**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

DIONIZE MONTANHA

**ANÁLISE DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS DE
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL DE
ENSINO: PÚBLICO PARTICIPANTE, LEVANTAMENTO DE
NECESSIDADES E RESULTADOS ESPERADOS**

**SÃO PAULO
2008**

DIONIZE MONTANHA

**ANÁLISE DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS DE
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL DE
ENSINO: PÚBLICO PARTICIPANTE, LEVANTAMENTO DE
NECESSIDADES E RESULTADOS ESPERADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração:
Administração de Serviços de Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Marina Peduzzi

**SÃO PAULO
2008**

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Montanha, Dionize.

Análise das atividades educativas de trabalhadores de enfermagem em um hospital de ensino: público participante, levantamento de necessidades e resultados esperados. / Dionize Montanha. – São Paulo, 2008.

166 p.

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

Orientadora: Prof^ª Dr^a Marina Peduzzi.

1. Educação permanente 2. Profissionais de enfermagem
3. Hospitais de ensino. I. Título.

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado com carinho
aos trabalhadores da área da saúde,
em especial, à enfermagem.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Marina Peduzzi, pela paciência, segurança, responsabilidade, sugestões e direcionamentos importantes durante a orientação e, principalmente, por ter acreditado em mim.

À Professora Doutora Paulina Kurcgant, pela acolhida, respeito e pelos sábios ensinamentos fornecidos.

Ao Professor Doutor Ricardo Burg Ceccim e à Professora Doutora Maria Madalena Januário Leite, pela disponibilidade, interesse e valiosas contribuições fornecidas no exame de qualificação.

A todos os professores do departamento ENO, secretárias da pós-graduação, funcionários da biblioteca e demais trabalhadores da USP, pelo carinho, amabilidade e respeito.

Às enfermeiras Ligia, Dirley, Cláudia, Nádia e Sueli, do serviço de apoio educacional da instituição do estudo, pelo carinho, receptividade e por todo o apoio fornecido no decorrer das entrevistas.

A todos os gerentes de unidades, enfermeiros assistenciais, técnicos e auxiliares de enfermagem da instituição do estudo, que aceitaram gentilmente participar da pesquisa.

À Viviane M R Passos, técnica de enfermagem e aluna, e à enfermeira Vera Riva, que gentilmente aceitaram participar de uma entrevista a fim de validar o instrumento, e também a Laura Carneiro Mendes Rosa.

Às amigas Simone de Oliveira, Denise Spósito, Luzinete, Andréa Invenção, Antonieta, por todo o apoio, carinho e incentivo.

À Elaine Giovanini, coordenadora do curso de enfermagem, pelo incentivo e interesse, bem como a todos os professores que compartilham o dia-a-dia de trabalho.

Aos meus colegas do grupo de pesquisa, e em especial, à Adriana, pela contribuição de referências, opiniões, sugestões.

Aos meus pais, Anna e Orlando (*in memoriam*).

E, sobretudo, agradeço às “pessoas especiais” dessa e de muitas outras jornadas, por tê-las feito comigo, meu companheiro Bérqson, minhas irmãs Deizy, Dionéia, Deolinda, meu irmão Adalberto, meu cunhado Renato e aos queridos sobrinhos Victor e Vinicius.

*Ninguém diz que uma pintura é o retrato da realidade.
É uma dentre muitas possíveis imagens onde o autor
introduz métodos e técnicas, mas onde predomina sua
visão sobre o real e sobre o impacto que lhe causa.
Nessa obra entra tanto o que é visível como emoções
e tudo se une para projetar a visão da realidade*
Minayo

Resumo

Montanha D. Análise das atividades educativas de trabalhadores de enfermagem em um hospital de ensino: público participante, levantamento de necessidades e resultados esperados. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP: 2008.

A pesquisa tem o objetivo de analisar as atividades educativas de trabalhadores de enfermagem quanto ao público participante, levantamento de necessidades e resultados esperados. Foi desenvolvida com base no referencial teórico do processo de trabalho em saúde e enfermagem, trabalho em equipe, integralidade da saúde, educação continuada (EC) e educação permanente em saúde (EPS), com destaque para a distinção entre EC e EPS. O estudo foi realizado em um hospital de ensino localizado em uma região do município de São Paulo. Utilizando abordagem qualitativa, a coleta de dados foi realizada através de entrevista semi-estruturada e os sujeitos foram os enfermeiros gerentes de unidades, enfermeiros assistenciais, auxiliares e técnicos de enfermagem totalizando vinte e cinco participantes. No processo de análise, os dados empíricos foram analisados por meio de técnica de análise temática de Bardin e Minayo. Os resultados mostram que o público participante das ações educativas é majoritariamente composto por enfermeiros que participam de atividades externas como congressos e similares, e esse investimento no nível superior traduz a política institucional. Em contrapartida, para os trabalhadores de nível médio, as ações educativas são orientadas, sobretudo para a revisão de técnicas e utilização de novos equipamentos. O levantamento de necessidades de ações educativas de trabalhadores é realizado principalmente com base em erros e falhas, bem como na aquisição de novos equipamentos, o que traduz uma ação educativa focada nos procedimentos técnicos e distanciada da reflexão sobre a prática. Contudo, os resultados esperados apontam para a melhora da qualidade da assistência de enfermagem em diferentes sentidos. Em curto prazo, esta essa melhora está relacionada ao desempenho de procedimentos técnicos, apesar de também estar relacionada a à mudança de comportamento, desde que ocorra a sensibilização do trabalhador em relação ao cuidado, tal como ocorre com a introdução de novos projetos. Em médio e longo prazo espera-se que o trabalhador desenvolva consciência sobre o trabalho e abordagem reflexiva da prática, ou seja, que o trabalhador possa questionar-se sobre a prática do dia-a-dia e mudar o comportamento. Conclui-se que predomina uma prática educativa pautada na concepção de EC, porém mesclada a aspectos da EPS, pois os trabalhadores apontam a necessidade de ações educativas diferenciadas, com novos formatos, conteúdos e sentidos, de modo a promover a qualidade da assistência à saúde e de enfermagem.

Palavras-chave: Processo educativo em enfermagem; Educação Permanente em Saúde, Educação continuada.

Abstract

Montanha D. Analysis of educative activities of nurses and nursing assistants in a teaching hospital: Participating public, survey to identify the necessities and expected results. [Dissertation] São Paulo (SP): USP School of Nursing: 2008

This study has the objective to analyze the educative activities of nurses and nursing assistants as the participating public, to survey the necessities and expected results. It was utilized a qualitative approach, with basis in a theoretic referential of the health work process, nursing, team work, health integrality, continuing education (EC), permanent education in health (EPS), and the relevant differences between EC and EPS. The study was conducted in a teaching hospital in São Paulo County. Using a qualitative approach, the data collection was done through a semi-structured interview and the subjects were nurse unity managers, assistant nurses, nursing technicians with a total of twenty five participants. In the analytical process, empirical data were analyzed through a thematic analysis technique of Bardin and Minayo. The results show that the participating public on the educative actions are mostly registered nurses whom participate on external activities as congresses and other outside activities, and this investment in a higher education level translates into the institutional politics. In a counteracting way, for workers on mid-level, the educative actions are oriented above all for technical revisions and the utilization of new equipment. The survey to identify the education necessities of these workers is done mostly on basis of errors and mistakes, as well as in the acquisition of new equipments, that is translated into an educational activity focused in the technical and further apart from the practical reflection. Therefore, the expected results points into the better quality of nursing support various ways. In short term, this betterment is related with the technical procedures, even though it is related with the behavior change that sensibleness the worker in relation to the care, as well as it occurs with the introduction of new projects. In middle and long term it is expected that the worker develop a consciousness about the work and their practical reflection that means, that the worker may question about the day to day practice and change the behavior.

It is concluded that the practical education is related in the conception of EC, however mixed with aspects of EPS, because the workers point to the need of differentiated education, with new format, content and meanings, to promote the quality of health care and of nursing.

Keywords: Nursing Education Process; Health Permanent Education; Continuing Education.

Lista de Siglas

SIGLA	REFERÊNCIA
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
CCIH	Comissão de Controle e Infecção Hospitalar
CNE	Conselho Nacional de Educação
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
EC	Educação Continuada
EPS	Educação Permanente em Saúde
LDB	Lei das Diretrizes e Bases da Educação
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
RH	Recursos Humanos
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SED	Serviço de Apoio Educacional
SUS	Sistema Único de Saúde

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. OBJETIVOS.....	22
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
3.1. Trabalho em saúde.....	26
3.2. Trabalho em Enfermagem.....	30
3.2. Educação Permanente em Saúde.....	36
3.3. Educação Continuada.....	36
3.4. Trabalho em equipe.....	42
3.5. Integralidade em Saúde.....	42
4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	44
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	58
5.1. Público participante.....	58
5.1.1. Enfermeiros.....	58
5.1.2. Auxiliares e Técnicos.....	68
5.1.3. Gerentes de enfermagem.....	74
5.2. Levantamento de Necessidades.....	87
5.2.1. Enfermeiros.....	87
5.2.2. Auxiliares e Técnicos.....	90
5.2.3. Gerentes de enfermagem.....	98
5.3. Resultados esperados.....	113
5.3.1. Enfermeiros.....	113
5.3.2. Auxiliares e Técnicos.....	118
5.3.3. Gerentes de enfermagem.....	125
6. SÍNTESE.....	137
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	151
ANEXOS.....	161

1. INTRODUÇÃO

Este estudo vem ao encontro de uma inquietação que me acompanha durante a vida profissional: a educação dos trabalhadores em saúde e enfermagem.

Ao iniciar minha trajetória profissional, recebi um treinamento realizado pelo Serviço de Educação Continuada (SEC), por dois dias e, por quinze dias, na própria UTI, realizados pela enfermeira da unidade. Após esse período, assumi o meu plantão no período da tarde.

Decorrido quatro meses de trabalho, deparei-me com um grande desafio, que gerou muitas dúvidas e inquietações, pois me foram designados os treinamentos dos recém-admitidos. Esses eram destinados à adaptação do trabalhador ao serviço, treinamento de rotinas, técnicas básicas de enfermagem, normas institucionais, uso de equipamentos, entre outros. Quando era detectada uma necessidade relacionada ao pessoal de enfermagem ou ao próprio serviço, como a introdução de um novo equipamento era, então, realizado o treinamento, individual ou coletivo, que ocorria na própria unidade.

Fui desenvolvendo a cada dia maior interesse pelas atividades educativas, de treinamento, o que colaborou com a promoção do meu próprio crescimento e com a percepção das necessidades da instituição, dos trabalhadores e, principalmente, da assistência prestada ao paciente.

Reconheço que na época avaliava essa prática como algo imprescindível ao trabalhador, porém, a concepção de educação continuada limitava-se ao treinamento, ou seja, proporcionar ao recém-admitido o conhecimento de como uma determinada atividade deveria ser realizada, como um equipamento funcionava, entre outros. As relações ocorriam como ocorrem no método tradicional de ensino-aprendizagem, com base na concepção de transmissão do conhecimento técnico-científico.

Após algum tempo, como coordenadora da área Oncológica, tive a percepção de que a educação dos trabalhadores era um diferencial nas relações inter-pessoais e na assistência prestada ao usuário. O serviço de educação continuada na instituição, nessa época, dava-se de forma mista. A

enfermeira da educação continuada elaborava o cronograma dos treinamentos com a definição dos temas que seriam abordados, aplicava provas e entrevistas, realizava aulas sobre a instituição e técnicas básicas, de modo a integrar o recém-admitido ao serviço. A preocupação maior do serviço era com o recém-admitido e sua adaptação à instituição, de modo que a enfermeira da educação continuada realizava uma parte do processo, e a enfermeira da unidade, o treinamento específico no local de trabalho.

O recém-admitido permanecia aproximadamente uma semana participando de aulas sobre técnicas básicas, visitava o hospital e era encaminhado à unidade, seu local de trabalho. Porém essa prática era ineficaz, trazia problemas para a unidade, pois o funcionário admitido não tinha o devido preparo para a área à qual era designado, havia dificuldade para adaptação, talvez pela própria especificidade da área. Às vezes os treinamentos não atingiam o esperado, gerando alta rotatividade e absenteísmo em demasia.

Após um longo período atuando dessa forma, até porque na época as mudanças nas instituições ocorriam muito lentamente, instituiu-se que todo o processo de seleção, treinamento, acompanhamento e avaliação dos funcionários se daria na própria unidade de trabalho, sendo realizado pela coordenadora da área.

Para o treinamento havia um roteiro-guia elaborado pela coordenadora, que contemplava os procedimentos de maior relevância, rotinas, uso de equipamentos, sistematização da assistência de enfermagem (SAE), aulas sobre neoplasia, tipos de tratamento, entre outros. O treinamento era realizado com base nas necessidades do serviço, uma vez que a instituição primava pela “qualidade no atendimento”, preservando o modo de organização que sempre utilizou e mantendo sua referência no mercado da saúde. De modo que o funcionário reproduzia atividades para garantir a satisfação das necessidades da instituição, e sua manutenção no emprego.

Assim, pouco a pouco, fui compreendendo que educar é estimular nas pessoas a atitude reflexiva, crítica, criativa, de modo a promover no indivíduo

oportunidades de crescimento, tanto profissional como pessoal. Estimular o indivíduo a pensar e transformar uma realidade.

Segundo Freire (1997), a educação é o alicerce para que todo ser humano possa compreender o mundo à sua volta e transformá-lo, baseando-se em reflexão sobre seu ambiente concreto e, assim, tornando-se sujeito.

A proposta de educação do trabalhador não é recente, porém foi introduzida no setor produtivo com base nos princípios de Taylor¹, que propôs a educação do trabalhador com base em um sistema educativo que intensificou o ritmo de trabalho, com o objetivo de aumentar a produção industrial (Leite, Pereira, 1991).

Embora muitas décadas tenham transcorrido desde a administração científica taylorista, seus traços gerais se mantêm presentes na educação em serviço, inclusive no setor saúde. Porém, ao lado da educação no trabalho reduzida a treinamentos e reciclagens técnicas, algumas mudanças vêm sendo introduzidas na capacitação de pessoal em saúde, em especial propostas que procuram aproximar educação e trabalho, concebidos ambos como prática social.

A própria tentativa de fomentar mudanças nas práticas educativas no trabalho introduziram a necessidade de avaliá-las e, nesse sentido, vale destacar que apesar da mobilização das instituições de saúde na implantação de ações educativas no trabalho, os resultados são pouco animadores no que se refere à qualidade da produção dos serviços prestados em saúde (Davini, Nervi, Roschke, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde (2000), a gestão de recursos humanos tem sido apontada como um elemento crítico para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) desde a sua criação. Com base na concepção de saúde pautada no princípio de integralidade e nas estratégias de reorganização dos serviços de saúde do SUS, a educação dos trabalhadores, no sentido da reflexão sobre a prática, é concebida como

¹ Frederick Winslow Taylor (1856-1915) considerado o pai da administração científica por propor métodos científicos cartesianos na administração de empresas. Seu foco era a eficiência e eficácia operacional na administração industrial.

imprescindível para construção das mudanças almejadas e da qualidade dos serviços prestados à população.

Assim, para o alcance dos objetivos dos serviços de saúde os trabalhadores necessitam de constantes investimentos em aprimoramento e atualizações, e espaço para a reflexão sobre sua prática para assegurar um bom desempenho. Nesse sentido, Ceccim e Feuerwerker (2004 p.49) referem:

A incorporação de novidade tecnológica é premente e constante, e novos processos decisórios repercutem na concretização da responsabilidade técnico-científica, social e ética do cuidado, do tratamento ou do acompanhamento em saúde. A área da saúde requer educação permanente.

Nesse contexto, o presente estudo faz uma abordagem das ações educativas de trabalhadores de enfermagem com base no conceito de educação permanente em saúde (EPS), que se constitui como um projeto político-pedagógico com vistas à transformação das práticas de saúde na direção da integralidade da saúde e do trabalho em equipe.

A análise das ações educativas de trabalhadores será realizada sob três aspectos inter-relacionados: a) público participante, ou seja, se as ações educativas se destinam a categorias específicas, equipes de trabalho ou ao conjunto dos trabalhadores do serviço; b) levantamento de necessidades para ações educativas de trabalhadores de enfermagem, analisado de modo a abranger o usuário, o trabalhador e o serviço que caracteriza as demandas formativas; e c) resultados esperados a partir das ações educativas de trabalhadores de enfermagem, sendo que toda ação educativa demanda avaliação e essa apresenta uma relação recíproca com o levantamento de necessidades.

Esta pesquisa pretende contribuir para a reflexão e a prática dos processos de trabalho gerencial e de gestão de enfermagem e de saúde, de modo que as ações educativas articuladas a outros instrumentos possam potencializar a transformação das práticas, na perspectiva da integralidade e do trabalho em equipe, com foco nas necessidades dos usuários.

Levantamento bibliográfico

Inicialmente, foi realizado um levantamento bibliográfico, com a finalidade de verificar como as ações educativas têm sido realizadas pelos serviços de saúde. Esse levantamento utilizou como descritores: educação continuada em enfermagem, educação permanente em saúde e processos educativos, no período de 2000 a 2006, ao qual foi acrescida a literatura que já era do meu conhecimento.

Ressalto que a maioria das referências encontradas diz respeito a conceitos de educação continuada, principalmente reciclagem e atualização de conhecimento.

O primeiro marco histórico sobre educação continuada ocorreu na Dinamarca na década de 50, e o lema, na época, era de que “as pessoas deveriam se ajustar a um mundo em mutação”, que era preciso a capacitação e adaptação dos trabalhadores às mudanças. Nos anos 60, o segundo marco, os projetos multinacionais incentivaram a educação de adultos, a capacitação de mão-de-obra, com enfoque não mais escolar, e sim técnico-institucional. Na década de 70, o terceiro marco histórico caracteriza-se pela educação do homem a partir da realidade social em que vive e, em interação com outros homens, co-educa-se como sujeito transformador (Barroso, Varela, 1979).

Em 1979, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) promoveu o primeiro seminário de educação continuada, no Brasil, e recomendou às instituições de saúde que se mobilizassem para elaboração de programas de aperfeiçoamento dos profissionais participantes da assistência de enfermagem (ABEn, 1980) .

A legislação que regulamenta o exercício para os profissionais de enfermagem estabelece, no decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, como atividade privativa do enfermeiro, “a participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente de educação continuada” (Brasil, 1987). De forma que o enfermeiro deve manter-se atualizado e tem obrigação de ser o facilitador do processo de educação continuada para os demais membros da equipe de enfermagem,

esteja ele em função assistencial, gerencial ou de supervisão (Oguisso, 2000).

A legislação recente sobre a educação em saúde e enfermagem assinala a necessidade de aproximação entre o ensino e os serviços de saúde. Com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais da Saúde, a resolução CNE/CES nº 1133/2001 (Brasil, 2001) tem como objetivo levar os alunos de graduação em Saúde a aprender a aprender, o que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver junto e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade da humanização do atendimento prestado aos indivíduos, família e comunidade.

E, dentre as competências gerais encontra-se a educação permanente em saúde de acordo com as quais os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na formação quanto na prática, e ter o compromisso com a sua educação, assim como a das futuras gerações de profissionais. O enfermeiro, dentre todas as competências e habilidades específicas da categoria profissional deve “atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos”, atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS, e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e a humanização no atendimento.

Com base nos Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS, a Norma Operacional Básica de Recurso Humanos em Saúde (NOB/RH-SUS; Brasil, 2003) aponta que a educação permanente deve ser parte do processo de trabalho nas três esferas da gestão, devendo assegurar a formação e a capacitação dos trabalhadores em saúde, de forma que se desenvolvam na carreira e atuem com vistas a melhorar a qualidade de assistência ao usuário. De modo que é necessário definir mecanismos para a liberação do trabalhador para participar em eventos de capacitação e aperfeiçoamento profissional. Os programas de educação permanente devem prever a avaliação do desenvolvimento do trabalhador, ou seja, deverão ser utilizados indicadores de impacto dos processos de desenvolvimento sobre o atendimento à população.

Em relação à concepção da educação continuada, encontram-se várias denominações: educação em serviço, treinamento e desenvolvimento, educação contínua, capacitação, entre outros.

Em 1978, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define educação continuada como:

um processo permanente que se inicia após a formação básica e está destinado a atualizar e melhorar a capacitação de pessoas ou grupos, frente às evoluções científicas e tecnológicas, às necessidades sociais e aos objetivos e metas institucionais.

Silva et al. (1989, p.139) publicam o primeiro livro de educação continuada da área de enfermagem com o objetivo de auxiliar enfermeiros com interesse nessa área. As autoras definem a educação continuada como “um conjunto de práticas educacionais planejadas no sentido de promover oportunidades de desenvolvimento do funcionário, com a finalidade de ajudá-lo a atuar mais efetiva e eficazmente na sua vida institucional”.

Dilly & Jesus (1995, p.190) consideram a educação continuada como:

um processo que se confunde com a própria vida, sendo que na área da enfermagem tem de ser reservado o uso do termo para designar o conjunto de práticas educacionais que visem a melhorar e a atualizar a capacidade do indivíduo, oportunizando o desenvolvimento do funcionário e sua participação eficaz na vida profissional.

Peres, Leite, Gonçalves (2005, p.138-56) abordam educação continuada como:

um processo que impulsiona a transformação da organização, criando oportunidades de capacitação e de desenvolvimento pessoal e profissional dentro de uma visão crítica e responsável da realidade, resultando na construção de conhecimentos importantes para a organização, para a profissão e para a sociedade.

As concepções de educação continuada trazidas pela OPAS (1978), Silva et al (1989), Dilly & Jesus (1995) estão orientadas para a educação do profissional após a formação inicial, preparo para a função, melhor

desempenho, atualização em vista da evolução científica e tecnológica, enquanto Peres, Leite e Gonçalves (2005) conceituam de forma mais inovadora, no sentido de transformação da organização, numa visão crítica e responsável, resultando na construção de conhecimentos para a organização, profissão e sociedade.

Segundo Peres, Leite e Gonçalves (2005), a educação continuada é constituída pelos processos: recrutamento e seleção de pessoal, treinamento e desenvolvimento, e avaliação de desempenho profissional.

Segundo as autoras o treinamento constitui ação sistematizada de capacitação e adaptação do indivíduo a uma situação específica, visa a aumentar o conhecimento teórico e prático, capacitando o indivíduo para executar o seu trabalho com eficiência. O desenvolvimento “vai além da eficiência no trabalho e pressupõe a ampliação das competências pessoais e profissionais que instrumentalizam o indivíduo para a transformação da realidade” (Peres, Leite, Gonçalves, 2005, p. 144).

Para isso se faz necessária, nas organizações, uma política de treinamento e desenvolvimento em que haja a valorização dos profissionais, ou seja, que os indivíduos sejam estimulados e procurem continuamente seu autodesenvolvimento.

Avaliação de desempenho: é um processo dinâmico de mensuração individual da qualidade do desempenho profissional, no cargo ocupado, conforme critérios pré-definidos. Constitui-se um instrumento gerencial por meio do qual é possível traçar metas de desenvolvimento. Compreende análise de vários aspectos do profissional, como atitudes, habilidades, conhecimentos, produtividade, eficiência e eficácia (Peres, Leite, Gonçalves, 2005).

Para Kurcgant (1991, p.133-45), geralmente o responsável pela avaliação de um funcionário é o chefe imediato; entretanto, todas as pessoas que participam do processo são responsáveis pelos resultados, em todos os níveis da organização. A autora destaca que a avaliação de desempenho é concebida como uma atividade isolada, não reflete a filosofia da organização e do próprio serviço de enfermagem.

É importante haver sinergia positiva entre avaliado e avaliador, de forma a promover o crescimento de ambos. Através de uma avaliação de desempenho criteriosa é possível proporcionar desenvolvimento aos indivíduos; essa deve conter objetivos bem definidos e estar em consonância com a política e a filosofia da instituição (Gonçalves, Peres e Leite, 2005).

A EC foi introduzida nas instituições de saúde lentamente, com a utilização de instrumentos próprios e uma atuação centralizada e fragmentada, pois contava com apenas um profissional para atender as necessidades da instituição quanto aos processos citados, sendo inviável na prática. Assim, direcionou o foco de atuação nas contratações, no planejamento e execução de treinamentos, revisão de técnicas básicas, principalmente adequação do profissional ao seu local de trabalho. É concebida como atividades de ensino efetuadas após a graduação, com fim de atualização que inclui aulas de treinamento, palestras, congressos, cursos, entre outros.

Segundo levantamento do COFEN/ABEN realizado em 1982/83, nesse período 42,1% dos hospitais brasileiros tinham programa de educação em serviço, e esses programas eram designados “atualização de conhecimento” (Pereira, 1992 p.112).

Para Bicudo e Garcia (1992 p.201-3), nas instituições hospitalares o sistema centralizado foi muito utilizado no passado, no qual os programas eram desenvolvidos pelos enfermeiros de EC, exclusivamente. Relatam que, atualmente, há uma nova tendência à descentralização das atividades, em que o foco está em capacitar as enfermeiras das áreas para assumir esse trabalho (Bicudo et al. 2004).

