimento foi grande e os técnicos passam informações sempre que alguém que não conhece chega a UTI.

Todos se mantiveram atentos desde o começo, porém do meio para o final águia se manteve dispersa, mexendo no celular com bastante intensidade.

Pássaro, parabeniza, não tem grandes conhecimentos da área mais foi muito rico para aprender com o grupo e o protocolo. Disse que queria saber o que tanto a observadora anotava ali, que no final queira ler. (o grupo inteiro caiu na risada).

Resumo geral da observadora sobre todo o desenrolar da pesquisa:

Particpei das três reuniões do grupo, também realizei as coletas de dados no período noturno, antes e depois dos treinamentos. Foi muito rico, observar as mudanças apresentadas no antes e depois, notáveis que em alguns itens as melhorias foram muitas, em outros casos nem tanto (anotações dos médicos, fisioterapeuta, equipe de enfermagem). Mas no geral é inegável que teve melhorias. O projeto ao meu ver cumpriu com seu objetivo. Referente ao grupo, todos tiveram uma participação memorável, seria impossível realizar um protocolo onde se faz necessário a atuação de vários profissionais, sem convidá-los para participar da sua confecção. O autor do projeto está de parabéns, o time que participou esteve sempre empenhado em fazer o melhor, e todos compraram a ideia do protocolo e com suas experiências e vivências. Durante as reuniões, Pássaro e Cachorro foram os que mais se expressavam, sempre com muitas ideias.

4.5.2.3.4.1 ANÁLISE DE CONTEÚDO E DISCUSSÃO DO PROCESSO EDUCATIVO COM BASE NA ANDRAGOGIA E PESQUISA-AÇÃO – GRUPO FOCAL

Tema: Caminhos, estratégias, limitações e a recompensa proveniente da educação interprofissional participativa e andragógica em saúde

O processo de trabalho em saúde, se dá também, a partir da relação interpessoal e interprofissional. Logo, explorar ações que visem favorecer o fortalecimento dos laços educativos e que projetem as ações e pensamentos para a prática colaborativa em saúde, são promissores para o alcance da integração na assistência prestada.

4.5.2.3.4.1 .1 ANÁLISE E DISCUSSÃO DA CATEGORIA TEMÁTICA 1:

EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL: CAMINHO PARA O DIÁLOGO REGADO POR APRENDIZAGEM, EMPATIA, RESPEITO E ENGAJAMENTO

O “processo educacional” é um termo extremamente amplo, que engloba o processo de escolarização, e todos os seus aspectos teóricos e práticos, como o processo de aprendizagem, os métodos de ensino, o sistema de avaliação de aprendizagem, e o sistema educacional como um todo. De fato, no caso do processo educativo de adultos requer levar em conta suas características biopsicossociais e suas experiências anteriores, presentes, futuras ou desejáveis ⁽⁷⁷⁾. Porém, em nosso estudo, ele está delimitado a educação interprofissional em uma perspectiva andragógica, e utilizou o objeto de aprendizagem em campo para os participantes do processo educativo, a prevenção de broncoaspiração, apenas como conteúdo de ministração ou tema das aulas.

A partir desta vertente, conhecer o papel das diferentes profissões por meio da interação proporcionada por um processo educativo, é o caminho para trazer a valorização e o reconhecimento por parte dos outros integrantes da equipe multiprofissional. Assim, pode ser alcançado por um caminho mais curto, o respeito e o espaço bem demarcado, a consciência desse valor inerente a cada profissão, e trazer o entendimento que beneficia o paciente. Isto pode ser visto de acordo com a fala no grupo:

GF2PA (1 US) É interessante que os profissionais de diferentes profissões na equipe, participem e compreendam o trabalho uns dos outros, não dizendo para invadir a área alheia, mais sim compreenderem o contexto de uma forma mais ampla (A).

O trabalho em equipe flui de maneira muito mais natural, do que ações focadas no individualismo, porque gera empatia, além dos profissionais não se fecharem em si mesmos, mas passarem a buscar a interação com maior facilidade.

No entanto, dois dos maiores desafios para a progressão da educação interprofissional são: liderança e avaliação interprofissional. Líderes aproveitam oportunidades, assumem riscos e aspiram mudar. No quantitativo de pesquisas sobre liderança, pouco se evidencia se os líderes colaborativos

têm habilidades e atributos de ensino e aprendizagem e a capacidade de fomentá-los.

A partir da teoria da andragogia, propõem-se superar os desafios de alinhar a aprendizagem profissional, prestando uma atenção especial ao aprendizado em conjunto com a prática. Sem os líderes clínicos, o trabalho interprofissional não será realizado e muitas equipes de saúde, continuarão trabalhando em modos desatualizados, estáticos e específicos à profissão, e deixarão de inovar e modernizar as configurações de serviços para o atendimento integrado ⁽⁷⁸⁾.

Diferentemente, os estudantes respondem à aprendizagem que é avaliada, mas as avaliações do trabalho em equipe e da competência colaborativa raramente são integradas à uma matriz de avaliação e disponíveis a visibilidade dos participantes do processo educativo.

Neste sentido, faz-se a delimitação dentro da perspectiva colaborativa interprofissional ao conceito de campo e núcleo profissional. O campo de atuação consiste no espaço comum das práticas dos profissionais da saúde que desenvolvem a atuação clínica, enquanto o núcleo envolve as ações específicas de cada profissão implicada no cuidado de saúde. Ambas as dimensões são imprescindíveis para a implementação das práticas colaborativas, pois expressam a construção de práticas comuns, com ênfase nas necessidades de saúde, articuladas às contribuições específicas do saber profissional das diferentes áreas ⁽⁷⁹⁾.

Para que este processo seja bem sucedido, é importante que os profissionais de diferentes categorias, participem do processo de ações de construção coletiva envolvendo a equipe multiprofissional. Contudo, com respeito a equipe médica, muitas vezes é observado que esses profissionais são os que mais se mantêm distantes, quando não ausentes de ações coletivas e interprofissionais. Possivelmente, isto pode ser explicado em parte, observando alguns contextos, de vestígios do pensamento de hegemonia da categoria médica na área da saúde ⁽⁷⁶⁾. Talvez pelo fato de serem os prescritores de grande parte da assistência prestada ao paciente. Como a medicina foi a primeira ocupação a se engajar com sucesso no projeto de profissionalização, eles reivindicaram a área com mais prestígio do trabalho

clínico – a habilidade de diagnosticar e tratar – o que garantiu sua posição dominante sobre outras profissões de saúde e serviço social ⁽⁸⁰⁾.

Neste sentido, em pequenos grupos educacionais, facilitadores da aprendizagem, necessitam focar na formação e manutenção da equipe, criar um ambiente não ameaçador e permitir que todos os participantes se integrem igualmente, porém esses objetivos são mais desafiadores em um contexto interprofissional dada a história de desigualdades sociais e econômicas ⁽⁶⁷⁾.

No entanto, esse pensamento médico hegemônico vem sendo substituído pela consciência gradativa, que a equipe atuando de forma interprofissional, se faz cada vez mais necessária para alcançarmos o atendimento integral, bem como a célere resolutividade para o processo de trabalho. Podemos observar o comentário sobre esta questão a seguir:

GF3PA (18 US) Muitas vezes, a ausência da equipe médica na construção de protocolos, é a maior mesmo dentro da equipe, talvez pela própria visão prepotente de ser o profissional que prescreve, mas isso vem sendo melhorado, sabemos que todos tem a mesma importância (E).

É relevante levar em consideração que o espaço de cada categoria tem de ser respeitado, para que o trabalho possa fluir com autonomia e liberdade.

Conhecer o papel de cada membro da equipe, tem relevância também para que nós tenhamos o completo entendimento do processo assistencial, e a livre sinalização e transferência de demandas interprofissionais. Esses achados puderam ser encontrados nas falas do grupo:

GF3PA (19 US) É importante compreender o trabalho do outro, as contribuições de cada membro da equipe, mas sem julgamentos ou invadir o espaço alheio, cada um tem seu campo determinado, é importante compreendermos o que o outro está fazendo, mas não ir lá e sair mudando tudo (A).

GF2AG (1 US) É importante cada profissional saber o papel um do outro, gera menos perda de informação, e permite a multiplicação de informações para os recém chegados com mais facilidade. Permite dialogar, e deveria ocorrer para diversos temas no trabalho. (A).

Em locais onde há conflito entre equipes, a qualidade da assistência é prejudicada, conforme fala no grupo:

GF3PA (20 US) O ganho da equipe interprofissional para o cuidado do paciente, está no respeito a posição do outro,

aprender com o outro, todos nesse patamar. Quando há atrito, é importante esclarecer tudo, porque, onde a equipe tem atrito o trabalho não é bem feito, e quem perde é o paciente. Já onde há equipe unida tudo caminha bem (E)

O cenário brasileiro mostra que a formação em saúde é sobretudo uniprofissional e que as iniciativas de educação interprofissional, no Brasil, ainda são tímidas e referidas majoritariamente a ações multiprofissionais na graduação e pós-graduação *latu senso* e algumas ações governamentais na política de atenção básica ⁽⁴⁾.

Muitas vezes, ocorrem reuniões de cunho multiprofissional, mas o predomínio de discussão acaba focando em apenas uma dimensão ou área do conhecimento, como exemplo, as discussões que predominam o debate sobre as condutas médicas, o que gera baixo aproveitamento dos demais membros da equipe, além de não favorecerem o enriquecimento das discussões, por termos apenas um aspecto da assistência em pauta, e uma abordagem que venha contemplar a multiplicidade de olhares para as diferentes demandas assistenciais, pode dinamizar e enriquecer o cenário de debate interprofissional. Tal observação foi contemplada na seguinte fala do grupo:

GF3CO (3 US) Um dos maiores desafios de encontros interprofissionais, é manter a reunião produtiva, e não direcionada a apenas uma ou outra área profissional, para que todos possam contribuir e sentirem que foi proveitoso para todos, e dessa forma não desanimarem (A).

Os legados da educação interprofissional são a geração de percepções dentro da equipe, sobre profissionais que se tornam referências sobre alguns assuntos específicos, e o sentimento de proximidade dentro da equipe, pelo favorecimento das relações interpessoais que esse processo propicia, além do maior engajamento de cada membro, o que se traduz na forma de resultados práticos positivos:

GF2PA (4 US) É importante o sentimento de fazer parte da equipe interprofissional, e isso é cada vez mais necessário no ambiente de trabalho, pode-se vê também em outras instituições, é importante aperfeiçoar nisso (D)

GF3PA (12 US) Houve mudança de fato, um sentimento coletivo de aproximação e união dos profissionais de

diferentes áreas e melhora na assistência, cabe replicar isso cada uma para sua área (D)

GF2CO (1 US) Quando os profissionais estão envolvidos no processo, gera mais atitude, e vontade de fazer acontecer. Porque há tempo para dialogar e aprender com os outros profissionais (D)

Pudemos observar que o trabalho em equipe trouxe uma experiência agradável a todos os participantes, evidenciado pelo desejo de multiplicar ações de natureza similar em outros locais de trabalho, conforme fala a seguir:

GF2TI (1 US) Como o trabalho foi muito bom, a ideia é multiplicar para outros setores (D)

Um ponto considerado relevante observado pela equipe, foi a abordagem ter sido configurada de maneira interprofissional, pois o relativo êxito na ação educativa segundo o grupo, se deveu, graças a este formato de configuração, uma vez que o tema abordado envolvia profissões diferentes:

GF3ON (1 US) O fato da abordagem ter sido interprofissional foi muito interessante, calhou muito bem, porque trouxe muito mais engajamento do nível médio ao superior. Algumas coisas precisam melhorar ainda, mas todos estão muito ligados ao protocolo ativamente, tanto que os próprios técnicos se prontificam a multiplicar o protocolo para os novos nos setor (D)

O agir instrumental predomina no contexto da formação e das práticas de saúde, pois está presente no conhecimento fragmentado veiculado pela uniprofissionalidade do saber. Provoca o isolamento dos profissionais, o recorte de frações do objeto de conhecimento e da atenção à saúde com ênfase na doença e prejudica a resolução articulada dos problemas, dada a complexidade dos objetos de intervenção. Em oposição, a ação interprofissional requer o trabalho em equipe, articulado em torno do cuidado das necessidades de saúde do usuário, com participação e colaboração entre diferentes profissionais, que se dedicam a reconhecer a complexidade da situação trazida pelo usuário, no respectivo contexto de vida, ao invés de um ‘pedaço do usuário’ sobre o qual deverá intervir ⁽⁸¹⁾.

Por este prisma, um aspecto interessante e pouco discutido, foi apontado como muito importante na percepção dos integrantes do grupo, referente a inserção dos técnicos de enfermagem (profissionais da ponta do processo de trabalho), na construção e implantação da ação educativa, conforme comentários a seguir:

GF3AG (1 US) Integrar todos os profissionais da equipe do setor nos treinamentos foi de suma importância. Pois, foi uma grande experiência, por exemplo, para os técnicos de enfermagem participarem do processo (D)

GF2TI (2 US) Quando mais de um profissional participa dos diálogos, facilita a multiplicação da informação, porque caso o profissional tenha dificuldades em transmitir a informação o outro participante das reuniões podem fazê-lo (D)

GF3CA (3 US) Um dos pontos mais importantes alcançados por nossa intervenção, foi a inserção dos técnicos de enfermagem no processo de aprendizagem do protocolo, porque eles ficaram muito mais envolvidos devido a esta inclusão (D)

Ainda nesse sentido, foi levantado dentro do grupo, a questão das discussões em visita multiprofissional que nos ambientes hospitalares ocorre sem a presença do técnico de enfermagem, essa infrequência acaba que tornando a visita multiprofissional incompleta, uma vez que sempre há contribuições em algum grau que este profissional pode fornecer junto a equipe. Por este prisma, foram realizados alguns apontamentos dentro do grupo:

GF2TI (3 US) A participação do técnico nas reuniões é vital para fazer-lo se sentir integrante da equipe, uma vez que há coisas que só o técnico sabe lidar (B)

GF3CA (2 US) Devemos ter atenção no que se refere ao profissional que mais próximo fica do paciente, que é o técnico de enfermagem, ser todas as vezes excluído das discussões multiprofissionais. As visitas dão direcionamento para checagem da continuidade e aperfeiçoamento das práticas reflexivas no trabalho (B)

GF3ON (2 US) Houve grande aderência da equipe, inclusive dos técnicos. A ideia de inserir os técnicos nas discussões também é muito bom, e sempre passar para eles, as informações do paciente (C).

O treinamento interprofissional vai de encontro à lógica da estratégia metodológica da pesquisa-ação no contexto, da sua base social e humana. A pesquisa-ação objetiva proporcionar as pessoas, os instrumentos e a capacitação necessária para saber como participar. Não se trata do “direito à participar”, mas da capacidade para poder participar efetivamente ⁽⁶³⁾.

Neste sentido, a educação interprofissional aspira mudar a mentalidade, desenvolver culturas de inclusão e possibilidade, e permitir trocas de habilidades relevantes para aumentar a eficiência e melhorar o atendimento ao paciente. Aspectos urgentemente necessários em tempos de pressão e austeridade na força de trabalho. Seguir em frente requer uma liderança colaborativa eficaz e uma análise mais séria da avaliação das competências necessárias para a prática colaborativa e o trabalho em equipe ⁽⁷⁸⁾.

De igual modo, após apresentação dos resultados sobre cuidados de prevenção de broncoaspiração na coleta de dados pós-ação educativa, ficou explicitado na visão dos que cooperaram na ação, que o treinamento da equipe é algo de extrema importância para o sucesso de ações educativas de natureza técnica, incorporando a consciência de que o treinamento interprofissional é o melhor caminho para ações dessa natureza:

GF3CA (1 US) A lição mais importante, é que quando a equipe é treinada, faz toda a diferença em relação a uma equipe não capacitada para um tema. Todos os grandes temas assistenciais deveriam virar protocolos com integração no treinamento em equipe (D).

A este respeito, sabemos que o diálogo em equipe interprofissional é multifacetado. Porém, quando abordado numa configuração ideal, traz consenso, empatia, e flexibilidade, o que culmina em maior eficiência e aprendizagem para todos os participantes.

Comparativamente com a abordagem educativa uniprofissional, a interprofissional fomenta a curiosidade e maior interesse por parte dos envolvidos, porque a diversidade de conceitos e olhares proporcionados em uma ação dessa natureza é ímpar. Contudo, logisticamente é mais difícil organizar interações desta natureza:

GF3CO (1 US) Interprofissional é interessante, é mais difícil, mas eu acho que o aprendizado é muito melhor é muito mais rico, porque cada um tem uma visão sobre o mesmo assunto, então você acaba tendo uma interação bem maior (B)

O aprendizado interprofissional requer o desenvolvimento de uma relação interdependente e interativa, com parceria entre equipes, e profissionais de saúde, para a tomada de decisão compartilhada sobre as necessidades de saúde ⁽⁸²⁾. Neste sentido, houve tomada de consciência por parte da equipe multiprofissional, sobre a importância de ações educativas que visam essa interação de aprendizagem, como nas falas:

GF3CO (2 US) Foi interessante, mas é importante continuar, pois trouxe uma lição da importância da aprendizagem, e o maior ganho é do paciente (B).

GF2TI (1 US) Discussões interprofissionais são muito ricas e trazem ganho a todos (B).

GF2GA (1 US) O aprendizado é muito grande quando interagimos de forma a ouvir e aprender com outros profissionais de áreas afins (B)

A análise dos constructos aponta a necessidade de ampliar os conhecimentos sobre o tema educação interprofissional e suas diversas concepções, em especial o aprofundamento de pesquisas teórico-conceituais e empíricas para consolidar consensos em torno da educação interprofissional e suas repercussões nas práticas de saúde. Também identifica as necessidades de distinguir de forma mais clara as iniciativas de interdisciplinaridade e interprofissionalidade, reconhecendo sua complementaridade.⁽⁸³⁾

4.5.2.3.4.1 .2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DA CATEGORIA TEMÁTICA 2:

**EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL ANDRAGÓGICA:
IMPORTÂNCIA DE APRENDER A APRENDER, VENCENDO OS
OBSTÁCULOS PARA UM TRABALHO EM EQUIPE**

Uma abordagem andragógica possui elementos de design, que incluem: preparar o aprendizado, oferecer um clima mutuamente respeitoso,

planejamento mútuo (por aprendizes e facilitadores), avaliação mútua de necessidades, negociação mútua de objetivos de aprendizagem, conceber planos de aprendizagem que envolvam a aprendizagem, contratos e projetos, pesquisa de aprendizagem e projetos de estudo independentes, e avaliação através de evidências ⁽⁸⁴⁾.

Durante a reflexão do grupo focal sobre os resultados da ação educativa implantada na unidade, foi comentado sobre a presença de alguns achados que demonstraram que houve tomada de consciência por parte da equipe do setor, isto se refletiu, através da materialização de resultados, na prática na forma de adesão aos cuidados de prevenção de broncoaspiração propostos como objeto de aprendizagem no treinamento, por parte da equipe, (resultados observáveis através da avaliação dos cuidados de prevenção de broncoaspiração no momento pós-ação educativa). A participação na ação educativa, que foi dos chefes de setor responsáveis pelas condutas clínicas, até o nível mais capilar/granular, como os técnicos de enfermagem, foi essencial para este desfecho:

GF3PA (4 US) A ideia de empregar os princípios da andragogia parece ter surtido efeito, houve sentimento de inserção e entendimento, evidenciado pela adesão ao protocolo na prática (B)

GF3PA (2 US) Os dados objetivos, mostraram algumas situações bem nítidas que revelam como o treinamento proporcionou melhora na assistência (A)

GF3PA (3 US) Muitas ações que ocorrem na prática, são subnotificadas em prontuário. Portanto, se houve alguma evidência em prontuário após o treinamento, na prática foi maior ainda (A).

A inclusão de toda a equipe na ação educativa, trouxe um sentimento de pertencimento nos que cooperaram na ação, proporcionou a facilitação da compreensão sobre temas assistenciais específicos, além de proporcionar tomada de consciência no grupo, essas características atreladas ao processo de supervisionamento, são os motores propulsores para a aderência ao conteúdo de aprendizagem.