Vale ressaltar que apesar da mobilização das instituições de saúde no sentido de implantar a EC, isso não significa desenvolvimento de recursos humanos. Para isso, é importante uma política de valorização dos profissionais, integrando aprendizagem, competência, e estimulando as pessoas ao autodesenvolvimento. É importante que os profissionais estejam engajados nos objetivos do serviço, e tenham interesse no próprio

desenvolvimento; também é importante que haja interesse da alta administração para que ocorra impacto na prática.

Embora se observe uma crescente valorização da EC, como foi apontado acima, esta vem sendo desenvolvida nas instituições de saúde com base em um modelo tradicional, ou seja, através de atividades isoladas, não centradas nos problemas da prática concreta. Utiliza estratégias conservadoras, como aulas, palestras, cursos, seminários, de modo que não se constitui como espaço de reflexão do trabalho e restringe-se a preparar o trabalhador para atuação eficaz na sua unidade de trabalho.

Segundo Koizumi et al. (1998), em estudo sobre EC, de 43 UTIs no município de São Paulo apenas 34 UTIs têm treinamento inicial específico para a equipe de enfermagem, e os programas de atualização são desenvolvidos por 18 UTIs, com enfoque principalmente na revisão de técnicas e rotinas e atualização de patologias.

Em Davim et al. (1999), entre as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros, as mais citadas foram palestras, treinamentos em grupos e individuais, curso para atualizações e demonstração de técnicas.

No estudo realizado por Souza e Ceribelli (2004), a EC é direcionada a desenvolver conhecimentos para adaptar o profissional ao ambiente de trabalho, e a oferta de atividades educativas ocorre por ocasião da chegada de um novo equipamento, com realização de programas de treinamento.

Pesquisa realizada por Lorencette (2002), com base na visão dos gerentes de enfermagem, mostra que há unanimidade sobre a importância da EC, porém é ainda uma educação bastante fragilizada no contexto do trabalho, com o foco, como já mencionado acima, em treinamentos e reciclagens em relação aos problemas que ocorrem, tendo em vista a satisfação da clientela e a imagem da instituição. A autora refere algumas dificuldades para desenvolver programas de treinamento, como: pouco envolvimento de enfermeiros dos setores, número insuficiente de pessoal, alta rotatividade, recursos insuficientes, entre outros.

Na literatura consultada, foram encontradas escassas contribuições em relação ao levantamento de necessidades e resultados dos processos educativos.

Em um estudo feito por Luz (2000), no qual avalia 22 hospitais da cidade de São Paulo, observa-se que, em relação ao levantamento de necessidades, aparece em 1º lugar a necessidade setorial, seguida por questionário de pesquisa da EC e, em 3º, iatrogenias. A opinião do cliente aparece em 4º lugar, seguida por outras, em menor frequência.

Haddad, Roschke, Davini (1994) referem que a Organização Pan-Americana de Saúde tem promovido uma proposta para identificar as necessidades de EPS, a partir da análise de uma tríade: necessidade de saúde da população, do serviço e dos trabalhadores, pois os processos educativos devem melhorar o atendimento às necessidades de saúde da população. E, em relação aos resultados, é necessário que o trabalhador demonstre melhoria nos produtos ou nos processos de trabalho, assim como nas atitudes. Os autores (Haddad, Roschke, Davini, 1994, p.145-85) ressaltam haver divergências nas soluções educativas entre o que se oferece e o de que se necessita, muitos programas ofertados não são aceitáveis ou relevantes, nem para a população nem para os utilizadores potenciais.

Observa-se, assim, que apesar de a EC ser introduzida nos serviços de saúde há muito tempo, é necessário analisar o uso dessa ferramenta, uma vez que ela vem se mostrando pouco eficaz, no sentido de estar voltada às necessidades da população, à reflexão crítica sobre a prática e à melhoria dos processos de trabalho. Sobretudo, observam-se mudanças pouco significativas no sentido de melhoria das práticas em saúde.

À medida que se centra no desempenho de cada categoria profissional em suas funções determinadas social e tecnicamente pela divisão do trabalho, acaba por acentuar a fragmentação do cuidado, das equipes e do processo de trabalho (Ribeiro; Motta, 1996).

Dessa maneira, a estratégia de EPS pode ser um diferencial para a prestação de serviços em saúde no Brasil, porque é entendida como uma ação contínua, institucionalizada, interdisciplinar, multiprofissional, centrada no processo de trabalho.

Assim, a educação do trabalhador em saúde visa não somente a atender às exigências de mercado, mas a desenvolver no indivíduo a

reflexão sobre suas ações, possibilitar aos profissionais a construção de alternativas para mudanças tanto na sua prática do dia-a-dia como em políticas públicas. Sem dúvida, a educação do trabalhador por si só não resolverá os problemas de saúde do País, porém poderá ser a melhor ferramenta para modificar as rígidas estruturas da saúde.

Para Sudan (2005, p.124),

as atividades educativas no trabalho não podem apresentar um condicionamento limitante, mas desenvolver conhecimento contextualizado, no qual esteja presente a reflexão crítica sobre as situações, o trabalho em equipe, constituindo-se realmente como processo educativo, construtor de caráter, de valores, de reflexão crítica, essenciais ao exercício da cidadania e de uma prática de saúde de qualidade.

Assim, a EPS pode ser o norteador da educação profissional, ao assumir como objeto de prática e transformação o próprio processo de trabalho. Trata-se de uma implementação bem diferente de qualquer intervenção educativa até então, envolve múltiplas dimensões do processo de trabalho, incluindo o contexto humano, técnico e social.

Vale destacar que as concepções de EPS e a EC não são antagônicas, podem conviver de forma complementar, mas observam-se diferenças importantes entre ambas. A educação permanente é centrada no cotidiano do processo de trabalho, na multiprofissionalidade, valoriza a transformação das práticas e o trabalho em equipe; a educação continuada valoriza a ciência e o sujeito como fonte de conhecimento, as áreas individuais, e coloca-se na perspectiva de transformação da organização em que está inserido o trabalhador.

Para Ceccim (2005), a EPS constitui estratégia fundamental para transformações no trabalho, para que esse se torne o local de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Há necessidade de descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica por dentro do setor.

2. OBJETIVOS

GERAL

Analisar as atividades educativas de trabalhadores de enfermagem em um hospital de ensino, quanto ao levantamento de necessidades, aos resultados esperados e ao público participante.

ESPECÍFICOS

- 1- Identificar e analisar o público participante dos processos educativos de trabalhadores de enfermagem, na percepção dos gerentes e trabalhadores de enfermagem.
- 2- Analisar o processo de levantamento de necessidades para a implantação das atividades educativas de trabalhadores, na percepção dos gerentes e trabalhadores de enfermagem.
- 3- Analisar os resultados esperados a partir da realização de atividades educativas de trabalhadores de enfermagem, na percepção dos gerentes e trabalhadores de enfermagem.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

A pesquisa está fundamentada no referencial teórico sobre trabalho em saúde e enfermagem, educação permanente em saúde, educação continuada, trabalho em equipe e integralidade.

O conceito de processo de trabalho desenvolvido por Marx em sua obra *O Capital* define

“o trabalho como um processo, onde o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. O trabalhador põe em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana”.

Portanto, o trabalho constitui mediação entre o homem e a natureza, operando transformações requeridas por necessidades humanas (Marx, 1994; Mendes-Gonçalves, 1992).

Para entender o processo de trabalho é importante ter a clareza dos elementos que o constituem: o próprio trabalho, atividade adequada a um fim, o objeto de trabalho, a matéria a que se aplica o trabalho e os meios de trabalho, o instrumental que incidirá sobre o objeto na realização do produto (Marx, 1994).

A realização de um produto resulta de uma intenção, ou seja, um projeto que o homem tem em mente somado a um saber tecnológico (saber fazer), em conjunto com os elementos constituintes do processo. Assim, o trabalhador não apenas transforma o objeto sobre o qual incide sua ação, mas também transforma a si mesmo através do trabalho (Marx, 1994). Ao desenvolver o trabalho, pode modificá-lo, sendo capaz de resolver os imprevistos que surgem, podendo mudar inclusive a concepção inicial, transformando seu modo de pensar. O homem opera, muitas vezes, com objetos previamente transformados pela relação homem-natureza e, dessa maneira, visualiza-se a capacidade humana de separar a concepção (projeto intelectual) da execução (ação), na qual se utilizam os instrumentos para sua realização (Peduzzi, 1998).

Todo projeto se dirige a uma finalidade, assim é possível expressar que “algo que havia antes” se transforma em “outro algo que há depois” através de um processo no qual o trabalhador aplica uma quantidade de energia adequada à transformação do objeto e, após a transformação, o “algo depois” será capaz de satisfazer a uma necessidade (Mendes-Gonçalves,1992).

Para que o trabalho se concretize, é necessária a presença da força de trabalho, ou seja, a capacidade de trabalho na qual o trabalhador coloca a sua energia para a transformação do objeto. A força de trabalho fornece energias mecânicas e intelectuais que controlam as energias mecânicas, portanto, o trabalho é a atividade coordenada de consumo de energia intelectual-mecânica, conforme o fim desejado (Mendes-Gonçalves, 1992).

O objeto de trabalho é a matéria a ser transformada, que pode estar em estado bruto ou ser resultado de um trabalho anterior, como a matéria-prima. Entre o objeto e o instrumento há uma relação de reciprocidade, uma vez que o objeto de trabalho demanda instrumentos apropriados a ele, assim como os instrumentos devem ser aplicados aos objetos correspondentes. O objeto, por si só, não é objeto; será quando estiver direcionado a uma finalidade, a partir de uma dada concepção por parte do trabalhador (Peduzzi,1998; Almeida e Rocha, 1997).

Os meios de trabalho são os instrumentos que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto, transformando-o (Marx,1994). É através dos instrumentos que identificamos as épocas econômicas e as condições sociais em que se realiza o trabalho, que pode se apresentar de várias maneiras, como equipamentos, materiais, instrumentais, saber estruturado, entre outros.

Outro aspecto a ser destacado na análise do trabalho está na relação do próprio trabalho (produção) com as carências humanas-sociais (consumo). O processo de trabalho termina quando se conclui o produto. O produto é então um valor-de-uso e quando esse produto passa a ser uma mercadoria adquire o caráter de valor-de-troca. Segundo Marx (1994), qualquer mercadoria se apresenta sob o duplo aspecto de valor de uso e de valor de troca, sendo o valor de uso a própria utilidade da mercadoria, de

modo que existe uma relação entre o consumidor e o objeto consumido. Assim, o processo de trabalho e as necessidades configuram entre si uma relação recíproca, de mútua influência.

Merhy (1997) também ressalta que as necessidades apresentam duplo movimento, ou seja, um produto é um valor de uso (apresenta uma utilidade própria) quando, inserido no mercado, apresenta um valor de troca, por exemplo, dinheiro, e esse dinheiro (produto) poderá ser utilizado para aquisição de um outro produto existente no mercado.

Assim, os conhecimentos adquiridos pelo trabalhador, juntamente com suas habilidades adquiridas socialmente e integradas às características pessoais, serão para o trabalhador “um valor de uso” que será transformado em valor de troca quando, em um determinado momento histórico, for reconhecido pelo capital como relevante ao processo produtivo (Signini, 2000).

De modo que a valorização do produto ocorre quando o valor de uso torna-se valor de troca, significando que uma mercadoria pode ser vendida com valor superior aos investimentos empregados para a produção, constituindo o excedente, a mais valia, o lucro (Marx, 1994).

Na essência do trabalho humano, o objetivo maior é a manutenção da espécie humana, melhorando suas condições de existência. Nesse contexto, o salário pago ao trabalhador, como preço pelo seu trabalho, é determinado pelo capitalista, e dependente da relação entre oferta e procura de força de trabalho.

As necessidades sociais é que movem o sujeito à ação, sendo o trabalho um processo de transformação social, porque o homem tem necessidades que precisam ser atendidas e essa transformação ocorre com o consumo da força de trabalho, com os instrumentos apropriados à ação durante a realização do seu trabalho (Peduzzi, 1998).

3.1 Trabalho em saúde

Na América Latina, as pesquisas sobre trabalho em saúde se iniciaram nos anos 60 do século XX. No Brasil, segundo Nogueira (2002), nos anos 70 observam-se duas variantes importantes no estudo do trabalho em saúde: uma mais sociológica, iniciada pelos estudos do trabalho médico em São Paulo, realizados por Donnangelo, em 1975, e outra mais econômico-demográfica, com dados de censos e estatísticas nacionais, com estudos realizados por Médici (1987) e Machado (1992).

Na primeira variante, além dos estudos de Maria Cecília Ferro Donnangelo, pode-se citar Schraiber (1993), que analisou o trabalho dos médicos no Brasil, enquanto agentes técnicos e sujeitos históricos, tendo como foco de investigação a autonomia desses profissionais, num momento histórico em que a medicina liberal transitava para a chamada medicina tecnológica.

Conforme Nogueira (2002), a segunda variante teve sua base na economia política, que foca o aspecto descritivo e crítico da força de trabalho em saúde, enfatizando aspectos do mercado de trabalho, relações de trabalho, trabalho assalariado, entre outros.

A abordagem do trabalho em saúde foi influenciada pela visão marxista do processo de trabalho que trata da dinâmica estabelecida entre dimensão técnica e dimensão social (Nogueira, 2002).

Assim, o trabalho se constitui porque há uma necessidade a ser satisfeita e, na saúde, a finalidade refere-se às necessidades de saúde da população (Peduzzi e Anselmi, 2002).

O trabalho em saúde integra a prestação de serviços à saúde, em que os serviços são consumidos no ato da produção, ou seja, no momento da assistência, podendo ser individuais, grupais ou coletivos. Ser um trabalho que lida com o objeto humano é que o diferencia de outros trabalhos do mesmo setor de prestação de serviços (Peduzzi e Ciamponi, 2005).

Para Martins e Poz (1998), o trabalho em saúde é caracterizado por uma produção não material, consumida no ato de sua realização e, portanto, não há bens a serem estocados e/ou comercializados, havendo

intersubjetividade entre os sujeitos e significativo grau de autonomia. Tem caráter interdisciplinar, saberes e técnicas específicas e necessita de uma equipe.

No processo de trabalho em saúde, a transformação do objeto de trabalho pode se dar tanto na promoção, como na prevenção e/ou recuperação da saúde. Necessita de intensas relações entre usuários e trabalhadores, e o trabalhador pode inclusive perder seu objeto de trabalho pela morte de um paciente (Felli e Peduzzi, 2005). Nesse contexto, o trabalho em saúde, como o trabalho em enfermagem, traduz-se como ação produtiva e interação social (Scriber et al., 1999).

Merhy (1997) e Paro (1988) destacam os aspectos relacionados ao trabalho vivo e o trabalho morto; o trabalho vivo é o que está em processo e está em ação, e o trabalho morto são todos os produtos-meios que estão envolvidos no processo de trabalho, e são resultado de um processo de trabalho anterior. Assim, na saúde, destaca-se a dimensão do trabalho vivo em ato, ou seja, aquele que ocorre no momento da assistência e do cuidado à saúde, portanto, permeado por interseções e pelas relações interpessoais. É na esfera do trabalho vivo que as relações se intensificam e as noções de autonomia e autogoverno do sujeito se tornam operativas.

Outra abordagem sobre trabalho em saúde está na divisão social e técnica do trabalho, que se originou da divisão do trabalho médico, advinda de um processo histórico.

A divisão social do trabalho é inerente ao trabalho humano, passando a ser social uma vez que a execução se dá na sociedade e através dela, portanto, é característica de todas as sociedades. A divisão técnica iniciou-se com a manufatura, introduzida pela produção capitalista em meados do século XVI e último terço do século XVIII. O trabalho antes desenvolvido pelos antigos artesãos, em que o processo de trabalho era realizado por eles do início ao fim, passa a ser desenvolvido por vários trabalhadores de forma parcelar, no qual cada um realiza uma parte do trabalho (Peduzzi, 1998).

E nesse processo produtivo de divisão do trabalho é que se inicia a história da desqualificação do trabalhador e a extração da mais-valia (Kuenzar, 2002).

E assim, um único trabalhador não conseguirá produzir nenhum trabalho por completo, apenas será possível o resultado do trabalho de vários trabalhadores em um trabalho coletivo. Isso é que caracteriza a denominação de trabalhador coletivo; vários trabalhadores parciais e limitados são atores na realização de um mesmo produto.

Na área da saúde, o médico torna-se o agente hegemônico do processo de produção, por apropriar-se do momento mais sensível da tomada de decisão que é a terapêutica e o diagnóstico. A medicina legitimou-se soberana por ser responsável por introduzir os conhecimentos sobre saúde e doença, fundamentados cientificamente, e por legitimar esse trabalho como competência exclusiva para atuação no campo da doença (Pedeutzi, 1998).

Assim, é possível fazer a distinção e a elitização do trabalho médico em relação às outras categorias profissionais da saúde, o que contribui para a configuração do modelo biomédico determinado historicamente como hegemônico.

A divisão do trabalho médico se dá pelas especialidades médicas e também pelas outras práticas que se agregaram ao trabalho médico e são necessárias para o processo de trabalho em saúde, tais como: enfermagem, fisioterapia, nutrição, entre outros.

Vale destacar que, para a assistência à saúde, cada trabalho especializado (enfermagem, medicina, nutrição, fisioterapia, entre outros) é meio para a realização do trabalho em saúde. Cada trabalhador transforma o objeto utilizando um saber específico, uma estrutura física e instrumentos próprios, quer sejam materiais, equipamentos ou o saber técnico. Na realização das atividades pelos vários profissionais, há relações hierárquicas e, portanto, relações desiguais, nas quais uns são superiores aos outros (Pedeutzi e Ciampone, 2005).

Assim, cada trabalho especializado constitui um processo de trabalho específico que lhe é próprio e que apresenta autonomia técnica para a ação baseada no saber da respectiva profissão, respaldada pela lei do exercício profissional de cada categoria.

Segundo Peduzzi (1998, p.268), “a autonomia técnica está relacionada à complexidade do trabalho e a algum grau de incerteza, e realiza-se por intermédio da qualificação intelectual dos agentes e do espaço decisório implícito às ações de saúde”.

Dessa forma, o trabalho em saúde subentende a autonomia técnica dos sujeitos, relacionada à complexidade do trabalho, ocorrendo através da qualificação dos profissionais e do espaço decisório existente nas ações ou serviços de saúde. A autonomia altera-se de acordo com as alterações tecnológicas (Schraiber, 1993).

Além da complexidade, outras características se apresentam no processo de trabalho em saúde, segundo Quintana, Roschke e Ribeiro (1994, p.33-61): heterogeneidade e fragmentação. A heterogeneidade diz respeito à diversidade dos vários processos de trabalho que coexistem nas instituições de saúde e, na maioria das vezes, apresentam uma organização própria, sem articulação apropriada com os demais processos de trabalho. A fragmentação aborda várias dimensões, como a dimensão conceitual, separação do pensar e do fazer; a dimensão técnica, caracterizada pela presença cada vez maior de profissionais especializados e a dimensão social que expressa relações rígidas de hierarquia e subordinação, configurando a divisão técnica e social do trabalho.

Os profissionais inseridos nas diversas áreas do setor de saúde atuam no âmbito da intersubjetividade (usuário – trabalhador) para atender às necessidades de saúde dos usuários que procuram os serviços de saúde. Assim, o trabalho em saúde configura-se como trabalho reflexivo, destinado à prevenção, manutenção ou restauração da saúde do indivíduo, no qual as decisões a serem tomadas implicam a articulação de vários saberes que provêm da formação geral (ênfase no conhecimento científico), da formação profissional (ênfase no conhecimento técnico) e das experiências de trabalho e social (qualificações tácitas) mediados pela dimensão ético-política e pela interação com os usuários (Offe, 1991).

Para além das questões mais internas do processo de trabalho e da micropolítica do trabalho vivo em ato, há que se considerar as mudanças ocorridas no mundo do trabalho, a partir do final dos anos 70 e início dos

anos 80, que provocaram impactos também no trabalho em saúde (Peduzzi, 2003; Baraldi, 2005).

Deluiz (2001) destaca dois aspectos nesse contexto. Por um lado, a exigência de melhoria nos processos e serviços, demandou novos perfis profissionais e novos mecanismos de gestão: o perfil do profissional caracterizado pela polivalência, multiquificação, que trabalhe em equipe. Contudo, por outro lado, observa-se desemprego, trabalho precarizado e informal, terceirizações, entre outros. A autora retrata esses dois lados do mundo do trabalho como “lado sombra” e “lado luminoso”, onde o “lado sombra” é marcado pelo enxugamento das estruturas de operação, terceirização de atividades, desemprego e emprego precário; e o “lado luminoso”, pela possibilidade de um trabalho com novos conteúdos a partir de novas concepções gerenciais e da introdução de novas tecnologias que exigem maior base de educação geral, além de novos requisitos e atributos de qualificação profissional, portanto com destaque para os processos educativos de trabalhadores inseridos em serviço.

3.2 Trabalho em enfermagem

Na enfermagem, a abordagem do processo de trabalho iniciou-se nos anos 80 e dentre as autoras destacam-se: Maria Cecília Puntel de Almeida (1984); Graciette Borgues da Silva (1986); Brigitta Castellanos (1987); Denise Pires (1989). Essa abordagem permite analisar a enfermagem como prática social que se insere no mundo do trabalho e na atenção à saúde, e é marcada por determinações históricas, sociais, econômicas e políticas.

Até o final do século XVIII e início do XIX, a enfermagem constituía uma prática independente da medicina. Suas ações eram independentes das ações do médico. O cuidado de enfermagem não era destinado ao corpo físico, mas tinha cunho religioso, o objeto de trabalho da enfermagem era o ambiente de trabalho, enquanto o do médico, o corpo doente (Almeida e Rocha, 1997). E o hospital era um local para abrigar indigentes, viajantes, e não um local de cura.

Nesse período ocorreram marcantes transformações na instituição hospitalar, que passa a se constituir como local de cura pela necessidade do sistema capitalista de curar seus feridos em guerras. Por atender satisfatoriamente ao projeto político-social da época e pela necessidade de organizar os hospitais é que a enfermagem se insere no processo de trabalho em saúde. Assim, além do cuidado ao doente, organizava o local de trabalho. De modo que, nesse período, a enfermagem se institucionaliza como área específica de trabalho.

Gomes et al. (1997) destacam que o trabalho de enfermagem organizou-se em três direções: no sentido de organizar o cuidado ao doente, o que ocorreu pela sistematização das técnicas de enfermagem; na organização do ambiente terapêutico, que se deu por meio de mecanismos de purificação do ar, limpeza, higiene entre outros, e no sentido de organizar os agentes de enfermagem por meio de treinamento, utilizando as técnicas e mecanismos disciplinares. Dessa forma, o processo de trabalho de enfermagem constituiu-se com base na divisão do trabalho e configura a separação entre a concepção e a execução do cuidado, ou seja, alguns agentes gerenciam, e outros executam (Pires, 1989; Gomes et al. 1997).

A organização e a execução do cuidado ao paciente eram realizadas pelas *lady nurses*, que pertenciam às classes mais altas da sociedade e eram responsáveis pela supervisão e ensino, e pelas *nurses* de nível sócioeconômico menor, que eram responsáveis pelo cuidado direto aos pacientes (Gomes et al., 1997; Silva, 1989).

Portanto, o trabalho em enfermagem mostrou, desde sua origem, uma divisão técnica e social do trabalho, constituindo uma hierarquia na qual as pessoas provenientes de classes sociais mais altas assumiam a função de supervisão e educação, enquanto as de classe social menos favorecida assumiam o cuidado ao doente (Almeida e Rocha, 1986; Pires, 1989).

Trata-se de uma profissão que tem enfrentado muitos desafios na construção de sua identidade, na apropriação do objeto central do seu trabalho, que é o cuidado de enfermagem. Cuidar de maneira simples significa fornecer ajuda, no entanto, trata-se de um processo complexo, uma vez que demanda intensas relações e implicações éticas.

Rossi e Lima (2005) consideram cuidado como ato individual que prestamos a nós mesmos, desde que adquirimos autonomia, mas é um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a qualquer pessoa que, temporariamente ou definitivamente, tem necessidade de ajuda.

Além do cuidado, núcleo do processo de trabalho de enfermagem, esse é composto por outras três subcategorias: administrar ou gerenciar; pesquisar; e ensinar. Cada um deles pode ser referido como um processo à parte, com seus próprios elementos (Silva, 1989).

No entender de Felli e Peduzzi (2005), as intervenções do enfermeiro no trabalho concretizam duas formas: o processo de cuidar e o de administrar, no entanto, o enfermeiro tem assumido cada vez mais atividades administrativas.

No Brasil, o processo de divisão do trabalho de enfermagem configurou as ações de cuidados que são divididas entre os enfermeiros, auxiliares, técnicos de enfermagem. Contudo, aos enfermeiros são atribuídas as atividades mais intelectuais de gerenciamento do cuidado e da unidade, incluindo todos os recursos, enquanto ao pessoal de nível médio são atribuídas majoritariamente as atividades assistenciais. (Almeida e Rocha, 1989; Peduzzi, 1998; Peduzzi e Anselmi; 2002).

Com base no que Kuenzer (2002) denomina pedagogia de fábrica, os trabalhadores de menor qualificação profissional são os executores do trabalho, expropriados do saber sobre o trabalho, perdem a caracterização que os faz humanos: a possibilidade de pensar, planejar, criar; e a ciência, por sua vez, passa a ser um privilégio das categorias a quem cabe o planejamento do trabalho e atua sobre os trabalhadores da execução.