Nesse sentido, podemos observar que o grupo apontou pontos relevantes em construção de ações educativas interprofissionais e no processo de aprendizagem:

GF3TI (3 US) Para que ocorra adesão as ações propostas, é necessário explicar para que o outro entenda a importância daquilo, e supervisionar melhor o processo (B)

GF3PA (1 US) Só se consegue compromisso e continuidade à partir do momento em que a pessoa se sente inserida e entendeu o motivo daquilo tá sendo solicitado, aí vira rotina! Porque eles veem resultado. Mas, para isso é preciso alcançar a todos (A)

Atualmente, há uma tendência e necessidade de superação do uso da metodologia de ensino tradicional, em função das mudanças observadas no mercado de trabalho, que exige um profissional mais crítico, reflexivo e proativo, o que é possível com o uso de estratégias que instiguem a busca pelo saber, sendo a andragogia uma dessas alternativas ⁽⁸⁵⁾.

Importa ressaltar a necessidade da introdução dos conceitos andragógicos nos programas e currículos de todas as modalidades de ensino, bem como os recursos didáticos e metodológicos mais adequados ao estudante adulto, aplicando-se técnicas que garantam o estímulo ao desenvolvimento de idéias próprias e de seleção às formas próprias para o estudo, favorecendo os critérios de maior reflexão, manifestação da criticidade e eficiência das consultas aos meios de informações disponíveis para elaboração de pesquisas e tarefas.

A aprendizagem poderá ser mais bem explorada através de métodos experienciais (que exijam o uso das experiências dos participantes nas atividades propostas), como estudos de casos, discussões de casos em grupo, trabalhos em grupos, exercícios de simulação, experiências, aprendizagem baseada em problemas, apresentações, seminários interdisciplinares, além da autoavaliação, a avaliação do grupo e das atividades. Estas atividades permitem a independência, a responsabilidade, o compartilhamento dos conhecimentos já existentes para alguns, além de reforçar a autoestima do grupo ⁽⁸⁶⁾.

Neste sentido, ressalta-se a relevância da andragogia se remeter ao pensamento da finalidade da educação permanente em saúde, também educação extra-escolar e educação corporativa, conceitos intimamente ligados ⁽⁸⁷⁾, acrescentando-se, ainda, que da aplicação dos princípios andragógicos, há a possibilidade do adulto ampliar seus conhecimentos e de se autorealizar. O adulto pode se sentir motivado a aprender quando percebe as conseqüências

negativas de seu desconhecimento e quando entende as vantagens e benefícios de um aprendizado ⁽⁸⁸⁾.

Semelhantemente, o ato de se fazer compreender visa à efetiva aprendizagem, quer dizer: tomar conhecimento; reter na memória e tornar-se apto ou capaz de alguma coisa. Então, a aprendizagem é o único e melhor caminho para desenvolver a inteligência e o facilitador é co-responsável por esta conquista ⁽⁸⁹⁾.

De acordo com o princípio andragógico da “necessidade do saber” ⁽⁹⁰⁾, o profissional, uma vez compreendendo o significado e importância de estudar determinado objeto de aprendizagem, terá um apreço muito maior e a absorção de informações ocorrerá com muito mais facilidade. Isto se tornou perceptível pelo grupo:

GF2PA (1 US) É muito importante que todos os profissionais sejam incluídos quando se tem uma ação educativa em serviço, mesmo os da ponta do processo, até porque são os que mais atribuições costumam ter. Pois uma vez compreendido a importância daquela ação assistencial, a adesão é muito maior (A).

Os principais conceitos da andragogia, quando incorporados às atividades de aprendizagem, postulam que o facilitador de aprendizagem, haja como um guia para os aprendentes neste processo, e incentive a participação dos alunos através da conexão de suas próprias experiências ao conteúdo ⁽⁹¹⁾. O Formato interprofissional favorece a aplicação desse princípio, e quebra resistências, como observado pela equipe:

GF3TI (1 US) Com certeza o formato interprofissional é o mais adequado para gerar maior adesão, quando se trata de ações de educação que envolvem a equipe de diferentes áreas profissionais (B)

GF3CA (2 US) Quando o profissional tem consciência da importância de determinadas ações no trabalho, a resistência é menor. A educação continuada favorece isso. (A).

A aprendizagem de adultos tende a ser mais complexa em função das variáveis que a influenciam, como estilos de ensino, motivação para participar, questões culturais, autoestima, experiências de aprendizagem e problemas pessoais ^(92,93).

No entanto, sabemos que há limitações das atuais teorias de aprendizagem dominantes quando se adapta a educação em saúde, em abordar como um indivíduo aprende, existe carência em explicar como a aprendizagem ocorre em sistemas dinâmicos, complexos e instáveis, como equipes clínicas em campo. Os modelos de aprendizagem que levam em consideração o conhecimento distribuído, a aprendizagem no tempo e no espaço e a complexidade de um ambiente de aprendizagem, incluindo relacionamentos entre pessoas e artefatos, são mais poderosos para explicar e prever como a aprendizagem ocorre em equipes de saúde. As teorias de aprendizagem podem ser privilegiadas por razões ideológicas, como a preocupação com o princípio da autonomia, por exemplo ⁽⁹⁴⁾.

Dessa forma, é compreensível que um tipo de teoria de aprendizagem não suprirá a resolução de todos os contextos da prática, e precisamos pensar sobre uma gama de teorias apropriadas para que o propósito de compreender como se dá a aprendizagem em equipe interprofissional de fato seja alcançado.

Contudo, o uso dos princípios andragógicos permite a aquisição de conhecimento, permite reflexão, e deflagra a percepção da necessidade de aprender no profissional, além de gerar o estímulo para o interesse espontâneo e motivação. O grupo demonstrou nas falas, que de fato houve essas características sendo desenvolvida nos participantes:

GF3PA (5 US) Houve um crescimento no conhecimento dos participantes, a partir do estímulo a reflexão, estudo e percepção da necessidade de aprender, trazido pela ação educativa (C)

GF3PA (6 US) Todos saíram ganhando, produziu conhecimento, adesão ao protocolo implementado, e até motivou para outras ações de natureza similar. (C)

GF3CA (1 US) Os benefícios dos encontros interprofissionais não são apenas para o paciente, mas também para o profissional, porque é uma forma de aprendizado para este último, agrega para a vida, e desperta o interesse, que assim passa a ser espontâneo, sem necessidade de imposições de gerencia (D)

A necessidade de superação do uso da metodologia de ensino tradicional, em função das mudanças observadas no mercado de trabalho,

que exige um profissional mais crítico, reflexivo e proativo, o que é possível com o uso de estratégias que instiguem a busca pelo saber, sendo a andragogia uma dessas alternativas ⁽⁸⁵⁾.

Contudo, princípios andragógicos são passíveis de questionamento. Um estudo com acadêmicos de medicina, demonstrou que qualquer que seja a utilidade da doutrina andragógica em ambientes de educação geral, há razão para duvidar de sua aplicabilidade em treinamentos grupais. O último princípio da andragogia de Malcolm Knowles, sustenta que os estudantes adultos são mais motivados por fatores internos do que pelos externos. A validade dessa hipótese na educação médica é examinada e é demonstrado que a motivação interna e externa depende do contexto, não é facilmente distinguível e se inter-relaciona de maneiras complexas. Além disso, a motivação psicológica para a aprendizagem é determinada por uma variedade de fatores que vão do interior ao exterior, do inconsciente ao consciente e do indivíduo ao social ⁽⁹⁵⁾.

Diferentemente, pode-se construir um modelo didático que reflita os princípios andragógicos. Um estudo investigou a eficiência de uma matriz de decisões utilizada por uma equipe de preceptoria de ensino de enfermagem, matriz esta que havia sido projetada para apoiar a avaliação de necessidades mútuas e a identificação de atividades de aprendizagem clínica individualizadas, este projeto avaliou até que ponto a matriz refletiu os princípios e elementos de design da andragogia na experiência final de preceptoria no programa. As classificações dos participantes sustentaram que a matriz em questão refletia princípios de aprendizado de adultos e elementos de design. Os principais indicadores do curso apoiaram a eficácia da matriz adotada ⁽⁹⁰⁾.

Não obstante, sabemos que a perspectiva da andragogia, defende uma concepção otimista de ser humano, que se encaixa facilmente com a nossa própria, mas que, em termos científicos é pouco testável. A fundamentação empírica dos pressupostos andragógicos revela-se consideravelmente complexa (muitos adultos não revelam preferir a aprendizagem autodirigida face a outras formas de aprendizagem ⁽⁹⁶⁾). Esta constatação abala consideravelmente os postulados da andragogia.

É importante considerar que a andragogia deve ser interpretada e conceitualizada não como uma teoria que unifica e resolve todos os problemas da educação de adultos, mas como um conjunto de princípios teóricos e práticos que suscitam em muitos adultos novas forças para realizar aprendizagens com sucesso. A andragogia constitui uma descrição empírica dos estilos de aprendizagem dos adultos e, também, uma âncora conceptual face aos comportamentos desses estudantes ⁽⁹⁷⁾. Por outras palavras, ela constitui um conjunto de orientações prescritivas e pragmaticamente validadas, que procuram combater a pedagogia tradicional e os elevados níveis de insucesso desses alunos que realizam aprendizagens em um modelo ou sistema tradicional.

Constata-se uma carência de estudos voltados para a andragogia e formação profissional, embora a teoria da andragogia seja fundamental para todas as situações de aprendizagem de adulto ⁽⁹⁸⁾. A maioria dos trabalhos está voltada para a educação formal, apresentando discussões teóricas sobre a importância da teoria para o processo de aprendizagem, sendo constatados poucos estudos práticos que possam contribuir para o entendimento de como ela pode ser operacionalizada. Alguns estudos, buscaram verificar o atendimento aos princípios da andragogia em cursos de formação profissional de várias áreas, constatando o não atendimento de tais princípios ^(99,100).

Uma outra questão levantada pelo grupo durante o encontro, foi a falta de planejamento e de otimização do tempo, é um dos principais empecilhos para realização de visitas multiprofissionais no trabalho, as quais poderiam favorecer a dialogicidade e educação interprofissional:

GF3TI (2 US) Um dos grandes empecilhos para conseguirmos realizar visitas multiprofissionais é a falta de planejamento, escondida por traz da fala: “Não tenho tempo” (E)

Para aqueles que possuem uma realidade que não favorece essas visitas multiprofissionais, por escassez de diversos tipos, “testes pilotos” para adequação, até conseguir a forma de adaptação ideal, pode ser um recurso a ser utilizado, conforme fala no grupo:

GF3CO (1 US) Ações assim, devem começar como um teste experimental e breve, para que todos se organizem, reservem um tempo, é viável e agrega, fazendo todos da equipe crescerem (E)

Uma dica que o grupo sugeriu, é que nas visitas multiprofissionais, se faça um roteiro que passe por cada tema atrelado a uma profissão em específico, que ira falar de maneira rotatória, o que dá dinamismo as discussões clínicas:

GF3CA (4 US) O ideal é que cada profissional comente sobre sua área numa discussão clínica, isso agiliza e traz fluidez nos diálogos coletivos (E)

Neste contexto, cabe ampliar os estudos sobre educação interprofissional andragógica no Brasil, visto que o seu fortalecimento, bem como o da prática interprofissional, requerem o desenvolvimento de pesquisas rigorosas envolvendo metodologias quantitativa e qualitativa, dentre outros investimentos ⁽⁸²⁾.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta pesquisa, consistiu em compreender o processo educativo interprofissional em uma esfera microssocial, numa perspectiva andragógica, em um cenário de educação permanente em saúde, uma vez que foi desenvolvida no ambiente de trabalho dos participantes e a pesquisa-ação permeando todo esse processo de interação genuína para tomada de consciência com as pessoas envolvidas no problema, no contexto da sua realidade, com a motivação e a intenção natural de uma transformação social dentro de um determinado grupo.

Para tal, a construção de uma ação educativa interprofissional participativa e andragógica foi uma experiência ímpar para mim e para a maioria dos participantes, principalmente para os integrantes do grupo focal.

Utilizar os princípios andragógicos como referencial teórico para a ação educativa, se deveu ao fato de estarmos lidando com adultos que ao mesmo tempo são profissionais com um alto grau de experiência em campo. Os princípios andragógicos, neste sentido, foram oportunos de serem adotados, uma vez que a utilização dos mesmos favorece a co-gestão participativa no grupo. Pudemos observar, que a tomada de consciência (dimensão crítica ou conscientizadora) da pesquisa-ação se consolidou, expressa por intermédio dos participantes das entrevistas individuais e do último encontro do grupo focal. De modo semelhante, o caráter instrumental da pesquisa-ação, demonstrado através de fixação de objetivos realísticos se expressou de maneira clara em alguns resultados da coleta de dados pós-ação educativa, por meio dos resultados tangíveis, sobre cuidados de prevenção de broncoaspiração (Pós-teste).

A relação interprofissional andragógica, se revelou mais expressivamente no grupo focal, em relação as reuniões nos treinamentos, pois a proposta originária se mostrou em sua mais nobre expressividade neste grupo. Contudo, as entrevistas trouxeram as percepções, emoções, sentimentos dos que participaram do treinamento, e puderam revelar suas necessidades educacionais em nível periférico.

Considerando que a pesquisa-ação foi desenvolvida num cenário de trabalho tendo como pano de fundo a educação permanente em saúde, as

relações sociais no trabalho acabou sendo foco em muitos momentos, recrutadas pelos próprios participantes da pesquisa através das falas das entrevistas e grupos focais. Dessa forma, a andragogia foi apenas uma teoria de como ensinar e aprender, mas uma lição maior de todo esse processo, é que podemos avançar em direção a um maior trabalho em equipe, caminhando em direção a prática interprofissional (PIP), e a integralidade em saúde. O método de pesquisa-ação, bem como o objeto de estudo “educação interprofissional”, dão suporte filosófico para esta abordagem construtivista.

Os resultados deste trabalho apontam que houve uma mobilização dos participantes em direção a uma maior integração para essa prática interprofissional, ou seja, um maior trabalho em equipe.

Apesar do objeto de estudo ser a educação interprofissional em uma perspectiva andragógica, dentre as várias modalidades de abordagem educativa em saúde, o processo educativo interprofissional se fez necessário para que pudessemos estudar este fenômeno, de com se dá o processo de educar e aprender da, sobre, e com as outras profissões.

A equipe envolvida em toda a ação educativa, era multiprofissional, e se fez interprofissional nos momentos de aprendizagem nos encontros dos grupos focais de construção e nas reuniões de treinamento na unidade.

Existem vários trabalhos de processos educacionais ocorrendo de maneira multiprofissional, porém tradicionais. Contudo, processos educacionais interprofissionais em uma perspectiva andragógica, que favorecem a dialogicidade e a construção coletiva, na organização das fases, escolha das técnicas de ensino-aprendizagem, e utilizando os princípios da educação inclusiva, englobando várias categorias profissionais envolvidas com o tema de estudo, foi o diferencial buscado pelo nosso estudo.

Sendo assim, defendemos a tese de que a utilização do modelo de abordagem educativa interprofissional no ambiente de trabalho, utilizando princípios andragógicos e a estratégia metodológica da pesquisa-ação é primordial para criar um ambiente dialógico e de construção coletiva das ações promotoras de aprendizagem, e promover um maior trabalho em equipe.

6. RESULTADOS DE PROCESSO DE PESQUISA AÇÃO: MINHAS IMPRESSÕES COMO PESQUISADOR

Participar nestes 4 anos como pesquisador em todo o processo de pesquisa-ação, junto a equipe multiprofissional do setor de UTI onde trabalhei durante anos, foi muito transformador. Pois trouxe uma outra percepção sobre como se estabelece as relações interprofissionais, de como operacionalizar e conduzir grupos de coleta de dados, de como contribuir para a mobilização dos colaboradores no processo educativo.

No dia a dia do setor, enquanto estamos trabalhando, posso perceber como a abertura para o diálogo e o espírito de equipe se fortaleceu em todos, há um sentimento de união em pró do diálogo reflexivo e maior integração entre as equipes do setor. Sinto liberdade e obtive mais espaço para opinar, ouvir e ser ouvido. Além disso, todos estão mais interessados em buscar o conhecimento e aprendizagem que tem sido compartilhada e dialogada em outros aspectos técnicos da nossa rotina.

Todas as experiências que obtive promoveram muito crescimento pessoal e sobretudo, tomada de consciência de como nos enriquece praticarmos o diálogo interpessoal no dia a dia, de como podemos aprender muito uns com os outros, numa construção contínua de conhecimento, troca de experiências e empatia que se desenvolve naturalmente, a medida que mergulhamos de cabeça neste processo que envolve não só o trilhar das fases sistemáticas do método de pesquisa-ação, mas também a transformação pessoal que se dá em nós participantes desta fascinante estratégia de pesquisa.

7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como limitações desta pesquisa, podemos citar a não possibilidade de realizarmos a coleta de dados sobre cuidados de prevenção de broncoaspiração, de maneira comparativa entre os momentos pré e pós ação educativa com os mesmos participantes. Mas, isto se deveu a alta rotatividade de profissionais e ao alto intervalo de tempo entre tais coletas, conforme discutido em capítulo referentes aos resultados pós-ação educativa.

Outro ponto, diz respeito a inclusão no processo educativo apenas dos médicos chefes do setor, sendo que os plantonistas e residentes da roda mensal na unidade pouca participação tiveram na ação educativa, como abordado na discussão.

8. REFERÊNCIAS

1. Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth D. Effective interprofessional education: argument, assumption and evidence [Internet]. Oxford, UK: Blackwell; 2005 [citado 17 de junho de 2018]. 180 p. Disponível em: <http://www.blackwellpublishing.com/book.asp?ref=9781405116541&site=1>
2. Tavares, SO; Vendruscolo, CT; Kostulski, CA; Gonçalves, CS. Interdisciplinaridade, Multidisciplinaridade ou Transdisciplinaridade. 5º Interfaces no fazer psicológico; 2012 maio 8; Santa Maria.
3. Cavalcanti F de OL, Guizardi FL. Educação continuada ou permanente em saúde? Análise da produção Pan-Americana da saúde. Trab Educ E Saúde. Abril de 2018;16(1):99–122.
4. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM da, Souza GC de, Peduzzi M, et al. Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. Rev Esc Enferm USP. Agosto de 2013;47(4):977–83.
5. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: WHO; 2010.
6. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. Interface - Comun Saúde Educ. Fevereiro de 2000;4(6):151–151.
7. Green LW, Kreuter MW, Deeds SG, Partridge KB, Bartlett E. Health education planning: a diagnostic approach. 1980 [citado 20 de Setembro de 2017]; disponível em: <http://www.popline.org/node/499039>
8. Holton-III E. Aprendizagem de resultados: Uma abordagem prática para aumentar a efetividade da educação corporativa. Elsevier Brasil; 2009.
9. Beck-Schimmer B, Bonvini JM. Bronchoaspiration: incidence, consequences and management. Eur J Anaesthesiol EJA. Fevereiro de 2011;28(2):78–84.
10. Carvalho YSV, Xerez DR, Araújo AQC de. Identificação de broncoaspiração por disfagia orofaríngea em pacientes com pneumonia comunitária. Acta Fisiátrica. 9 de Dezembro de 2016;13(2):59–62.
11. Metheny NA. Risk Factors for Aspiration. J Parenter Enter Nutr. 1º de Novembro de 2002;26(6_suppl):S26–33.
12. Zaloga GP. Aspiration-Related Illnesses: Definitions and Diagnosis. J Parenter Enter Nutr. 1º de Novembro de 2002;26(6_suppl):S2–8.

13. Prazeres SJ. Tratamento de Feridas: teoria e prática. Porto Alegre: Moriá; 2009.
14. Matos E, Gonçalves JR, Souza Ramos FR. A epistemologia de Ludwick Fleck: subsídios para a prática interdisciplinar em saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2005;14(3).
15. Pires DEP. Bases para pensar os desafios da Enfermagem como Profissão, disciplina e Trabalho. An 2º Semin Int Trab Em Enferm. 2008;
16. Ramos M. Educação pelo trabalho: possibilidades, limites e perspectivas da formação profissional. *Saúde E Soc.* 2009;18(supl. 2):55–59.
17. Japiassu H. Interdisciplinaridade: a patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago; 1976.
18. Furtado JP. Reference teams: an institutional arrangement for leveraging collaboration between disciplines and professions. *Interface - Comun Saúde Educ.* agosto de 2007;11(22):239–55.
19. Morin E. A cabeça bem-feita. Rio Jan Bertrand Bras. 2000;99.
20. Caon JL. Da existência analfabética à existência analfabetizada. *Rev GEEMPA.* 1998;6:37–70.
21. Iribarry IN. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. *Psicol Reflex E Crítica.* 2003;16(3):483–490.
22. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 23 de janeiro de 2008;(1):CD002213.
23. Thannhauser J, Russell-Mayhew S, Scott C. Measures of interprofessional education and collaboration. *J Interprof Care.* Julho de 2010;24(4):336–49.
24. Pelegrini P, Venites JP, Bilton TL. Perfil das condutas alimentares de idosos com delirium durante a internação hospitalar. *Distúrb Comun ISSN 2176-2724.* 2007;19(1).
25. Silva LAA da, Saupe R. Proposta de um modelo andragógico de educação continuada para a enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* Agosto de 2000;9(2,pt.2):478–84.
26. Barbieri M, Friedlander MR. O enfermeiro, a educação de adultos e o planejamento familiar. *Rev Paul Enferm.* Agosto de 2000;19(2):13–9.

27. Smith MK. Malcolm Knowles, informal adult education, self-direction and andragogy. Infed, the Encyclopedia of informal education; 2002.
28. Janhonen S. Andragogy as a didactic perspective in the attitudes of nurse instructor in Finland. *Nurse Educ Today* 1991; 33(8): 278-83.
29. Lindeman EC. *The Meaning of Adult Education*. Ravenio Books; 2015. 62 p.
30. RH.com.br - Desenvolvimento - Educação para adultos: uma alternativa para o desenvolvimento do profissional [Internet]. [citado 1º de outubro de 2017]. Disponível em: <http://www.rh.com.br/Portal/Desenvolvimento/Artigo/3178/>
31. Knowles, M. (1995). *Designs for adult learning*. Alexandria: American Society for Training and Development.
32. Somera EAS, Rondina JM, Somera Junior R. Uma proposta da andragogia para a educação continuada na área da saúde. *Arq Ciênc Saúde*. Junho de 2010;17(2):101–7.
33. Mizock BA. Risk of aspiration in patients on enteral nutrition: frequency, relevance, relation to pneumonia, risk factors, and strategies for risk reduction. *Curr Gastroenterol Rep*. Agosto de 2007;9(4):338–44.
34. Ono FC, Andrade APA de, Cardoso FP de F, Melo M do HO de, Souza R da N, Silva GHC da, et al. Análise das pressões de balonetes em diferentes angulações da cabeceira do leito dos pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 1º de Janeiro de 2010;20(3):220–5.
35. Resolução da diretoria colegiada - RCD N° 63, de 6 de julho de 2000.
36. Moro ET. Prevenção da aspiração pulmonar do conteúdo gástrico. *Rev Bras Anesthesiol*. 2004;54(2):261–75.
37. Unamuno M do RDL de, Marchini JS. Sonda nasogástrica/nasoentérica: cuidados na instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações. *Med Ribeirao Preto Online*. 30 de março de 2002;35(1):95–101.
38. McClave SA, DeMeo MT, DeLegge MH, DiSario JA, Heyland DK, Maloney JP, et al. North American Summit on Aspiration in the Critically Ill Patient: Consensus Statement. *J Parenter Enter Nutr*. 1º de novembro de 2002;26(6_suppl):S80–5.
39. Heyland DK, Dhaliwal R, Drover JW, Gramlich L, Dodek P. Canadian clinical practice guidelines for nutrition support in mechanically ventilated, critically ill adult patients. *J Parenter Enter Nutr*. 2003;27(5):355–373.

40. DiSario JA. Future considerations in aspiration pneumonia in the critically ill patient: what is not known, areas for future research, and experimental methods. *J Parenter Enter Nutr.* 2002;26(6_suppl):S75–S79.
41. Heyland DK, Drover JW, MacDonald S, Novak F, Lam M. Effect of postpyloric feeding on gastroesophageal regurgitation and pulmonary microaspiration: Results of a randomized controlled trial. *Crit Care Med.* Agosto de 2001;29(8):1495–1501.
42. Heyland D, Schroter-Noppe D, Drover J, Jain M, Keefe L, Dhaliwal R, et al. Nutrition support in the critical care setting: current practice in canadian ICUs- -opportunities for improvement? *J Parenter Enter Nutr.* 1º de Janeiro de 2003;27(1):74–83.
43. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. In: Metodologia da pesquisa-ação. Cortez; 2011.
44. Thiollent M. Pesquisa-ação nas organizações. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.
45. Koerich MS, Backes DS, Sousa FG, Erdmann AL, Albuquerque GL. Pesquisa ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. *Rev Eletr. Enf [Internet].* 2009 [citado em 2 de agosto de 2016];11(3):717-23.
46. Tripp D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educ E Pesqui.* 2005;31(3).
47. Castilho Á. A dinâmica do trabalho de grupo. Qualitymark; 1995.
48. Gonçalves VLM, Leite MMJ, Ciampone MHT. A pesquisa-ação como método para reconstrução de um processo de avaliação de desempenho. *Cogitare Enferm.* 2004;9(1).
49. Hungler BP, Beck CT, Polit DF. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2004.
50. Dilorio C, Hockenberry-Eaton M, Maibach E, Rivero T. Focus groups: an interview method for nursing research. *J Neurosci Nurs.* 1994;26(3):175–180.
51. SELLTIZ, Claire et alii. Métodos de pesquisa nas relações sociais. Tradução de Maria Martha Hubner de Oliveira. 2ª edição. São Paulo: EPU, 1987.
52. FIORENTINI e LORENZATO. Investigação em Educação Matemática: percursos teóricos e metodológicos. Campinas, São Paulo: Autores Associados, 2006.

53. AGRESTI, A. *Categorical Data Analysis*. 2ª ed, New York: John Wiley and Sons, 2002. 710 p.
54. BUSSAB, W.O. e MORETTIN, P.A. *Estatística Básica*. São Paulo, Ed. Saraiva, 2006; 6. ed.
55. R Core Team (2017). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL <http://www.R-project.org/>.
56. WICKHAM, H. *ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis*. 3ª ed. Springer, 2009; 221p.
57. De Souza Minayo MC. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 2008;
58. Sampire RH, Collado CF, Lucio MD. *Metodologia da pesquisa. Coleta e análise de dados qualitativos*. Trad. Daisy de Moraes. 3. ed. Porto Alegre: Penso; 2013.
59. Anastasiou, Léa das Graças Camargos; Alves, L P. *Processos de ensinagem na universidade; pressupostos para as estratégias de trabalho em aula*. 5ed. Joenville-SC. Unlville, 2009. Cap.3.
60. Silva SG da, Nascimento ERP do, Salles RK de. Bundle to prevent ventilator-associated pneumonia: a collective construction. *Texto Amp Contexto - Enferm*. Dezembro de 2012;21(4):837–44.
61. Safdar N, Musuuza JS, Xie A, Hundt AS, Hall M, Wood K, et al. Management of ventilator-associated pneumonia in intensive care units: a mixed methods study assessing barriers and facilitators to guideline adherence. *BMC Infect Dis*. 22 de Julho de 2016;16.
62. Knowles M. *The Adult Learner: A Neglected Species*. Abril de 1973 [citado 25 de junho de 2018]; Disponível em: <https://eric.ed.gov/?id=ED084368>
63. Baldissera A. *Pesquisa-ação: uma metodologia do “conhecer” e do “agir” coletivo*. *Soc Em Debate*. 6 de setembro de 2012;7(2):5–25.
64. Institute of Medicine. 2013. *Interprofessional Education for Collaboration: Learning How to Improve Health from Interprofessional Models Across the Continuum of Education to Practice: Workshop Summary*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/13486>.

65. Anderson E, Thorpe L, Heney D, Petersen S. Medical students benefit from learning about patient safety in an interprofessional team. *Med Educ.* junho de 2009;43(6):542–52.
66. Lindqvist SM, Reeves S. Facilitators' perceptions of delivering interprofessional education: a qualitative study. *Med Teach.* Maio de 2007;29(4):403–5.
67. Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface - Comun Saúde Educ.* março de 2016;20(56):185–97.
68. Freeth D, Ayida G, Berridge EJ, Mackintosh N, Norris B, Sadler C, et al. Multidisciplinary obstetric simulated emergency scenarios (MOSES): promoting patient safety in obstetrics with teamwork-focused interprofessional simulations. *J Contin Educ Health Prof.* 2009;29(2):98–104.
69. Bressiani L, Roman HR. A utilização da Andragogia em cursos de capacitação na construção civil. *Gest Amp Produção.* Dezembro de 2017;24(4):745–62.
70. Brock D, Abu-Rish E, Chiu C-R, Hammer D, Wilson S, Vorvick L, et al. Interprofessional education in team communication: working together to improve patient safety. *Postgrad Med J.* novembro de 2013;89(1057):642–51.
71. Williams RG, Silverman R, Schwind C, Fortune JB, Sutyak J, Horvath KD, et al. Surgeon information transfer and communication: factors affecting quality and efficiency of inpatient care. *Ann Surg.* fevereiro de 2007;245(2):159–69.
72. Leslie K, Baker L, Egan-Lee E, Esdaile M, Reeves S. Advancing faculty development in medical education: a systematic review. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* julho de 2013;88(7):1038–45.
73. Sayd JD. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva.* Junho de 2002;12(1):194–7.
74. Schmitt M, Blue A, Aschenbrener CA, Viggiano TR. Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice: Reforming Health Care by Transforming Health Professionals' Education. *Acad Med.* novembro de 2011;86(11):1351.

75. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. Theoretical review of the work process in health care used to analyze work in the Family Health Program in Brazil. *Cad Saúde Pública*. abril de 2004;20(2):438–46.
76. Campos GW de S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc Amp Saúde Coletiva*. 1999;4(2):393–403.
77. Sánchez NF. *Andragogía: su ubicación en la educación continua*. Universidad Autónoma de México: Dirección de Educación Continua [acesso em 2010 Mar 31]. Disponível em: <http://www.e-continua.com/documentos/andragogia.pdf>.
78. Anderson E. Interprofessional education and the challenges of moving forward. 2017. *Med Educ*. 51(8):873–4.
79. Campos GW de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc Amp Saúde Coletiva*. 2000;5(2):219–30.
80. Reeves S, Macmillan K, van Soeren M. Leadership of interprofessional health and social care teams: a socio-historical analysis. *J Nurs Manag*. abril de 2010;18(3):258–64.
81. Silva JAM da, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde*. *Rev Esc Enferm USP*. Dezembro de 2015;49(spe2):16–24.
82. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 8 de julho de 2009;(3):CD000072.
83. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM da, Souza GC de. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm USP*. Agosto de 2013;47(4):977–83.
84. Knowles, M.S., Holton, E.F.& Swanson, R.A. (2011). *The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development*. (7th ed.). Oxford, UK: Butterworth-Heinemann.
85. Lima MAC, Cassiani SHB. Pensamento crítico: um enfoque na educação de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem* 2000; 8(1):23-30.
86. Elizabeth A.S. Somera¹; Renato Somera Junior²; João Marcelo Rondina³. Uma proposta da andragogia para a educação continuada na área da saúde. *Arq Ciênc Saúde* 2010 abr-jun; 17(2):102-8102.

87. Moreno LC. Educação para adultos: uma alternativa para o desenvolvimento do profissional. [acesso em 2001 Set 19]. Disponível em: <http://www.rh.com.br/Portal/Desenvolvimento/Artigo/3178/>
88. Alcalá A. A prática andragógica em adultos de idade avançada. In: Goecks R. Educação de adultos: uma abordagem andragógica [acesso em 2003 Jan 12]. Disponível em: <http://www.serprofessoruniversitario.pro.br/ler.php?modulo=1&texto=4>.
89. Ibaixe C, Ibaixe Jr J, Solanowski M. Preparando aulas: manual prático para professores: passos para a formação do educador. São Paulo: Madras; 2006.
90. Leigh K, Whitted K, Hamilton B. Integration of Andragogy into Preceptorship. *J Adult Educ.* 2015;44(1):9–17.
91. McGrath V. Reviewing the Evidence on How Adult Students Learn: An Examination of Knowles' Model of Andragogy. *Adult Learn Ir J Adult Community Educ* [Internet]. 2009 [citado 20 de junho de 2018]; Disponível em: <https://eric.ed.gov/?id=EJ860562>
92. David KN. Book Review: Wlodkowski, R. J. (2008). *Enhancing Adult Motivation to Learn: A Comprehensive Guide for Teaching All Adults* (3rd ed.). San Francisco: Jossey-Bass. 528 pp, Book Review: Wlodkowski, R. J. (2008). *Enhancing Adult Motivation to Learn: A Comprehensive Guide for Teaching All Adults* (3rd ed.). San Francisco: Jossey-Bass. 528 pp. *Adult Educ Q.* 1º de agosto de 2010;60(4):411–3.
93. Moore K. The Three-Part Harmony of Adult Learning, Critical Thinking, and Decision-Making. *J Adult Educ.* 2010;39(1):1–10.
94. Bleakley A. Broadening conceptions of learning in medical education: the message from teamworking. *Med Educ.* 40(2):150–7.
95. Misch DA. Andragogy and medical education: are medical students internally motivated to learn? *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2002;7(2):153–60.
96. OLIVEIRA, A. *Aprendizagem autodirigida na adultez: Teoria, investigação e facilitação.* 1996. Dissertação (Mestrado em Educação) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra, 1996.
97. Nogueira SM. A andragogia: que contributos para a prática educativa? *Andragogy: contributions to educational practice?* *Rev Linhas* [Internet]. 8 de

janeiro de 2007 [citado 25 de junho de 2018];5(2). Disponível em: <http://www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/view/1226>

98. Wilson, L. S. (2005). A test of andragogy in a post-secondary educational setting (Tese de doutorado). Agricultural and Mechanical College, Louisiana State University, Louisiana.

99. Scalabrin, A. C. (2007). Reflexões sobre aplicação de princípios da andragogia a um programa de integração de empregados recém-contratados a ambientes organizacionais. In Anais do 9º Seminário em Administração. São Paulo: FEA-USP.

100. Hopstock, L. A. (2008). Motivation and adult learning: a survey among hospital personnel attending a CPR course. *Resuscitation*, 76(3), 425-430. PMID:18022752. <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2007.09.011>.

APÊNDICES**APÊNDICE 1****ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA EM CAMPO SOBRE PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO**

Nome do Paciente _____

Leito _____ Data ____/____/____ Horário: Início _____ Fim _____

Turno: Manhã () Tarde () SN 1 () SN 2 ()

- 1) Mantem cabeceira do leito na faixa exata de intervalo 30 – 45°?
() sim () não
- 2): Sonda enteral (1) gástrica (2) () nasal () oral
() Gastrostomi () Traqueostomia () Tubo endotraqueal
- 3) Presença de sondagem oroenteral em intubados
- 4) Sonda com fixação segura () sim () não
- 5) Infunde água nos intervalos logo após término da dieta? () sim () não
- 6) Antes de iniciar infusão de dieta, aspira sonda enteral/gastrostomia com seringa para teste de volume residual gástrico (VRG () sim () não
- 7) Permite um intervalo de tempo de pelo menos 30 minutos após última infusão de água pós- dieta por sonda enteral, para testar VRG com seringa? () sim () não
- 8) Quando sonda enteral não apresenta (VRG), antes de iniciar instalação de dieta enteral, ausculta a locação da sonda com estetoscópio em região epigástrica?
() sim () não
- 9) Reinfunde o VRG drenado pela sonda enteral? () sim () não

Observações:

APÊNDICE 2**ANÁLISE DO REGISTRO EM PRONTUÁRIO DO PACIENTE, SOBRE CUIDADOS DE PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO**

1) Consta na prescrição de enfermagem o item 1 da questão 1 do apêndice 1?
() sim () não

2) Existe registro em prontuário médico da mensuração da pressão do *cuff* do tubo endotraqueal (entre 20-30 cmH₂O)?

() sim () não Frequência/dia da mensuração _____
(perguntar ao funcionário sobre a frequência por dia)

3) Prescrição médica contém o volume de dieta em mL?

() sim () não

4) Volume de água em mL nos intervalos das dietas enterais?

() sim () não

5) Prontuário médico contém evolução com registro da confirmação da posição radiográfica da ponta da sonda enteral observada na imagem, para liberação de dieta por sonda enteral?

() sim () não

6) Em pacientes com risco de broncoaspiração, há registro no prontuário de confirmação de imagem radiográfica da migração da ponta da sonda enteral para a região pós-pilórica com novo RX?

() sim () não

7) Em pacientes com risco de broncoaspiração, e sinais de intolerância a dieta (náuseas, vômitos, diarreia e distensão abdominal) existe pró-cinéticos na prescrição médica?

(METOCLOPRAMIDA (PLASIL), DOMPERIDONA (MOTILIUM), ONDANSETRONA (ZOFRAN), BROMOPRIDA (DIGESAN), ERITROMICINA, DIMENIDRATO (DRAMIN), DIFENIDRAMINA (BENADRYL), CISAPRIDA

() sim () não

8) Existe registro descritivo de realização de higiene oral na anotação de enfermagem?

() sim () Não

9) Existe registro da justificativa da necessidade de sonda enteral nos pacientes sondados?

() sim () não Quais _____

10) Há registro em prontuário médico de solicitação de avaliação fonoaudiológica para possível introdução de dieta via oral em pacientes com sonda enteral ou justificativa da atual impossibilidade de tal conduta?

() sim () não Quais _____

Obs: (perguntar para o médico plantonista do local—justificativa de não pedir interconsulta da fonoaudiologia)

APÊNDICE 3**QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO SOBRE PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO****Dados Pessoais:**

Idade: _____ Gênero: F () M () Estado Civil: () solteiro(a) () Casado(a)

Trajectoria Profissional:

Ano de formação curso/graduação: _____ Profissão: _____

Graduação em universidade () pública () privada

Pós-graduação em _____ no ano de _____

Especialização () residência R1 () R2 () R3 () Mestrado () Doutorado ()

Tempo que trabalha _____ anos.

Possui outro emprego? Sim () Não ()

1) São exemplos de medidas de prevenção de broncoaspiração em portadores de tubo endotraqueal e sonda enteral:

- a) Decúbito >30°, manter pressão de cuff (20-30 cmH₂O), auscultar posição da sonda enteral
- b) Decúbito < 30°, manter pressão de cuff (20-25 cmH₂O), uso de pró-cinéticos
- c) Decúbito 30-45°, manter pressão de cuff (30-40 cmH₂O), auscultar posição da sonda enteral
- d) Decúbito > 30°, manter pressão de cuff (20-40 cmH₂O), uso de pró-cinéticos
- e) Decúbito 30-45°, pressão de cuff (25-35 cmH₂O), auscultar posição da sonda enteral

2) Qual o melhor seguimento anatômico do TGI para posicionamento da sonda enteral para prevenir broncoaspiração, em pacientes **com diminuição da tolerância** a dieta enteral?