A autora acrescenta que enquanto o capitalismo opera a cisão teoria e prática, surgem dois tipos de ensino: para os trabalhadores ligados à execução, a pedagogia do trabalho assume característica de um ensino prático, ministrado no próprio local de trabalho; e o destinado às funções de planejamento e controle se faz por meio da apreensão sistematizada do conteúdo científico do trabalho.

Importante destacar que no interior desse processo de trabalho há diferenças técnicas e desigualdades sociais. As diferenças técnicas dizem

respeito aos saberes e as intervenções técnicas que permeiam a atuação de cada categoria profissional de enfermagem, e as desigualdades sociais referem-se a valores e normas sociais que hierarquizam e disciplinam as diferenças técnicas entre os distintos trabalhadores. Assim, há uma relação hierárquica entre as diferentes categorias profissionais, estabelecendo-se relação de subordinação e dominação que interferem de forma expressiva no modo de organizar o trabalho e prestar cuidados aos usuários (Peduzzi, 1998).

Assim, no trabalho de enfermagem identifica-se, por um lado, um trabalho eminentemente manual, visto que sua dimensão intelectual estará sempre presente, mas limitada a noções gerais, que consistem na distribuição de tarefas mais simples ligadas diretamente ao cuidado aos auxiliares e técnicos de enfermagem; e, de outro, um trabalho intelectual realizado pelos enfermeiros, que se refere às ações voltadas ao planejamento do cuidado e supervisão do trabalho dos auxiliares e técnicos (Almeida e Rocha, 1986; Pires, 1989).

Almeida e Rocha (1986) acrescentam que o enfermeiro está distanciado do seu objeto de trabalho – o cuidado de enfermagem e gerencia o processo de trabalho realizado por trabalhadores parcelares e alienados do processo de trabalho (ao mesmo tempo), para controlar esse pessoal utiliza o seu saber como instrumental ideológico do poder.

3.2.1 Gerência em saúde e enfermagem

A divisão técnica do trabalho teve início no capitalismo com a manufatura e, assim, a produção que era realizada por apenas uma pessoa passa, então, a ser realizada coletivamente, e as tarefas são separadas umas das outras e realizadas por vários trabalhadores até o término do processo. O trabalhador não consegue concluir isoladamente nenhum produto, ou seja, todo produto faz parte de um trabalho coletivo e este passa a demandar ações de cunho gerencial.

É então introduzida a gerência, inicialmente na figura do capitalista e posteriormente, com maior diversificação e complexidade nas tarefas, por um tipo especial de assalariado que comanda em nome do capital todo o desenvolvimento do processo de trabalho numa perspectiva de controle (Mishima et al., 1997; Pires, 1989; Silva, 1989). Portanto, à gerência cabem as atividades de planejamento e controle e a outras pessoas sua execução.

No que se refere especificamente à enfermagem, o processo de trabalho é composto por duas dimensões: assistencial e gerencial (Felli, Peduzzi, 2005). Segundo as autoras referidas, no processo de trabalho gerencial os objetos de trabalho do enfermeiro são: a organização do trabalho e os recursos humanos de enfermagem e, para a sua execução, é utilizado um conjunto de instrumentos técnicos próprios da gerência, tais como: planejamento, dimensionamento de pessoal, recrutamento e seleção, educação continuada e/ou permanente, avaliação de desempenho, entre outros.

Para Mishima et al. (1997), a atividade gerencial é extremamente dinâmica, dialética, e contempla as dimensões técnica, política e comunicativa, em permanente articulação, exigindo constante reflexão/tomada de decisão por parte do seu agente executor. Dessa forma, a gerência em saúde é uma atividade meio, cuja ação central está posta na articulação e integração e possibilita a transformação do processo de trabalho.

A gerência, enquanto processo de trabalho, pode ser analisada em duas vertentes: uma, denominada de modelo racional, tem foco nas organizações e nos indivíduos, fundamentada na Teoria Geral da Administração; outra, denominada modelo histórico-social, tem abordagem das práticas sociais e sua historicidade (Felli e Peduzzi, 2005).

No modelo racional a ação gerencial está fundamentada, sobretudo, nas teorias do início do século XX, de Taylor, Fayol e Ford, nas quais o foco está na produção em massa, controle de tempo e movimento; trabalho parcelado e fragmentado por funções, remuneração por produção, cisão entre a concepção e a execução do trabalho; unidades verticalizadas e trabalho coletivo alienado (Chanlat, 1995; Pires, 2004; Felli e Peduzzi, 2005).

Com a globalização e as mudanças no mundo do trabalho, são necessárias novas formas de organizar o trabalho perante o mercado.

Assim, ocorre um movimento do modelo racional para o flexível, no qual a produção está voltada para a demanda, é diversificada e o consumo é que determina a produção. No processo produtivo flexível, o trabalhador é polivalente, o trabalho é realizado em equipe e há uma tendência à horizontalização; implantação de vários programas de qualidade; revisão de processos de trabalho com redução de níveis hierárquicos; intensificação do ritmo de trabalho, mudanças que tendem à manutenção da lucratividade (Felli e Peduzzi, 2005).

A outra vertente da gerência referida acima é concebida como processo histórico-social que se configura na perspectiva das práticas de saúde, historicamente estruturadas e socialmente articuladas. Assim, a gerência em saúde e em enfermagem desenvolve o trabalho voltado para a organização e controle dos processos de trabalho e também para as necessidades de saúde da população, o que implica autonomia dos sujeitos envolvidos nos processos. Apresenta um caráter articulador e integrativo, sendo suas ações determinadas e determinantes do processo de organização de serviços de saúde e das políticas sociais, especificamente as de saúde (Mishima et al., 1997). Segundo as autoras, no processo de trabalho gerencial, da perspectiva das práticas de saúde, identificam-se quatro dimensões inerentes: técnica, política, comunicativa e de desenvolvimento de cidadania.

Assim, novas formas de organização do trabalho são possíveis e formas diferentes de gerenciamento podem ser implementadas nas diversas organizações de saúde para uma assistência de enfermagem diferenciada, com qualidade de atendimento à população. As formas de trabalho estão diretamente relacionadas às instituições e suas condições de trabalho, aos modelos assistenciais e gerenciais existentes, bem como às políticas sociais de saúde.

Rossi e Lima (2005) relatam que o enfermeiro gerencia o cuidado quando o planeja, delega ou o faz, quando prevê e provê recursos, capacita sua equipe, educa o usuário, interage com outros profissionais, ocupa

espaços de articulação e negociação em nome da concretização e melhoria do cuidado.

No processo de trabalho em enfermagem e saúde um dos instrumentos utilizados pela gerência para atingir constantemente a qualidade da assistência e do cuidado à saúde é a educação dos trabalhadores, sendo estes objetos de trabalho da gerência.

Para Rossi e Lima (2005) o grande compromisso e desafio de quem gerencia o cuidado é valorizar, e habilitar-se para utilizar, as relações como tecnologias, de modo a construir o cotidiano de trabalho por intermédio da construção mútua dos sujeitos e, através dessas relações, dar sustentação à satisfação das necessidades dos indivíduos e valorizar trabalhadores e usuários para intervirem no trabalho vivo em ato.

Nesse sentido, Merhy (1997) afirma que estamos vivendo uma situação histórico-social, e que o desafio das organizações produtivas só poderá ser enfrentado através de modelos gerenciais menos burocráticos, que permitam às organizações a plasticidade que as transformam em um organismo inteligente, assimilar o que ocorre no seu interior e à sua volta, e elaborar soluções adequadas para cada problema novo. A gestão seria o campo tecnológico para dar às organizações essa plasticidade.

Com base nas concepções adotadas, entende-se que o gerenciamento em saúde e enfermagem está pautado em um modelo assistencial a seguir, utiliza instrumentos apropriados como planejamento e, principalmente, desenvolve relações de trabalho de modo a compreender como essas relações se processam e seus limites, entre pares, equipes, conseguindo articular ações com a finalidade de melhorar os processos de trabalho, promover a transformação do sujeito e a qualidade de assistência ao usuário.

3.4 Educação permanente em saúde

Na considerada “era do conhecimento”, as organizações do setor saúde vêm olhando com maior atenção para o desenvolvimento dos profissionais, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados

à população. Para isso, uma das estratégias que está sendo colocada em pauta é o investimento em recursos humanos (RH), através de processos educativos.

Para Freire (1997), toda ação educativa deve estar precedida de reflexão, e isso ocorre quando há integração do homem com o seu contexto, o que pode levar à compreensão da realidade desse contexto, e à sua transformação.

Nessa perspectiva, os trabalhadores necessitam constantemente de investimentos para o desenvolvimento de espaço para reflexão crítica sobre a prática cotidiana, de modo a garantir um desempenho com qualidade e sua emancipação como sujeitos sociais. Nesse sentido, destacam-se o trabalho em equipe e a educação permanente como estratégias imprescindíveis para uma melhor prática da saúde e da enfermagem.

Desde meados dos anos 1980, a OPAS — Organização Pan-Americana de Saúde — vem trabalhando com o conceito de EPS como um processo constante, de natureza participativa e multifuncional. Vale ressaltar que essa organização tem atuado no acompanhamento de processos de capacitação profissional em diversos países latino-americanos e que os resultados são pouco animadores no que se refere à qualidade da produção dos serviços prestados em saúde (Davini, Nervi, Roschke, 2002).

Em 2004, no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu a Política de EPS como estratégia para o SUS, para formação e desenvolvimento de trabalhadores de saúde (Brasil, 2004). Essa política propõe que os processos de trabalho de capacitação dos trabalhadores de saúde tomem como referência as necessidades de saúde da população, a gestão setorial e o controle social em saúde, tendo como objetivo a transformação das práticas profissionais e a organização do trabalho a partir da problematização do processo de trabalho. Nessa proposta, o Ministério da Saúde (Brasil, 2005) define: “Problematizar significa refletir sobre determinadas situações, questionando fatos, fenômenos e idéias, compreendendo os processos e propondo soluções”, de modo que a educação permanente baseia-se na aprendizagem significativa e propõe que

ocorram transformações das práticas profissionais baseadas na reflexão crítica das práticas reais.

Segundo Ceccim, Feuerwerker (2004), aprendizagem significativa acontece quando algo apreendido faz sentido para nós, quando um conhecimento novo é construído a partir de um diálogo com o que já sabíamos antes. Na aprendizagem significativa, acumulamos e renovamos experiências.

EPS é uma estratégia que partiu da idéia de que o processo de educação dos trabalhadores da saúde deve ser direcionado pelas necessidades da população, pelo controle social e do próprio setor da saúde, que seja estruturado a partir da problematização do processo de trabalho com o objetivo de transformação das práticas e organização do trabalho (Brasil, 2005; Ceccim, 2005).

A EPS é aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se articulam ao cotidiano do trabalho e das organizações (Roschke; Quintana; Ribeiro, 1994, p.33-61). Assim, a proposta será construída no interior do trabalho das equipes e a capacitação deve ser determinada a partir dos problemas que ocorrem no dia-a-dia, referente à atenção à saúde e à organização do trabalho.

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), o SUS teve várias iniciativas para mudanças no processo de formação, no sentido de aproximar instituições formadoras, ações e serviços do SUS. Porém, após uma seqüência de rodadas de avaliação realizadas em julho de 2003 com coordenadores, gestores municipais e estaduais e docentes universitários, concluiu-se que todas as iniciativas foram muito tímidas na sua capacidade de promover mudanças nas práticas dominantes no sistema de saúde, limitadas a introduzir mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e cuidado em saúde. Os autores afirmam que tem sido limitado o impacto das ações do SUS em educação, no sentido de alimentar os processos de mudanças sobre as instituições formadoras, e nulas em apresentar a formação como uma política do SUS.

Na proposta de educação permanente em saúde, a formação e o desenvolvimento devem ocorrer de modo descentralizado, ascendente e

transdisciplinar (Ceccim e Feuerwerker, 2004). E, como resultado, espera-se a democratização dos espaços, o desenvolvimento do trabalho em equipe, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos, e a melhoria permanente da qualidade do cuidado e da humanização do atendimento (Brasil, 2005).

Em se tratando de educação em saúde, é importante esclarecer a distinção entre educação continuada e educação permanente.

Segundo Davini, Nervi, Roschke, (2002, p.108-12), a EC é tradicionalmente desenvolvida no setor de saúde como uma extensão do modelo escolar e acadêmico, centrado na atualização de conhecimentos, geralmente de enfoque disciplinar, baseado em técnicas de transmissão com fins de atualização, uma estratégia descontínua da capacitação, com ruptura dos tempos, em cursos periódicos, sem sequência constante e centrada em cada categoria profissional.

Assim, a EC se volta ao indivíduo no espaço institucional, com o objetivo de adequá-lo para o trabalho na respectiva unidade onde exercerá sua função, direcionado para comportamentos institucionalizados, normas e rotinas pré-estabelecidos.

A EPS tem como objeto de trabalho o próprio processo de trabalho, orientado para a melhoria contínua da qualidade dos serviços, para a equidade no cuidado e o acesso aos serviços de saúde, parte de uma reflexão do que acontece nos serviços (Ceccim, 2005). E Rovere (1994, p.63-106) sintetiza a educação permanente em saúde como “a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços cuja finalidade é melhorar a saúde da população”, dessa maneira diferenciando-se de outras propostas educativas.

Segundo Davini, Nervi, Rochke (2002, p.108-12), a EPS representa um importante giro na concepção e na prática de capacitação dos trabalhadores nos serviços. Supõe inverter a lógica do processo, incorporar o ensino e o aprendizado na vida cotidiana das organizações e das práticas sociais e do trabalho, no contexto real em que ocorre. Também propõe modificar as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas para a problematização do próprio processo

de trabalho; os sujeitos como atores reflexivos da prática e construtores de conhecimento e alternativas de ação em lugar de receptores; a equipe de trabalho como estrutura de interação; ampliação de espaços educativos fora da sala de aula e dentro de organizações, comunidades, clubes, associações.

A concepção de EPS pretende tomar as situações diárias de trabalho como foco de aprendizado, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no contexto em que se vive.

Assim sendo, a educação permanente em saúde é aprendizagem no trabalho, na qual o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano da gestão e de outras ações de saúde e, dessa maneira, coloca o SUS como um interlocutor nato das escolas na formulação e implementação dos projetos político-pedagógicos e na formação profissional, e não como mero campo de estágio ou aprendizagem prática.

A política de EPS é uma estratégia que visa a contribuir para transformar e qualificar a atenção à saúde; a organização das ações e dos serviços; os processos formativos; as práticas de saúde e as práticas pedagógicas. É necessário para isso um trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições de ensino, colocando em evidência a formação e o desenvolvimento (Ceccim e Feuerwerker, 2004).

Refletindo sobre a EPS como estratégia para a mudança, é necessário considerar que esse processo requer mudança de comportamento no ser humano. Assim, estar aberto, disponível e interessado em novos conhecimentos, desenvolver novas formas de fazer as práticas será necessário para esse desafio.

Para ocupar o lugar ativo da EPS, Ceccim (2005) enfatiza que precisamos abandonar o sujeito que somos, precisamos ser produção de subjetividade: abrir fronteiras o tempo todo, desterritorializando grades de comportamento ou de gestão do processo de trabalho. O autor apresenta como condição indispensável para uma pessoa ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos conceitos, a detecção e o contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho, a percepção de que

a maneira vigente de fazer ou pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. A vivência e/ou a reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o contato com o desconforto e após, produzir alternativas de práticas e conceitos, para enfrentar o desafio de produzir transformações.

Dessa forma, para produzir mudanças no sistema de saúde brasileiro aproximando os serviços de saúde da atenção integral, humanizada e de qualidade é importante a capacidade de dialogar com as práticas de gestão e de atenção de saúde, estimulando a produção de transformações.

Desde 2003 o Ministério da Saúde vem instituindo a política de EPS como estratégia para o SUS, para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor de saúde. Essa política estava sendo construída nos Pólos de EPS de cada município e foi recentemente ratificada com a publicação da Portaria 1996/2007 (Brasil, 2007), na qual introduz para as decisões de EPS os Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). O colegiado deve incentivar e promover a participação nas Comissões de Integração Ensino-Serviço dos gestores, serviços de saúde, instituições formadoras que atuam na área de formação e desenvolvimento de pessoal para o setor saúde, hospitais de ensino, trabalhadores da saúde, conselhos municipais e estaduais, gestores estaduais e municipais. São instâncias de articulação interinstitucional para a gestão da educação permanente em saúde. Essas instâncias servem para a articulação, o diálogo, a negociação e a pactuação interinstitucional. Todos juntos, interagindo, identificam necessidades e constroem as estratégias e as políticas no campo da formação e do desenvolvimento, sempre procurando melhorar a qualidade da gestão, aperfeiçoar a atenção integral à saúde, popularizar o conceito ampliado de saúde e fortalecer o controle social. São partes do Sistema Único de Saúde responsáveis tanto pelas práticas de saúde quanto pelas ações de educação em saúde. São rodas de debates e construção coletiva. Merhy (2005) mostra que todo processo voltado às questões da educação permanente tem que ter a força de gerar no trabalhador, no seu cotidiano do trabalho, transformações na prática, o que implica problematizar a si mesmo no agir,

pela geração de problematizações não no abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe.

A EPS, na sua concepção, pode ser o diferencial para uma mudança acentuada nos processos de trabalho em saúde e enfermagem, garantindo transformações por intermédio de mudanças no ensinar e aprender.

Além dos conceitos apresentados, destacam-se também os conceitos de trabalho em equipe e integralidade em saúde.

A proposta do trabalho em equipe coloca-se como alternativa de recomposição dos trabalhos executados pelos distintos agentes da enfermagem, na perspectiva da integralidade do cuidado.

A noção de equipe diz respeito à realização de uma tarefa ou trabalho por vários indivíduos, com um objetivo comum a atingir, compartilhando o mesmo espaço físico e a mesma clientela, embora isso não signifique automaticamente a integração das ações orientadas para o cuidado integral de enfermagem.

Peduzzi (1998, 2001) analisa que é através da articulação das ações e de uma prática comunicativa que os profissionais podem alcançar o entendimento mútuo e a construção de consensos sobre os seus planos de ação, caracterizando o trabalho em equipe.

A autora identifica dois tipos diferentes de equipe: equipe agrupamento e equipe integração. A primeira caracterizada pelo agrupamento de agentes onde há a justaposição das ações e a segunda, na qual ocorre a articulação das ações e a dos profissionais.

A integração no trabalho em equipe se expressa sob dois aspectos: a articulação das ações e a comunicação. Entende-se como articulação das ações o fato de colocar em evidência as conexões existentes entre as intervenções técnicas realizadas pelo conjunto de profissionais inseridos numa mesma situação de trabalho, e a interação dos agentes no sentido da prática comunicativa, em que os envolvidos buscam o reconhecimento e o entendimento mútuo (Peduzzi, 1998, 2001).

O termo integralidade, na sua origem, relaciona-se com um movimento que ficou conhecido como medicina integral, originário de discussões sobre o ensino médico nos Estados Unidos, nos anos 1960. A

medicina integral criticava a atitude cada vez mais fragmentária, reducionista, da assistência aos pacientes; os médicos tendiam a recortar analiticamente os pacientes, apenas para o aparelho no qual se especializaram, com atenção exclusiva à dimensão biológica, em detrimento das dimensões cultural, social e psicológica. Essa crítica levou à reforma curricular, de modo que as escolas produzissem médicos que fossem capazes de apreender seus pacientes e suas necessidades de forma integral (Mattos, 2006).

A integralidade é um dos princípios do SUS, e se expressa na organização dos serviços e das práticas de saúde, procurando articular as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde (Mattos, 2004).

Mattos (2006) refere que, na integralidade, a equipe que atende o usuário deve ser capaz de identificar a doença que causa sofrimento, e reconhecer, através de uma conversa, demandas silenciosas, para a apreensão ampliada das necessidades de saúde, a fim de contextualizar adequadamente as ofertas a serem feitas aos usuários, de modo a identificar os momentos mais propícios a essas ofertas.

4. TRAJETÓRIA METODOLOGICA

4.1 Tipo de pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida na modalidade qualitativa sobre as atividades educativas de trabalhadores de enfermagem na instituição estudada², especialmente a análise do público participante, do levantamento de necessidades e dos resultados esperados com a realização das atividades educativas.

Para Chizzotti (2001, p.79)

a abordagem qualitativa parte do fundamento que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito.

A pesquisa qualitativa baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e definida por seus próprios atores (Polit, Hungler, 1995).

Para Minayo (2004, p. 269), as metodologias de pesquisa qualitativa são aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

4.2 Campo de estudo

A descrição do campo de estudo foi realizada com base em documentos levantados na instituição estudada: descrição do serviço de

² A presente pesquisa está integrada a um projeto principal intitulado **Análise dos processos educativos de trabalhadores e equipes de saúde e de enfermagem: características, levantamento de necessidades e resultados esperados**, coordenado pela Profa. Dra. Marina Peduzzi, que conta com auxílio FAPESP e da OPAS/MS (Rede Observatório de RHS).

enfermagem; filosofia, objetivos, sistema de assistência de enfermagem, manual do serviço de apoio educacional.

O Hospital no qual foi realizada a pesquisa integra o SUS, está localizado no município de São Paulo, e tem por finalidade promover o ensino, a pesquisa e a extensão de serviços à comunidade que reside na área de abrangência de uma determinada região do município de São Paulo.

Os órgãos da administração superior são: o conselho deliberativo e a superintendência. O Conselho Deliberativo tem a finalidade de coordenar, supervisionar e controlar as atividades desenvolvidas nas áreas médica, de enfermagem e demais.

O departamento de enfermagem tem quatro divisões: enfermagem cirúrgica, enfermagem clínica, enfermagem materno-infantil e de pacientes externos. Essas quatro divisões compõem treze seções e três setores. O departamento de enfermagem agrega também o Serviço de Apoio Educacional (SED), que engloba a EC e órgãos de assessoria como a Comissão de Ética e os Grupos de Estudo (dor, estomaterapia, auditoria, procedimentos de enfermagem, sistema de assistência de enfermagem, terapia complementar).

Trata-se de uma instituição de nível médio de complexidade, que se caracteriza como hospital geral, com aproximadamente 250 leitos, divididos entre UTI adulto, infantil e neonatal, centro cirúrgico, recuperação anestésica, centro obstétrico, enfermarias, pronto atendimento adulto e infantil.

A assistência de enfermagem tem por finalidade a promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como o auto-cuidado que se fundamenta na capacidade de o usuário, a família e a comunidade tomarem suas próprias decisões, quando dotados de força, vontade e conhecimentos, responsáveis por esta autodeterminação em sua dignidade absoluta.

O departamento de enfermagem reconhece a necessidade e a importância da integração das ações interinstitucionais, interdisciplinares e multiprofissionais, para manter o padrão preestabelecido de assistência de enfermagem na instituição-escola, também tem efetiva participação no desenvolvimento e na consecução dos objetivos e metas institucionais.

Prevê que sua prática seja desenvolvida num contexto que privilegie dois aspectos.

1- Que o paciente seja assistido de acordo com suas necessidades, preservando sua individualidade.

2- Que o enfermeiro tenha assegurado o seu papel de coordenador da assistência de enfermagem.

No hospital estudado, a assistência de enfermagem utiliza o processo de enfermagem introduzido, em 1981, por ocasião de sua inauguração, com a denominação SAE. Esse caracterizou uma nova forma de assistir que garanta qualidade na assistência prestada, e é composto pelas etapas: histórico, evolução e prescrição de enfermagem, com vistas a uma prática assistencial humanizada, cujos pilares estão na teoria das necessidades humanas básicas de Horta (1979) e no conceito do autocuidado de Orem (1985). A partir de dezembro de 2001 o departamento de enfermagem iniciou o diagnóstico de enfermagem como segunda etapa da SAE.

Esse processo requer do enfermeiro ações reflexivas que demandam compromisso e envolvimento com a assistência prestada em sua área de atuação. Esse processo prevê ainda que todo paciente, ao ser avaliado pelo enfermeiro, terá um plano assistencial implementado de acordo com o levantamento no histórico de enfermagem, contemplando suas prioridades, assegurando-lhe atendimento no âmbito hospitalar e domiciliar.

A orientação da assistência para o autocuidado é um processo que exige a interação enfermeiro-paciente, pois para atingir o autocuidado é necessário que os objetivos da assistência derivem das necessidades e das preferências do próprio usuário, e não da percepção do profissional que o assiste. Os pacientes recebem orientação sobre como cuidar de si, de maneira sistematizada, fundamentada e adaptada, levando-se em consideração as suas crenças, valores e grau de compreensão.

Para a manutenção dessa prática assistencial é necessário considerar o perfil da clientela, o compromisso de todos os profissionais, o quantitativo e o qualitativo de trabalhadores, e os padrões assistenciais de estrutura, processo e resultados.

4.2.1 Estrutura do serviço de apoio educacional

O SED da instituição do estudo é destaque nesta pesquisa por ser um serviço implantado por ocasião da inauguração do hospital, em 1981, e ser o responsável pelas ações educativas de trabalhadores de enfermagem, objeto de estudo da pesquisa.