- a) Esôfago
- b) Estômago
- c) Duodeno
- d) Jejunum
- e) Na altura do ângulo de treitz

3) De acordo com a literatura, qual o melhor **destino a ser dado ao volume residual gástrico (VRG)** aspirado da sonda enteral, no teste de refluxo, e **a partir de quantos (ml) devemos interromper a próxima dieta (respectivamente)** :

- a) Desprezar, interromper se VRG > 50% do valor infundido
- b) Desprezar, interromper se VRG > 200 ml
- c) Reinfundir para não haver depleção de eletrólitos, interromper se VRG > de 200 ml
- d) Desprezar, interromper se VRG > 150 ml
- e) Reinfundir se < 500 ml, mas não a consenso na literatura sobre qual o valor considerado um alto (VRG)

4) Quanto a diferença **na origem** da pneumonia aspirativa e pneumonite aspirativa, escolha a alternativa correta:

- a) A pneumonia aspirativa (síndrome de Mendelson) é a lesão química causada pela inalação de conteúdo gástrico inicialmente estéril
- b) Pneumonite aspirativa é um processo causado pela inalação de material colonizado, proveniente principalmente da orofaringe
- c) Pneumonia e pneumonite aspirativa podem ter alta mortalidade. Contudo, são de fácil detecção em UTI
- d) Na síndrome de Mendelson observa-se um quadro clássico de pneumonite aspirativa durante (anestesia-sedação), por estômago cheio
- e) Grandes volumes aspirados são comuns na ocorrência de pneumonia aspirativa

5) Assinale verdadeiro (V) ou falso (F) para as afirmações abaixo com respeito a vigência de broncoaspiração:

- a) () A aspiração de material gástrico causa intenso processo inflamatório pulmonar. O paciente pode apresentar tosse, sibilos, taquipnéia, cianose, edema pulmonar, hipoxemia e hipotensão, com rápida progressão para síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) e morte.
- b) () Muitos pacientes podem apresentar apenas tosse ou sibilos ou diminuição da saturação de oxigênio associada a evidências radiológicas de aspiração
- c) () O tratamento inclui administração de oxigênio ou suporte ventilatório quando necessário
- d) () O uso de sonda enteral não previne plenamente o risco de broncoaspiração
- e) () O uso de pró-cinéticos é bem indicado nesses casos

6) Assinale verdadeiro (V) ou falso (F) quanto aos **sinais de disfagia e risco de broncoaspiração** durante alimentação:

- a) () Escape oral anterior
- b) () Diminuição do tempo de transito oral
- c) () Número de deglutição único
- d) () Desvio de comissura labial

- e) () Delirium
- f) () Disfonia
- g) () Voz seca
- h) () Elevação de laringe (não visível)
- i) () Escala de coma de Glasgow <12
- j) () Ausculta cervical reduzida

7) Assinale verdadeiro (V) ou falso (F) quanto as condutas que são necessárias no contexto da **extubação**:

- a) () Manter 6 horas de jejum pré-extubação, pois o risco de aspiração é potencialmente alto no pós-extubação
- b) () Realizar aspiração subglótica e supra-cuff pré-extubação
- c) () Pós-extubação acionar fonoaudiólogo se presença de engasgos, tosse, disfagia ou sonolência
- d) () Em idosos, intubados <24hs, aguardar 48 hs para liberar dieta VO
- e) () Em adultos, intubados <24hs, aguardar 24 hs para liberar dieta VO

8) Assinale verdadeiro (V) ou falso (F) quanto aos **fatores de risco de broncoaspiração**:

- a) () dessensibilização de palato
- b) () Presença de traqueostomia
- c) () Uso de sonda naso/orogástrica
- d) () Formação de placas orofaríngeas
- e) () Sialorréia
- f) () Presença de reflexo de tosse
- g) () Demora no esvaziamento gástrico
- h) () Presença de reflexo nauseoso
- d) () Presença de vias alternativas de alimentação (sondas)
- j) () Normotonia de língua

9) Assinale verdadeiro (V) ou falso (F) para as afirmações abaixo:

- a) () Quanto a higiene oral: a frequência e efetividade do procedimento é mais relevante quando comparada a escolha de qual solução será adotada durante a limpeza.
- b) () A administração de dieta enteral contínua comparada a intermitente, oferece maior segurança ao paciente de UTI com risco de aspirar.
- c) () A sondagem por gastrostomia percutânea endoscópica é superior as sondas nasogástricas/enterais para prevenir aspiração.
- d) () A incidência de pneumonia aspirativa em pacientes com AVC é a mesma para sondas posicionadas como gástricas ou pós-pilóricas.
- e) () Não há necessidade de esperar um tempo para iniciar dieta vo pós retirada de sonda enteral, se não há risco de disfagia presente

10) Analise as afirmações abaixo e escolha o número correspondente ao tipo de afecção relacionada:

(1) - Pneumonia aspirativa

(2) - Pneumonite aspirativa

- () Comum na depressão de consciência
- () Origem envolve disfagia
- () Usualmente pessoas idosas
- () Aspiração quase nunca testemunhada
- () sinais de síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) 2 a 5 horas após a aspiração

11) Você se sente **plenamente capacitado e instruído** a prestar assistência com foco na prevenção de broncoaspiração em pacientes com sonda enteral em UTI?

- () Discordo plenamente
- () Discordo parcialmente
- () Não concordo nem discordo
- () Concordo parcialmente
- () Concordo plenamente

Caso não concorde plenamente, que tipo de intervenção educativa e multiprofissional, você acha necessária ser desenvolvida no setor para alcançar esse grau de capacitação?

APÊNDICE 4

Roteiro de Implementação dos encontros do Grupo Focal (GF)

1º encontro

Objetivo: Dialogar sobre os resultados da fase 1 da pesquisa composta pelo questionário aplicado, observação sistemática e análise de prontuário. Propor e criar o esboço da construção coletiva e interprofissional de um protocolo, com o objetivo de prevenir broncoaspiração em pacientes de terapia intensiva.

Questões norteadoras:

Qual a opinião da equipe sobre a proposta de construir coletivamente e de maneira interprofissional, um protocolo que direcione a prática preventiva de broncoaspiração?

Como poderemos construir um protocolo de prevenção de broncoaspiração baseado na literatura científica?

Quais itens e conteúdos deveriam compor tal protocolo articulando e integrando as ações interprofissionais?

Aspectos da dinâmica do grupo:

- ✓ Apresentar o observadora.
- ✓ Fazer a exposição dos objetivos da pesquisa.
- ✓ Entregar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para cada participante e na concordância da participação, assinar.
- ✓ Explicar o desenvolvimento do trabalho do grupo, gravação dos áudios e forma de dialogar sem sobreposição de falas.
- ✓ Apresentar os participantes do grupo focal e colocar etiqueta de identificação na frente de cada participante utilizando pseudônimo, para facilitar o trabalho do observador.
- ✓ Expor o objetivo do encontro e discutir a temática.
- ✓ Fazer uma breve exposição da temática, se necessário.
- ✓ Alertar para o fechamento da temática.
- ✓ O moderador deve ficar atento para fazer um fechamento com o resultado do encontro e breve avaliação do encontro pelos participantes.

2º encontro

Objetivo: Apresentamos o protocolo confeccionado e formatado em sua versão final. Apresentamos a teoria da andragogia e seus princípios. Conceituamos o papel do agente facilitador, e como intermediar o processo de aprendizagem em grupos. Discutimos e elegemos as técnicas de ensino-aprendizagem, conteúdo, duração, participantes e facilitadores da aprendizagem que foram eleitos para o treinamento afim de capacitar a equipe multiprofissional a implementar a utilização do protocolo no setor (conforme quadro 1)

Questões norteadoras:

Qual a opinião de vocês sobre optarmos pela utilização da teoria andragógica para o treinamento e da atuação de vocês como facilitadores da aprendizagem na proposta de serem multiplicadores do conteúdo do treinamento?

Quem serão os profissionais-alvo do treinamento?

Quem irá mediar as aulas nos treinamentos?

O que acham da técnica de ensino-aprendizagem: Aula expositiva dialogada e aula de simulação (prática) e visual (vídeos educativos) para utilizarmos no treinamento?

Quantos módulos iremos propor?

Qual o conteúdo de cada módulo?

Quanto tempo deve durar cada módulo? E, quanto tempo deve durar o treinamento como um todo?

Qual o material de apoio utilizaremos?

O que acham da adição de toda a equipe da UTI (Preceptores e colaboradores) no grupo de mídia social (*WhatsApp*)?

Aspectos da dinâmica do grupo:

- ✓ Apresentar o observadora.
- ✓ Fazer a exposição dos objetivos da pesquisa.
- ✓ Entregar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para cada participante e na concordância da participação, assinar.
- ✓ Explicar o desenvolvimento do trabalho do grupo, gravação dos áudios e forma de dialogar sem sobreposição de falas.

- ✓ Apresentar os participantes do grupo focal e colocar etiqueta de identificação na frente de cada participante utilizando pseudônimo, para facilitar o trabalho do observador.
- ✓ Expor o objetivo do encontro e discutir a temática.
- ✓ Fazer uma breve exposição da temática, se necessário.
- ✓ Alertar para o fechamento da temática.
- ✓ O moderador deve ficar atento para fazer um fechamento com o resultado do encontro e breve avaliação do encontro pelos participantes.

3º encontro

Objetivo: Apresentar os resultados da coleta de dados pós-ação educativa, afim de dialogarmos sobre os achados comparativos com a coleta pré-ação educativa. Dialogar reflexivamente com base na experiência vivenciada pelos participantes do grupo focal, sobre a relação de aprendizagem no formato interprofissional.

Questões norteadoras:

Como foi participar dessa experiência de vivenciar a ação educativa interprofissional?

Quais dificuldades vocês como multiplicadores, enfrentaram para multiplicar as informações para seus pares?

Qual o maior desafio de se implementar uma ação educativa interprofissional?

Como enfrentar o problema da rotatividade, para a informação não se perder com o tempo?

O que faltou para uma adesão mais significativa aos cuidados de prevenção por parte dos profissionais do setor?

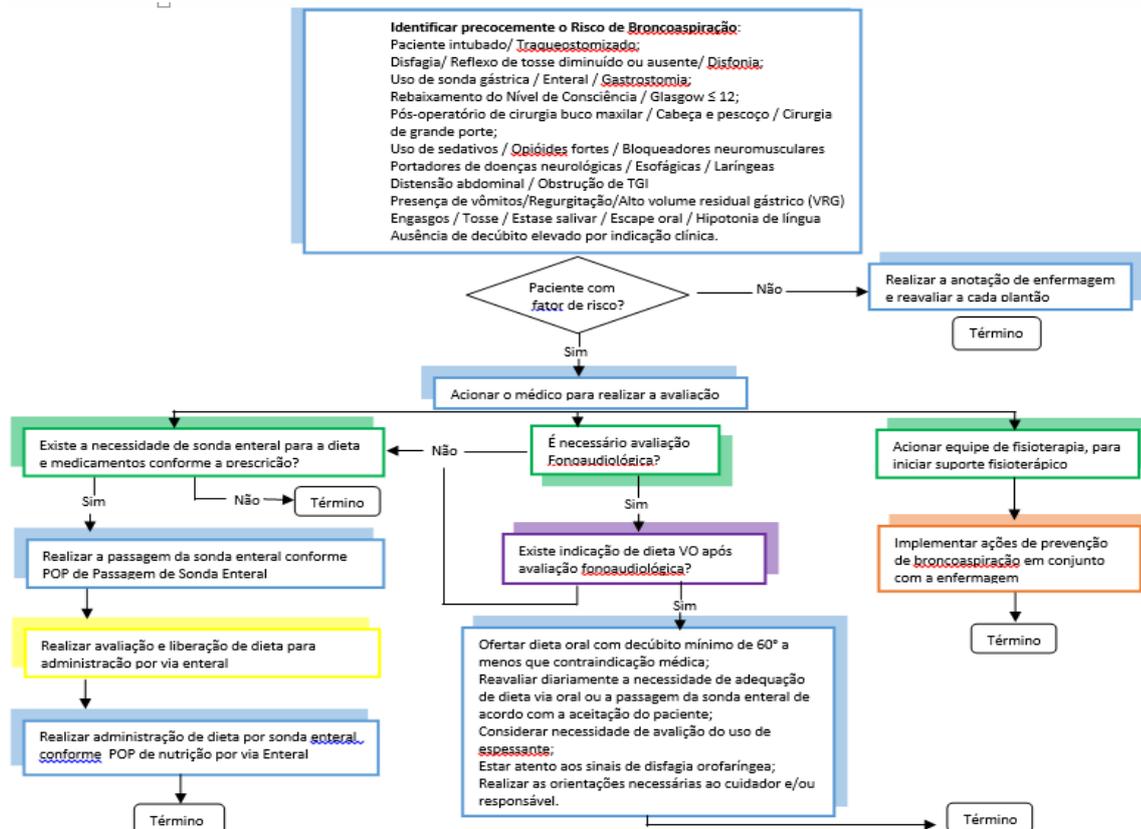
Quais as vantagens e desvantagens de se adotar uma ação educativa no formato interprofissional?

Se pudéssemos voltar no tempo, o que poderíamos ter sido feito de maneira diferente?

Aspectos da dinâmica do grupo:

- ✓ Apresentar o observadora.
- ✓ Fazer a exposição dos objetivos da pesquisa.
- ✓ Entregar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para cada participante e na concordância da participação, assinar.
- ✓ Explicar o desenvolvimento do trabalho do grupo, gravação dos áudios e forma de dialogar sem sobreposição de falas.
- ✓ Apresentar os participantes do grupo focal e colocar etiqueta de identificação na frente de cada participante utilizando pseudônimo, para facilitar o trabalho do observador.
- ✓ Expor o objetivo do encontro e discutir a temática.
- ✓ Fazer uma breve exposição da temática, se necessário.
- ✓ Alertar para o fechamento da temática.
- ✓ O moderador deve ficar atento para fazer um fechamento com o resultado do encontro e breve avaliação do encontro pelos participantes.

APÊNDICE 5 - PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO



PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO: CUIDADOS CONSTANTES DURANTE O PROCESSO

Enfermagem	Fisioterapia	Medicina	Nutrição
<ul style="list-style-type: none"> - Colar etiqueta do protocolo de broncoaspiração na folha de controle do paciente - Sinalizar na placa beira leito: Paciente em protocolo de broncoaspiração! - Administrar dieta enteral ou por GTT conforme POP institucional específico - Elegar os diagnósticos de enfermagem e prescrever os cuidados necessários - Pausar dieta enteral durante realização de procedimentos que exijam decúbito $<30^\circ$ - Realizar procedimentos de higiene com cabeça posicionada acima de 10°; - Realizar higiene oral de acordo com o POP de higiene oral da enfermagem; - Manter a cabeça elevada de 30° a 45° - Corrigir quando possível a postura viciada de extensão cervical; - Verificar a graduação da sonda enteral, e qualquer suspeita de deslocamento deve comunicar o Enfermeiro antes da administração de dieta e/ou medicamentos; - Realizar o teste de refluxo (VRG) da sonda enteral/GTT conforme protocolo de VRG do setor; - Pacientes admitidos com sonda, realizar o teste de ausculta antes do uso e, em caso resultado negativo solicitar avaliação médica; - Observar sinais de intolerância a terapia nutricional: vômitos e distensão abdominal, se presentes: Interromper a infusão enteral ou oferta da dieta VO, e comunicar a equipe multiprofissional - Comunicar sinais de disfagia orofaríngea sempre alerta para: Voz molhada, afonia, escape oral anterior, tempo de trânsito oral lento, elevação laringea insuficiente, tosse, engasgos, sudorese, cianose, xerostomia. - Realizar aspiração de vias aéreas superiores s/n, conforme POP institucional específico - Realizar as orientações necessárias ao cuidador e/ou responsável; - Em intubados/TQT, avaliar se o bundle de PAV está adequadamente aplicado; - Na suspeita de broncoaspiração, comunicar imediatamente a equipe médica - Não Adm dieta via oral p/ pacientes com diminuição do nível de consciência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar aspiração de vias aéreas superiores; (Vide POP da enfermagem) - Atentar aos sinais de alerta: tosse, engasgos, vômitos, sudorese, cianose, voz molhada. Se identificados, comunicar a enfermagem; -Assegurar altura de decúbito elevada ($30^\circ - 45^\circ$) durante a realização de fisioterapia; -Solicitar a equipe de enfermagem que pause a dieta durante a fisioterapia respiratória somente em casos de contraindicação de decúbito $> 30^\circ$; -Manter pressão de cuff de TOT e cânula de TQT insuflado entre (20 a 30 cmH2O) e conferir pressão de cuff 1 vez por plantão. -Registrar e sinalizar a equipe alterações de pressão de cuff evidenciadas; -Atentar p/ sinais de escape na via aérea através da curva volume/tempo no gráfico do VM -Em intubados/TQT, avaliar se o bundle de PAV está sendo aplicado. 	<ul style="list-style-type: none"> -Sinalizar como item na prescrição: Paciente em protocolo de broncoaspiração! -Considerar a prescrição de pró-cinéticos na presença de intolerância a dieta, uso de fármacos ou afecções que diminuam motilidade do TGI; -Realizar avaliação diária sobre a indicação de: Jejum, introdução ou retirada de sonda enteral e manutenção de dieta VO/Enteral, adequações de volume, fracionamento e consistência -Solicitar avaliação da fonoaudiologia, sempre que necessário; -Aguardar 24 horas (ou 48 hs em idosos) p/ acionar teste de deglutição pós-extubação; S/n solicitar exames adicionais de deglutição -Se sialorréia, considerar o uso de antissialorréicos. (Atropina / Escopolamina) -Em intubados prescrever de preferência sondagem via ororental. -Em alto grau de intolerância a dieta: -Considerar sondagem pós- pilórica por EDA. Solicitar 2° RX para confirmar migração pós pilórica quando realizada sondagem s/ EDA -Reduzir sedativos sempre que possível -Estudar a possibilidade de extubação precoce 	<ul style="list-style-type: none"> -Implementar a prescrição dietética adequando a dieta prescrita de acordo com a tolerância, necessidades nutricionais e condições clínicas do paciente. -Estar atento aos sinais agudos de intolerância da dieta relatados pela enfermagem/paciente para adequação de consistência, volume, fracionamento -Realizar as orientações necessárias ao cuidador ou responsável
<p>LEGENDA: ■ ENFERMAGEM ■ FONOAUDIÓLOGIA ■ FISIOTERAPIA ■ MEDICINA ■ NUTRIÇÃO</p>			

APÊNDICE 6

APOSTILA DE APOIO AOS MULTIPLICADORES PARA A REALIZAÇÃO DO TREINAMENTO INTERPROFISSIONAL

Educação de adultos: Os 6 princípios da Andragogia

A Andragogia é uma teoria educacional e tem como definição:

“A arte e ciência de auxiliar os adultos na aprendizagem”

Conheça os **6 princípios da Andragogia** – os pressupostos-chave para a **educação de adultos**, desenvolvidos pelo educador Malcolm Knowles na década de 70. Ele apresentou a idéia que os adultos aprendem de maneiras diferentes. Psicologicamente, adultos são responsáveis por sua própria vida. Ao desempenhar papéis de adultos, as pessoas assumem cada vez mais responsabilidades por suas próprias decisões. Em relação à aprendizagem, isso é crucial. Por essa razão, no modelo andragógico, a educação de adultos baseia-se nos seguintes princípios:

Princípio 1

Necessidade de saber; (O porquê, O quê, Como)

Por que você está me ensinando isso?

Adultos precisam saber por que necessitam aprender algo antes de começar a aprendê-lo. Por isso, a primeira tarefa do facilitador é ajudar os aprendizes a se conscientizarem da “necessidade de saber”. Algumas ferramentas para aumentar o nível de conscientização ou a necessidade de saber são as experiências reais ou simuladas em que os aprendizes descobrem por si mesmos seus gaps (Gap é um termo que significa o espaço entre o que se espera profissionalmente de alguém e os pontos a serem desenvolvidos.). Sistemas de avaliação de pessoal, rotação de funções, contato com modelos e avaliações de desempenho são alguns exemplos dessas ferramentas.

Princípio 2

O auto-conceito do aprendiz (Autônomo, Autodirigido)

Como posso ser independente e aluno?

Os adultos possuem um autoconceito de ser responsáveis pelas próprias decisões, pelas próprias vidas. Dessa forma, desenvolvem uma profunda necessidade psicológica de serem vistos e tratados pelos outros como capazes de se autodirigir. Eles se ressentem e resistem a situações nas quais percebem que os outros estão impondo suas vontades sobre eles. Isso traz um sério problema para a educação de adultos, pois o adulto, quando participa de alguma atividade educacional ou treinamento, regride ao condicionamento de suas experiências escolares anteriores, coloca o chapéu da dependência, cruza os braços, encosta-se na cadeira e diz “me ensine”. Essa suposição da

necessidade de dependência, aliada ao tratamento dos adultos como crianças pelo facilitador, cria um conflito dentro do adulto entre sua crença de que o aprendiz é um ser dependente e a sua necessidade psicológica de se autodirigir.