O SED conta com a participação de quatro enfermeiras, sendo uma delas gerente do serviço, e uma secretária. Tem espaço próprio, dispondo de uma sala de aula com equipamentos de audiovisual, local designado para realizar treinamentos para os trabalhadores de enfermagem, sala de reuniões, utilizada para as reuniões entre as enfermeiras do serviço, por grupos de estudo e também como sala de aula.

Esse serviço foi criado pelo departamento de enfermagem para assessorar o desenvolvimento das atividades assistenciais, de ensino e de pesquisa na área de enfermagem. Tem como missão manter a equipe de enfermagem com elevado nível de qualificação técnico-científica e ética, assim como envolvida com as propostas e resultados institucionais. O serviço de apoio educacional compartilha com outras áreas de enfermagem a responsabilidade pelo planejamento, coordenação, seleção, treinamento, desenvolvimento e avaliação de desempenho dos trabalhadores de enfermagem.

A finalidade do serviço é assessorar o departamento de enfermagem e os líderes dos diversos setores na gestão do processo de seleção, avaliação, aprimoramento e desenvolvimento da equipe de enfermagem, com base nas políticas e diretrizes de RH da instituição e da enfermagem; interpretar visão, missão, políticas e objetivos estratégicos do hospital e da enfermagem, para a equipe de enfermagem necessária à sua integração no trabalho; realizar programas de treinamento e desenvolvimento com o objetivo de desenvolver as competências pessoais, éticas e técnicas, em consonância com a visão, missão, as políticas e os objetivos estratégicos do hospital e da enfermagem; desenvolver ações educativas de forma descentralizada e participativa, esforçando-se no sentido de promover um ambiente motivador de trabalho e de aprendizagem contínua; pautar o

processo de aprendizagem na perspectiva do ser humano com possibilidades de desenvolver-se como pessoa e profissional; auxiliar na promoção da integração docente-assistencial entre a escola e o hospital.

Quanto ao processo de levantamento de necessidades de atividades educativas para trabalhadores de enfermagem, cuja análise constitui um dos objetivos deste estudo, vale ressaltar que os programas de treinamento e desenvolvimento dos profissionais de enfermagem são desenvolvidos de acordo com as necessidades específicas identificadas pelas chefias nas respectivas unidades, relatórios emitidos pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), evidências da avaliação de desempenho, resultados de auditoria, supervisão realizada pelos enfermeiros em seu cotidiano e sugestões dos próprios trabalhadores.

O trabalhador, ao ingressar no quadro de funcionários do hospital, participa de um treinamento admissional que tem por finalidade conciliar as necessidades do hospital, a expectativa do funcionário admitido e as exigências do mercado de trabalho. Essa etapa do treinamento é realizada no SED durante sete dias, com seis horas diárias, compreende aulas expositivas e aulas participativas nas quais é priorizada a revisão teórico-prática de alguns procedimentos e a visita às dependências do hospital.

No contexto das aulas são abordadas: a missão, “desenvolver atividades de ensino e pesquisa na área de saúde e assistência hospitalar de média complexidade, preferencialmente às populações de um Distrito de Saúde, prestando um serviço diferenciado com atendimento de excelência”; como visão, “deverá se consolidar como referência para hospital de complexidade média por possibilitar ensino adaptado à realidade e propiciar pesquisa de tecnologias aplicáveis às demais instituições”, e os valores “assistência e ensino com conteúdo integralizado de todo o processo de diagnóstico, tratamento, cuidado e reabilitação com ênfase no recurso humano por ser o capital principal do hospital”³.

Para o departamento de enfermagem, orientações trabalhistas, sistematização da assistência de enfermagem, ética profissional, relacionamento inter-pessoal, aspectos relevantes na prevenção e controle

³ A referência não foi citada por compromisso de sigilo com a Instituição do estudo.

de infecção hospitalar, normas para administração de medicamentos, cálculo de medicamentos, procedimentos de enfermagem (preparo e administração de medicamentos, procedimentos de enfermagem como aspiração orotraqueal, sondagem vesical, sondagem gástrica).

Após o treinamento admissional, o trabalhador é encaminhado à unidade que será seu local de trabalho e é, então, realizado um treinamento específico por um período de três meses, acompanhado por uma enfermeira da unidade. Cada unidade dispõe de um cronograma de treinamento específico.

A estratégia de ação utilizada pela EC é a do agente multiplicador, na qual o trabalhador assim denominado deve ter domínio do processo educacional de aprendizagem dos integrantes da equipe de enfermagem do seu setor, que vê os demais membros da equipe como trabalhadores ativos, detentores de saberes e o centro do processo educacional. Lança mão de estratégias que favoreçam a troca de experiências e informações, estimulem a motivação e a cooperação entre os trabalhadores da equipe de enfermagem. O agente multiplicador deve ter conhecimento de informática, habilidades no relacionamento e na comunicação, criatividade para introduzir mudanças. Ficará sob a coordenação da enfermeira responsável pelo serviço de apoio educacional. É responsável pelo processo de aprendizagem dos integrantes da equipe de enfermagem do seu setor.

Dentre as atribuições do SED estão: diagnosticar as necessidades de treinamento, analisando as causas e conseqüências dos problemas apontados, junto com os gestores das áreas; planejar, acompanhar e avaliar o desenvolvimento dos programas de treinamento e desenvolvimento da equipe de enfermagem, com os agentes multiplicadores e os líderes dos setores; diagnosticar necessidades de treinamento e desenvolvimento dos agentes multiplicadores dos setores a fim de capacitá-los; planejar eventos científicos na instituição com a finalidade de disseminar informações que auxiliem o desenvolvimento contínuo da equipe de enfermagem.

A instituição conta com aproximadamente 1.800 trabalhadores nas áreas assistencial e administrativa. No serviço de enfermagem há 666 trabalhadores de enfermagem distribuídos segundo a categoria profissional:

181 enfermeiros (27,1%), 215 técnicos (32,2%), 262 auxiliares de enfermagem (39,3%) e 8 atendentes (1,2%), afastados de atividades assistenciais e próximos da aposentadoria.

Em relação ao sexo dos trabalhadores de enfermagem, 605 (90,8%) pertencem ao sexo feminino e 61 (9,1%) ao sexo masculino.

Segundo a faixa etária, 02 trabalhadores estão na faixa menor ou igual a 20 anos, 152 (22,8%) na faixa de 21 a 30 anos, 166 (24,9%) na faixa de 31 a 40 anos, 254 (38,1%) na faixa etária de 41 a 50 anos, 85 (12,7%) na faixa de 51 a 60 anos. A média de idade dos trabalhadores do serviço é de 40 anos.

Em relação ao tempo no serviço em anos, foram encontrados 189 (28,3%) trabalhadores na faixa correspondente ao menor tempo, de 0 a 5 anos, 160 (24%) trabalhadores na faixa de 6 a 10 anos, 96 (14,4%) na faixa de 11 a 15 anos, 145 (21,7%) na faixa de 16 a 20 anos, 69 (10,3%) na faixa de 21 a 25 anos, 1 (0,1%) mais de 25 anos.

Segundo o nível de escolaridade dos profissionais do serviço, 91 (13,6%) trabalhadores concluíram o ensino fundamental, 01 (0,15%) trabalhador tem ensino fundamental incompleto, 12 (1,8%) apresentam ensino médio incompleto, 305 (45,7%) apresentam ensino médio completo, 02 (0,3%) apresentam ensino superior incompleto, 190 (28,5%) apresentam ensino superior completo e para 65 (9,7%) trabalhadores não havia a informação. Observa-se o predomínio de profissionais com ensino médio completo, seguido de ensino superior completo.

Em relação ao tipo de vínculo empregatício, no serviço do estudo há 665 (99,8%) trabalhadores com vínculo CLT e apenas 01 (0,15%) trabalhador com vínculo autárquico.

As atividades educativas de trabalhadores de enfermagem no serviço do estudo, no ano de 2005, computaram 134 atividades. Dentre essas, 11 (8,2%) tiveram como público participante os trabalhadores de enfermagem de nível médio (auxiliar e técnico de enfermagem), 92 (68%) atividades destinavam-se aos enfermeiros e 31 (23,1%) aos enfermeiros e trabalhadores de nível médio (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das atividades educativas, segundo público-alvo a que se destina. São Paulo 2006.

Público-Alvo	n	%
Trabalhadores de enfermagem de nível médio (auxiliar e técnico de enfermagem)	11	8,2
Enfermeiros	92	68,7
Enfermeiros e enfermagem de nível médio	31	23,1
Total	134	100

Das 134 atividades educativas desenvolvidas no serviço do estudo, 50 atividades foram realizadas internas ao serviço estudado, 80 externas e, de 4 atividades não havia informação.

Nas atividades educativas internas ao serviço, observa-se que 10 atividades foram destinadas a trabalhadores de enfermagem de nível médio (auxiliar e técnico de enfermagem), 13 atividades exclusivamente a enfermeiros, e 27 atividades foram destinadas a enfermeiros e enfermagem de nível médio. A maioria das atividades educativas internas ao serviço destinaram-se aos enfermeiros e trabalhadores de enfermagem de nível médio.

Tabela 2 – Distribuição das atividades educativas internas ao serviço estudado, segundo público-alvo. São Paulo, 2006

Público-Alvo	n	%
Trabalhadores de enfermagem nível médio (auxiliar e técnico de enfermagem)	10	20
Enfermeiros	13	26
Enfermeiros e enfermagem nível médio	27	54
Total	50	100

Nas atividades educativas externas ao serviço, 1 atividade foi direcionada aos trabalhadores de enfermagem de nível médio (auxiliar e

técnico), 78 atividades aos enfermeiros e 1 atividade a enfermeiros e enfermagem de nível médio. Observa-se nas atividades externas o predomínio da categoria enfermeiro.

Tabela 3 – Distribuição das atividades educativas externas ao serviço, segundo público-alvo. São Paulo, 2006

Público-Alvo	n	%
Trabalhadores de enfermagem de nível médio (auxiliar e técnico de enfermagem)	1	1,2
Enfermeiros	78	97,6
Enfermeiros e enfermagem nível médio	1	1,2
Total	80	100

4.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram os gerentes de enfermagem de todas as unidades do hospital e os trabalhadores de enfermagem que atuam no cuidado direto aos usuários: enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem de uma unidade específica. Totalizaram vinte e cinco sujeitos distribuídos em treze gerentes, cinco enfermeiras e sete trabalhadores de nível médio.

A unidade selecionada para o estudo foi definida a partir de uma reunião consensual entre todas as gerentes e a responsável pelo serviço de apoio educacional.

Antes de iniciar as entrevistas, os sujeitos foram esclarecidos individualmente sobre a pesquisa, seus objetivos e sua participação voluntária no estudo e, mediante seu consentimento, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 2).

4.4 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (anexo I) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital estudado que, para efeito de sigilo, não será identificado. Como foi referido acima, todos os sujeitos de pesquisa foram consultados e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi obtida por meio de entrevista semi-estruturada, utilizando-se para isso um roteiro com questões norteadoras conforme modelo (anexo 4). Na primeira parte, foram coletados os dados de identificação do entrevistado, e na segunda, as questões da entrevista que aborda as ações educativas desenvolvidas no serviço, o público participante, o levantamento de necessidades para as demandas educativas e os resultados esperados.

A entrevista é uma forma privilegiada de interação social, através da contribuição individual do entrevistado é possível conseguir uma representação da realidade de determinados grupos, opiniões, maneiras de atuar, condutas, razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos (Minayo, 2004).

A autora acrescenta que as entrevistas devem ser agendadas previamente, de acordo com a conveniência do entrevistado, bem como utilizar ambiente propício, que possibilite a realização da entrevista sem interferências externas, com gravação do depoimento para posterior transcrição.

Para a identificação do público participante das atividades educativas foram utilizadas as informações coletadas e analisadas em pesquisa desenvolvida por Eiras (2006), ligada ao mesmo projeto de pesquisa principal ao qual também está vinculado o presente estudo⁴. O estudo anterior analisou as atividades educativas quanto ao público participante, ou seja, os trabalhadores e respectivas categorias profissionais (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem) que participaram das atividades, ou se

⁴ Eiras PC. Análise de resultados e impacto dos processos educativos de trabalhadores de enfermagem em hospital de ensino [relatório de pesquisa]. São Paulo; 2006.

estas eram destinadas às equipes de enfermagem de um dado setor/unidade de trabalho, ou ao conjunto de trabalhadores de enfermagem do serviço.

O trabalho de campo da presente investigação começou em trinta de abril de 2007, com uma visita da autora e orientadora ao hospital de estudo para um primeiro contato com a responsável pelo serviço de apoio educacional, com a finalidade de dialogar sobre a pesquisa, para posterior início das atividades na instituição.

A seguir, elaborou-se uma agenda das entrevistas e iniciou-se a coleta de informações como referido acima, através de entrevista semi-estruturada com gerentes de enfermagem, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem.

A entrevista semi-estruturada permite ao entrevistador uma participação ativa, pois apesar do roteiro, a técnica é flexível, podendo-se realizar perguntas adicionais para uma melhor compreensão do contexto.

Segundo Minayo (2004), o que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e, ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócioeconômicas e culturais específicas.

A entrevista foi realizada com base em um roteiro que aborda questões relacionadas à concepção de educação de trabalhadores de um serviço, como está organizado o processo de levantamento de necessidades, o público participante a que se destinam as atividades educativas, e os resultados esperados a partir de sua realização (Anexo 4).

As entrevistas foram todas realizadas pela autora, de 30 de abril de 2007 a vinte de junho de 2007, individualmente, gravadas em fita k7, transcritas, conferidas e editadas na fase de pré-análise. Foram agendados dia e hora com os entrevistados. No total foram realizadas vinte e cinco entrevistas, com a duração média de uma hora cada uma, com tempo mínimo de quarenta e cinco minutos e máximo de uma hora e vinte minutos.

Devido à dinâmica do trabalho, algumas entrevistas precisaram ser remarcadas. Houve recusa de participação de uma gerente e de uma técnica de enfermagem.

Vale destacar que o roteiro (anexo 4) foi empregado para todos os participantes do estudo (gerentes, enfermeiros, auxiliares e técnicos).

Também se fez uso de um caderno de campo para anotações descritivas e reflexivas sobre informações que o entrevistado forneceu, antes ou após a da entrevista gravada.

4.6 Procedimento de análise

As entrevistas foram ouvidas e digitadas pela autora e por uma outra pessoa que a auxiliou nesse trabalho, sendo posteriormente todas conferidas e corrigidas pela pesquisadora, através da audição e leitura do material transcrito, de modo que a forma oral estivesse igual à escrita, como registrada na gravação.

Em seguida, definiu-se um código para cada entrevistado, conforme a seqüência de realização da entrevista e a categoria profissional: gerentes (EG 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 16, 17, 18, 19), enfermeiros assistenciais (EA 13, 15, 23, 24, 25), técnicos de enfermagem (TE 8, 9, 12, 14, 21), auxiliares de enfermagem (AE 20, 22).

O material empírico coletado foi analisado com base na técnica de análise de conteúdo, particularmente a análise temática (Bardin, 1997; Minayo, 2007).

Bardin (1997, p. 299) define análise de conteúdo como

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

Segundo Chizzotti (2001, p.98), “O objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas”.

O processo de análise do material empírico foi realizado pela técnica de impregnação, iniciando-se com leitura flutuante, seguida da leitura em profundidade de cada um dos relatos, até o domínio de cada depoimento, construção de uma síntese de cada um. A seguir, foi feita a análise horizontal, em um primeiro momento, para cada um dos três segmentos profissionais (enfermeiros; auxiliares e técnicos de enfermagem; gerentes de enfermagem) e, por último, a leitura horizontal do conjunto dos relatos. Esse procedimento de análise permite estabelecer relações nas quais é possível interpretar as representações sociais (Bardin, 1997 e Minayo, 2004).

Para a análise, empregaram-se as categorias analíticas: processo de trabalho em saúde e enfermagem, educação permanente em saúde, educação continuada, trabalho em equipe e integralidade.

Com relação ao primeiro objetivo específico da pesquisa que se refere ao público participante das ações educativas, emergiram as seguintes categorias empíricas: maior participação dos enfermeiros nas atividades educativas; atividades obrigatórias e não obrigatórias; trabalho em equipe e co-responsabilidade.

Em relação ao segundo objetivo, referente ao levantamento de necessidades para as ações educativas emergiram as categorias empíricas: problema; espaço de troca usuário-serviço; projetos institucionais; supervisão; solicitação do trabalhador; CCIH e outras áreas.

E para o terceiro objetivo, resultados esperados a partir das ações educativas, foram identificadas as categorias empíricas: melhorar a qualidade de assistência de enfermagem; uniformidade de conduta; mudança de comportamento; definição clara e precisa das atribuições dos trabalhadores de enfermagem.

Caracterização dos agentes entrevistados						
Cargo	Sexo	Idade	Categoria Profissional	Pós Graduação	Área de especialização	Tempo de formado
Gerente	Fem	41	Enfermeira	Mestrado	Obstetrícia	20 anos
Gerente	Fem	38	Enfermeira	Especialização	Obstetrícia	17 anos
Gerente	Fem	42	Enfermeira	Mestrado	Maternidade	16 anos
Gerente	Fem	46	Enfermeira	Mestrado	UTI pediátrica	22 anos
Gerente	Fem	44	Enfermeira	Mestrado	Administração em serviços de enfermagem	20 anos
Gerente	Fem	42	Enfermeira	Mestrado	Saúde do adulto	20 anos
Gerente	Fem	42	Enfermeira	Mestrado	Administração em serviços de enfermagem	20 anos
Gerente	Fem	43	Enfermeira	Especialização	Gerenciamento em saúde	21 anos
Gerente	Fem	48	Enfermeira	Especialização	Saúde pública	25 anos
Gerente	Fem	32	Enfermeira	Mestrado	Saúde do adulto	10 anos
Gerente	Fem	44	Enfermeira	Mestrado	Materno-infantil	20 anos
Gerente	Fem	51	Enfermeira	Especialização	Administração hospitalar e pediatria	26 anos
Gerente	Fem	44	Enfermeira			20 anos

Enfermeira Assistencial	Fem	35	Enfermeira	Doutorado	Administração em serviços de enfermagem	10 anos
Enfermeira Assistencial	Fem	44	Enfermeira	Mestrado	Obstetrícia e neonatologia	21 anos
Enfermeira Assistencial	Fem	29	Enfermeira	Mestrado	Administração em serviços de enfermagem	6 anos
Enfermeira Assistencial	Fem	46	Enfermeira			25 anos
Enfermeira Assistencial	Fem	44	Enfermeira	Especialização	Obstetrícia	24 anos

Técnica de Enfermagem	Fem	29	Técnica			6 anos
Técnica de Enfermagem	Fem	27	Técnica			5 anos
Técnica de Enfermagem	Fem	29	Técnica			4 anos
Técnica de Enfermagem	Fem	25	Técnica			6 anos
Técnica de Enfermagem	Fem	27	Técnica			7 anos

Auxiliar de enfermagem	Fem	35	Auxiliar			10 anos
Auxiliar de enfermagem	Fem	56	Auxiliar			19 anos

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Público participante

5.1.1 Enfermeiros

Quanto ao público participante foram identificadas, nos relatos dos enfermeiros, as categorias empíricas: maior participação do enfermeiro nas atividades educativas; e atividades obrigatórias e não obrigatórias.

Na instituição escolhida para o campo do estudo, identifica-se participação maior dos enfermeiros em atividades externas ao serviço, e equilíbrio entre as categorias profissionais nas atividades internas, realizadas no próprio serviço, resultado da primeira fase da pesquisa.

Dois dos entrevistados referem que a presença maior dos enfermeiros nas atividades educativas externas está relacionada ao grande número de enfermeiros com pós-graduação e, por essa razão, participam mais em eventos externos como congressos, simpósios e, também, por característica do seu processo de trabalho, uma vez que a educação dos trabalhadores de nível médio é de responsabilidade dos enfermeiros.

Nessa realidade empírica, os enfermeiros atribuem a si mesmos maior participação nas atividades educativas porque eles detêm a função de supervisão e orientação da equipe de enfermagem.

Por isso, os enfermeiros são os que mais participam das atividades (...) atividades internas teve um equilíbrio entre enfermeiro, auxiliar e técnico; prevaleceu um pouco os dois, pelo que eu vi é isso (...) Eu acho que o investimento na capacitação do enfermeiro é por esse enfoque, porque o enfermeiro é responsável pelo treinamento das equipes, tanto que você treina o enfermeiro e esse conhecimento que ele adquire que você investiu nele, ele vai repassar para a equipe (EA 13).

Que os enfermeiros participam mais das atividades externas e os técnicos, menos. Aqui, internamente é proporcional, é mais ou menos a mesma coisa (...) aqui no hospital tem muito enfermeiro com mestrado, doutorado, eu acho que é essa atribuição (...) Esses valores alto de enfermagem, enfermeiro com atividade educativa externa, porque deve participar bastante de curso fora, de eventos (...) Mas se você pega a descrição da atividade educativa externa,

você vê que é 58 para congressos, simpósios, é uma porcentagem alta. Então eu imagino que seja isso (EA 15)

Isso aqui, pelo que estou percebendo, tem mais atividades com os enfermeiros do que com os técnicos e auxiliares de enfermagem (...) De certa forma, é porque nós supervisionamos, orientamos, que fazemos praticamente a orientação pra eles (EA 24).

O depoimento da enfermeira, apresentado a seguir, refere que a maior participação desse profissional nas atividades educativas expressa um privilégio dos profissionais de nível superior. Com essa afirmação, é possível identificar como o trabalho está organizado na instituição, reiterando que o enfermeiro é o detentor e responsável pela dimensão intelectual do processo de trabalho da enfermagem e que a política institucional reconhece isso e lhe atribui o papel de multiplicador.

(...)Trabalhar mais o nível médio, cursos externos, coisas externas, acho que é uma coisa boa, enriquece (...) até que o hospital tem se voltado mais para isso ultimamente, mas o pessoal de nível superior é que tem mais esse privilégio (...) todas as categorias, teriam que ter mais (EA 25).

Se você investe mais no enfermeiro, na capacitação do enfermeiro, conseqüentemente o enfermeiro como líder da equipe a equipe vai ter uma melhora na qualidade da assistência relacionada a essa educação, a esse investimento do profissional, o enfermeiro é responsável pela sua equipe e treinamento dos seus funcionários, então, isso é uma atribuição nossa, isso é previsto no código, na nossa lei do exercício profissional, então eu acho que provavelmente se deve a isso, é um investimento maior dos enfermeiros, eu acho que é pela própria política da instituição, pela filosofia da instituição, de você treinar, capacitar o enfermeiro e o enfermeiro multiplicar isso. Deve ser por isso (EA 13).

Em apenas um dos relatos a maior participação do enfermeiro em cursos externos é atribuída à maior oferta de cursos para profissionais de nível superior, o que também expressa o processo de divisão do trabalho entre trabalhadores com escolaridade de nível superior e nível médio, aos primeiros atribuídas atividades de cunho intelectual e aos segundos o trabalho manual.

Atividade externa, os enfermeiros têm saído mais porque é mais voltado para categoria, por ex. curso do PALS (...) direcionado para pessoal de nível universitário – enfermeiros, fisioterapeutas, então é mais específico, vai ter o curso de PICC também, específico, então é só enfermeiro que faz; pessoal de

nível médio não pode. Talvez esteja saindo mais cursos para o pessoal de nível universitário do que para o pessoal de nível médio (EA 25).

A enfermagem, no Brasil, na sua divisão interna, deu origem às várias modalidades de trabalho: atendente, auxiliar, técnico de enfermagem, entre outras, de modo que o enfermeiro responde pelas atividades de ensino, supervisão e administração, e os auxiliares de enfermagem pelas atividades de execução e assistência de enfermagem, sendo subordinados à enfermeira (Pires, 1989; Almeida e Rocha, 1986, 1997; Lima, 1998; Peduzzi, 1998).

Até meados dos anos 80, a assistência à saúde era realizada majoritariamente pela denominada equipe bipolar – médico e atendente de enfermagem. Com a implementação da diretriz atenção integral, pelo SUS, e a crescente incorporação tecnológica, observa-se a tendência de aumentar a incorporação de auxiliares de enfermagem e enfermeiros, com decréscimo na contratação de atendentes, como também aumento na incorporação de outros profissionais de nível universitário não médicos (Peduzzi e Anselmi, 2003).

Portanto, os atendentes de enfermagem permaneceram por muitas décadas sendo a base da enfermagem brasileira e segundo Aguiar (2001), na década de 1980 representavam mais de 50% do pessoal de enfermagem nos serviços de saúde, com cerca de 300.000 trabalhadores sem qualificação técnica formal e regular, assumindo trabalhos específicos de enfermagem e não recebendo a justa valorização por suas atividades e responsabilidades.

A lei nº 7498/86 dispôs que o trabalho da enfermagem seria exercido privativamente por enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, e pela parteira, respeitando os graus de habilitação. Estipulou para os atendentes de enfermagem um prazo de 10 anos para qualificação para auxiliar ou técnico, pois somente assim seriam reconhecidos como profissionais (ABEn, 1987). O Decreto Lei nº 94406/87 veio regulamentar a lei referida, no qual ao técnico de enfermagem foram atribuídas as atividades que envolviam acompanhamento e orientação do trabalho, em grau auxiliar e participação

da assistência e, ao auxiliar, exercer atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares sob supervisão e atividades de execução simples e, ao enfermeiro, a supervisão, orientação e direção do trabalho de ambos.

A formação dos trabalhadores de nível médio no Brasil vem sendo discutida há décadas por entidades representativas da enfermagem, porém, somente a partir de 2000, com a implantação do Programa de Profissionalização de Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE, em todo o território nacional, configura-se como política pública de âmbito nacional. Na última década intensifica-se o debate e o desenvolvimento de investigações sobre educação profissional e atuação de trabalhadores do nível médio em enfermagem e saúde (Peduzzi e Anselmi, 2003).

Porém, muitos desses trabalhadores sem qualificação técnica, na década de 1990, foram contratados como agentes comunitários de saúde para os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF; Pires e Gelbcke, 2001). Assim, se por um lado o PROFAE qualificou os trabalhadores de enfermagem, por outro mantém-se contratos para os programas citados de trabalhadores sem qualificação específica (Pires e Gelbcke, 2001).

Vários estudos mostram que na enfermagem brasileira o trabalho predominante do enfermeiro é o gerenciamento em enfermagem (Lima, 1998, Rossi e Lima, 2005; Peduzzi e Anselmi 2002, 2004), enquanto para os trabalhadores de nível médio é a execução de procedimentos técnicos de enfermagem, que consistem na primeira forma de organização do saber da enfermagem (Almeida e Rocha, 1986; Pires, 1989).

Em Peduzzi e Anselmi (2004) os trabalhadores de nível médio – auxiliares e técnicos de enfermagem são responsáveis majoritariamente pelo cuidado direto, realizando tanto as intervenções técnicas como a interação com os usuários, no entanto, não têm acesso assegurado ao saber de enfermagem que fundamenta o cuidado. As autoras acrescentam que, além da expropriação do saber, os trabalhadores de nível médio e de enfermagem, auxiliares e técnicos, constituem categorias diferentes executando trabalhos equivalentes, o que vem reforçar tanto a

desvalorização da educação profissional em enfermagem, como a cisão – trabalho intelectual atribuído ao enfermeiro e trabalho manual aos demais, o que pode ser comparado com a pedagogia de fábrica, na qual o controle das decisões é realizado pelo profissional de nível superior, embora isso traga problemas na execução.

Nesse sentido, Kuenzer (2002, p.94) descreve:

A forma de o capital assegurar o monopólio das decisões é pelo controle do acesso ao saber sobre o trabalho, valorizando o saber teórico, científico, adquirido de forma sistematizada através de cursos, sobre o saber prático, adquirido com a experiência, de forma assistemática e muitas vezes fragmentada.

Pires, Gelbcke, Matos (2004) relatam que o trabalho do nível médio é carregado de normas, rotinas, tarefas fragmentadas, sem participação do conjunto da equipe nas decisões; poucas são as iniciativas que buscam a subjetividade do trabalhador e o consideram sujeito ativo e reativo no processo de trabalho. As autoras acrescentam que o fazer continua sendo o foco do trabalho do nível médio, e que mesmo com a introdução do modelo de cuidados integrais, no qual o trabalhador assume todos os cuidados de enfermagem de um ou vários usuários, não tem havido a participação dos trabalhadores na tomada de decisão, uma vez que os cuidados são prescritos pelo médico e pelo enfermeiro, ausentes de uma discussão mais ampliada com os trabalhadores de nível médio que executam majoritariamente as atividades de cuidado de enfermagem.

Embora os relatos permitam observar que no hospital estudado reitera-se a marcante divisão do trabalho de enfermagem expressa na execução das atividades, na formação e nas possibilidades de acesso ao saber, dois entrevistados referem que na instituição há incentivo e liberação para os trabalhadores participarem em eventos, inclusive os de nível médio. Esses, assim como os de nível superior, para serem custeados pela instituição, devem apresentar trabalhos, com resultados de sua prática, e elaborá-los em parceria com o enfermeiro no papel de responsável e orientador. Trata-se de uma iniciativa da instituição com o intuito de envolver os trabalhadores de nível médio em trabalhos científicos. Vale ressaltar que

essa iniciativa não é usual nos serviços de saúde, e mostra um incentivo importante para o trabalhador de nível médio, uma vez que remete à dimensão intelectual de seu trabalho.

(...) tudo passa pelo departamento de enfermagem, tem aprovação para participar em congressos e tudo mais (...) pelo menos na minha unidade dificilmente um técnico chega para você e fala, olha, eu queria participar de um congresso que vai ter em algum lugar, isso ocorre mais com as meninas que fazem parte do banco de leite. A gente já participou duas vezes juntas. (...) não sei se é a vida corrida, porque a maioria trabalha e estuda, você vê mais é o enfermeiro mesmo, ah eu queria participar de um congresso que é assim, daí para participar do congresso, para pedir afastamento, tem que ter trabalho, né? Então eu vou correr atrás de trabalho, igual às meninas do banco (de leite), elas já participaram duas vezes de congressos, inclusive eu fui também, em Marília e Guarulhos, as duas (trabalhadoras) do banco, das duas vezes que a gente foi, teve trabalho, então sei lá, pode ser por isso também (...) você pode até ir nas suas folgas, você já ter lá na escala o número de dias, combina com seu chefe, agora, se quiser ir pedindo afastamento, você não queima suas folgas, aí você tem que ter trabalho pra apresentar. Porque o hospital não vai liberar você só pra assistir, sem trabalho nenhum (EA 23).

A participação das enfermeiras nas atividades educativas externas, como congressos e simpósios, foi relacionada pelas entrevistadas com o conhecimento sobre novas tecnologias. Essa relação expressa conflitos existentes nas relações de trabalho dos enfermeiros da unidade que se refere, sobretudo, à limitação de algumas profissionais, por falta de conhecimentos sobre novas tecnologias para a realização do cuidado. A tecnologia, como ferramenta da assistência e do gerenciamento, compõe o trabalho em saúde na busca por qualidade de assistência ao usuário. O relato apresentado a seguir refere que há, na unidade, enfermeiros desmotivados em relação à aquisição de novos conhecimentos, tornando-se desatualizados.

(...) quando você participa de eventos de vários lugares, você consegue trocar essas experiências, então, você não fica fechada só aqui. Mais ou menos isso que eu acho que é essa diferença de você ter contato, as pessoas que estão aqui, que ficam aqui enraizadas, que nasceram aqui no início da profissão, elas só tem essa visão, vão morrer aqui. Então assim, a minha briga é toda essa (...) é possível fazer, é só abrir um pouco a cabeça, e perceber (...) Gente! Vamos lá, vamos pra frente, não adianta a gente ficar querendo dar banho de gato no bebê, o mundo é outro, sabe, tem gente colocando a criança no ofurô, tem outros tipos de técnicas, as coisas estão diferentes, e vamos pra frente, que tem toda uma tecnologia. (...) tem uma pessoa aqui que sempre diz: eu nunca vou fazer mestrado e doutorado, tudo bem, você não precisa fazer, mas saia um pouco daqui, tenha contato com outras pessoas, outros cursos, outras falas, com outros níveis pra se informar um pouco mais. Acho que é isso (...)

As pessoas aqui não têm essa visão de que a enfermeira é uma prestadora de serviço, que você tem que dar o melhor para o seu paciente, tem que prestar o melhor cuidado, você é uma funcionária do hospital. As pessoas que ficam aqui enraizadas, que nasceram aqui no início da profissão, elas só tem essa visão, vão morrer aqui (EA 15).

Conforme Lima e Rossi (2005), as diferentes tecnologias devem fazer parte do cotidiano das instituições de saúde por melhores resultados nas ações, evitando ações insuficientes para a satisfação dos usuários. As autoras utilizaram a tipologia de tecnologia em saúde de Merhy (1997), tecnologias leves, leveduras e duras, e destacam as tecnologias leves como produção de vínculo, acolhimento, autonomia para serem usadas pelos enfermeiros no desenvolvimento da assistência de enfermagem considerando as relações entre usuários–trabalhadores e no gerenciamento do cuidado, com ênfase nas relações entre os trabalhadores da equipe de enfermagem. Também podem ser empregadas para concretizar um modelo de assistência que contemple o cuidado humanizado. Importante destacar que tecnologias leves são ferramentas de trabalho de todos os trabalhadores de saúde e não apenas da enfermagem.

A categoria atividades educativas obrigatórias e não obrigatórias emergiu nos relatos como forma de distinguir a participação dos trabalhadores em atividades consideradas essenciais para a instituição e/ou para a unidade, essas sim obrigatórias, diferentes daquelas atividades que não têm esse caráter. Vale destacar então que as atividades obrigatórias estão diretamente relacionadas aos projetos institucionais. Nessas atividades todos os trabalhadores participam, e nas não obrigatórias participam se houver interesse do próprio trabalhador e a escala de trabalho do dia possibilitar sua ausência da unidade no período da atividade educacional.

Só participam de atividades as que são obrigatórias (...) atividade de mãe canguru. Então, é a atividade que está destinada, que é específica, então vai ser para todos os funcionários. Então quando é pra todos os funcionários, é obrigatória. Então assim, todo mundo vai ser escalado (EA 15).

Então quando é uma coisa muito importante, que todas as pessoas têm que saber, então é programado de forma que todas as pessoas consigam participar (EA 24).

Quando é treinamento específico da área, aí geralmente é obrigatório, mas aí elas fazem várias vezes, inúmeras vezes para pegar todo mundo, aí a gente vai liberando na medida do possível quando é obrigatório (...) Agora, tem aquelas palestras das mães que são pertinentes da área, mas não são obrigatórias (...) como não são obrigatórias (...) Não vai ter 100% de frequência (EA 23).

A participação em atividades educativas dos trabalhadores de enfermagem do serviço noturno ocorre majoritariamente nas atividades obrigatórias, mesmo porque as atividades educativas para os trabalhadores da noite são durante o dia e o horário é às sete horas, sete e meia, após o plantão, horário pouco produtivo para proporcionar aprendizado, uma vez que o trabalhador apresenta-se extremamente cansado após uma jornada de trabalho.

A noite é uma judiação, porque eles ficam de manhã, é sempre assim às 7h da manhã, 7h30, que são as atividades para eles e algumas são às cinco horas da tarde. Elas sempre preferem ficar depois do plantão a chegar antes, então normalmente elas ficam 7h30 da manhã, ou as 7h30 ou 8h da manhã, os eventos pra elas, as atividades delas, que é do mesmo jeito (...) Se for para todos os funcionários, então, todo mundo vai ter (...) As (trabalhadoras) da noite, é a coisa mais rara do mundo elas ficarem para algum evento durante o dia, que não seja evento obrigatório (...) A noite é um outro hospital aqui (EA 15).

A dificuldade para encontrar um horário apropriado para ações educativas para os trabalhadores de nível médio é apontada em pesquisa desenvolvida por Lorencette (2000), na qual utilizou depoimentos de gerentes de vinte e cinco hospitais da cidade de São Paulo e encontrou divergências nos depoimentos em relação ao melhor horário para o desenvolvimento de programas de treinamento. Dezesseis gerentes disseram realizá-los no “horário de serviço do funcionário”, outros com “sobreposição de horário”, “fora do horário de trabalho” e até no “horário de refeição dos funcionários”.

Isso aponta para as dificuldades encontradas atualmente nas instituições de saúde, em relação à educação dos trabalhadores. No entanto, “a escolha pela educação permanente em saúde é a escolha por novas maneiras de realizar atividades, com maior resolutividade, maior

aceitação e maior compartilhamento entre os coletivos de trabalho” (Ceccim e Ferla, 2006).

Nas atividades não obrigatórias, o trabalhador participa se julgar importante aquele aprendizado para exercer o seu trabalho, se conseguir ir fora do horário de trabalho para participar ou, ainda, se conseguir liberação no próprio horário de trabalho. Quando o enfermeiro autoriza os auxiliares e técnicos de enfermagem a se ausentarem da unidade para participar de atividades educativas no horário de trabalho, é realizado um rodízio entre os trabalhadores, de maneira que apenas alguns deles têm acesso a determinada atividade.

Com base na concepção de EPS, chama a atenção a distinção entre atividades educativas obrigatórias e não obrigatórias, pois supõe que toda ação educativa no trabalho tem origem e está ancorada no processo de trabalho, portanto, é necessária à boa prática.

Se for no horário de trabalho, vai quem não foi, quem foi da outra vez não tem prioridade para ir agora, a gente sempre tenta fazer um rodízio, agora, se é uma coisa... Se entrar uma pessoa e vai ter uma atividade que essa pessoa desconhece ou conhece pouco e os outros elementos da unidade estão mais a par, então você vai mandar a pessoa mais nova. Então a gente tenta rodiziar até entre nós enfermeiros (EA 23).

Disponibilidade de horário, que a maioria das auxiliares de enfermagem está atualmente fazendo faculdade de enfermagem, então tem essa questão da disponibilidade de horário, disponibilidade do serviço, dia, hora, depende (...) A noite é mais difícil, eu acho que talvez seja falho de passar essas coisas para noite mesmo. A não ser que as pessoas da noite tenham a disponibilidade de ficar e participar (EA 24).

Outra abordagem observada no relato dos enfermeiros em relação à participação dos trabalhadores de nível médio nas atividades educativas refere-se à dificuldade do trabalhador em participar das atividades educativas oferecidas pela instituição, uma vez que o trabalhador tem vida própria para administrar, tais como estudar, ter mais de um emprego e outros, o que impossibilita a participação fora do horário de trabalho. Esse aspecto também é referido com ambivalência pelos enfermeiros, visto que ao mesmo tempo que reconhecem e respeitam a esfera da vida privada dos trabalhadores, interrogam o quanto essa pode ser um obstáculo para a

presença dos trabalhadores em atividade educativa fora do horário de trabalho.

(...) o que você tem um pouco de dificuldade às vezes é das pessoas participarem das atividades fora do horário de trabalho, mesmo aquelas que não têm outro emprego, ou que não sai daqui vão pra escola, ou que saem da escola e vêm pra cá. Isso eu acho que poderia estar mudando, agora como? Eu não sei como. Porque às vezes você percebe, tem pessoas que podem ficar um pouquinho mais, mas sempre tem uma desculpa, uma atividade, nunca dá pra ficar, no horário de trabalho nem sempre é viável, quase sempre é inviável, então não sei como mudar isso. Eu não sei da vida dessa pessoa lá fora, se tem filho pequeno, as pessoas têm muitas atividades, pode ser que não trabalha nem estuda, mas tem uma casa pra carregar nas costas, então sei lá, é a vida corrida, a pessoa tem que dividir as 24 hs dela no trabalho, na casa, com filho, escola, é um monte de coisa, quando não tem filho é o irmão, (filho) do tio, as pessoas têm muitas atividades, não (posso) dizer que elas não ficam porque não querem, mas às vezes você acha que até poderia ficar, mas eu não posso afirmar, eu não sei (EA 23).

Quanto às atividades obrigatórias, em um único depoimento aparece a preocupação com atividades educativas destinadas não só aos trabalhadores de enfermagem, mas a todos os trabalhadores do serviço, uma vez que todos estarão atuando em benefício do usuário e da população da área de abrangência.

Por ex. essa do canguru (...) foi aquela correria para tentar arrumar (...) tem que ter mais palestras, para todos (...) outras pessoas que circulam, trabalham na manutenção, SAME, higiene, é muito específico de cada área, mas a informação deveria ser mais difundida... Vem a moça da limpeza, tem algumas mais estabanas, bate na incubadora (...) Para pessoa ver que estamos preocupadas com ela (...) precisava difundir mais, desde o pessoal operacional (...) vai ter mais cuidado ao lidar com o equipamento, ou mudar alguma coisa, é uma coisa contínua e vai motivando a equipe (EA 25).

As atividades educativas na instituição são realizadas pelos enfermeiros do serviço de EC e também pelos enfermeiros das unidades de internação, com base na estratégia do agente multiplicador, em que o enfermeiro participa da atividade educativa no serviço de apoio educacional e multiplica o aprendizado na sua unidade, posteriormente. Usualmente o multiplicador é o enfermeiro da unidade.

Eles também têm um conceito de educação de formação de agentes multiplicadores, novos educadores (...) Então aqui não fica só centralizado na

educação continuada, a gente também é responsável pelo treinamento dos funcionários, então, muitas vezes a gente é capacitado e acaba trabalhando como um agente multiplicador dentro do hospital, e aí a gente continua a treinar o pessoal, a desenvolver o pessoal de acordo com a capacitação que a gente teve (EA13).

É bem marcante, tem mais atividades para os enfermeiros, do que para o nível médio (...) Talvez pensando nos enfermeiros como multiplicadores, não sei (...) Às vezes as pessoas não têm interesse (...) disponibilidade, principalmente pessoal do noturno (...) às vezes é meio cansativo, mas primeiro as coisas particulares, algumas vezes a questão de escala, às vezes a enfermeira, até pelo tipo de serviço, hospital de ensino, então é mais fácil treinar o enfermeiro e ele ser multiplicador do curso depois no serviço (EA 25).

O estudo desenvolvido por Bicudo; Silva; Cunha (2004) aponta que a tendência das instituições hospitalares é atuar com descentralização de suas atividades educativas, designando ao enfermeiro o papel de agente multiplicador e ao serviço de EC o desenvolvimento desses enfermeiros para assumirem o papel de educadores. No entanto, foi identificado que os enfermeiros sentiam-se preparados para avaliar o trabalho de enfermagem e despreparados para educar.

5.1.2 Auxiliares e técnicos de enfermagem

Na análise das entrevistas dos trabalhadores de enfermagem de nível médio (auxiliares e técnicos de enfermagem) também foram identificadas, para o público participante das atividades educativas, as categorias empíricas: maior participação dos enfermeiros nas atividades educativas e atividades educativas obrigatórias e não obrigatórias.

Os relatos dos agentes remetem ao processo de trabalho de enfermagem, que evidencia a divisão social e técnica do trabalho. Viu-se que, historicamente, o trabalho de enfermagem é composto por duas dimensões que, embora complementares na sua origem, são executadas de forma fragmentada, visto a separação da execução e concepção do processo de trabalho. Assim são atribuídas aos trabalhadores de enfermagem de nível médio as atividades assistenciais, o cuidado de enfermagem e, ao enfermeiro, as atividades gerenciais (Almeida e Rocha,

1997; Peduzzi, 1998; Peduzzi e Anselmi, 2002). Na concepção dos entrevistados, cabe ao enfermeiro a supervisão do trabalho, enquanto as atividades de promoção e educação do usuário são realizadas pelos trabalhadores de nível médio, o que enfatiza a divisão de atividades na produção do cuidado, e acentua as diferenças entre os agentes; uns executam o cuidado e outros comandam a sua execução.

Eu vejo que as atividades educativas são maiores para o enfermeiro (...) eu acredito que no dia-a-dia aqui no hospital particularmente, as atividades de educação e promoção da saúde são realizadas pelo profissional de nível médio, eu não acredito que seja feito mais pelo enfermeiro, tanto que ele não está diretamente na assistência junto com o paciente (...) eu vejo que eles (no hospital) essa prática educativa é de superior para subordinado; para instrução do profissional da saúde, mas em quantidade, frequência, eu acho que o profissional de nível médio que acaba atuando mais (...) De você orientar, de você educar, de estar reforçando um cuidado, auto-cuidado para o paciente, o profissional de nível médio acaba tendo muito mais essa função do que o enfermeiro. Ele fica mais voltado para a parte de supervisão e a parte burocrática do serviço (TE 8).

Contudo, revela-se no excerto apresentado acima que, no processo de trabalho de enfermagem, o empenho do enfermeiro por melhor capacitação ocorre também porque compete a ele a educação da sua equipe. Vale ressaltar que a atividade educativa é um instrumento importante do trabalho gerencial, e deve ter como referência o modo de organização da assistência, e acredita-se que quanto maior o aprimoramento profissional, melhor qualificado para executar o seu trabalho. Peduzzi e Felli (2005) analisam que os objetos do trabalho gerencial do enfermeiro são a organização do trabalho e os recursos humanos de enfermagem e, para isso, utiliza um conjunto de instrumentos técnicos da gerência, dentre eles a educação permanente ou continuada. Portanto, ao enfermeiro cabe a responsabilidade pela educação da equipe e o acompanhamento.

(...) teve um número maior (de atividades educativas) para os enfermeiros, são mais envolvidos nas atividades educativas (...) pela própria informação de ele estar passando o que ele conseguiu adquirir de conhecimentos para o auxiliar, que existem coisas que só o auxiliar e técnico faz, outras coisas que são designadas só para os enfermeiros que a gente também sabe, nós auxiliares também sabemos, mas só o enfermeiro pode estar fazendo (AE 20).

Quanto às atividades educativas obrigatórias e não obrigatórias novamente se destaca que, no processo de trabalho de enfermagem, a atividade educativa é parte e, portanto, não deveria ser considerada uma ação na qual o trabalhador participa se a instituição e os níveis hierárquicos superiores julgarem interessante ou necessário, o que retrata a forma de organização do serviço, mas também com base no julgamento e avaliação das necessidades percebidas pelos próprios trabalhadores e usuários.

(...) agora, quando é um treinamento obrigatório... A própria chefia faz remanejamento de escala, faz uma mexida na escala, faz a programação para que todo funcionário vá (...) Olha, ontem passou uma lista assim olha, vai ter um treinamento, quem quer participar? Aí a gente se manifesta livremente. Às vezes quando é uma coisa obrigatória, já é feito uma pré-determinação para a chefia, aí a chefia já vê escala, já programa, mas quem define previamente é a chefia (AE 22).

A distinção entre atividades obrigatórias e não obrigatórias também remete à divisão do trabalho, marca da organização do trabalho no modo capitalista de produção que determina a hierarquização do trabalhador coletivo, isto é, dos vários trabalhadores especializados que compõem o trabalho coletivo. Segundo Kuenzer (2002), a divisão do trabalho tem implicações profundas na educação do trabalhador, reproduzindo as relações de dominação, inclusive no setor saúde.

A inserção da força de trabalho no modo capitalista de produção se dá de forma desigual nos processos de produção, bem como a apropriação do saber, dos bens e serviços produzidos pelo trabalho (Kuenzer, 2002). De forma que os agentes que planejam e controlam o processo de trabalho apropriam-se de um saber baseado na ciência e distante da prática. E aqueles que o executam dominam apenas um saber técnico esvaziado de fundamentação teórica (Peduzzi e Anselmi 2003).

Em contrapartida, os depoimentos mostram que a reprodução da divisão do trabalho nas atividades educativas de trabalhadores de enfermagem gera desconforto no trabalhador do nível médio em relação à sua participação no processo, uma vez que, quando a atividade não é obrigatória, não há mecanismos facilitadores para que o trabalhador participe.

Quando uma coisa é obrigatória, eles sempre dão um jeito, eles sempre dão um jeito porque eles querem que o funcionário vá, que assista, agora, quando é uma coisa que não é muito obrigatória, meio solta, aí não! Aí vai quem quer; se vire para vir fora de horário, então, da mesma maneira que aquilo que é obrigatório eles escalam, que eles arrumassem também um jeitinho para que todo mundo pudesse ir participar de outras palestras que não fossem tão obrigatórias (AE22).

Outra abordagem identificada no relato dos trabalhadores de nível médio, considerando as atividades educativas não obrigatórias, relaciona-se a não participação por alguma impossibilidade, como aumento de demanda na unidade, dificuldade de ir fora do horário de trabalho, sair da unidade no horário de trabalho, entre outras. Para a participação nas atividades educativas internas ao serviço, os depoimentos mostram que geralmente é necessário que o trabalhador mobilize-se fora do seu horário de trabalho.

Tem algumas datas programadas, aí tem que ver a disponibilidade do funcionário e da unidade. Às vezes o curso só tem na parte da manhã e a gente está trabalhando de manhã, então aí a gente ou tenta uma folga ou se a unidade estiver mais tranqüila a chefia libera para poder estar indo no curso ou na palestra e funciona dessa forma (...) É mais pela disponibilidade de horário. Vem o programa da educação que está sendo fornecido o curso e aí vai do interesse de cada um, da disponibilidade de cada um (...) Se for de manhã a gente tenta a possibilidade de trabalhar à tarde, se a unidade estiver lotada, a gente trabalha à tarde e faz o curso de manhã, e se não tiver condições, aí não tem jeito, acaba não fazendo aquele treinamento (AE 20).

A maioria é de manhã. E mesmo quando é à tarde, eu percebo que a frequência é bem menor, porque as pessoas que estão trabalhando de manhã saem correndo para outro emprego, ou para a faculdade, ou outro curso, ou até para ir embora mesmo e a pessoa que fica geralmente está na unidade. Então, devia até ter mais participação realmente, mas o horário é difícil, ou você trabalha ou você participa (...) Eu acho que deveria ter mais para o nível técnico, e na verdade, os auxiliares e técnicos não dá para participar muito, porque tudo que acontece geralmente é no horário de trabalho e no horário de trabalho é muito difícil você sair da unidade pra tá participando (AE 22)

(...) mais o que acontece no hospital é que a demanda aumentou muito, então você não consegue ter esse tipo de atividade o tempo inteiro e é uma coisa que tem que ser contínua essa prática educativa (TE 8).

Porém, um dos entrevistados faz referência à ausência dos trabalhadores de nível médio nas atividades educativas por motivos

relacionados ao próprio trabalhador, tal como a importância que esse atribui às ações educativas.

(...) quando é uma coisa mais livre, a pessoa não dá tanta importância. Acaba não indo. Por isso que às vezes pode ter tanta atividade, mas a frequência é mais baixa (AE 22).