Princípio 3

O papel das Experiências (Recursos, Hábitos mentais)

Minhas experiências são a base do meu aprendizado.

Os adultos se envolvem em uma atividade educacional com um volume maior de experiências de qualidade diferente em relação aos mais jovens. Simplesmente por terem vivido mais, eles acumularam mais experiência, o que acarreta consequências para a educação de adultos. Se entendermos que qualquer grupo de adultos apresenta uma amplitude maior de diferenças individuais, é mais heterogêneo em termos de formação, estilo de aprendizagem, motivação, necessidades, interesses e objetivos do que um grupo de jovens, saberemos que os recursos mais ricos para cada tipo de aprendizagem estão nos próprios aprendizes adultos. Assim, as técnicas que utilizam a experiência dos adultos aprendizes – como discussões em grupo, exercícios de simulação, atividades de resolução de problemas, estudos de caso e métodos de laboratório – serão mais eficazes que as técnicas de transmissão. Em contraposição, os efeitos negativos desse acúmulo de experiências podem ser a tendência a desenvolver hábitos mentais, preconceitos e pressuposições que costumam fechar a mente a novas ideias, a percepções mais atualizadas e a ideias alternativas.

Princípio 4

Prontidão para aprender (Relacionado à vida Tarefas de desenvolvimento)

Qual problema vou resolver com isso que você quer que eu aprenda?

Os adultos têm predisposição para aprender aquilo que devem saber e precisam para se tornar capacitados para enfrentar as situações da vida real. Uma fonte particularmente rica de “prontidão para aprender” são as tarefas associadas à passagem de um estágio de desenvolvimento para o próximo. As experiências de aprendizagem devem estar sincronizadas com essas tarefas de desenvolvimento. Assim, quando a ocasião exige algum tipo de aprendizagem relacionado ao que deve ser executado, o adulto adquire prontidão para aprender. Além disso, a prontidão pode ser induzida por meio da exposição a exercícios de simulação e outras técnicas.

Princípio 5

Orientação para aprendizagem (Centrado no problema, Contextual)

Estou aprendendo matérias ou ganhando ferramentas?

Em comparação com a orientação para aprendizagem de crianças e jovens, centrada no tema (pelo menos no ensino fundamental e médio), os adultos são centrados na vida (ou centrados na tarefa ou no problema) quanto à sua orientação para aprendizagem. Os adultos são motivados a aprender conforme percebem que a aprendizagem os ajudará a executar tarefas ou lidar com problemas que vivenciam em sua vida.

Além disso, eles assimilam novos conhecimentos, percepções, habilidades, valores e atitudes de maneira mais eficaz quando são apresentados a contextos de aplicação a situações da vida real.

Princípio 6

Motivação (Valor intrínseco, Recompensa pessoal)

E daí que isso cai na prova...

Os adultos respondem a fatores motivacionais externos (melhores empregos, promoções, salários mais altos), porém os fatores motivacionais mais poderosos são as pressões internas (o desejo de ter maior satisfação no trabalho, autoestima, qualidade de vida). Pesquisas constataram que adultos normais são motivados a continuar a crescer e se desenvolver. No entanto, essa motivação pode ser bloqueada por barreiras como autoconceito negativo como aluno, falta de acesso a oportunidades ou recursos, limitações de tempo e programas que violam os princípios da aprendizagem de adultos.

O papel do facilitador na aprendizagem de adultos

O que é um facilitador? É um hábil instrutor que atua como mediador entre aluno e conteúdo..... catalisando, estimulando e construindo conhecimento junto com seus alunos.

“O facilitador tem a consciência que o conhecimento não pode ser transmitido a ninguém, mas sim construído dentro de cada indivíduo que interage com o meio, por essa óptica, o facilitador tem o papel de fomentar o desenvolvimento e crescimento dos aprendentes através de estimular reflexões em profundidade sobre como aperfeiçoar a prática profissional por meio de discussões harmônicas e democráticas.”

O facilitador na andragogia: No processo da andragogia (arte ou ciência de orientar adultos a aprender), o facilitador reconhece o seu aluno como alguém repleto de experiências e culturas.

“Os adultos são motivados a aprender conforme vivenciam (experimentam) necessidades e interesses que a aprendizagem satisfará; portanto, esses são os pontos de partida adequados para organizar as atividades de aprendizagem dos adultos.

A orientação de aprendizagem do adulto está centrada na vida; por isto as unidades apropriadas para se organizar seu programa de aprendizagem são as situações de vida e não disciplinas”

Entendendo a palavra facilitador... Apesar da conexão com o verbo facilitar, a palavra vem do latim *facere* que significa fazer. Portanto, o facilitador tem um papel de extrema importância, pois o seu “fazer” pode estimular ou impedir a aprendizagem do aluno.

Qual é o papel do facilitador? O papel do facilitador é criar, cuidar e explorar espaços de reflexão e conversa a fim de extrair dos seus alunos

o que eles têm de melhor a oferecer para a resolução de uma determinada questão (ou propósito).

Um facilitador deve: Aproveitar as experiências que os alunos contêm; propor situações que tenham ligação com o cotidiano dos alunos; justificar a utilidade e a necessidade de cada conhecimento para a vida dos alunos; envolver os alunos durante todo o processo de ensino, estimulando a participação deles.

Postura do facilitador: Dominar apenas a teoria não é o mais importante. O comportamento do facilitador-instrutor, o seu "fazer docente" é o que determinará o sucesso de seu trabalho, ou seja, a aprendizagem efetiva.

Técnicas de ensino-aprendizagem

Aula simulada ou Técnica da demonstração

É uma técnica de treinamento que aumenta a segurança na prática de atividades dinâmicas e complexas. Fundamenta-se na replicação de experiências reais, permitindo experimentação que evoque aspectos importantes da vida real de forma plenamente interativa.

A demonstração é procedimento mais dedutivo e pode associar-se qualquer outra técnica de ensino, quando for necessário comprovar afirmações não muito evidentes ou ver como funciona, na prática, o que foi estudado teoricamente.

De modo geral, no entanto, demonstração é instrumento para se provar veracidade de afirmações verbais e procura satisfazer o aforisma “ver para crer’... Logo, não é mais do que uma modalidade de exposição, mais lógica e coerente, ou mesmo concreta, em que se procura confirmar uma afirmativa ou um resumo anteriormente enunciado. Demonstrar é apresentar razões encadeadas logicamente ou fatos concretos que comprovem determinações.

OBJETIVOS:

- a) confirmar explicações orais ou escritas;
- b) ilustrar o que tenha sido exposto teoricamente;
- c) iniciar corretamente uma técnica, a fim de evitar erros ou fixações indesejáveis;
- d) propiciar esquema de ação correto e seguro para execução de uma tarefa;
- e) convencer racional ou empiricamente quanto à veracidade de proposições abstratas.

COMO REALIZAR A TÉCNICA:

1º Momento: Explicar o conteúdo demonstrando em cenário prático as ações e conceitos que estão sendo explorados, elucidando dúvidas dos colaboradores espectadores

2º Momento: Acionar a participação ativa dos colaboradores para executar as ações práticas em campo, discutindo e fazendo reflexões do processo que está sendo abordado na discussão e da performance dos colaboradores participantes em ação

A demonstração envolve 4 tipos principais:

Demonstração intelectual: quando realizada por encadeamento coerente e lógico de provas raciocínios; utiliza argumentos logicamente encadeados (disciplinas teóricas em geral, como a matemática)

Demonstração experimental: quando a comprovação é feita por experiências, provocando fenômenos comprobatórios; feita em laboratório, ou diretamente da natureza, com o auxílio ou não de aparelhos (como em Química e Física).

Demonstração documentária: quando a comprovação é levada a efeito presente mas devidamente documentados; processa-se por meio de documentos escritos ou produtos culturais, como é o caso das demonstrações históricas, etnológicas, etc.

Demonstração operacional: quando a demonstração se baseia em técnica de trabalho ou realização de determinada tarefa, quase sempre com auxílio de instrumentos ou máquinas. como em Educação Física.

Aula expositiva-dialogada

A aula expositiva dialogada: É uma estratégia que vem sendo proposta para superar a tradicional palestra docente. Há grandes diferenças entre elas, sendo que as principais são:

“De maneira simplificada, aula expositiva dialogada tem a participação dos alunos, e na aula expositiva tradicional não”

“Essa estratégia caracteriza-se pela exposição de conteúdos com a participação ativa dos estudantes, considerando o conhecimento prévio dos mesmos, sendo o facilitador o mediador para que os colaboradores questionem, interpretem e discutam o objeto de estudo”

“A participação dos colaboradores, que terá suas observações consideradas, analisadas, respeitadas, independentemente da procedência e da pertinência das mesmas, em relação ao assunto tratado. O clima de cordialidade, parceria, respeito e troca são essenciais”

“O ponto forte desta estratégia é o diálogo entre colaboradores e facilitador, onde há espaço para questionamentos, críticas, discussões e reflexões, onde o conhecimento possa ser sintetizado por todos”

“Essa forma de aula expositiva utiliza o diálogo entre facilitador e colaborador para estabelecer uma relação de intercâmbio de conhecimentos e experiências”.

“Em uma aula expositiva dialogada o facilitador precisa contextualizar o tema de modo que mobilize as estruturas mentais do colaborador, para que este articule informações que já traz consigo com as que serão apresentadas”



É bastante comum encontrar descrito em planos de aula como estratégia de ensino a aula expositiva dialogada, e com a mesma frequência a realização da mesma é apenas expositiva, que é outra estratégia didática.

Se existem as duas estratégias, a Expositiva dialogada x Expositiva, então afinal quais são as diferenças entre elas?

AULA EXPOSITIVA DIALOGADA

CONSISTE ...	OPERAÇÕES DE PENSAMENTO (Predominantes)	DINÂMICA DA ATIVIDADE	AValiação
Numa exposição do conteúdo, com a participação ativa dos estudantes, cujo conhecimento prévio deve ser considerado e pode ser tomado como ponto de partida. O professor leva os estudantes a questionarem, interpretarem e discutirem o objeto de estudo, a partir do reconhecimento e do confronto com a realidade. Deve	Obtenção e organização de dados Interpretação Crítica Decisão Comparação Resumo	Professor contextualiza o tema de modo a mobilizar as estruturas mentais do estudante para operar com as informações que este traz, articulando-as às que serão apresentadas; faz a apresentação dos objetivos de estudo da unidade e sua relação com a disciplina ou curso. Faz a exposição que deve ser bem preparada, podendo solicitar exemplos aos estudantes – e busca o estabelecimento de conexões entre a experiência vivencial dos participantes, o objeto estudado e o todo da disciplina; É importante ouvir o estudante, buscando conhecer sua realidade e seus conhecimentos prévios, que podem	Participação dos estudantes contribuindo na exposição, perguntando, respondendo, questionando... Pela participação do estudante, acompanha-se a compreensão e análise dos conceitos apresentados e construídos; Pode-se usar diferentes formas de obtenção da síntese pretendida na aula: de forma escrita, oral, pela entrega de perguntas, esquemas, portfólio, sínteses variadas, complementação de dados no mapa conceitual e outras atividades complementares a serem efetivadas em continuidade pelos estudantes.

favorecer análise crítica, resultando na produção de novos conhecimentos. Propõe a superação da passividade e imobilidade intelectual dos estudantes.		mediar a compreensão crítica do assunto, e problematizar essa participação. O forte dessa estratégia é o diálogo, como espaço para questionamentos, críticas e solução de dúvidas: é imprescindível que o grupo discuta e reflita sobre o que está sendo tratado, a fim de que uma síntese integradora seja elaborada por todos.	
---	--	--	--

X

Já a aula apenas expositiva:

Caracteriza-se pela exposição oral/escrita do conteúdo pelo professor, sem levar em conta conhecimento prévio dos estudantes, e espaço para questionamentos. Nesta estratégia o foco é o professor, e o aluno é agente passivo, que apenas recebe as informações transmitidas pelo professor.



Como transformar a aula apenas expositiva em técnica capaz de estimular o pensamento crítico?

- Estabelecendo uma relação de intercâmbio de conhecimentos e experiências entre facilitador e colaborador.
- Não apenas como uma conversação, mas sim como uma busca recíproca do saber

Pontos Positivos da Técnica

- Reelabora e produz o conhecimento
- Supera o ensino vertical e autoritário tradicional
- Elimina a passividade e a simples memorização do colaborador
- Tutorial para Aula Expositiva Dialogada
- O ponto de partida é a experiência dos colaboradores sobre o assunto em estudo, confrontando o conhecimento apresentado pelo facilitador com a realidade conhecida
- Elaborar uma problematização sobre o assunto em estudo
- Problematizar significa questionar situações, fatos, fenômenos e ideias
- Gerando a compreensão do problema e caminhos para sua solução

A técnica é útil para:

- Promover o diálogo entre o facilitador e o colaborador;
- O colaborador passa a fazer parte do processo de ensino-aprendizado na medida em que ele traz para a sala de aula seus saberes, sua experiência de vida;
- A construção do conhecimento acontece através da troca de informações, de questionamentos, de confronto e da reflexão da sua realidade;
- Permite que o colaborador faça a reflexão da sua prática;

Use a técnica:

Em substituição ao modelo de aula de tradicional, onde o colaborador é um mero receptor passivo de informações. A Aula Dialogada, além da troca de informações entre facilitadores e colaboradores, é o primeiro passo para facilitar a assimilação do conhecimento e veicular a realidade do colaborador a conteúdos significativos. A participação do colaborador é essencial para o bom desenvolvimento da aula.

Como usar a técnica:

Ao utilizá-la o docente deve observar os seguintes procedimentos:

- Estabelecer com clareza os objetivos da exposição;
- Planejar a seqüência dos tópicos que constituirão a exposição, observando que uma aula deverá ter introdução, desenvolvimento e conclusão;

- Procurar manter os alunos em atitude reflexiva, propondo questões que exijam raciocínio;
- Utilizar recursos didáticos que ilustrem o tema apresentado;
- Promover exercícios rápidos e objetivos;
- Recapitular as noções apresentadas, para facilitar a compreensão de outras que virão;
- Explorar as vivências dos colaboradores, para enriquecer e comprovar a exposição;
- Observar durante o desenvolvimento da aula, se há sinais de aborrecimento e cansaço por parte dos colaboradores;
- Ficar visível para toda a classe e movimentar-se durante a aula;
- Estabelecer o diálogo com os colaboradores, escutando questões, reflexões e vivências.

O domínio do quadro teórico relacional pelo facilitador deve ser tal que “o fio da meada” possa ser interrompido com perguntas, observações, intervenções, sem que o facilitador perca o controle do processo. Com a participação contínua dos estudantes fica garantida a mobilização, e criadas as condições para a construção e a elaboração da síntese do objeto de estudo. Conforme o objetivo pretendido, o facilitador encaminha as reflexões e discussões para as categorias de historicidade, de totalidade, de criticidade, práxis (Ação com reflexão), significação e os processos de continuidade e ruptura.

Nessa estratégia, a avaliação pode ser realizada pela participação dos estudantes contribuindo na exposição, questionando, respondendo, enfim, no diálogo da aula e/ou por atividades complementares tais como sínteses escritas, produção de mapas conceituais, esquemas, e resoluções de situações problema.

Propõe substituir a palestra docente e que tem como vantagem é permitir a participação do colaborador. Pressupõe um debate acerca do tema, onde o estudante traz contribuições ao grupo, sendo o facilitador responsável por avaliar a pertinência ou não de tal contribuição.

Numa perspectiva crítica, a aula expositiva dialógica pode se transformar numa técnica que estimula a atividade e a iniciativa dos colaboradores sem prescindir da iniciativa do facilitador; favorece o diálogo entre facilitador e colaboradores, e dos colaboradores entre si, sem cair numa prática permissiva; e considera os interesses e experiências dos colaboradores sem desviar-se da sistematização lógica dos conteúdos previstos nos programas de ensino.

É imprescindível que o facilitador promova a articulação entre o contexto educacional e a prática social, permitindo ao colaborador (sujeito aprendiz) a aquisição do saber sistematizado, a reelaboração desse saber e a produção de novos conhecimentos.

Portanto, nessa perspectiva, a aula expositiva dialogada pode perfeitamente assumir um caráter transformador por intermédio da troca de experiências entre facilitador e colaborador, numa relação dialógica.

Uma aula expositiva dialogada exige um planejamento maior para que de fato o facilitador seja o mediador do diálogo, sem perder o “fio da meada” ao ser questionado/interrompido, e para que possa conduzir as discussões de maneira que possam ser proveitosas.

Enquanto a aula apenas expositiva tem um planejamento mais simples voltado para as ações do facilitador. As duas estratégias dependem de um bom plano e da maneira como o facilitador as usa para render bons resultados. Uma boa aula não está na estratégia em si, mas sim em como ele se utiliza das estratégias



APÊNDICE 7 CHECKLIST PARA DISCUSSÃO DURANTE TREINAMENTO MÉDICO

Tópico 1-
Apresentar de maneira geral, o protocolo de prevenção de broncoaspiração, direção do fluxograma de setas e campo de intervenções médicas.....()

Tópico 2-
Comentar a existência da placa (beira leito) de sinalização de riscos, e que uma vez sinalizado o item na placa, há a necessidade de prescrever como item de prescrição: Paciente em protocolo de broncoaspiração!.....()

Tópico 3-
Discutir a indicação de pró-cinéticos em pacientes com intolerância a dieta enteral e risco de broncoaspiração.....()

Tópico 4-
Dialogar sobre a indicação de sondagem oro invés de nasoenteral em intubados.....()

Tópico 5-
Conversar sobre tempo de jejum, introdução e retirada de sonda enteral, e manutenção de dieta VO/Enteral, e volume de dieta e água nos intervalos.....()

Tópico 6-
Dialogar sobre indicação de acionar nutrição e interconsulta da fonoaudiologia sempre que necessário.....()

Tópico 7-
Dialogar sobre a indicação de prescrever antissialogogos na presença de sialorréia.....()

Tópico 8-
Lembrar a relevância de checar se houve migração de sonda para o pós-pilórico no 2º Rx ou passar sonda por EDA (Em intolerantes a dieta enteral).....()

Tópico 9-
Relembrar a importância de quando possível: Reduzir dose de sedativos, e realizar extubação precoce.....()

Tópico 10-
Discutir o protocolo de interpretação do volume residual gástrico (VRG) presente no setor.....()

APÊNDICE 8

AVALIAÇÃO GERAL DE PERCEPÇÃO PÓS-TREINAMENTO INTERPROFISSIONAL

Profissão: _____

Com respeito as questões abaixo, responda:

1- Acho de grande importância que os conteúdos do treinamento, sejam expostos com discussões teóricas em conjunto com demonstração prática em equipe.

- Discordo plenamente*
- Discordo parcialmente*
- Não concordo nem discordo*
- Concordo parcialmente*
- Concordo plenamente*

2- Sinto-me mais capacitado e seguro para prevenir broncoaspiração agora após o treinamento, do antes dele ocorrer.

- Discordo plenamente*
- Discordo parcialmente*
- Não concordo nem discordo*
- Concordo parcialmente*
- Concordo plenamente*

3- Acredito que dialogar sobre temas assistenciais reunindo a equipe multiprofissional em conjunto, é mais adequado do que realizar diálogos com as categorias profissionais em separado.

- Discordo plenamente*
- Discordo parcialmente*
- Não concordo nem discordo*
- Concordo parcialmente*
- Concordo plenamente*

Como foi para você participar do treinamento interprofissional em serviço?

Quais sugestões você daria para aperfeiçoar os treinamentos interprofissionais em serviço?