Nos depoimentos a seguir, os trabalhadores de nível médio atribuem à falta de incentivo e de flexibilidade na escala a sua dificuldade em participar das atividades educativas. O primeiro depoimento reforça que a categoria compõe o contingente maior de trabalhadores de enfermagem e desenvolve o trabalho de execução, ou seja, realiza a assistência direta aos pacientes e, por essa razão, acrescenta a necessidade de melhor qualificação. Considerando a curta formação estabelecida para a educação profissional de trabalhadores de nível médio e o seu desempenho no atendimento direto aos usuários, entende-se que eles precisariam de um constante investimento. Identifica-se, na fala dos agentes de nível médio, um investimento pouco satisfatório na educação no trabalho que reflete a política educacional na instituição.

Um incentivo maior para o profissional de nível técnico estar buscando... Você quer fazer um curso mais específico, mas é no seu horário de trabalho, você não tem a oportunidade de chegar meia hora depois (...) Isso dá retorno para a instituição e a instituição ainda não reconhece isso. Eles reconhecem para o enfermeiro, para o enfermeiro fazer uma especialização, mestrado e doutorado ele reconhece, mas a grande massa que é o técnico de enfermagem que está direto na assistência do usuário, que deveria também estar melhor qualificado, não é incentivado, entendeu? (...) Teve o curso de amamentação ano passado e foram cinco dias, eu consegui fazer esse curso depois de conversar com uma colega pra fazer dias pra mim e eu fiz os plantões noturnos. O curso era das oito da manhã às cinco horas da tarde, então eu saía de lá correndo, vinha pra cá, saía daqui ia pra lá. Então foram três plantões noturnos que eu fiz pra poder fazer cinco dias de curso, não tive nenhuma folga e foi um retorno que eu tive para minha unidade, curso de amamentação voltado para prematuro, eles vão ter retorno do meu trabalho, mão-de-obra do meu trabalho, mas você não tem incentivo (TE 8).

(...) Não, depende da escala, do trabalho do funcionário aqui, no meu caso, meu horário é restrito; eu estudo de manhã e não tenho essa possibilidade de estar fazendo curso aqui no hospital. (...) Ah, quem se interessar e até você se interessa, mas não é possível, tem esse lado também (...) depende da escala, tem que avisar, pedir permissão, pedir uma folga, só se for assim (TE9).

Outro fator apontado que dificulta a participação dos trabalhadores de nível médio em relação às atividades educativas externas é o custo das atividades. Os entrevistados ressaltam que os enfermeiros têm a possibilidade de maior participação em curso sem precisar onerar o orçamento próprio. Isso reforça que a política institucional privilegia as atividades externas para os profissionais de nível superior.

(...) Eu sou nova de casa, tenho 4 anos, eu procuro muito estudar (...) faço bastante coisa fora (...) agora que consegui fazer um curso aqui dentro do hospital, com muito custo, consegui! (...) Não, ela (a gerente) não me liberou para fazer o curso, só me deu as folgas todas as quintas que estou fazendo o curso (...) acho que tem que criar incentivo. ... Aí o pessoal também não se interessa, mesmo porque, isso a gente paga, tem que pagar (...) É lógico que se eu for fazer um curso e eu pagar 60,00, não vai ser tanto, mas se eu tiver que pagar mais de um curso, eu já não vou poder, porque os custos estão altos (TE14).

Para os enfermeiros eu acho que a coisa é mais expandida assim de cursos que você não precisa pagar. Por ex. agora eles estão oferecendo curso de passagem de PIC para as enfermeiras, é grátis!, Para nós eu acho que é uma coisa mais básica (TE21).

O relato a seguir mostra certo desconforto dos agentes de nível médio no cotidiano do processo de trabalho, uma vez que alguns profissionais procuram desenvolver-se, melhorar sua capacitação, enquanto outros permanecem estagnados e têm os mesmos direitos. Enfatizam a necessidade de uma política institucional capaz de estimular no trabalhador o desejo de ser um profissional melhor capacitado para o trabalho que realiza.

Não sei, eu acho que tinha que ter um incentivo da instituição para o funcionário fazer isso. Não sei se você entendeu o que eu quis dizer, tinha que ter incentivo da Instituição (...) se eu tiver dez cursos o outro vinte, sou igual a quem não tem nenhum (...) Você vai ganhar uma letra, que aqui é por letra, a cada cinco anos você ganha o quinquênio e uma letra. Você fazendo curso ou não fazendo, estudando ou não estudando, você vai ganhar essa letra. Você não vai ser diferente do outro não, entendeu? Se não tem esse estímulo da instituição, as pessoas que entraram só pra criar raízes, elas vão continuar com as raízes e elas não vão querer estudar, porque não tem mais incentivo. (...) ninguém é obrigado a fazer, ninguém vai fazer (TE14).

Com o objetivo de reduzir os fatores que impossibilitam os trabalhadores de enfermagem de participar das atividades educativas, o departamento de enfermagem da instituição introduziu como estratégia o

agente multiplicador. O multiplicador geralmente é o enfermeiro que, juntamente com o setor de educação continuada, estuda determinado assunto e o multiplica na sua unidade. No relato dos trabalhadores de nível médio, uma única vez, eles próprios são referidos como “agente multiplicador” para divulgar o conhecimento para todos os trabalhadores da unidade.

Aí fala pra mim assim, olha, vai entrar um jelco novo, quero que você vá lá ser o multiplicador. Aí sim, ela (chefe) pediu. Vou ao curso aí sim, eu volto e multiplico o que foi falado no curso (TE 14).

5.1.3 Gerentes de enfermagem

O depoimento dos gerentes também evidencia as categorias empíricas: maior participação dos enfermeiros nas atividades educativas, atividades obrigatórias e não obrigatórias e mais outras duas, trabalho em equipe e coresponsabilidade.

Quatro gerentes entrevistados relacionam a maior participação dos enfermeiros nas atividades educativas ao grande contingente de profissionais com pós-graduação, que participam de congressos, simpósios ou similares, apresentando resultados de trabalhos desenvolvidos na instituição. Analisado sob a ótica do processo de enfermagem, no qual o trabalho do enfermeiro compreende a dimensão assistencial e gerencial, com a responsabilidade pelo trabalho realizado pelo conjunto de trabalhadores da enfermagem, é compreensível o seu interesse e participação nas atividades educativas externas, uma vez que tem a necessidade de apropriação de conhecimentos com vistas a melhorar a assistência de enfermagem oferecida ao usuário. Também por se tratar de um hospital escola, no qual os objetivos são ensino, pesquisa e assistência, torna-se igualmente importante que os enfermeiros desenvolvam e divulguem resultados de trabalhos realizados. No entanto, considerando o maior contingente de trabalhadores de enfermagem de nível médio que majoritariamente executa o trabalho assistencial e sua educação profissional em tempo e profundidade menor ao dos trabalhadores de nível superior,

mais uma vez se evidencia a necessidade de educação permanente em saúde desse segmento de trabalhadores em particular.

Olha, o que eu vejo aqui é o seguinte: nós até tivemos pouco, poucas atividades educativas internas em relação ao que eles buscaram externamente, mas é um grupo que eu vejo assim: que sempre está em busca de conhecimento (...) tem bastante gente com pós-graduação aqui, porque é um hospital, eminentemente, hospital escola (...) é um grupo que estuda muito, você vai ver muita gente na pós-graduação, as enfermeiras, elas buscam isso, tem doutoras já entre nós, mestrandas... Já com mestrado concluído tem várias dentro do departamento, eu acho que isso é uma coisa única aqui (EG 1).

Que as atividades internas elas têm certo equilíbrio na distribuição do público-alvo (...) as atividades externas contemplam os enfermeiros (...) aqui é um hospital escola, ele tem um foco bastante grande no nível superior (...) acho perfeitamente natural que a gente queira divulgar o que a gente sabe (EG 17).

A gente vê que é mais voltada (as atividades educativas) para o enfermeiro (...) São propostas bem menos atividades de treinamento para o pessoal de nível médio. Talvez na disponibilidade do enfermeiro em estar participando mais, a gente acaba não estimulando como necessária a participação do outro (...) Quando se trata de participação externa, o enfermeiro é que acaba saindo mais mesmo (...) não sei se é um privilégio ou uma disponibilidade do enfermeiro, ele que acaba indo muito mais nas participações externas (EG 3).

Eu atribuo ao número de enfermeiros que têm pós-graduação aqui. Aqui é um hospital que tem um grande número de enfermeiros e as externas são congressos, palestras, são as outras coisas, então acaba tendo a maior participação dos enfermeiros que têm pós-graduação, tanto especialização como mestrado e doutorado tem um grande número de enfermeiros, então, eu acredito que essas atividades externas seriam em relação a isso (...) Um diferencial bem grande (EG 5).

Como referido anteriormente, a divisão social e técnica do trabalho ocorre com base na separação da dimensão intelectual e manual do processo de trabalho, que passa a atribuir uma e outra a diferentes agentes do trabalho. Isso é reproduzido tanto no ensino como no trabalho e, pelos depoimentos, o hospital estudado também concebe e organiza a educação do trabalhador de forma a acentuar essa divisão, ou seja, separando teoria e prática, excluindo o trabalhador de nível médio de atividades educativas de cunho mais intelectual, como congressos e similares.

Kuenzer (2002) refere que assim os agentes ficam restritos a tarefas de execução, sendo destituídos do saber sobre o trabalho e perdendo as

características que o faziam humano: pensar, planejar e criar. Por outro lado, a ciência passa a ser um privilégio das categorias que planejam o trabalho.

A divisão do trabalho estabelecida com a manufatura expropria os trabalhadores do domínio sobre o seu processo de trabalho, e coloca nas mãos do gerente a sua concepção, aos proprietários e gerentes de produção as decisões sobre a organização, preços e produtividade (Pires, Gelbcke, Matos, 2004).

No processo histórico de constituição da modernidade e do modelo de produção capitalista, à medida que a maquinaria substituiu o artesão, as formas de educação para o trabalho também se modificaram, e o aprendizado de um trabalho completo foi substituído por um aprendizado fragmentado (Kuenzer, 2002). Esse mesmo processo de fragmentação do saber e do trabalho ocorre no setor saúde.

Pires, Gelbcke, Matos (2004) relatam que na enfermagem predominam princípios de organização baseados no taylorismo/fordismo, com uma rígida hierarquia, divisão do trabalho em tarefas, ênfase no como fazer, excessiva preocupação com normas, rotinas, escalas diárias e fragmentação da assistência.

O relato das enfermeiras gerentes não contempla as tensões e contradições presentes na prática educativa dos trabalhadores de enfermagem. Elas referem que a instituição apresenta força de trabalho em quantidade insuficiente, razão apontada como o grande limitador para a participação dos trabalhadores de nível médio nas atividades educativas, comprometendo inclusive a qualidade na assistência ao usuário quando da ausência do trabalhador na unidade. As entrevistadas enfatizam a alta demanda, licenças e a não reposição do trabalhador em tempo ágil. Observa-se assim que os relatos expressam a perspectiva gerencial de quem tem a responsabilidade pelo planejamento e organização do trabalho, embora sem a perspectiva crítica apontada acima. Com isso, a ação educativa como instrumento para beneficiar e qualificar a assistência passa a ser um problema, dificultando ainda mais o atendimento aos usuários, como retratado em alguns depoimentos.

Eu sinto que a gente às vezes tem certa dificuldade pelo nosso (...) questão de dimensionamento, na questão do pessoal, que a gente está com poucas pessoas para trabalhar e teria que retirar um pouco para fazer o treinamento e isso dificulta um pouco pra gente, mas eu acredito que é uma coisa muito importante, você estar no dia-a-dia tomando esse cuidado de planejar e tentar reciclar esses cuidados, reciclar os conhecimentos delas, atualizar (...) Eu ainda não consegui enxergar muito bem uma forma ideal de se fazer no dia-a-dia do trabalho, porque você acaba sempre onerando o serviço, perdendo um pouco na qualidade porque você tem que retirar o funcionário ou tem que dar mais folga depois (EG 2).

Nós estamos tendo uma dificuldade muito grande com quadro de pessoal, acho que isso tem sido o grande limitador da questão (...) você retira um trabalhador da área assistencial para ser treinado, é uma faca de dois gumes (...) a demanda está sendo grande, cada vez maior (...) está aumentando a cada ano, o quadro fica o mesmo, nós estamos ficando mais velhas, as reposições não estão sendo feitas de uma forma ágil, por causa de toda uma política que se tem dentro da universidade (EG 1).

Nem sempre esse trabalho dá pra ser feito no horário de serviço, porque nesses setores que eu trabalho, eu tenho um número de funcionários bastante pequeno, então eu não tenho muita folga pra tá encaminhando esses funcionários para desenvolver no horário de serviço, principalmente porque essas atividades não são feitas no setor (EG 18).

O excerto abaixo mostra que as atividades educativas desenvolvidas na instituição não contemplam a participação de todos os trabalhadores de enfermagem, porque são desenvolvidas durante o período diurno, o que dificulta a inclusão de profissionais do serviço noturno, bem como daqueles que não podem se ausentar da unidade ou não têm disponibilidade de horários fora do seu turno de trabalho. O número de atividades educativas é usado pelo serviço de apoio educacional como indicador de qualidade, de forma que poderá não retratar as ações executadas e o contingentes de trabalhadores envolvidos, pois há no serviço trabalhador com zero hora de treinamento, isto é, há uma intensa variação nas possibilidades objetivas e concretas de participação.

A gente sempre privilegia o pessoal da manhã e da tarde (...) fizemos até cursos à noite, no período da noite, mas a aderência ela não se modifica. Atividades externas a gente ainda tem uma sub-notificação (...) A educação continuada acha importante e ela pede para que traga os certificados para que ela compute, entendeu? Por que isso tudo é indicador de qualidade (...) eu já vi pessoas que tem zero de treinamento no ano (EG 1).

Em algumas unidades é possível identificar trabalhadores que atuam na instituição há muitos anos e prestes a se aposentar. Esses trabalhadores aparecem no depoimento dos gerentes como participantes apenas das atividades obrigatórias, pois apresentam pouca ou nenhuma iniciativa para se atualizar e se aprimorar no trabalho.

O pessoal do dia participa muito mais, da manhã e da tarde e o pessoal da noite acaba ficando mais acomodado e acaba não participando das atividades propostas (...) As da noite eu acho que 70% do pessoal têm mais de 20 anos, que não querem mais participar muito de cursos, só aquelas que são realmente obrigadas elas vão (EG 2).

A procura dos trabalhadores por participação em atividades educativas externas ao serviço mostra, nos relatos dos gerentes, ser uma prática dos enfermeiros e dos trabalhadores de nível médio que cursam graduação em enfermagem, de modo que os trabalhadores que continuam estudando apresentam interesse maior para participar nas atividades educativas.

A participação dos enfermeiros é bem mais alta (...) o que eu percebo no setor que eu trabalho é a vontade que o nível médio - auxiliares e técnicos têm de participar de atividades aqui no hospital, até fora é muito grande, mas por outras atividades que eles estão exercendo está sendo difícil, ou porque está estudando, estou com um grande número, quase metade dos funcionários fazendo graduação; o que impede de comparecer ou porque trabalha em outro emprego (...) E as enfermeiras, o que eu noto é interesse de participação externa. Simpósios, congressos, cursos, e os que estão fazendo graduação também, os de nível médio que estão na graduação, pedem liberação para simpósios, congressos (EG 4).

Os trabalhadores de nível médio dificilmente eles participam de atividades educativas externas, muitos têm duplo vínculo empregatício, a não ser que eles estejam na faculdade, muitos ali que estão fazendo enfermagem têm muita vontade de fazer porque eles precisam completar carga horária (EG 7).

Dos 13 depoimentos de gerentes, apenas dois trazem a avaliação de desempenho como instrumento gerencial capaz de identificar a participação em atividades educativas, mas sequer foi mencionado como instrumento importante e necessário para traçar um plano de desenvolvimento para o trabalhador. Entende-se que isso reflete o caráter normativo da ação gerencial que torna secundária a promoção do crescimento do trabalhador,

profissional e pessoal, e que não vincula as atividades educativas de trabalhadores à sua avaliação de desempenho e à superação.

A avaliação de desempenho constitui instrumento gerencial importante para propor metas de desenvolvimento. Trata-se de um instrumento formal que deve estar em conformidade com a política e a filosofia institucional. Compreende a análise dos aspectos atitudinais e técnicos, comportamento, conhecimento, habilidades, produtividade, a satisfação do trabalhador e da instituição (Gonçalves, 2003). Segundo Peres, Leite, Gonçalves (2005):

As possibilidades de investimentos em programas de treinamento e desenvolvimento de pessoal devem estar claramente estabelecidas na política de RH, uma vez que têm estreita relação com os resultados da avaliação de desempenho.

Contudo, nos relatos das enfermeiras gerentes, observa-se que a avaliação de desempenho não está diretamente relacionada às atividades educativas de trabalhadores, ou seja, não se desdobra em um plano de ação de desenvolvimento do profissional de enfermagem.

Na avaliação a gente consegue perceber quais os funcionários que participam mais, quais participam menos. A gente não tem assim uma seqüência, uma lista; ah, essa não foi, vai (...) Não tem muito que fazer. Na avaliação a gente incentiva que os funcionários participem de mais atividades (EG 2).

A maior participação do enfermeiro nas atividades educativas é explicada, em parte, por ser o profissional responsável em treinar e supervisionar a equipe, remetendo ao processo de trabalho de enfermagem. Mais uma vez se destaca que historicamente a organização do trabalho da enfermagem vem reforçando a divisão social e técnica do trabalho, pois o trabalhador com mais extensa formação profissional, no caso, o enfermeiro, planeja e coordena o trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem, que apenas o executam.

Os enfermeiros participam mais de eventos externos, agora internamente eu estou vendo que o nível médio internamente eu acho que eles se equiparam, são equivalentes (...) os enfermeiros têm que estar mais atualizados, mas enfim, eles têm que estar mais preparado para poder treinar a equipe porque é

ele que lidera a equipe, eu acho que tem que começar pelo enfermeiro (...) talvez aqui tenha falha no sentido de conseguir envolver mais o nível médio (EG 10).

Nas atividades externas os enfermeiros participam mais do que os técnicos e auxiliares, isso é uma coisa que já é meio que cultural parece (...) por ser o líder que vai supervisionar eu acho que ele (enfermeiro) tem essa consciência que precisa buscar mais conhecimento, eu acho que acaba participando mais (EG 11).

O número de enfermeiros é a maioria (...) número de enfermeiros realmente é muito maior. Talvez interesse (...) Falta de acesso, porque o que eu percebo hoje é que os técnicos eles têm se interessado mais em atividades externas, alguns anos atrás isso não era nem ventilado, eu acho que eles nem tinham a idéia de que eles fossem o público-alvo (...) De uns anos pra cá, talvez uns dois, três anos pra cá, pouco tempo eles tão percebendo essa possibilidade, como muitos estão se graduando então eles vêem esse acesso por meio das escolas, talvez aqui isso nem seja tão divulgado (EG 16).

Apreende-se do relato a seguir que na instituição há maior flexibilidade para o enfermeiro ausentar-se da unidade de trabalho em busca de desenvolvimento. Isso atesta que o foco da política institucional de atividades educativas de trabalhadores privilegia o enfermeiro e/ou profissional de nível superior. Analisando o caráter heterogêneo do processo de trabalho de enfermagem e o âmbito legal do exercício profissional, por um lado isso é importante, uma vez que o enfermeiro é o responsável pelo trabalho desenvolvido pelo conjunto dos trabalhadores de enfermagem. Porém, por outro, isso acentua para os trabalhadores de nível médio o caráter restrito do seu trabalho, de mero executor de tarefas. Entende-se que esse aspecto é preocupante no que se refere à qualidade da assistência de enfermagem, uma vez que os trabalhadores de nível médio, apesar da curta formação profissional, estão muito próximos dos usuários, assumindo majoritariamente as necessidades de cuidado (Peduzzi e Anselmi, 2004).

O que eu percebo é que a participação dos enfermeiros é maior nas atividades educativas (...) Eu consigo manipular melhor a escala para que um enfermeiro consiga participar de um evento, do que em relação aos funcionários em geral, entendeu? (EG 18).

Além de enfatizar a maior participação do enfermeiro por ele ser o facilitador da equipe, ser o educador dos trabalhadores e supervisor de enfermagem, os depoimentos dos gerentes apontam outras razões: o custo

dos cursos, a não disponibilidade do trabalhador em virtude de ter dois empregos, a temática sem atrativo, falta de conhecimento sobre os cursos.

(...) percebo que tem uma participação maior das enfermeiras do que do nível médio (...) Quando se trata de uma participação externa em geral, os eventos educativos externos, eles são menos freqüentes para essa categoria ou eles não se inserem (...) os temas que aparecem não que não fazem parte, mas não é direcionado para esse público de nível médio, em geral, é mais voltado para o pessoal que tem nível superior (...) Eles acabam não participando, porque quando vão eles percebem que a linguagem, o objetivo do que é passado nem sempre faz parte daquilo que eles buscam. Por outro lado, eu acho que também o enfermeiro tem aquela responsabilidade de ter que estar atualizado para estar passando (...) E interno, você pode ver que tem uma proporção de participação maior até do que quando é externo, é difícil ter o mesmo, isso é muito discrepante, e eu acho que é por conta disso, da própria temática não ser tão atrativa para eles (auxiliares e técnicos de enfermagem) (...) tem também essa coisa deles terem outro emprego (...) É que externo ao serviço em geral é pago, então tem um custo aí por traz que inibe, então se a instituição não banca, nem sempre eles conseguem tirar do próprio salário para poder fazer (...) também acaba inibindo a participação do nível médio em relação aos enfermeiros (EG 19).

As dificuldades identificadas pela diretoria de enfermagem, que impossibilitavam a participação em atividades educativas dos trabalhadores de enfermagem, levaram à implantação da estratégia do agente multiplicador. O trabalhador designado a ser o multiplicador geralmente é o enfermeiro que, juntamente com a enfermeira da educação continuada, irá estudar determinado assunto para posteriormente disseminá-lo para todos os trabalhadores em sua unidade de atuação. Essa estratégia é retratada pelos gerentes como mais apropriada, por conseguir abarcar quase todos os trabalhadores de enfermagem da unidade, principalmente os trabalhadores do serviço noturno, e realizar a atividade de acordo com a possibilidade da unidade, ou seja, no próprio local de trabalho e horário mais apropriado. Assim, por um lado, foi uma estratégia empregada para reduzir os problemas do hospital, e por outro, aproximou a atividade educativa do trabalhador, que deixa de ser mero público-alvo para tornar-se sujeito partícipe do processo educativo, à medida que esse está mais próximo do seu cotidiano do trabalho.

(...) então a educação fez aquela estratégia de multiplicador, então algumas pessoas elas são convocadas, elas aprendem o conteúdo, e aí ela age como

multiplicador dentro da unidade (...) Isso em geral tem sido uma estratégia muito boa, porque a gente consegue pegar por ex. à noite, no horário que está mais tranquilo (...) um grupo menor, você não precisa pegar todo mundo, pode pegar três ou quatro e ir replicando até você conseguir o número total (...) agora eu consigo identificar aquela situação, envolver o enfermeiro ou técnico da unidade, discutir já que há uma estratégia, fazer a reciclagem lá dentro mesmo da unidade, comunicando sempre a educação, mas não que elas estejam atuando tanto na formação do conteúdo ou como na multiplicação mesmo desse conteúdo para os funcionários, eu percebo que hoje eu faço isso mais lá na unidade do que participando aqui com elas (EG 19).

Multiplicadores. É esse o nome que a gente dá. Multiplicadores de reciclagens, de cursos, não importa, são multiplicadores. Todas as enfermeiras da noite participam só que não tem atividade à noite, mas elas vêm fora do horário, geralmente logo após a passagem de plantão, no período da manhã, elas comparecem e são multiplicadoras do grupo delas (EG 4).

De uns dois, três anos pra cá a gente tem trabalhado com enfermeiro multiplicador (...) A idéia foi essa porque se a gente faz fora da unidade na educação continuada ou poucos horários, tem pessoas que estudam, que têm dois empregos e não conseguem vir fora do horário, então, o que a gente tem feito, quando é dentro do plantão ela se organiza, ela multiplica isso várias vezes (EG 11).

No relato apresentado a seguir, observa-se que a enfermeira gerente amplia o trabalho do agente multiplicador de modo a incluir também os trabalhadores de nível médio nesse papel. Isso permite questionar e mudar as relações hierarquizadas pautadas na rígida divisão do trabalho. Porém, há, no relato, indicação de certa resistência por parte do enfermeiro em relação ao técnico ser o agente multiplicador, o que em vez de aproximar os trabalhadores de enfermagem de nível médio e superior em um mesmo processo de trabalho com foco nas necessidades de cuidados de enfermagem dos usuários, afasta os diferentes agentes e fragmenta o processo de trabalho.

A gente tem até colocado de uns tempos pra cá os multiplicadores, onde os enfermeiros participam de treinamento ou de técnicas de enfermagem e isso é multiplicado nas unidades (...) Hoje é mais focado no enfermeiro, a gente tem tentado expandir um pouquinho para o técnico, até a educação tem estimulado, mas a gente vê que isso é muito... Arraigado no enfermeiro mesmo, dar os treinamentos, então tem um pouco de resistência do próprio enfermeiro eu acho de abrir esse espaço para o técnico de enfermagem, a gente tem elementos na equipe que conseguiriam estar levando para o próprio colega, estar participando um pouquinho (...) De envolver outros membros da equipe, não ficar centralizado só no enfermeiro, da gente estar envolvendo o técnico também de enfermagem (...) a gente tem o banco de leite, onde praticamente duas técnicas de enfermagem é que fazem todo o processo, então eu acho que elas são mais capazes de estar multiplicando para o resto da equipe do que até

eu ou um enfermeiro, porque elas vivenciam aquilo no dia-a-dia, e mesmo na assistência (...) Então começa desenvolver aquele senso de participação de todo mundo, das pessoas acharem que num outro momento é ele que vai contribuir e acho que assim... (...) teria que ser uma coisa mais participativa entre o enfermeiro e o técnico (EG 3).

A categoria atividades obrigatórias e não obrigatórias retrata como está organizada a educação dos trabalhadores de enfermagem na instituição escolhida para o estudo. As atividades obrigatórias emergem fortemente nos relatos orientadas pelos projetos institucionais e/ou atividades essenciais para uma determinada unidade, de maneira a atingir 100% de participação dos trabalhadores. Observa-se também que o gerente tem autonomia para tornar obrigatória uma atividade se julgá-la imprescindível para sua unidade. Nesse aspecto são citados os projetos governamentais, novas tecnologias (equipamentos), problemas que atingem população em massa, e deficiência em processos já existentes.

Obrigatório (...) a gente teve nesses anos o treinamento do “amigo da criança”, que foi muito importante, era um curso grande para todos os funcionários que estavam atuando diretamente (...) Teve algumas sensibilizações, teve a “mãe canguru”, então, a gente está trabalhando mais focalmente em cima da nossa área (EG 2).

As atividades que são obrigatórias, por ex. um treinamento de um novo equipamento, chegou um desfibrilador novo, todo mundo vai ter que ser treinado (...) Não só equipamento, mas aquelas que eu te falei, que são para o hospital inteiro, que existe uma agenda e tal, a gente encaixa todos os funcionários, as demais que são de participação espontânea, elas (trabalhadoras) vão de interesse de cada uma (EG 16).

Se é alguma coisa muito importante, fundamental, por ex. eu estou com um surto de uma bactéria multiresistente (...) então eu praticamente a torno obrigatória, a participação tem que acontecer para a maioria (EG 19).

Nas atividades não obrigatórias, o trabalhador participa se desejar, se tiver interesse, se a atividade for realizada no horário de trabalho ou se for possível a ausência de algum trabalhador da unidade, o que é realizado com o rodízio entre eles. A atividade educativa sempre será realizada no horário de trabalho, uma vez que na instituição hospitalar o funcionamento se dá nas vinte e quatro horas, de maneira que será num determinado período no

qual estarão trabalhando determinados grupos de trabalhadores. Se nesse período for possível a liberação de algum trabalhador, será então feito rodízio, ainda assim, apenas pouquíssimos trabalhadores serão beneficiados.

(...) Se for no horário de trabalho, então eu vejo na unidade quem participou menos, quem tem saído menos em atividades (...) É aquele funcionário que vai ser beneficiado (...) quando é uma coisa específica da unidade a gente tenta atingir 100% (...) no dia-a-dia é meio aleatório mesmo, a gente não tem um controle (...) Por interesse (EG 3).

A gente vê a ala em que ele está, ou a gente o chama e pelo interesse pelo simpósio, ou a gente escolhe as pessoas, aquela pessoa que está mais disponível, o enfermeiro mesmo, ou aquela pessoa que a gente percebe que aquele funcionário é interessante assistir, mas o que atrapalha mesmo é a dinâmica da unidade (...) Eles realmente não querem participar, tem uns que você acaba nem convidando para estar indo. Quando tem alguns temas, primeiro são feitos com as enfermeiras para que elas possam ser as multiplicadoras (EG 7).

Nas atividades obrigatórias e não obrigatórias é possível identificar que na instituição as ações educativas obrigatórias estão diretamente relacionadas ao projeto institucional proposto, ou seja, se é obrigatório, há um planejamento em escala, de tal forma que todos os trabalhadores participem, porque isso é previsto no projeto. Se não há obrigatoriedade, o trabalhador participa se julgar interessante e/ou se houver disponibilidade de tempo segundo a escala diária de trabalho.

O trabalho em equipe compõe as categorias analíticas adotadas no referencial teórico, visto que a educação permanente em saúde e a integralidade da saúde pressupõem o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, bem como o trabalho em equipe em uma mesma área de atuação como a enfermagem. Contudo, essa dimensão de trabalho emergiu em um único depoimento do total dos gerentes. Vale ressaltar que o trabalho em saúde e de enfermagem requer trabalho em equipe, uma vez que é executado por diversos trabalhadores em intensas relações de trabalho. Como referido anteriormente, identificam-se dois tipos de trabalho em equipe: equipe integração – no qual ocorre a interação dos trabalhadores em busca da articulação das ações, e equipe agrupamento – no qual ocorre a

justaposição das ações e o mero agrupamento dos agentes Peduzzi (1998, 2001, 2005). De um lado a integração do trabalho dos profissionais e, de outro, a manutenção da fragmentação das ações e o afastamento dos agentes, de modo que chama a atenção que apenas um entrevistado tenha destacado esse aspecto do trabalho. A equipe integrada tende a contemplar, simultaneamente, a obtenção dos resultados e uma prática negociada de trabalho, por meio da interação dos agentes. “A articulação das ações, a coordenação, a integração dos saberes e a interação dos agentes ocorrem por meio da comunicação, com a mediação simbólica da linguagem” (Peduzzi, 2001, p.106).

O excerto abaixo foi apresentado pelo gerente de uma unidade da instituição considerada setor fechado, que refere um trabalho integrado em equipe multiprofissional no qual há articulação das ações entre os trabalhadores. No âmbito do trabalho em equipe, a ação gerencial é necessária no sentido de articulação entre os trabalhadores e a construção de um projeto comum, com flexibilização da divisão do trabalho (Peduzzi, 1998). O relato permite observar que a integração da equipe de enfermagem e da equipe multiprofissional possibilita um intercâmbio entre os diferentes profissionais, o compartilhamento de conhecimentos e a alternância do papel de agente multiplicador entre enfermeiros, técnicos de enfermagem e outros profissionais de saúde que compõem a equipe.

Em geral é o enfermeiro e aqui há uma coisa muito bacana que a gente acaba envolvendo os técnicos também, então, já teve situações em que o técnico era o agente multiplicador, e eu acho bárbaro, porque eles te questionam, tem uma vivência muito rica então eles complementam essa atividade educativa de uma forma muito importante, e às vezes é multidisciplinar também. Por ex. ventilação mecânica, é algo que o enfermeiro tem uma competência, mas que a gente sabe que hoje em dia o fisioterapeuta também tem essa competência e o médico também tem, então a gente troca as informações entre o grupo, cada um acaba falando uma parte naquilo que é mais relacionado ao profissional e acaba passando, divulgando pra toda equipe, aí já sai da enfermagem e acaba sendo uma coisa multidisciplinar (EG 19).

A categoria co-responsabilidade aparece com destaque nos depoimentos dos gerentes, com base no pressuposto de que o trabalhador deve ser o maior interessado no seu desenvolvimento, tanto pessoal como profissional. Todavia, esta pesquisa parte de outra premissa, de que é

através do trabalho que o homem cria e recria o mundo em que vive, e portanto, a educação no trabalho deve ser compreendida, ou seja, significativa, para o trabalhador. Este deve compreender que no trabalho ele é capaz de pensar, planejar e executar e assim, construir conhecimento e tornar-se co-responsável.

O aprendizado se dá pela conscientização, pela opção, decisão, compromisso (Freire, 1997), ou seja, deve despertar no trabalhador o querer melhorar, querer aprender, juntamente com o compromisso assumido no trabalho e pelo trabalho na sociedade. Assim, as instituições devem proporcionar condições para a educação permanente dos trabalhadores, o que constitui investimento necessário para uma assistência focada nas necessidades de saúde dos usuários e na qualidade. De forma que ambos, trabalhadores e instituição, são responsáveis pela educação no trabalho, e a sua promoção levará à qualificação do trabalhador, do serviço e da assistência. Contudo, os depoimentos dos enfermeiros gerentes apontam falta de iniciativa e de interesse do trabalhador de nível médio em relação a seu aperfeiçoamento profissional.

Considerando as mudanças ocorridas no mundo do trabalho, marcadas, por um lado, pela pressão por produtividade, qualidade e redução de custos e, por outro, pelas novas formas de organização e de investimentos em capacitação do trabalhador, os serviços de saúde necessitam de trabalhadores cada vez melhor preparados e compromissados com os usuários e populações. Portanto, o desinteresse, a acomodação do trabalhador é preocupante, tendo em vista as exigências do mercado e, principalmente, a necessidade da melhoria no atendimento ao usuário, o que requer trabalhadores mais críticos, reflexivos e proativos para a mudança e transformações das práticas de saúde, na perspectiva da integralidade e da cidadania.

No âmbito da EPS, o trabalhador é sujeito ativo partícipe do processo trabalho-educação, de forma que deverá ser capaz de problematizar a si mesmo no exercício cotidiano do trabalho, despertando a consciência crítica e reflexiva. Nesse sentido, Feuerwerker (2003) relata que é necessário criar

momentos que consigam revelar insuficiências, limitações e problemas das práticas instituídas, para que os trabalhadores se coloquem em movimento.

Esse aspecto aparece no conjunto das entrevistas dos gerentes, e pode ser compreendido, uma vez que eles estão em posição de responsabilidade pelo planejamento, organização e condução da unidade de trabalho.

A iniciativa, a motivação ela tem que partir do funcionário também. A gente não pode obrigar, senão é compulsório, mas na hora em que a gente faz o protocolo, que a gente cobra que o funcionário saiba, tem que ter, tem que ter isso, essa cobrança, porque a partir de agora o procedimento vai ser (de) outro jeito que não este que está sendo feito, aí neste caso não tem como escapar (EG 1).

(...) Pelo menos a minha unidade, tem uma característica de ser uma unidade de profissionais muito antigos aqui no hospital (...) Elas são auxiliares, nem estão procurando fazer mais o técnico porque não enxergam na carreira essa melhora de aperfeiçoamento com o técnico, então elas já querem ficar no canto delas, fazendo as atividades delas sem ter que se esforçar para fazer o técnico que é o que a gente está incentivando. Todos os enfermeiros da unidade são enfermeiras, então elas fizeram ou habilitação ou especialização... Muitas já não querem mais cursar a pós-graduação, são pessoas também um pouco mais acomodadas mesmo (EG 2).

O ano passado teve uma (...) situação assim... É característica de uma pessoa que não tem interesse mesmo em crescer e se atualizar, ela nunca se manifestou, aí surgiu um curso muito legal externo, falava especificamente de esterilização, então é uma coisa muito importante, era limpeza e esterilização, num hotel lindo em São Paulo, um evento muito bem montado e nós recebemos eu acho que quatro convites e aí eu separei um convite para essa pessoa e eu disse, olha, você está de folga nesse noturno e você vai de dia, você nem vai estar com sono enfim, tudo estava acertado e ela não foi (EG 10).

5.2 Levantamento de necessidades

5.2.1 Enfermeiros

No que se refere ao levantamento de necessidades de atividades educativas de trabalhadores de enfermagem, no relato dos enfermeiros foram identificadas as categorias empíricas: problemas, espaço de troca serviço-usuário, projeto institucional e supervisão.

Nos depoimentos apresentados a seguir detecta-se a identificação de necessidade de ação educativa com base nas falhas identificadas na

unidade ou nos problemas mais freqüentes. Sob a ótica da qualidade da assistência, a identificação de problemas é importante, uma vez que nos cuidados à saúde não há espaço para erros freqüentes, porém, por outro lado, expressa uma concepção restrita e isolada do processo de levantamento de necessidades que não retrata reflexão sobre a prática, e distante do projeto assistencial.

(...) No dia-a-dia. Você tem uma falha na identificação do frasco de leite, esqueceram o frasco de leite lá, qualquer tipo de falha que você acaba tendo. Pelas falhas. Sempre você detecta a necessidade pelas falhas (...) É, uma coisa que chama a atenção. As coisas que estão certas não chamam a atenção, as coisas que estão erradas é que chamam a atenção (...) dificuldades que a pessoa está demonstrando naquele momento (EA 24).

(...) não tem aqui, uma estratégia sabe, que considere nenhum desses três itens que você falou, nem trabalhador, nem usuário e nem unidade. Depende da ocorrência (...) Depende do que acontece (...) Bomba de infusão, a gente não está conseguindo correr na bomba de infusão, a gente chamou uma pessoa da empresa e ele vem aqui para treinar, é assim que funciona. Por exemplo, se teve um problema, um erro de medicação? Chama a pessoa e conversa. Tem uma história de uma ocorrência, uma ficha de ocorrência, comunica o médico (EA 15).

Vale destacar que a literatura existente é escassa em relação ao levantamento de necessidades de atividades educativas para os trabalhadores de enfermagem e de saúde, e é possível identificar nas ações educativas desenvolvidas e retiradas na literatura que a detecção de necessidades é feita com base na concepção de causa-efeito dos problemas e falhas na assistência de enfermagem.

Por outro lado, os relatos permitem observar que há outras fontes a partir das quais são identificadas necessidades, tais como o grupo de pais, que é um espaço criado na instituição com a finalidade de ouvir o usuário e familiares. A reunião com os pais e/ou acompanhantes pode ser considerada um ‘embrião’ de ferramenta que pretende levantar as necessidades advindas dos usuários que fazem uso do serviço, pois se caracteriza como um espaço de troca serviço-usuário. Essa reunião é considerada multidisciplinar, e dela participam os pais, o médico, a enfermeira-chefe e a psicóloga.

E aqui o que a gente tem mais recentemente é o grupo de pais. O grupo de pais ele acontece às sextas feiras no período da manhã, onde participam as

enfermeiras, psicólogos, médicos, e os pais das crianças internadas, então, nesse grupo de pais é uma oportunidade que eles trazem um pouco esse retorno (...) alguns problemas podem ser identificados e aí a partir disso podem acontecer (ação educativa) relacionada a isso. Eu vejo o grupo de pais como uma ponte, assim é uma forma de você ter um retorno do seu usuário sobre a qualidade de assistência que a gente presta, e é uma forma da gente identificar essas questões de treinamentos ou mesmo questões específicas com alguns funcionários, em comportamento, em relacionamento com o paciente, em relacionamento com a família, paciência com o paciente, com a família, então esses grupos trazem esses problemas (...) é uma forma de a gente obter alguns dados e a partir do que eles trazem conversar com as pessoas, programar alguma coisa (EA 13).

(...) Pais geralmente eles colocam as dificuldades que têm, se tem problema de relacionamento com funcionário, assim, problema que encontram dentro do hospital, RH, como tipo de tratamento (EA 23).

O levantamento de necessidade de atividades educativas também está relacionado à implantação de projetos institucionais, que retratam a política do serviço. Todavia, para os enfermeiros e trabalhadores de enfermagem de nível médio, as ações educativas que têm essa origem, usualmente são reconhecidas como atividades desenvolvidas com caráter obrigatório de participação, como foi analisado anteriormente.

(...) é mais quando eles implementam uma nova política, hospital amigo da criança, alguns programas de qualidade, 5S por exemplo. Então esses programas é a instituição que acaba querendo que seja implementado, querendo que dê certo e para isso precisa do treinamento. Então aí acaba acontecendo dessa forma. Em relação ao serviço eu acho que é isso, quando o serviço quer implantar algo novo, uma nova iniciativa, acaba treinando o pessoal para aquilo (EA 13).

Um único depoimento dos enfermeiros assistenciais mostra a existência de uma relação entre as atividades educativas de trabalhadores de enfermagem e a supervisão, como ação educativa, de acompanhamento, de fazer junto. A supervisão em enfermagem é concebida por Silva (1997) como um trabalhar junto que pode ser mais prazeroso, além de promover maior desenvolvimento de relações horizontais e democráticas.

Depende do tema/necessidade é desenvolvido. Por ex. anotação, é uma coisa que todo mundo tem que estar melhorando, então a gente se divide para estar cobrindo todos os horários, tanto noturno, manhã, tarde e depois fica com uma supervisão diária do enfermeiro (...) estar acompanhando, reciclando, tirando dúvidas, porque senão acaba... Aquele vício vai voltando, tem umas muito prolixas, anota demais (...) Você faz reciclagem de aplicação de injeção IM, tem

uma reciclagem da pediatria neonatal, tem pessoas que você tem sempre que estar indo junto fazendo, tem que ter um acompanhamento diário (EA 25).

O estudo de Rebello (2002) identifica que a supervisão é desenvolvida com ênfase no controle, apesar de os relatos dos enfermeiros evidenciarem como supervisão o fazer junto. Contudo, a autora acrescenta que a supervisão pode resgatar o contentamento, envolvimento e responsabilização do trabalhador de modo a minimizar a alienação.

O excerto abaixo apresenta indícios de que as ações educativas de trabalhadores de enfermagem desenvolvidas na instituição estão distanciadas da prática do dia-a-dia, não suprimindo as necessidades dos trabalhadores, tampouco dos usuários. Esse depoimento refere, por um lado, a distância existente entre o que se oferece e o de que se necessita, mostrando um distanciamento em relação a uma ação educativa efetiva e transformadora. Por outro lado, o relato exemplifica uma situação que mostra a relação estreita que a atividade educativa pode ter com o cotidiano de trabalho. Nesse sentido, reitera-se que na ótica da EPS valoriza-se a aprendizagem a partir de experiências do dia-a-dia do trabalho, com situações reais de desconforto ou inadequações.

(...) se fosse feito também um levantamento junto a equipe ou um levantamento com outros dados mais concretos das necessidades da unidade, concretos mesmo da realidade, do que está acontecendo aqui, no mês passado eu estudei lesão de pé, então eu vi que a gente está tendo um número considerável de lesões, então, é um dado concreto. Então, diante disso, a gente propõe um programa de desenvolvimento (...) Você partir um pouco da realidade ou da necessidade do grupo, ouvir as pessoas, o que elas se interessam em desenvolver... O que elas acham que precisam nesta unidade? (...) se viesse das necessidades do grupo ou da necessidade da equipe, as necessidades da assistência de uma forma mais concreta, eu acho que poderia melhorar em todos os aspectos. (...) Talvez se isso fosse mais... partisse mais da realidade, do concreto, surgissem outras necessidades (EA 13).

5.2.2 Auxiliares e técnicos de enfermagem

Na análise das entrevistas de trabalhadores de nível médio (auxiliares e técnicos de enfermagem), para o objetivo de levantamento de necessidades, foram identificadas as categorias: problemas, espaço de troca

usuário-serviço, projeto institucional, supervisão e por solicitação do trabalhador.

Os problemas aparecem também nos relatos dos trabalhadores de nível médio como sendo os norteadores para o levantamento de necessidades das atividades educativas na instituição. Assim, a origem das ações educativas de trabalhadores está na identificação de problemas ocorridos na unidade, reclamação do usuário e dificuldade para o atendimento ao usuário em relação a alguma patologia ou cuidado específico. Com base nos depoimentos pode-se observar que, no serviço, a identificação das necessidades educativas está intensamente focada nos problemas; esses, por sua vez, relacionados sobretudo aos procedimentos técnicos de enfermagem, o que reforça o quanto os procedimentos técnicos são nucleares no processo de trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem.

Nesse sentido, destaca-se que a pesquisa de Tanaka (2008), que estudou o processo de trabalho do enfermeiro, identificou que o núcleo do trabalho é o cuidado de enfermagem e está fundamentado nos procedimentos técnicos.

Peduzzi e Anselmi (2003) também analisam que o cuidado de enfermagem realizado pelo auxiliar de enfermagem está centrado nos procedimentos técnicos e na interação, porém a comunicação e a interação não são utilizadas como ferramenta para apreensão e negociação das necessidades de saúde dos usuários, o que poderia conferir maior eficácia ao cuidado.

A identificação de falhas é importante, uma vez que, para manter a qualidade de assistência, a falha deve ser extinta ou reduzida ao mínimo possível; por outro lado, fragmenta a ação educativa, retratando uma educação isolada, ausente de reflexão sobre a prática.

A educação é assim, sobre atualização de uma técnica, de um procedimento (...) aqui não fala mais em reciclagem, é mais atualização. Na técnica, é muito bom, mas ninguém sabe a importância daquilo (...) de como aquela técnica dá o impacto no paciente, tanto na forma física como emocional... Mas o que se fala mais é sobre atualização técnica em relação a nós de nível técnico (TE 8)

Alguns problemas quanto a essa técnica (...) uma vacina BCG, por exemplo, você tem que usar a máscara e luvas então a gente expõe, um dia tinha, sim, enfermeiros que não usavam, às vezes é uma dificuldade que o trabalhador apresenta numa técnica, então a enfermeira avalia e leva isso pra chefe, a chefe leva isso pra educação continuada (...) e há uma dificuldade eu acho que é levado para enfermeira-chefe, ela passa ou então, mesmo um erro na administração de medicamento, por exemplo, que é importante você saber fazer, dependendo do erro é levado para educação, aí eles formam um dia de curso, é assim (TE 9).

As ações educativas de trabalhadores de enfermagem desenvolvidas com base nos problemas apresentados na instituição corroboram a escassez de literatura que aborda o levantamento de necessidades de ações educativas de trabalhadores (Lorencette, 2002; Luz, 2000).

Os trabalhadores de nível médio mencionam o levantamento de necessidades mediante a introdução de um novo equipamento na instituição. Para o trabalhador utilizar um novo material ou a nova tecnologia, é necessário o treinamento em benefício da assistência e da manutenção do equipamento, o que também reforça a ênfase no procedimento técnico como núcleo do levantamento de necessidades.

Mudou o jelco, ela (gerente) traz o pessoal para cá para gente ter as aulinhas, e às vezes, faz um tempinho já, mas às vezes tem revisão de cálculos (...) é quando eles vêem que a gente tem alguma dificuldade, tipo cálculo, quando o pessoal está tendo dificuldade (...) Os cuidados de isolamento, se está dando muita infecção, acham que é conforme a necessidade de algumas coisas (...) a gente pelo menos fala que precisa (...) não quer dizer que vai ser feito (TE 21).

Ah reciclagem... Se chegar por ex. uma bomba de infusão, aí tem um cursinho que o pessoal vem e dá para gente, aí vem alguém da empresa para falar, essa é a reciclagem que a gente tem aqui (TE 14).

No que se refere à introdução de novos materiais e equipamentos é necessário assinalar que freqüentemente são relacionados às tecnologias. No campo da saúde, usualmente a tecnologia é entendida como equipamentos, contudo alguns autores ampliam a concepção de tecnologia em saúde. Nesse aspecto, no entender de Merhy (1997 p. 84),

a idéia de tecnologia está muito vinculada não a de equipamento tecnológico, mas também a de um certo *saber fazer*, e a um *ir fazendo*, que inclusive dão sentidos ao que será ou não a razão instrumental do equipamento.

O autor descreve três tipos de tecnologia em saúde: leves - consideradas como a tecnologia das relações, produção de vínculo, acolhimento, gestão como forma de governar processos de trabalho, autonomização, importantes ferramentas do gerenciamento de qualidade do cuidado; leveduras – os saberes estruturados que operam o processo de trabalho; e duras – os equipamentos, normas, estruturas organizacionais. É importante ressaltar que os instrumentos de trabalho, incluindo os equipamentos identificados no relato dos entrevistados, são construídos historicamente pelo sujeito e sua utilização dependerá da necessidade apresentada e do conhecimento do trabalhador no seu uso. O trabalho em saúde é um trabalho vivo em ato, consumido no momento da assistência e para transformar o objeto o trabalhador utiliza um saber específico, bem como instrumentos próprios, como equipamentos, materiais (Peduzzi e Felli, 2005).

O grupo de pais e/ou acompanhantes aparece também nas entrevistas dos trabalhadores de nível médio como um espaço de troca usuário-serviço criado para que os usuários possam trazer as suas necessidades, partindo do pressuposto de que a educação permanente em saúde apresenta como eixo a integralidade, implica práticas intersubjetivas, pautadas na dimensão dialógica. Essa reunião, então, se torna um espaço importante para ouvir o usuário e identificar suas necessidades.

Mesmo nessa reunião que configura um espaço de diálogo entre o serviço e os usuários, o levantamento de necessidades de atividades educativas de trabalhadores é referido com foco nos problemas. No relato podem-se identificar necessidades relacionadas à comunicação profissional-usuário ou entre os profissionais.

Com a equipe multidisciplinar, que participa a chefe (enfermagem), psicóloga, chefe do berçário (médica), e os pais. Toda sexta-feira ocorre essa reunião e tudo que é levantado de necessidade para os pais é falado nessa reunião (...) Depois assim, cada pai que precisa de alguma coisa, alguma consulta, algum encaminhamento (...) até mesmo da alta desse paciente se depende de alguma coisa, isso é suprido pela equipe, a chefe daqui entra em contato com o serviço social, nós tivemos uma criança que... Gêmeos que não podia sair um só precisavam os dois, aí tinha necessidade do leite, suspensório, nós temos bebês com refluxo, então tudo é levantado nessa reunião de pais, aí a chefia mesmo dá continuidade, serviço social providencia o leite, farmácia; medicação depende da medicação, então existe essa reunião e nessa reunião mesmo, a

chefe consegue detectar problemas na unidade com funcionário, relacionamento funcionário x pai, funcionário x criança, e mesmo entre a equipe médica, porque tudo nessa reunião é comentado, é falado (AE 22).