APÊNDICE 9

ROTEIRO DE QUESTÕES PARA A REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS INDIVIDUAIS

1. Como foi para você vivenciar a experiência de participar de uma ação educativa interprofissional na forma de treinamento em serviço?
2. O que você achou do material e recursos utilizados durante o treinamento (Slides, vídeos, impressos, protocolo, demonstração prática)?
3. Este treinamento demonstrou alguma utilidade para aplicação na sua prática profissional? Poderia em dar algum exemplo?
4. O treinamento em questão, influenciou de alguma forma sua motivação no trabalho? Quais fatores favorecem ou sufocam a sua motivação no ambiente de trabalho?
5. Durante o treinamento, sua autonomia e liberdade como profissional foi respeitada no formato das aulas? Sua independência e experiências prévias tiveram espaço para contribuir durante as aulas? Poderia me dar exemplos?
6. De alguma forma, participar desse treinamento, trouxe alguma transformação profissionalmente falando?
7. Quais as principais vantagens e desvantagens de utilizar uma abordagem interprofissional numa ação educativa?
8. Essa ação educativa conseguiu promover maior integração da equipe multiprofissional? O que seria preciso para ampliar essa integração?
9. Com respeito a informação não se perder com o tempo (pós ação educativa), como lidar com questão da rotatividade de profissionais?
10. Quais os maiores desafios ao se realizar uma ação educativa interprofissional?



11. Com base nesta experiência, se voltássemos no tempo, o que você faria diferente?

APÊNDICE 10

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) -

1 Título do projeto: PROCESSO EDUCACIONAL INTERPROFISSIONAL PARTICIPATIVO DE PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO: perspectiva da andragogia

Pesquisador: Enf. Ms. Caio Sussumu De Macedo Motoyama

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo de natureza qualitativa, utilizando uma estratégia metodológica denominada pesquisa-ação, que tem como objetivo implementar uma ação educativa interprofissional para prevenção de broncoaspiração em pacientes em unidade de terapia intensiva, uma abordagem metodológica da pesquisa-ação.

Para tal, cabe ao participante da pesquisa responder um questionário com questões semi-estruturadas e estruturadas sobre prevenção de broncoaspiração (diagnóstico - fase 1). Sequencialmente, participar da realização de 3 encontros com duração de duas horas cada, através da técnica de grupo focal (GF) com conversas gravadas. Sendo o primeiro encontro para apresentar os resultados obtidos na fase 1, e construção do protocolo de prevenção de broncoaspiração. O segundo encontro para o planejamento do treinamento de prevenção de broncoaspiração (Intervenção– fase 2). Posteriormente ao segundo encontro do grupo focal (GF), participar do treinamento educativo composto de 4 atividades educativas compostas por aulas expositivas dialogadas e aula simulada com demonstrações práticas em campo, com duração de 20 minutos cada atividade educativa, abordando o tema proposto no projeto.

Finalizando, participar do terceiro encontro para a devolutiva dos resultados da pesquisa para a equipe multiprofissional para que as informações sejam validadas, e analisadas em conjunto com os demais participantes, não sendo divulgada a identificação de nenhum depoente (Avaliação - fase 3).

Rubricas:

Pesquisador.....

Entrevistado.....

As conversas obtidas no grupo focal serão gravadas num dispositivo eletrônico de áudio, após a sua permissão, e transcritas na íntegra por mim e devolvida, pessoalmente ou via e-mail, para sua validação.

Os dados obtidos serão analisados após o retorno da validação da transcrição das conversas ao pesquisador em conjunto com os de outros voluntários, não sendo divulgada a identificação dos participantes desta pesquisa. As gravações e transcrições serão arquivadas pelo pesquisador em disco removível pelo período de cinco anos e após este prazo, serão destruídas. Para a análise dos dados coletados nesse estudo, será empregada a técnica de Análise de Conteúdo que objetiva decodificar e interpretar a mensagem por meio do conteúdo das falas coletadas.

O sigilo será assegurado durante todo o processo da pesquisa e também no momento de divulgação dos dados.

Em qualquer etapa do processo os participantes poderão ter acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Enf. Ms. Caio Sussumu De Macedo Motoyama, que pode ser encontrado no endereço R. Napoleão de Barros, n.º715, 3º andar no setor de Clínica Médica Masculina. Telefone: 5576-4056. Celular (11) 970666984 e e-mail caiomotoyama@gmail.com. Se o participante tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@epm.br

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: Implantação de uma ação educativa interprofissional para prevenção de broncoaspiração em pacientes em unidade de terapia intensiva – abordagem metodológica da pesquisa-ação

Eu discuti com a pesquisador Enf. Ms. Caio Sussumu De Macedo Motoyama sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficam claros para

Rubricas:

Pesquisador.....

Entrevistado.....

mim quais são os propósitos do estudo e os procedimentos a serem realizados. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do sigilo nominal e de minhas informações.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Asseguramos uma via deste termo para o(a) participante e outra para o pesquisador.

.....

Data:/...../.....

Assinatura do(a) participante do estudo

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste(a) narrador(a) para a participação neste estudo.

.....

Data:/...../.....

Assinatura do responsável do estudo

Caio Sussumu De Macedo Motoyama



APÊNDICE 11

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) -2

Título do projeto: PROCESSO EDUCACIONAL INTERPROFISSIONAL PARTICIPATIVO DE PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO: perspectiva da andragogia

Pesquisador: Enf. Ms. Caio Sussumu De Macedo Motoyama

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo de natureza qualitativa, utilizando uma estratégia metodológica denominada pesquisa-ação, que tem como objetivo implementar uma ação educativa interprofissional para prevenção de broncoaspiração em pacientes em unidade de terapia intensiva, uma abordagem metodológica da pesquisa-ação.

Para tal, cabe ao participante da pesquisa responder um questionário com questões semi-estruturadas e estruturadas sobre prevenção de broncoaspiração (diagnóstico - fase 1). Participar da ação educativa na forma de treinamento composto de 4 atividades educativas compostas por aulas expositivas dialogadas e aula simulada com demonstrações práticas em campo, com duração de 20 minutos cada atividade educativa, abordando o tema proposto no projeto.

O sigilo será assegurado durante todo o processo da pesquisa e também no momento de divulgação dos dados.

Em qualquer etapa do processo os participantes poderão ter acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Enf. Ms. Caio Sussumu De Macedo Motoyama, que pode ser encontrado no endereço R. Napoleão de Barros, n.º715, 3º andar no setor de Clínica Médica Masculina. Telefone: 5576-4056. Celular (11) 970666984 e e-mail caiomotoyama@gmail.com. Se o participante tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@epm.br

Rubricas:

Pesquisador.....

Entrevistado.....

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: Aprendizagem com a equipe multiprofissional na construção de uma ação educativa de prevenção de broncoaspiração em pacientes em unidade de terapia intensiva: uma abordagem metodológica da pesquisa-ação.

Eu discuti com a pesquisador Enf. Ms. Caio Sussumu De Macedo Motoyama sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficam claros para mim quais são os propósitos do estudo e os procedimentos a serem realizados. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do sigilo nominal e de minhas informações.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Asseguramos uma via deste termo para o(a) participante e outra para o pesquisador.

..... Data:/...../.....

Assinatura do(a) participante do estudo

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste(a) narrador(a) para a participação neste estudo.

..... Data:/...../.....

Assinatura do responsável do estudo

Caio Sussumu De Macedo Motoyama



Apêndice 12

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - 3

Título do projeto: PROCESSO EDUCACIONAL INTERPROFISSIONAL PARTICIPATIVO DE PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO: perspectiva da andragogia

Pesquisador: Enf. Ms. Caio Sussumu De Macedo Motoyama

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo de natureza qualitativa, utilizando uma estratégia metodológica denominada pesquisa-ação, que tem como objetivo implementar uma ação educativa interprofissional para prevenção de broncoaspiração em pacientes em unidade de terapia intensiva, uma abordagem metodológica da pesquisa-ação.

Para tal, cabe ao participante da pesquisa responder um questionário com questões semi-estruturadas e estruturadas sobre prevenção de broncoaspiração (diagnóstico - fase 1). Participar da ação educativa na forma de treinamento composto de 4 atividades educativas compostas por aulas expositivas dialogadas e aula simulada com demonstrações práticas em campo, com duração de 20 minutos cada atividade educativa, abordando o tema proposto no projeto. Participar de uma entrevista em profundidade, gravada em áudio, com duração a critério do entrevistado, para coleta de dados sobre as impressões e percepções sobre a participação do colaborador no treinamento multidisciplinar.

O sigilo será assegurado durante todo o processo da pesquisa e também no momento de divulgação dos dados.

Em qualquer etapa do processo os participantes poderão ter acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Enf. Ms. Caio Sussumu De Macedo Motoyama, que pode ser encontrado no endereço R. Napoleão de Barros, n.º715, 3º andar no setor de Clínica Médica Masculina. Telefone: 5576-4056. Celular (11) 970666984 e e-mail caiomotoyama@gmail.com. Se o participante tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@epm.br

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: Implantação de uma ação educativa multiprofissional para prevenção de broncoaspiração em pacientes em unidade de terapia intensiva – abordagem metodológica da pesquisa-ação

Eu discuti com a pesquisador Enf. Ms. Caio Sussumu De Macedo Motoyama sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficam claros para mim quais são os propósitos do estudo e os procedimentos a serem realizados. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do sigilo nominal e de minhas informações.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Asseguramos uma via deste termo para o(a) participante e outra para o pesquisador.

.....

Data:/...../.....

Assinatura do(a) participante do estudo

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste(a) narrador(a) para a participação neste estudo.

.....

Data:/...../.....

Assinatura do responsável do estudo

Caio Sussumu De Macedo Motoyama

<p>Rubricas:</p> <p>Pesquisador.....</p> <p>Entrevistado.....</p>
--

APÊNDICE 13 - COMITÊ DE ETICA DA UNIFESP – APROVAÇÃO DO PROJETO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROCESSO EDUCACIONAL COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL PARA PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO EM PACIENTES COM TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL: uma abordagem metodológica da pesquisa-ação

Pesquisador: Caio Susumu De Macedo Motoyama

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 42696814.5.0000.5505

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.009.345

Data da Relatoria: 01/04/2015

Apresentação do Projeto:

Conforme parecer CEP. 990.447 de 18 de março de 2015

Objetivo da Pesquisa:

Conforme parecer CEP. 990.447 de 18 de março de 2015

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme parecer CEP. 990.447 de 18 de março de 2015

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme parecer CEP. 990.447 de 18 de março de 2015

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Trata-se de respostas de pendências

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

pendências apontadas no parecer inicial:

1- Rever a informação dada, no campo "Riscos", que indica que a pesquisa não pode causar riscos.

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)5538-7152 Fax: (11)5571-1062 E-mail: cepunifesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Continuação do Parecer: 1.006.348

Conforme orientação da CONEP, lembramos que qualquer pesquisa com seres humanos pode causar algum risco, por mínimo que seja. No que diz respeito a esta pesquisa, por exemplo, embora pouco provável, a entrevista ou o grupo focal pode causar algum constrangimento do participante.

2- Será Pagina 2/3 necessário enviar carta de ciência/autorização do responsável pela UTI da Clínica Médica do Hospital São Paulo (HSP), a respeito da pesquisa e da presença dos pesquisadores na fase de observação de campo.

3- Toda pesquisa a ser realizada no Hospital Universitário/Hospital São Paulo (HU/HSP) deverá vir acompanhada de carta de autorização da Coordenadoria de Ensino e Pesquisa do HU/HSP (que pode ser conseguida na Diretoria Clínica do HSP, no 1º andar do Hospital São Paulo). Esta, é uma solicitação da Diretoria Clínica do HSP/HU.

4- Não ficou claro o motivo para envio de dois TCLEs: um deles, está redigido na forma de solicitar a participação em cinco encontros e o outro, para participar do processo educacional composto de atividades educativas. Serão participantes diferentes? Por que não foi feito um só TCLE com todas as etapas do processo?

5- Em relação aos TCLEs: a) -favor adequar o TCLE, no campo em que é informado que o participante receberá uma "cópia" do TCLE: não usar a palavra "cópia" e sim, a palavra "via", já que o TCLE do participante não é uma cópia: é um documento original.; b) - todas as folhas devem ser numeradas (ex: 1/4, 2/4, etc.) e rubricadas pelo pesquisador e pelo participante da pesquisa no momento da aplicação do TCLE

respostas apresentadas:

1- O campo de riscos da pesquisa ao participante, que havíamos deixado sem preenchimento, agora está preenchido apontando o risco dos participantes de terem suas falas registradas no grupo focal interpretadas de maneira equivocada.

2- Foi apontada a falta da assinatura da chefe da UTI da Clínica Médica para autorização da pesquisa em campo. Contudo, a ciência e autorização da chefe do setor referido Dra Leticia Sandra Vendrame, foi conseguida mediante a assinatura da mesma. A apresentação de tal assinatura foi obrigatória para a liberação da autorização da pesquisa pela Coordenadoria de ensino e pesquisa do hospital universitário/ Hospital São Paulo, a qual consta no documento em arquivo anexo intitulado: Autorização hospital 001 na página 5 da plataforma Brasil, assinada pelo presidente da

Endereço: Rua Solucão, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-001
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)5539-7162 Fax: (11)5571-1062 E-mail: coperfesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Continuação do Parecer: 1/008.348

coordenadoria de ensino e pesquisa do Hospital São Paulo/UNIFESP Prof Dr. Reinaldo Salomão.

3- Tal autorização solicitada pelo CEP/Unifesp, consta em arquivo anexo intitulado: Autorização hospital 001 na página 5 da plataforma Brasil

4- O TCLE-1 é para os participantes do grupo focal, já o TCLE-2 é para os participantes do processo de treinamento em serviço. Não são os mesmos participantes, pois os participantes do grupo focal não atuar como multiplicadores ou facilitadores do aprendizado dos participantes do processo de treinamento em serviço, de forma que estes últimos participante não farão parte do grupo focal. São participantes diferentes, para essas etapas da pesquisa, por esse motivo existem 2 TCLEs.

5- Retificamos de acordo com a orientação do CEP-Unifesp, a substituição dos termos cópia por via nos TCLEs e numeramos as páginas de acordo com a orientação do Cep/Unifesp 1/3...2/3....

Todas as questões foram adequadamente respondidas e o projeto pode ser liberado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (anualmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)5539-7162 Fax: (11)5571-1032 E-mail: cepunifesp@unifesp.br

APÊNDICE 14- AUTORIZAÇÃO DA COODENADORIA DE ENSINO E PESQUISA DO HOSPITAL SÃO PAULO



Coordenadoria de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário/
Hospital São Paulo

Ofício 108/2014-Coord/Ensino/Pesquisa

São Paulo, 19 de novembro de 2014.

Ilm^a Sr^a.
Prof^a.Dr^a. Angélica Gonçalves Silva Belasco
Diretora de Enfermagem
HSP-HU/UNIFESP

Prezada Professora,

A Coordenadoria de Ensino e Pesquisa do Hospital São Paulo-HU/UNIFESP, esta de acordo com a realização da pesquisa intitulada: “Processo educacional com a Equipe Multiprofissional para Prevenção de Broncoaspiração em Pacientes com Terapia Nutricional Enteral: uma abordagem metodológica da pesquisa-ação”, do aluno CAIO SUSSUMU DE MACEDO MOTOYAMA, que será desenvolvido na UTI da Clínica Médica.

Prof. Dr. Reinaldo Salomão
Presidente da Coordenadoria de Ensino e Pesquisa
Hospital São Paulo/Hospital Universitário da UNIFESP

APÊNDICE 15 - ANÁLISE DE CONTEÚDO – ENTREVISTAS

Pergunta 1- Caminhos da técnica de análise de dados referente a pergunta norteadora 1: Como foi para você vivenciar a participação em uma ação educativa interprofissional na forma de treinamento conjunto?

Unidade de Dados (UD)	Significados dos dados (SD)
EFO (1ªUD) A participação foi muito enriquecedora, principalmente pelo fato de me atentar a fatores clínicos do paciente relacionado a outras áreas da saúde, como nutri e fisio. Quando nos propomos a agir realmente como equipe multidisciplinar, envolvendo o paciente como um todo, temos um ganho tanto no tratamento como um ganho profissional pelo conhecimento adquirido.	EFO (1 US) A discussão interprofissional enriquece o tratamento do paciente numa perspectiva mais ampla, e o aprendizado sobre as outras áreas profissionais (A)
EME (1ºUD) Eu gostei da experiência, eu acho que fez, sensibilizou para o tema, eu acho que isso foi o mais importante e eu passei até presta atenção no protocolos, se eu via que tinha a plaquinha até dentro do nosso quarto de plantão, do lado de fora e inclusive quando a discussão que a gente fez com você e a gente pôde tirar algumas dúvidas, que às vezes a gente nem se dá conta que tem, e quando o tema surge, é vem algumas dúvidas a gente fica feliz de ter alguém pra poder discutir isso com a gente, então me sensibilizou para tema e eu passei a prestar mais atenção, acho que foi bastante válido! (2ºUD) Eu confesso que é eu talvez devesse ter mais bagagem sobre o tema é, mas não tenho, eu tinha, ainda tenho dúvidas sobre o tema, mais eu tive espaço pra sanar algumas dúvidas e alguns dos slides trouxeram informações que eram novas pra mim.	EME (1 US) Participar do treinamento, chama a atenção e sensibiliza para o tema, além de trazer à tona dúvidas que nem se tinha consciência que existiam (B) EME (2 US) Gera consciência da falta de conhecimento, mas cria e espaço para saná-las, além de trazer aprendizado novo (B/C)
ENU (1ºUD) Então o treinamento foi muito interessante assim tem, dá pra gente ouvir mais cada especialidade. Que a gente não tem tanta afinidade assim, tanto conhecimento.(2 UD) Acho que teve bastante... tive bastante abertura, até participei e falei algumas coisas durante um treinamento, em um dos treinamentos, então acho que foi bem assim, tive bastante abertura acho que todo mundo teve bastante abertura e não teve nenhum problema quanto a isso!	ENU (1 US) Oportunidade para poder ouvir sobre outras áreas que não dominamos (A) ENU (2 US) Possibilitou liberdade para a equipe se expressar livremente (A)
EF12 (1ºUD) A gente estava focado num tema específico, mas criou um vínculo, com uma equipe que para mim que estava chegando, foi bem legal! Em relação a contato com a fono, contato com a nutri, conversando com o pessoal de enfermagem. [...] Então eu achei extremamente legal essa parte de ser multi, e desse contato com a equipe.	EF2 (1 US) Por ser interprofissional, trouxe interação que estabeleceu um vínculo muito positivo entre a equipe (D)

<p>EEN1 (1°UD) Foi bastante proveitoso. Por que assim é difícil e às vezes, a gente quase nem vê esse trabalho sendo feito numa UTI e assim participa do trabalho foi muito importante, que agregou conhecimento. E a gente aprendeu é tá sendo assim, é como que eu posso te dizer! Vivenciando no dia-a-dia. Quais as possíveis é possibilidades de tá prevendo. [2° UD] E assim o contato com outros profissionais também. Foi muito importante aquele grupo que você montou, cada um expunha a sua ideia, eu achei que foi assim bem proveitoso, isso poderia ter assim mais vezes. Não só ficar só nesse, é nesse projeto. E ampliar, pra outros, outras patologias também. (3 UD) Olha, eu senti resistência. Pra abordar o fato, e sim eu percebi que assim elas estavam interessadas no conteúdo, porém estava mais preocupadas, com o que tinha a fazer, por isso a ideia de, assim ser num período fora do horário de trabalho entendeu? [...] Acharam interessante, mas eu achei essa logística assim, da questão tempo meio que complicado! [4 UD] Eu acredito que ela foi bem aplicada, foi bem aceita. Eu acho que ao abordar o assunto, a gente teve autonomia pra falar, e a aceitação, é foi visível não tivemos assim nenhuma resistência e o interessante, foi que todo mundo pode expressar as suas opiniões, tanto que quando eu me lembro muito bem, teve um período em que nós estávamos comentando, discutindo a respeito do volume residual do protocolo, e aí um deu a opinião, outro deu outra, eu acho assim que chegamos ao consenso, mas eu acho que todo mundo deu a sua opinião. Então eu acredito que foi bem aceito! - BRUTO - (5 UD) Fez sim! Porque antes eu acho que assim, eu vou falar como pessoa né? Antes eu verificava as condições do paciente, mas não tinha uma assim aquela certeza de que seria o melhor pra ele né? Hoje se a gente já tem um parâmetro, tem como basear e sabe se tá sendo o correto ou não! Então assim eu aprendi muito, me transformei né? Porque até então antes eu faria, eu fazia algo que eu achava ser o melhor é agora não, agora eu tenho certeza porque implantando o protocolo, tendo os parâmetros, você tem como agir encima da né? Do correto!</p>	<p>EEN1 (1 US) A participação incorporou conhecimento, que vem sendo aplicado na prática de trabalho (C)</p> <p>EEN1 (2 US) O contato e exposição de ideias entre os profissionais é muito proveitoso, e deveria ser mais utilizado também em outros temas (D)</p> <p>EEN1 (3 US) O interesse existente sobre o tema corre risco de ser sufocado pela responsabilidade do horário de trabalho (E)</p> <p>EEN1 (4 US) Teve-se liberdade e autonomia para discutir os temas a vontade, a construção do conhecimento entre as categorias profissionais (D)</p> <p>EEN1 (5 US) A implantação do protocolo e o conhecimento produzido, trouxe segurança na tomada de decisões assistenciais (C)</p>
<p>ETE1 (1 UD) Pra mim foi bastante importante pelo fato de ter um protocolo pra gente seguir a respeito do cuidado com a dieta com o paciente que havia muita controvérsia no começo. Mesmo eu estando bastante tempo na UTI, cada um se seguia um ritmo de cuidado na administração da dieta com o paciente, então o que eu gostei foi da gente poder trabalhar todo mundo junto, com o mesmo protocolo, com os mesmos cuidados de administração, ou de suspensão, e na pré-administração, os cuidados, para prevenir a broncoaspiração. (2 UD) porque às vezes a gente não dá muita valia porque a gente não tem noção às vezes do risco que isso pode causar. Então pra mim, é foi de muita ajuda, porque eu aprendi bastante, gostei muito e</p>	<p>ETE1 (1 US) O protocolo trouxe esclarecimento, segurança e uma direção para a assistência ser sistematizada para um trabalho conjunto(A)</p> <p>ETE1 (2 US) Gerou consciência sobre a gravidade de não realizar uma assistência correta, aprender trouxe satisfação e sentimento de pertencimento com relação ao protocolo (B)</p>

<p>EEN2 (1 UD) Foi uma experiência importante, foi um assunto totalmente novo pra mim. A gente fala em broncoaspiração na terapia intensiva e tudo aquilo que ela está relacionada, só que de uma forma que não é tão aprofundada quanto foi a sua proposta. [2 UD] É foi um tema que me fez refletir, porque a gente muitas vezes dá importância a outras coisas como infecção, a ação dos dispositivos, aos sinais vitais, as intercorrências, as medicações, e muitas outras coisas burocráticas, muitas vezes esquece de detalhes, de coisas pequenas, mais não menos importantes, como por exemplo o que pode acarretar uma broncoaspiração. (3 UD) Com relação a uma maior aproximação da equipe com cuidado com o doente, isso força entre aspas, o enfermeiro a treinar a sua equipe, a tá junto ali da sua equipe a checar. E, se realmente estão fazendo o a o que foi proposto (4 UD) tá sendo um passo de cada vez, devagar, dia a dia conscientizando um a um, ao seu momento, porque cada pessoa tem um momento, tem um tipo de abordagem, aquilo que você fez durante aqueles 15, 20 minutos, foi uma proposta em que as pessoas tiveram que sensibilizar e abraçar a causa ou talvez te ignorar, então aqueles que ignoraram, cabe aquele enfermeiro que tá no plantão, é tomar essa frente, abraçar a causa e tentar sensibilizarem um a um até conseguir o objetivo alcançado!</p>	<p>EEN2 (1 US) Agregou conhecimento novo, uma vez que aprofundou o tema de uma forma inédita (C)</p> <p>EEN2 (2 US) A temática explorada do acometimento da broncoaspiração gerou reflexões sobre detalhes importantes que não tinham consciência por demasiada preocupação com outros tipos de cobranças mais burocráticas (B)</p> <p>EEN2 (3 US) Ao aproximar a equipe e o cuidado, gera maior necessidade de treinamento e supervisão do enfermeiro com sua equipe (A)</p> <p>EEN2 (4 US) Cada um tem uma forma de aprendizagem ou interesse, cabe ao líder detectar a melhor abordagem e aos poucos ir sensibilizando a equipe para o alcance do objetivo (B)</p>
<p>EEN3 (1 UD) eu achei que foi bem proveitoso. Assim acho que agregou bastante ainda mais que, veio a nutricionista, veio a fono, então assim, coisas até que a gente não sabia que nem aquelas questão das dietas, cada dieta exatamente o que que era, que é uma coisa que a gente fica muito na dúvida, mesmo da fono, de toda a parte da deglutição, todas as fases, ela até meio que ensinou a gente a como você identificar, como não, (2 UD) Que nem já sabia essa parte de você, às vezes o paciente não tosse mais ele tá broncoaspirando, então assim que nem as meninas, elas não tinham ideia disso, e nem os próprios médicos, a não mais não tá tossindo, mas não tá não sei o que! Então acho que isso daí foi bem legal! Acho que tudo isso. Que nem a parte do fisio também eu acho que, que foi bem proveitoso, acho que tudo agregou bastante assim! (3 UD) Eu acho que eles deram bastante espaço pra gente falar, então se você quisesse falar algumas coisa que você não concordasse ou que você vivenciasse diferente eu pelo menos não senti nenhuma, nenhuma restrição de ninguém ali que deu aula, muito pelo contrário assim, se você levasse as coisas eu acho que eles até gostavam que aí acrescentava eles explicavam e falavam, então, eu acho que só acrescentou. Eu não vi isso em momento de forma negativa de como eles trouxeram.</p>	<p>EEN3 (1 US) Agregou conhecimentos e ações que não tinham a respeito de nutrição e fonoaudiologia, a partir da informação proveniente da interação entre profissões (A)</p> <p>EEN3 (2 US) A experiência interprofissional enriqueceu o aprendizado sobre tópicos obscuros para vários profissionais até então (A)</p> <p>EEN3 (3 US) Houve espaço e liberdade para diálogo e exposição de ideias de todos, num processo crescente. (A)</p>
<p>EF11 (1 UD) Eu acho que nos treinamentos o pessoal ficava meio acanhado de perguntar, de expor sua ideia. Talvez não sei se é pelo modo de ser aula, de tá numa roda, as pessoas ficam mais acanhadas pra expor, eu senti. Que talvez não expor tudo o que elas achavam. Que talvez elas comentaram depois tal coisa que elas acharam</p>	<p>EF11 (1 US) Gerou certo retraimento e baixa participação, talvez pela aula ser sido em roda, em que proporcionou maior exposição (E)</p>

<p>estranho, tall – BRUTO – (2 UD) É o que assim eu penso é que no hospital eu sei que é muito ruim né? Não tem equipe, a pessoa correria! (3 UD) Mas assim essa ideia de juntar a equipe pra fazer alguma coisa mais educativa, não só de broncoaspiração, acho positiva, porque assim eu sinto falta de ter essa parte teórica dentro do hospital. Que fica o pessoal da nossa rotina e tem tanta coisa pra se atualizar. Então nesse sentido foi bom assim! Pelo menos ao meu ver. Porque eu acho que deveria ter mais coisas nesse estilo pra equipe, como um todo, mais capacitação.</p>	<p>EF11 (2 (US) Organizar reuniões interprofissionais pode esbarrar na escassez de recursos diversos (E) EF11 (3 US) Seria importante mais ações em formato interprofissional no ambiente de trabalho, porque geraria maior capacitação da equipe (A)</p>
<p>ETE2 (1 UD) Não, acho que não teve nenhuma imposição, não teve nada impositivo, a gente teve abertura pra dialogar, pra expor o que a gente sabia, pra expor as experiências anteriores que a gente tinha, as experiências que a gente estava no momento também vivendo, então não teve nada impositivo não! - BRUTO -(2 UD) Não assim acho que transformou, acho que agora a gente pelo menos na UTI, a gente pega o plantão e acaba olhando o paciente como um todo, a gente olha a plaquinha, a gente olha o decúbito, a gente olha a dieta, a gente olha se tá aos 30 graus o paciente tá aceitando bem! Tudo isso, a gente pergunta no plantão e foi bem tranquilo!</p>	<p>ETE2 (1 US) Não houve imposição para expor ideias e tiveram liberdade para expor as experiências em um diálogo interprofissional (A) ETE2 (2 US) Várias orientações ministradas passaram a ser itens de checagem na prática assistencial e na passagem de plantão, que foram transformadores (A)</p>
<p>EEN4 –BRUTO – (1 UD) Assim, como a, como a recém formado né? Então a gente tem muita coisa né? A dizer, como a terapia intensiva a gente vive muito a parte de sonda gástrica, de sonda enteral, foi interessante sim muito, muitas coisas, algumas coisas assim a gente pega já não tinha tanta atenção, quanto a questão por exemplo do em relação à disfagia e a temperatura dos líquidos, a gente não associava tanto a questão do morno, a percepção ser menor e o risco de broncoaspiração ser maior, então quanto a isso a gente, eu pelo menos não tinha essa informação, mais foi sim, foi útil, mas algumas coisas tipo, por mais que a gente queira implantar algumas coisas fogem da realidade do hospital né? (2 UD) é algumas coisas que o pessoal começa a prestar atenção, então quando a gente tem um pouco mais de conhecimento, quando a gente meio curioso, a gente vai tentar buscar sempre melhorar, então isso é válido, qualquer conhecimento pra mim seja, novo, seja revisando alguma coisa, ele pra mim é importante, independente de, a eu já sei, não não custa você ir lá ouvir, questão motivacional, não vou dizer que tipo nossa mudou minha vida, mas sim influenciou em questão de, da minha equipe presta atenção em algumas coisas!</p>	<p>EEN4 (1 US) Trouxe novo aprendizado, agregado para quem não tem muita experiência de carreira, o que é útil para a prática profissional (C) EEN4 (2 US) Todo conhecimento novo desperta curiosidade e presta mais atenção no que faz, o que motivava tentar melhorar o desempenho(A)</p>

*(UD) Conjunto de segmento seqüencial dos discursos dos entrevistados com significados para a questão de pesquisa, codificadas com as cores, amarelo e cinza, azul, verde e rosa, com numerais na ordem seqüencial conforme a identificação de similaridade dos sentidos.

** (US) Síntese dos significados das idéias da UD, categorizados conforme a semelhança de sentido com as letras: A, B, C e D e E

CATEGORIAS FORMADAS A PARTIR DAS ENTREVISTAS

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DA CATEGORIA TEMÁTICA 1- ENTREVISTAS:

POR DETRÁS DOS OBSTÁCULOS À REUNIÃO EM EQUIPE: APRENDIZAGEM E INTERAÇÃO PARTICIPATIVA, ENRIQUECIMENTO PARA A ASSISTÊNCIA PRESTADA AO PACIENTE

Pergunta 1- Caminhos da técnica de análise de dados referente a pergunta norteadora 1: Como foi para você vivenciar a participação em uma ação educativa interprofissional na forma de treinamento conjunto?

C.1.1. Conscientiza das próprias carências de conhecimento, mas cria um ambiente para saná-las, amplia o aprendizado sobre a nossa e demais áreas profissionais, gera autonomia na participação e enriquece a assistência

EFO (1 US) A discussão interprofissional enriquece o tratamento do paciente numa perspectiva mais ampla, e o aprendizado sobre as outras áreas profissionais (A)

ENU (1 US) Oportunidade para poder ouvir sobre outras áreas que não dominamos (A)

ENU (2 US) Possibilitou liberdade para a equipe se expressar livremente (A)

ETE1 (1 US) O protocolo trouxe esclarecimento, segurança e uma direção para a assistência ser sistematizada para um trabalho conjunto (A)

EEN2 (3 US) Ao aproximar a equipe e o cuidado, gera maior necessidade de treinamento e supervisão do enfermeiro com sua equipe (A)

EEN3 (1 US) Agregou conhecimentos e ações que não tinham, a respeito de nutrição e fonoaudiologia, a partir da informação proveniente da interação entre profissões (A)

EEN3 (2 US) A experiência interprofissional enriqueceu o aprendizado sobre tópicos obscuros para vários profissionais até então (A)

EEN3 (3 US) Houve espaço e liberdade para diálogo e exposição de ideias de todos, num processo crescente. (A)

EF11 (3 US) Seria importante mais ações em formato interprofissional no ambiente de trabalho, porque geraria maior capacitação da equipe (A)

ETE2 (1 US) Não houve imposição para expor as ideias e tiveram liberdade para expor as experiências em um diálogo interprofissional (A)

ETE2 (2 US) Várias orientações ministradas passaram a ser itens de checagem na prática assistencial e na passagem de plantão, que foram transformadores (A)

EEN4 (2 US) Todo conhecimento novo desperta curiosidade e presta mais atenção no que faz, o que motiva a tentar melhorar o desempenho (A)

EME (1 US) Participar do treinamento, chama a atenção e sensibiliza para o tema, além de trazer à tona dúvidas que nem se tinha consciência que existiam (B)

EME (2 US) Gera consciência da falta de conhecimento, mas cria e espaço para saná-las, além de trazer aprendizado novo (B/C)

ETE1 (2 US) Gerou consciência sobre a gravidade de não realizar uma assistência correta, aprender trouxe satisfação e sentimento de pertencimento com relação ao protocolo (B)

EEN2 (2 US) A temática explorada do acometimento da broncoaspiração gerou reflexão sobre detalhes importantes que não tinham consciência por demasiada preocupação com outros tipos de cobranças mais burocráticas (B)

EEN2 (4 US) Cada um tem uma forma de aprendizagem ou interesse, cabe ao líder detectar a melhor abordagem e aos poucos ir sensibilizando a equipe para o alcance do objetivo (B)

C.1.2 Traz o estabelecimento de vínculo entre os profissionais, algo proveitoso para trazer novas experiências e novo aprendizado

EEN1 (1 US) A participação incorporou conhecimento, que vem sendo aplicado na prática de trabalho (C)

EEN1 (5 US) A implantação do protocolo e o conhecimento produzido, trouxe segurança na tomada de decisões assistenciais (C)

EEN2 (1 US) Agregou conhecimento novo, uma vez que aprofundou o tema de uma forma inédita (C)

EEN4 (1 US) Trouxe novo aprendizado, agregado para quem não tem muita experiência de carreira, o que é útil para a prática profissional (C)

EF2 (1 US) Por ser interprofissional, trouxe interação que estabeleceu um vínculo muito positivo entre a equipe (D)

EEN1 (2 US) O contato e exposição de ideias entre os profissionais é muito proveitoso, e deveria ser mais utilizado também em outros temas (D)

EEN1 (4 US) Teve-se liberdade e autonomia para discutir os temas a vontade, a construção do conhecimento entre as categorias profissionais (D)

C.1.3 A sobrecarga de trabalho, falta de tempo e sensação de exposição pode dificultar a interação em grupo

EEN1 (3 US) O interesse existente sobre o tema corre risco de ser sufocado pela responsabilidade do horário de trabalho (E)

EFI1 (1 US) Gerou certo retraimento e baixa participação, talvez pela aula ser sido em roda, em que proporcionou maior exposição (E)

EFI1 (2 US) Organizar reuniões interprofissionais pode esbarrar na escassez de recursos diversos (E)

APÊNDICE 16

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DA CATEGORIA TEMÁTICA 2: DIFICULDADES E CARACTERÍSTICAS ASSERTIVAS PARA UMA AÇÃO EDUCATIVA INTERPROFISSIONAL BEM SUCEDIDA

Caminhos da técnica de análise de dados referente a pergunta norteadora 2- Qual a sua percepção quanto a didática e dificuldades em se realizar ações educativas interprofissionais de natureza andragógica?

C.1.1 Medidas para o sucesso na implementação de ações educativas interprofissionais

EME (1 US) Há necessidade de sensibilização dos participantes para ocupa-los com treinamento no horário de trabalho, para isto deve ser breve, direcionado e de forma participativa (A)

EME (3 US) A disposição e o envolvimento com o tema são potencializadores de participação dos indivíduos (C)

EME (4 US) Criar um ambiente transparente e evitar atmosfera avaliativa gera maior participação da equipe (D)

EME (5 US) Em cada profissão deve haver multiplicadores da informação para seus pares (A)

EEN4 (1 US) Adequar a terminologia para atrair o público a ter maior interesse e participação (E)

EEN4 (4 US) Há a necessidade de um agente multiplicador no setor para incentivar a equipe mostrando as razões das ações e promovendo ações de conscientização (A)

EEN4 (5 US) Utilizar a didática adequada por meio da tonalidade de voz, atrai melhor a atenção em exposições em grupo (E)

EEN4 (6 US) É importante utilizar o conhecimento prévio da equipe e informa-la a priori do que vai acontecer na reunião (D)

EEN2 (2 US) Foi trazida a proposta de educar a equipe, mas a ação do multiplicador em campo no dia a dia é vital pois ele conhece a equipe dele, e é quem melhor pode desenvolver ou não avanços junto a equipe (A)

EEN2 (3 US) Adequar a linguagem ao perfil heterogêneo de formação da equipe, pode gerar maior interesse e participação (E)

EEN2 (5 US) Participar ministrando aula foi um desafio, houve necessidade de preparação e adequação, mas com sentimento que se torne rotina e cada vez mais esse conteúdo incorporado a prática de trabalho (A)

EFO (1 US) A adesão depende do participante ter recebido informação suficiente para gerar ciência da importância da ação, e ter interesse em participar (A/C)

EFO (2 US) O interesse de cada um, e a percepção de que todos da equipe são importantes para um novo modelo de atendimento é essencial para que a adesão ocorra (A)

EFO (3 US) A participação dos profissionais médicos da base era vital também para que ampliassem o entendimento sobre o papel das outras equipes e para que a ação desse certo (A)

ETE2 (1 US) As aulas tem que ser mais interativa, com conteúdo que promovesse contato inter-participantes e destes com o multiplicador, incentivos na forma de brinde- e *quiz* de perguntas e respostas ajudam (D)

ET2 (2 US) O uso de *folders* educativos é uma opção para orientação em serviço dos novos colaboradores, associado com orientações verbais (E)

EFI2 (1 US) Quanto menos envolvido com a área acadêmica, menos acostumados com aulas teóricas, então para um público misto fica ainda melhor para todos, tornar em apresentação prática os conteúdos propostos, pois atrai a atenção além de ficar mais didático (E)

EFI2 (2 US) Discutir o tema motivou a buscar o aprofundamento do conhecimento sobre o tema para aperfeiçoar a prática profissional (C)

EFI2 (3 US) A autonomia profissional foi preservada, e foi super legal estar representando a categoria neste espaço bem livre para a comunicação (A)

EFI2 (4 US) É importante alimentar o grupo whatsapp semanalmente com artigos e temas para gerar incentivo para os participantes estarem atentos aos temas (C)

EFI1 (1 US) Acrescentou bastante, para retomar alguns aspectos da própria profissão, e também aprender sobre papéis das outras, mesmo não fazendo determinadas tarefas, a questão de conhecer. (A)

EEN1 (1 US) A institucionalização do protocolo e manutenção de todos os insumos didáticos utilizados, pode ser o caminho para todos terem acesso a informação (E)

ETE1 (1 US) A motivação surge quando há suporte de quem se propõe a intervir em campo, de forma a dar um norte para a equipe, da abertura dada para falar durante os treinamentos, de ver o engajamento dos outros colegas e de saber o principal: Que está beneficiando o paciente (A)

ETE1 (3 US) Mesmo tendo certa dificuldade em expor as minhas dúvidas, tive acesso a outras profissões, o que possibilitou transformação no sentido de aprender coisas novas, e ter segurança para praticá-las, o que é muito legal (D)

EEN3 (1 US) Houve transformação no sentido de acrescentar informação, e padronizar condutas trazendo independência sobre a necessidade orientação médica sobre condutas, uma vez que todos falamos a mesma língua, não mais existindo as condutas variáveis dependendo do profissional (E)

EEN3 (3 US) Para funcionar, não é necessário centralizar a orientação em multiplicadores, se todos incorporarem as rotinas no dia a dia, isso já funciona muito bem como um exemplo motivador para os novos colaboradores na prática cotidiana (C)

C.1.2 Educação interprofissional: Barreiras para sua realização no ambiente de trabalho

EME (2 US) A vergonha, e o medo de exposição será sempre uma barreira em interações grupais, explorar técnicas lúdicas podem ajudar (B)

EEN4 (2 US) Quando se estabelece um vínculo prévio junto a equipe, fica mais fácil a aceitação e participação, porém esta última depende também de conhecimento, didática e capacidade de ouvir os colegas, aumenta a capacidade de discutir com a equipe multiprofissional (B)

EEN4 (3 US) A falta de tempo pela sobrecarga de trabalho e equipe desfalcada, gera dificuldades para participação (B)

EEN2 (1 US) Ocorreu numa situação desfavorável de acúmulo de cansaço, mas o interesse depende de motivação interna “Aceita agua quem tá com sede” (B/C)

EEN2 (4 US) Todos tiveram liberdade e autonomia, para querer participar ou não, os que não, talvez por não terem se encontrado no tema até o momento (B/A)

EFI2 (5 US) Em grupo, as pessoas tem vergonha de escrever, porque fica registrado, e gera o receio de exposição e julgamentos dos demais integrantes, comparado a falar fora de grupos (B)

EFI1 (2 US) A relação interprofissional acaba ficando por contingência, e várias coisas prejudicam a integração das equipes, como a falta de profissionais etc (B)

EFI (3 US) É importante sensibilizar a equipe sobre a importância dos encontros interprofissionais, para que não sejam visto como apenas tomada de tempo (A/B)

EFI1 (4 UD) O medo de exposição frente ao grupo grande e hierárquico, pode gerar retraimento em se expor, e limita o diálogo, comparado ao particular (B)

ETE1 (2 US) O não entendimento homogêneo sobre o conteúdo do treinamento por parte dos profissionais, gera cobranças incoerentes, e desmotiva. Já ver todos elogiando e você fazer parte disso, podendo ajudar, motiva! (B)

ETE1 (4 US) O maior desafio é prender a atenção e manter todos, pois são pessoas, e profissões diferentes, que podem ter interesses diferentes também (B)

EEN3 (2 US) A falta de interação no grupo whatsapp pode advir do medo de exposição, uma vez que receiam falar alguma gafe e ser ridicularizado (B)

EEN3 (4 US) Uma saída para aumentar a participação em grupo de discussão temática em mídia social é abrir a possibilidade de interagir em *off*, e depois levar para o grupo omitindo identidade, para evitar receio de exposição (B)

APÊNDICE 17

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DA CATEGORIA TEMÁTICA 3 - ENTREVISTAS:

EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL: PONTOS DELICADOS E O CAMINHO QUE CONDUZ PARA A INTEGRALIDADE NA ASSISTENCIA

Caminhos da técnica de análise de dados referente a pergunta norteadora 3: Quais as vantagens de vivenciar a participação em uma ação educativa na forma de treinamento interprofissional, comparada a uniprofissional?

C.1.1 A integralidade no cuidado, proporcionada pela abordagem educativa de caráter interprofissional

EFI1 (1US) Uma ação assistencial interprofissional é mais vantajosa, uma vez que o paciente é um todo, mas as profissões são fragmentadas, logo reunir as diferentes áreas pode cercar e amparar o paciente por diferentes ângulos. (B)

EFI1 (2 US) Uma ação educativa e a assistência interprofissional é melhor do que uniprofissional, no sentido de você conhecer a área do outro profissional através da interação, o que favorece detectar demandas e sinaliza-las (C)

EFI1 (3 US) Ter tempo para interação interprofissional, gera motivação, porque você passa a compreender o que o outro faz, através das discussões clínicas. Já a ausência disso deixa o serviço meio disperso, pois cada um trabalha num distanciamento uns dos outros, e a falta de diálogo pode gera desmotivação. (D)

ETE1 (1 US) Ações educativas interprofissionais, favorecem a aproximação entre os profissionais, favorece o diálogo, sanando dúvidas (D)

ETE1 (2 US) Quando um tema abordado, tem aspectos de diferentes áreas, a o arranjo interprofissional se torna mais interessante, e evita o individualismo (B)

ENU (1 US) Gera maior abertura e proximidade para discutir um tema, ouvir as impressões, sugestões, coisas que foram detectadas e que precisam ser levadas em consideração (C)

ENU (2 US) Permite conhecer a área dos colegas, sua atuação e contribuições assistenciais que pode trazer, bem como suas limitações. Traz uma visão mais geral (C)

EFO (1 US) Não há desvantagens, pois se o paciente é um todo indivisível, necessita de todos os profissionais de diferentes áreas para um atendimento integral (B)

EFO (2 US) Ações educativas devem ser interprofissionais para ampliar a visão de cada profissional sobre o papel dos outros, e favorecer o ganho de conhecimento de cada um.(C)

EFI2 (1 US) Na abordagem uniprofissional, são discutidos temas delimitados a área específica de profissão, mas na assistência ao paciente, uma profissão depende das outras, e precisam dialogar entre si (C)

EFI2 (2 US) As 2 formas de abordagem são importantes. Contudo, são interligadas, porque ao se definir uma direção assistencial, mesmo baseada em evidencia, se não houve o entendimento e consenso mutuo de todos os profissionais, não será tão aplicável na prática (E)

EME (1 US) O formato interprofissional, por recrutar saberes de diferentes áreas profissionais, com suas experiências e conhecimentos, torna o resultado muito mais completo (B)

EME (3 US) Uma profissão acostumada a trabalhar e maneira mais isolada, quando experimenta se aproximar do diálogo interprofissional, consegue resolutividade mais rápida, de seus dilemas assistenciais do cotidiano, o que torna essa prática cada vez mais necessária para o processo de trabalho (C)

EEN1 (1 US) A interprofissional é melhor, porque o paciente é assistido por uma equipe, mas reuniões por categoria profissional isoladas e depois integrar as condutas pode ser uma opção (B)

ETE2 (1 US) A interprofissional é muito mais eficiente por contemplar diversos aspectos da assistência, proporcionando uma abordagem mais ampla. Enquanto que na uniprofissional, se delimita a aspectos inerentes àquela profissão (B)

EEN4 (1 US) Na interprofissional, ocorre uma melhor gestão das informações pertinentes para elaborar o plano assistencial do paciente, evitando perda de informação, decisões precipitadas, em todo esse contexto (C)

EEN4 (2 US) Reuniões interprofissionais permitem o alinhamento de ideias que ainda divergem em algum aspecto, pós reuniões uniprofissionais, além de permitir o acompanhamento/andamento dos projetos em vigor no setor (E)

C.1.2 Pontos delicados e empecilhos em ações educativas interprofissionais

EEN2 (1 US) Reunir pensamentos em grupo não é uma tarefa fácil (A)

EEN2 (2 US) Quando a discussão é em equipe uniprofissional, é mais homogêneo e gera entendimento mais fácil. Já na interprofissional é um desafio maior por terem diferentes formações e pontos de vista (A)

ENU (3 US) Uma limitação é não poder aprofundar tanto em alguns aspectos técnicos de uma área em específico, como no caso da uniprofissional (A)

EME (2 US) Por maior que seja o conhecimento e experiência de um grupo uniprofissional organizando um protocolo que diz respeito a ações multiprofissionais, acaba gerando conflito, por divergência de ideias, já uma confecção interprofissional, traz maior aceitação (A)

EEN3 (1 US) Na interprofissional não sei se é possível ocorrer barreiras, exemplo: Da equipe médica, ver outras categorias “ensinando” eles, ou mesmo esta mesma situação entre integrantes de outras diferentes profissões (A)

EEN3 (2 US) Um profissional ouvindo sugestões de outras categorias profissionais corre-se o risco de não receber bem, pelo ego, e pela discordância de ideias, confrontando as experiências dele com o que está

sendo sugerido de maneira diferente da forma como ele habitualmente faz (A)

ETE2 (2 US) As maiores dificuldades de abordagens interprofissionais é todos conseguirem disponibilizar tempo, bem como agenda disponível para reunir toda a equipe, não só de diferentes categorias profissionais mas também diferentes turnos de trabalho (A)

APÊNDICE 18

CATEGORIAS DE ANÁLISE A PARTIR DO GRUPO FOCAL

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DA CATEGORIA TEMÁTICA

1- GRUPO FOCAL:

Educação interprofissional: Caminho para o diálogo regado por aprendizagem, empatia, respeito e engajamento

Caminhos da técnica de análise de dados referente a pergunta norteadora 1: Quais as vantagens de vivenciar a participação em uma ação educativa interprofissional comparada a uniprofissional?

C.1.1 Conhecer o papel das diferentes profissões: Caminho para a valorização, reconhecimento, respeito e espaço definido, entendimento que beneficia o paciente

GF2PA (1 US) É interessante que os profissionais de diferentes profissões na equipe, participem e compreendam o trabalho uns dos outros, não dizendo para invadir a área alheia, mais sim compreenderem o contexto de uma forma mais ampla (A)

GF2PA (5 US) Com a implantação da visita multiprofissional para diferentes temas assistenciais, o setor e todos os profissionais ganham muito, pois desenvolvem empatia ao conhecer o trabalho dos colegas de outras profissões. E dessa forma passam a respeitá-los mais, e não se fecham em si, e sabemos que quando o trabalho é em equipe tudo flui mais natural. (E)

GF3PA (18 US) Muitas vezes, a ausência da equipe médica na construção de protocolos, é a maior mesmo dentro da equipe, talvez pela própria visão prepotente de ser o profissional que prescreve, mas isso vem sendo melhorado, sabemos que todos tem a mesma importância (E)

GF3PA (19 US) É importante compreender o trabalho do outro, as contribuições de cada membro da equipe, mas sem julgamentos ou invadir o espaço alheio, cada um tem seu campo determinado, é importante compreendermos o que o outro está fazendo mas não ir lá e sair mudando (A)

GF3PA (20 US) O ganho da equipe interprofissional para o cuidado do paciente, está no respeito a posição do outro, aprender com o outro, todos nesse patamar. Quando há atrito, é importante esclarecer tudo, porque, onde a equipe tem atrito o trabalho não é bem feito, e quem perde é o paciente. Já onde há equipe unida tudo caminha bem (E)

GF3CO (3 US) Um dos maiores desafios de encontros interprofissionais, é manter a reunião produtiva, e não direcionada a apenas uma ou outra área

profissional, para que todos possam contribuir e sentirem que foi proveitoso para todos, e dessa forma não desanimarem (A)

GF2AG (1 US) É importante cada profissional saber o papel um do outro, gera menos perda de informação, e permite a multiplicação de informações para os recém chegados com mais facilidade. Permite dialogar, e deveria ocorrer para diversos temas no trabalho. (A)

C.1.2 Os legados da educação interprofissional: Geração de referências e sentimento de proximidade dentro da equipe, maior engajamento e resultados práticos

GF2PA (4 US) É importante o sentimento de fazer parte da equipe interprofissional, e isso é cada vez mais necessário no ambiente de trabalho, pode-se vê também em outras instituições, é importante aperfeiçoar nisso (D)

GF3PA (12 US) Houve mudança de fato, um sentimento coletivo de aproximação e união dos profissionais de diferentes áreas e melhora na assistência, cabe replicar isso cada uma para sua área (D)

GF2CO (1 US) Quando os profissionais estão envolvidos no processo, gera mais atitude, e vontade de fazer acontecer. Porque há tempo para dialogar e aprender com os outros profissionais (D)

GF2TI (1 US) Como o trabalho foi muito bom, a ideia é multiplicar para outros setores (D)

GF2TI (2 US) Quando mais de um profissional participa dos diálogos, facilita a multiplicação da informação, porque caso o profissional tenha dificuldades em transmitir a informação o outro participante das reuniões podem fazê-lo (D)

GF3AG (1 US) Integrar todos os profissionais da equipe do setor nos treinamentos foi de suma importância. Pois, foi uma grande experiência por exemplo para os técnicos de enfermagem participarem do processo (D)

GF3CA (1 US) A lição mais importante, é que quando a equipe é treinada, faz toda a diferença em relação a uma equipe não capacitada para um tema. Todos os grandes temas assistenciais deveriam virar protocolos com integração no treinamento em equipe (D)

GF3CA (3 US) Um dos pontos mais importantes alcançados por nossa intervenção, foi a inserção dos técnicos de enfermagem no processo de

aprendizagem do protocolo, porque eles ficaram muito mais envolvidos devido a esta inclusão (D)

GF3ON (1 US) O fato da abordagem ter sido interprofissional foi muito interessante, calhou muito bem, porque trouxe muito mais engajamento do nível médio ao superior. Algumas coisas precisam melhorar ainda, mas todos estão muito ligados ao protocolo ativamente, tanto que os próprios técnicos se prontificam a multiplicar o protocolo para os novos no setor (D)

C.1.3 O diálogo em equipe interprofissional é multifacetado, havendo consenso, traz empatia, flexibilidade, eficiência e aprendizagem para todos

GF3CO (1 US) Interprofissional é interessante, é mais difícil, mas eu acho que o aprendizado é muito melhor e muito mais rico, porque cada um tem uma visão sobre o mesmo assunto, então você acaba tendo uma interação bem maior (B)

GF3CO (2 US) Foi interessante, mas é importante continuar, pois trouxe uma lição da importância da aprendizagem, e o maior ganho é do paciente (B)

GF2TI (1 US) Discussões interprofissionais são muito ricas e trazem ganho a todos (B)

GF2TI (3 US) A participação do técnico nas reuniões é vital para fazer-lo se sentir integrante da equipe, uma vez que há coisas que só o técnico sabe lidar (B)

GF2GA (1 US) O aprendizado é muito grande quando interagimos de forma a ouvir e aprender com outros profissionais de áreas afins (B)

GF3CA (2 US) Devemos ter atenção no que se refere ao profissional que mais próximo fica do paciente, que é o técnico de enfermagem, ser todas as vezes excluído das discussões multiprofissionais. As visitas dão direcionamento para checagem da continuidade e aperfeiçoamento das práticas reflexivas no trabalho (B)

GF3ON (2 US) Houve grande aderência da equipe, inclusive dos técnicos. A ideia de inserir os técnicos nas discussões também é muito bom, e sempre passar para eles, as informações do paciente (C)

APÊNDICE 19

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DA CATEGORIA TEMÁTICA 2-GRUPO FOCAL:

Educação interprofissional andragógica: Importancia de aprender a aprender, vencendo os obstáculos para um trabalho em equipe

Caminhos da técnica de análise de dados referente a pergunta norteadora 2: Quais a didática mais adequada e os desafios de se implementar uma ação educativa interprofissional?

C.1.1 Inclusão de toda a equipe na ação educativa: Sentimento de pertencimento, facilitação da compreensão, tomada de consciência e supervisão, os motores para a aderência ao conteúdo de aprendizagem

GF2PA (1 US) É muito importante que todos os profissionais sejam incluídos quando se tem uma ação educativa em serviço, mesmo os da ponta do processo, até porque são os que mais atribuições costumam ter. Pois uma vez compreendido a importância daquela ação assistencial, a adesão é muito maior (A)

GF3PA (1 US) Só se consegue compromisso e continuidade à partir do momento em que a pessoa se sente inserida e entendeu o motivo daquilo tá sendo solicitado, aí vira rotina! Porque eles veem resultado. Mas, para isso é preciso alcançar a todos (A)

GF3PA (2 US) Os dados mostraram algumas situações bem nítidas que revelam como o treinamento proporcionou melhora na assistência (A)

GF3PA (3 US) Muitas ações que ocorrem na prática, são subnotificadas em prontuário. Portanto, se houve alguma evidencia em prontuário após o treinamento, na prática foi maior ainda (A)

GF3PA (4 US) A ideia de empregar os princípios da andragogia parece ter surtido efeito, houve sentimento de inserção e entendimento, evidenciado pela adesão ao protocolo na prática (B)

GF3TI (1 US) Com certeza o formato interprofissional é o mais adequado para gerar maior adesão, quando se trata de ações de educação que envolvem a equipe de diferentes áreas profissionais (B)

GF3TI (3 US) Para que ocorra adesão as ações propostas, é necessário explicar para que o outro entenda a importância daquilo, e supervisionar melhor o processo (B)

GF3CA (2 US) Quando o profissional tem consciência da importância de determinadas ações no trabalho, a resistência é menor. A educação continuada favorece isso. (A)

C.1.2 Uso dos princípios andragógicos: Aquisição de conhecimento, reflexão, percepção da necessidade de aprender, estímulo para o interesse espontâneo e motivação

GF3PA (5 US) Houve um crescimento no conhecimento dos participantes, a partir do estímulo a reflexão, estudo e percepção da necessidade de aprender, trazido pela ação educativa (C)

GF3PA (6 US) Todos saíram ganhando, produziu conhecimento, adesão ao protocolo implementado, e até motivou para outras ações de natureza similar. (C)

GF3CA (1 US) Os benefícios dos encontros interprofissionais não são apenas para o paciente, mas também para o profissional, porque é uma forma de aprendizado para este último, agrega para a vida, e desperta o interesse, que assim passa a ser espontâneo, sem necessidade de imposições de gerência (D)

C.1.3 Falta de planejamento e otimização do tempo: Principal empecilho para realização de educação interprofissional no trabalho

GF3TI (2 US) Um dos grandes empecilhos para conseguirmos realizar visitas multiprofissionais é a falta de planejamento, escondida por trás da fala: “Não tenho tempo” (E)

GF3CO (1 US) Ações assim, devem começar como um teste experimental e breve, para que todos se organizem, reservem um tempo, é viável e agrega, fazendo todos da equipe crescerem (E)

GF3CA (4 US) O ideal é que cada profissional comente sobre sua área numa discussão clínica, isso agiliza e traz fluidez nos diálogos coletivos (E)

ANEXOS

Anexo 1- **BUNDLE DE PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA A VENTILAÇÃO (PAV)**

Categorias	Cuidados de prevenção da PAV	Nível de evidência dos cuidados
Higiene oral e das mãos na prevenção da PAV	Realizar higienização rigorosa das mãos, independente do uso de luvas.	Nível I
	Realizar higiene oral com Gluconato de Clorexidina 0,12%.	Nível I
A prevenção da bronco-aspiração de secreções	Manter cabeceira elevada (30-45°), se não houver contraindicação, principalmente quando receber nutrição por sonda.	Nível I
	Preferir sondagem orogástrica ao invés de nasogástrica, pelo risco de sinusite.	Nível II
	Pausar a dieta nos momentos em que baixar a cabeceira da cama.	(PNR*)
	Realizar controle efetivo da pressão do <i>cuff</i> do tubo endotraqueal; manter entre 20 a 30 cm H ₂ O.	Nível II
Cuidados com a aspiração das secreções e circuito ventilatório	Realizar aspiração das vias aéreas somente quando necessário, com ausculta pulmonar prévia e evitar instilar fisiológica 0,9% ou de qualquer outra natureza.	Nível II
	Ter todo cuidado pra não fazer nenhuma contaminação nesse momento.	Nível I
	Preferir sistema fechado e/ou aberto de aspiração para prevenção da PAV.	(PNR*)
	Quando usar sistema fechado de aspiração, realizar avaliação diária acerca das condições do cateter e capacidade de aspiração, pois é isso que determinará a periodicidade da troca.	(PNR*)
	Utilizar tubo de aspiração subglótica para prevenir PAV.	Nível I
	Não realizar troca rotineira do circuito ventilatório. Trocar apenas em casos de falhas, sujidades ou quando o paciente receber alta.	Nível I
	Manter o circuito do ventilador livre do acúmulo de água ou condensações. Quando essas estiverem presentes, devem ser descartadas.	Nível II
Avaliação diária da possibilidade de extubação	Evitar sedações desnecessárias.	Nível II
	Prever e antecipar o desmame ventilatório e extubação.	Nível II
	Realizar precocemente a traqueostomia para prevenir a PAV.	(PNR*)
Educação continuada da equipe	Realizar educação permanente/continuada da equipe sobre todos os cuidados que envolvem a prevenção da PAV e de outras infecções.	Nível I

* Problema Não Resolvido: se refere a práticas sem evidência comprovada ou sem um consenso sobre a sua eficácia.¹²