Geralmente é quando há uma reclamação. O usuário reclama geralmente não só da técnica, do procedimento em si, mas ele reclama do tratamento (...) mas aí há uma frequência nesse tipo de reclamação geralmente, o outro usuário reclama a mesma coisa (...) Em relação ao usuário, principalmente agora que tem reunião dos pais toda sexta-feira eles colocam todas as dúvidas que têm e todas as reclamações também (...) eles falam quem é quem, quem eles não gostam, geralmente em relação ao usuário é feito assim (TE 8).

Na dimensão da EPS, o centro da estratégia política é a população e suas necessidades de saúde e educação em saúde, por isso esse espaço criado para ouvir o usuário pode ser considerado uma iniciativa muito valiosa na instituição.

Quando relatada pelos trabalhadores de nível médio, a identificação de necessidades através do espaço de troca usuário-serviço expõe a ausência desse trabalhador na equipe multiprofissional que participa da reunião. O relato mostra novamente o modo de organização do trabalho de enfermagem e de saúde no qual se mantém a divisão do trabalho e a desigual possibilidade de participação dos profissionais em atividades de cunho intelectual, como os espaços de troca serviço-usuário.

Toda sexta-feira tem a reunião que é multidisciplinar, o médico, a fonoaudióloga, fisioterapia, nutricionista, enfermeiro, com todo mundo, menos com a gente e eu acho que seria válido também se a gente participasse, mas infelizmente a gente não participa, equipe multidisciplinar e a gente é tirada de lado, a gente não participa dessa equipe e não participamos de uma reunião que a gente também faz parte, e aí é feito assim esse levantamento e quem está diretamente com o paciente na assistência somos nós, e nós não participamos dessa reunião (TE 9).

A divisão do trabalho tanto aumenta a produção quanto a fragmenta e, na enfermagem, a fragmentação da produção significa a fragmentação da assistência, gerando impacto na qualidade do cuidado do usuário e, para o trabalhador, a alienação, ou seja, ele só consegue apreender uma pequena parcela do trabalho, uma visão muito recortada do processo de trabalho. Majoritariamente, o enfermeiro faz o trabalho mais intelectual, como planejamento do cuidado e os auxiliares e técnicos assumem mais a

execução do cuidado (Lima, 1998; Peduzzi e Anselmi, 2002, 2003). No depoimento transcrito acima, os trabalhadores de enfermagem de nível médio que assumem a execução de procedimentos de enfermagem não participam do grupo com os pais, ou seja, quem vai discutir com os pais juntamente com outros trabalhadores de nível superior é o enfermeiro responsável pela unidade, reproduzindo assim essa divisão do trabalho.

No âmbito do serviço, o processo de levantamento de necessidades exposto pelos trabalhadores de nível médio, além de ser direcionado basicamente pelos problemas e falhas identificadas, também é orientado com base nos projetos institucionais. O excerto apresentado abaixo expressa uma estrutura verticalizada, na qual se identifica com certa ênfase a divisão do trabalho, o poder de mando dos níveis hierárquicos mais elevados, o que se contrapõe à estratégia de educação permanente em saúde. “A lógica da educação permanente em saúde é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar” (Ceccim e Feuerwerker, 2004 p.50).

A EPS como estratégia para transformação do trabalho no setor, através de uma atuação crítica, reflexiva, compromissada, deve ser um trabalho cada vez mais coletivo, no qual é destinado a todos os trabalhadores um lugar de protagonista na condução dos sistemas locais de saúde. Nesse sentido, Ceccim e Ferla (2006 p. 111) acrescentam:

as ações de educação permanente desejam os corações pulsáteis dos alunos, dos trabalhadores e dos usuários para construir um sistema produtor de saúde (uma abrangência), e não um sistema prestador de assistência (um estreitamento).

(...) fica misturado o que é do usuário, o que é do trabalhador, normalmente vem uma lei lá de cima e agora vai ser assim e todo mundo é capacitado para ser. Por ex. o 5S que foi implantado, veio uma ordem lá de cima e todo mundo fica desesperado, todo mundo tenta se adequar àquela norma, todo mundo faz do jeito que a norma está dizendo e assim é feito. Mais como de forma repressora do que uma forma educativa. É uma lei que é estabelecida e você tem que seguir e pronto (TE 8).

A supervisão, atividade inerente ao processo de trabalho do enfermeiro, emergiu em um depoimento dos trabalhadores de nível médio, auxiliares e técnicos de enfermagem, como um espaço para o levantamento

de necessidades para realização de atividades educativas. É possível identificar, no depoimento, um trabalho de supervisão na dimensão do controle e não do caráter educativo.

Sempre tem reunião com as enfermeiras, e eu acho que aí elas avaliam onde está o ponto fraco, e eu acho que a partir disso, dessas reuniões, elas discutem as necessidades ou quando tem alguma coisa nova que a gente precisa aprender equipamento novo, uma coisa nova (...) Como eu disse, a gente é avaliado, então as enfermeiras que estão responsável pelo plantão sabem o que você precisa mais, então, você é direcionado por uma supervisão. (TE 12).

Em se tratando de supervisão, importante salientar que essa função, como aponta Chiavenato (2000), designa atividade de direção imediata das atividades dos subordinados, algo como assistência à execução, e acrescenta que pode existir em todos os níveis da organização, desde que ocorra um acompanhamento mais próximo do trabalho cotidiano. Observa também que geralmente está ligada a cargos com denominação específica: supervisor, encarregado, chefe, mestre, entre outros. Em relação às características da supervisão, que chamou de primeira linha, e traduzindo para a enfermagem, é importante considerar a perícia técnica – apresentar profundo conhecimento nas tarefas desempenhadas pelos trabalhadores, incluindo habilidade técnica para poder instruir, desenvolver o trabalhador, e boa comunicação.

Na enfermagem, a supervisão deve ser uma atividade habitual do trabalho do enfermeiro e, conforme Peduzzi e Palma (1992), o trabalho que se organiza em bases coletivas necessita de atividades que lhe confirmem unidade, e de espaços de controle com vista ao cumprimento de sua finalidade. Os autores acrescentam que a supervisão pode ser o espaço em que os agentes operam, em conjunto, para a reflexão acerca da articulação teórica e prática dos vários elementos do processo de trabalho e das várias dimensões que o modelo tecnológico integra.

Outra forma de identificar necessidades de atividades educativas é por solicitação dos trabalhadores de nível médio mediante dificuldades de atuação no dia-a-dia de trabalho, com base nas quais eles identificam situações que demandam conhecimentos técnico-científicos para realizar a assistência: o cuidado de enfermagem.

Então, pode-se observar que, se por um lado as atividades educativas são direcionadas aos problemas, principalmente os problemas no desempenho de procedimentos técnicos, por outro, o trabalhador de nível médio também está identificando dificuldade em atender às necessidades dos usuários. Isso traduz um apontamento importante no tocante ao trabalho e trabalhadores, uma vez que eles o estão analisando reflexivamente e apontando suas necessidades.

A EPS coloca os trabalhadores como atores reflexivos da prática e construtores de conhecimento. Pressupõe usar as situações diárias como espaços de aprendizado para analisar e refletir os problemas da prática e valorização do próprio processo de trabalho no seu contexto (Davini et al., 2002).

Nesse sentido, o relato mostra a execução da técnica como ferramenta para a qualidade do cuidado de enfermagem e não a técnica pela técnica. De forma que a técnica deve estar relacionada com o fazer e o conhecer, ou seja, a técnica na dimensão da práxis.

São problemas que a gente mesmo acaba colocando para a chefia (...) nosso grau de dificuldade para atender, para suprir as necessidades deles (pacientes) (...) E depende muito da patologia das crianças (...) Como agora, a gente tem uma criança com problema de hidrocefalia, é uma coisa assim que no nosso meio é comum, mas o dele é um pouco mais complicado e a gente tá assim bastante envolvido com os problemas (...) buscando alguma coisa, porque sempre aparece um fato novo para o médico e a gente também vai indo atrás para saber o porquê. Mas assim, a gente vê o problema dele como uma dificuldade na nossa unidade. Ele tem também um cateter que é muito simples, mas só o dele que a gente tem o risco de perder com frequência, então a gente tá sempre lendo sobre a obstrução desse cateter, tentando fazer de várias maneiras para que a gente não perca esse único acesso que a gente tem nessa criança. Tem uma criança também que tem um leite, não é bem um leite, é uma fórmula específica e um custo muito alto, e estamos todas nós aqui querendo saber o porquê desse leite, porque não é um leite comum como o Nan ou coisa assim, é um leite assim que tem até o aspecto dele, de cor, cheiro, o que tem dentro desse leite, que um dia foi um leite agora ele está modificado, e tá todo mundo querendo saber por que ele é assim, e no momento ainda a gente não tem... Ninguém conseguiu a resposta para o leite ainda, ainda é um mistério! (...) é bom à gente ter assim uma coisa escrita para gente ler, para gente entender, eu acho que fica muito vago ele simplesmente falar o leite é assim, assim, a gente tem que ver a diferença de um para o outro para a gente entender melhor (AE 20).

(...) a gente falou que precisava de uma reciclagem porque a gente fica anos e anos sem ter parada (cardio respiratória) e quando tem uma parada de RN fica todo mundo meio perdido (...) A gente levantou esses dados quando viu que

aconteceu alguma coisa (...) A gente chegou a pedir, faz uns três meses já, diz que vai ter (...) às vezes a gente vê que esta tendo muita assadura nos bebes. E aí a gente fala. Oh! Será que não é essa pomada? Vamos parar um pouco, vamos ficar uma semana sem passar para ver se é ou não (...) a gente levanta os dados decorrentes do que vai acontecendo. As assaduras é um caso (...) Assadura às vezes assa todo mundo da sala. De repente se a gente para de passar uma pomada, aí rapidamente melhora o tecido, é assim que a gente levanta dados (TE 14).

5.2.3 Gerentes de enfermagem

Para o levantamento de necessidades das atividades educativas, nos depoimentos dos gerentes, foram identificadas as categorias empíricas: problema, espaço de troca serviço-usuário/demanda espontânea, supervisão, solicitação do trabalhador, CCIH e outras áreas.

Aos agentes foi apresentada uma planilha contendo as atividades educativas realizadas no ano de 2005 na instituição do estudo, e explicadas as atividades realizadas e a participação das diversas categorias de enfermagem antes do questionamento. Ressalto que apenas um dos gerentes observou mais demoradamente a planilha apresentada antes de emitir suas observações dentre as quais destaca: número baixo de atividades educativas relacionadas à promoção e prevenção da saúde se comparado à recuperação, e acrescentou que essas atividades devem ser constantes. Outra abordagem do entrevistado diz respeito à necessidade de desenvolvimento gerencial, independente da formação deveria existir um programa que contemplasse o desenvolvimento nessa dimensão. Destacou também a necessidade de acrescentar ao treinamento admissional atividades abordando medidas de segurança ao trabalhador.

Esse número de atividade de promoção e prevenção é um número muito baixo em termos da recuperação da saúde (...) Eu acho que isso, deveria ser o contrário, deveria ter muito mais atividades nisso, continuamente contínuas, porque promoção e prevenção da saúde é contínua, não dá pra reciclar só... Para tomar cuidado com vírus essencial, não dá para ser só uma pontual, eu acho que são atividades que ao longo do ano devem ser repetidas com muito mais frequência e eu acho que o número é pouco. Gerencial eu sinto muita falta, aqui não se tem um programa de desenvolvimento para os gerentes, então se tem vários chefes... Eu tenho uma formação que eu tenho também especialização em gerenciamento de serviços, muitos que estão no mesmo cargo que eu não têm, independente de ter essa especialização, acho que tem

que ter um conhecimento básico do gerenciamento e, depois desse conhecimento básico, eu acho que sempre tem situações gerenciais que deveriam servir de apoio para todos os gerentes que tem e a gente não tem um programa. Medidas de segurança para o trabalhador e para o usuário – eu acho muito pouco (...) Até segurança para o trabalhador até no dia-a-dia o que ele pode se cuidar em termos de postura, como eu devo pegar tal paciente, como que eu vou mobilizar, como eu vou transportar, qual a segurança que eu to oferecendo até para o meu paciente (...) faz aquilo dez anos daquele jeito e um dia o corpo dele dá a resposta (...) acho que em alguns momentos no treinamento admissional (...) como que faz transporte, como que vai para o laboratório, como que faz a troca do material, essas coisas eu acho que dá para a educação estar participando (EG 6).

É realizado no serviço de apoio educacional da instituição um planejamento anual para o desenvolvimento de atividades educativas no qual há a participação de todas as unidades, que apresentam sugestões de temas depois de verificada a necessidade em seu local de atuação. Nesse processo de planejamento local, identificam-se duas situações distintas; em algumas delas a identificação de necessidades parte de uma reunião com as enfermeiras assistenciais e a gerência, e em outras, a partir de sugestão de todos os trabalhadores de enfermagem, incluindo os auxiliares e técnicos. Isso sinaliza para uma atuação gerencial mais participativa em algumas unidades, nas quais parece existir mais articulação entre os trabalhadores de enfermagem de nível médio e enfermeiros e mais centralizadora em outras unidades nas quais o levantamento de necessidades é realizado entre os gerentes e enfermeiros.

As atividades consideradas comuns à enfermagem em geral são acrescidas ao planejamento do serviço de apoio educacional e o que é específico permanece sob a responsabilidade de cada área.

Fiz algumas metas (...) e apresentei isso nas primeiras reuniões de enfermeiras, então discuti com o grupo de enfermeiras, se essas metas alcançavam o que elas achavam (...) queriam (...) As necessidades do serviço, pelas características que a gente vê que está mudando e as necessidades também de atualizar os funcionários que estão muito tempo sem receber atualização, sem discutir, isso foi levado em consideração a tudo isso (EG 2).

Geralmente, no final de cada ano nós fazemos um planejamento para o ano seguinte colocando algumas questões que eu levanto com os próprios trabalhadores da minha área, então, eu faço um levantamento entre eles nessa época, e aí eu falo, olha, para o ano que vem o que vocês acham que precisa e, muitas vezes eles colocam as necessidades, então eu coloco isso no planejamento para o ano seguinte, isso é passado para minha chefia de divisão e depois formalmente é passado para a educação. Então isso é feito

perguntando aos trabalhadores, quais são as necessidades que eles sentem para ter treinamento (...) Em relação à instituição é aquilo que eu falei, se houver um surto, se houver uma necessidade (...) Os próprios enfermeiros assistenciais... Às vezes os próprios técnicos eles sentem necessidade de algum tipo de treinamento (...) houve uma necessidade que foi percebida em relação à atenção, sabe, a gente percebia que atividades rotineiras eh... Às vezes esquecia de fazer. Então foi feito um treinamento muito interessante sobre atenção, memória, atenção, e foi uma coisa interessantíssima, tanto que melhorou (EG 16).

A gerência, enquanto processo de trabalho, pode ser analisada com base no modelo racional, fundamentado na Teoria Geral da Administração, na qual o foco está no controle de tempo e movimento, remuneração por produção, cisão entre concepção e execução do trabalho, unidades verticalizadas e trabalho coletivo alienado. Outra vertente toma a gerência na perspectiva das práticas de saúde historicamente estruturadas e socialmente articuladas. No segundo sentido, adotado neste estudo, a gerência em enfermagem desenvolve um trabalho voltado para organização e controle dos processos de trabalho e para as necessidades de saúde da população, com um caráter articulador e integrativo (Mishima et al., 1997).

Assim sendo, no processo de trabalho gerencial do enfermeiro, os objetos de trabalho são a organização do trabalho e os recursos humanos de enfermagem e, para sua execução, o profissional utiliza instrumentos próprios como: planejamento, recrutamento e seleção, educação continuada e ou permanente, avaliação de desempenho, entre outros (Peduzzi e Felli, 2005).

O planejamento, como ferramenta do processo de trabalho gerencial, é um instrumento aberto, que permite explicitar os resultados que se deseja alcançar, como fazer, em que tempo e os responsáveis pelas ações. Na dimensão do gerenciamento na enfermagem, geralmente é desenvolvido pelo enfermeiro responsável pelo gerenciamento da unidade e, mais importante, para que o planejamento e as ações respondam à realidade, é imprescindível manter um diálogo constante com todos os indivíduos envolvidos na situação (Ciampone e Melleiro, 2005).

Contudo, os relatos mostram que o planejamento elaborado pelas gerentes para o desenvolvimento de ações educativas em algumas unidades é restrito ao gerente e aos enfermeiros assistenciais, excluindo a

participação dos trabalhadores de nível médio. Entende-se que esta prática fragmenta ainda mais o trabalho dividido, segmentado da enfermagem.

Como referido anteriormente, o levantamento de necessidades de atividades educativas está orientado pelos problemas também na concepção dos gerentes.

O trabalho que a gente desenvolve aqui é muito voltado em cima das necessidades que se apresentam no fazer dos profissionais (...) quando a gente detecta algum problema, alguma falha, mesmo nos procedimentos que a gente tem usualmente feito, para gente homogeneizar o procedimento para todos os plantões (...) As áreas têm que trazer a problemática delas (...) a educação continuada (...) ela centraliza a necessidade de treinamento de qualquer área (EG1)

(...) A gente começa a perceber falhas técnicas, ou adaptações que a gente vai fazendo no dia-a-dia que foge um pouco dos princípios (...) programa através de planejamento, sempre em início de cada ano, eu, a chefe da unidade, primeiro com as enfermeiras da minha unidade, com os funcionários para levantar as necessidades deles (EG 3).

No ano passado a gente percebeu que tinha que fazer um treinamento de anotação, coisa que a gente percebeu que estava falho (...) E a gente achou a necessidade, anotação são temas que a gente está sempre discutindo, mas todo ano a gente têm que fazer um reforço em cima desses treinamentos. Foi a primeira vez que a clínica médica inclusive trabalhou junto com a educação continuada (...) A gente está fazendo alguns treinamentos, de introdução de alguns materiais novos na unidade (EG 7).

Normalmente eu levanto as necessidades quando começa... ou pelo funcionário que vem perguntar, questionar, mais do que o normal o procedimento, pelas falhas que acontecem na unidade, isso é muito claro; começou a acontecer falha, o que está acontecendo? Não está entendendo né? É isso que você está me perguntando? então é isso, pelas falhas e pelo questionamento do grupo, às vezes eu percebo assim algum equipamento... (...) a gente levanta, por exemplo, se têm falhas no processo (...) e esses instrumentais começam a retornar muito a gente percebe essa falha ali dentro (EG 10).

Em estudo desenvolvido por Luz (2000), no qual analisou o serviço de educação continuada em vinte e dois hospitais do município de São Paulo, identificou as iatrogenias em terceiro lugar no processo de levantamento de necessidades. Na visão dos gerentes de enfermagem no estudo desenvolvido por Lorencette (2002) as reciclagens e treinamentos também foram realizadas após identificação de problemas.

No relato abaixo, o gerente reforça que a ação educativa é realizada a partir dos problemas identificados.

(...) detecta algum problema que o funcionário (...) Eu levanto quanto eu tenho algum problema lá que é específico de um determinado procedimento (...) o que é muito específico a gente faz, o que é nosso... Monta um instrumento, monta o conteúdo, divulga para minha equipe, ou, se eu vejo que a educação têm condições de me auxiliar, de me ajudar, e fazer aquilo até por mim, aí a gente também vê com a educação continuada (...) Detectou que está falho, vai fazer, não antes (...) Como prevenção, entendeu? Teve o problema e aí vamos atacar ali. E essas coisas que ficam muito tempo sem aparecer, tem que solidificar em alguém para quando ele aparecer não vai ter falhas ali, não vai acontecer intercorrências, a gente não causar muitas... etc. por isso tem que ter estratégias (EG 6).

Em alguns setores a própria área identifica, planeja e executa as atividades educativas, não envolvendo o serviço de apoio educacional, de forma a manter a educação próxima do trabalho no dia-a-dia da unidade. A ação educativa de trabalhadores deve promover a apropriação de conhecimento orientada para o trabalho vivenciado, portanto, essa abordagem remete à educação permanente, uma vez que a atividade educativa desenvolvida pela enfermagem na unidade é com base na prática cotidiana do trabalho. Conforme Ceccim e Ferla (2006 p. 110), a educação permanente em saúde configura uma pedagogia em ato. O autor acrescenta:

É a escolha por novas maneiras de realizar atividades, com maior resolutividade, com maior aceitação e muito maior compartilhamento entre os coletivos de trabalho, querendo a implicação profunda com os usuários dos sistemas de saúde, com os coletivos de formulação e implementação do trabalho, e um processo de desenvolvimento setorial por encontro com a população.

Então por ex. é identificado que no hospital precisa melhorar punção venosa, então é feito um treinamento com essa temática, outra forma que nós utilizamos a própria unidade identifica o problema e passa pras meninas da educação e em conjunto com elas e o pessoal da unidade, desenvolve aquele tema e depois faz também a atualização. Outra forma de educação também esbarra naquela coisa diária, você percebe que alguma coisa não está boa, e você começa a fazer essa educação na própria unidade e você não envolve a educação continuada (...) Em geral, a gente faz um levantamento anual naquilo que precisa. Como eu faço isso? Eu tenho uma estratégia que eu acho que é comum as outras unidades, a gente se reúne com os grupos e dentro dessas reuniões com os grupos, a gente acaba levantando as demandas. Por ex. se eu tenho algum problema com sondagem vesical, aumento de taxa de infecção relacionada a isso, eu vou fazer uma intervenção naquilo. Então têm essa participação do grupo, têm essa outra que eu acabei de falar que é porque teve alguma situação ruim, emergencial, ou que pode influenciar de forma negativa no cuidado com o paciente, então essa também é uma identificada e a gente

tenta fazer o mais rápido possível, às vezes passa até na frente de uma outra que já tinha sido estabelecida no cronograma (EG 19).

O depoimento a seguir enfoca a ação educativa a partir das necessidades de cuidados dos pacientes. Tomando como base a educação que assume as necessidades dos usuários como núcleo do trabalho em saúde e enfermagem, pressupõe uma ação no local de trabalho, com os atores envolvidos no processo do cuidado. O relato a seguir pode ser analisado sob dois aspectos: por um lado, da ação educativa distanciada da prática das unidades, e por outro, os trabalhadores nas unidades refletindo sobre as necessidades dos pacientes e na necessidade própria para realização de um cuidado adequado à necessidade dos usuários.

A EPS toma como base a relação educação-trabalho e, assim, para a identificação de necessidades de intervenção observa que deve ser considerada a percepção das pessoas acerca da existência de uma situação problema (Haddad 1994).

Uma doença extremamente específica à gente também é que deflagra, vai atrás do conhecimento, passa e divulga e vai indo... no que a gente têm que incorporar na nossa rotina para estar atendendo aquele tipo de paciente (...) Então, nesse sentido é que eu falei para você que a educação fica muito distante, e até não sei se também ela teria pernas para alcançar toda essa dimensão de um hospital (...) Quando elas (educação continuada) sabem a gente já fez tudo, já passou por todo o processo e às vezes ela vai conhecer pela gente. Entendeu? Não porque eles adquiriram conhecimento e estão divulgando para nós, aí o sentido é outro (...) no momento em que eu tenho tranquilidade, não está lotada a unidade, não está desfalcado, a gente consegue ir atrás do conhecimento rapidinho e divulgar (EG 6).

A categoria espaço de troca usuário-serviço e demanda espontânea refere-se, segundo os gerentes, ao levantamento de necessidades na perspectiva dos usuários. Em algumas unidades são realizados os grupo de pais, que são uma iniciativa da unidade no tocante à escuta do usuário, necessidade muito enfatizada no conceito de EPS.

Com os familiares (...) Eu tenho o grupo de pais na unidade, então muitas das coisas que eles trazem podem estar revertendo, em treinamento, então eles trazem coisas de relacionamento, às vezes da equipe... Por que às vezes no dia-a-dia percebe, mas que os pais trazem é muito importante para gente. De relacionamento, a área física, de que forma que está dando a informação (...)

Então o paciente contribui um pouquinho pra gente ta reforçando algumas coisas na equipe, para estar trabalhando isso (EG 3).

Outra estratégia que a gente faz são as reuniões, com acompanhantes, familiares para discutir às vezes como é ficar aqui internado com o filho, discutir essas coisas que é o dia a dia deles então eles colocam, desabafam, que é difícil, dá muito trabalho, falam às dificuldades que são difíceis e aí colocam às vezes algum problema de comunicação com a equipe, alguma coisa que querem (...) a gente faz orientações individualizadas em casos de cirurgia então a gente tem alguns folhetos de orientação que a gente entrega para mães no caso de cirurgias, perguntar sobre algum procedimento (EG 11).

(...) reuniões semanais com os acompanhantes das crianças, então dessa reunião sai muita coisa, por ex. olha, eu sei que está faltando a minha equipe orientar melhor em relação aos horários de alimentação, que eles estão perdidos, não sabem como fazer, e isso surge nessa reunião (...) eles também detectam às vezes algumas coisas que não depende só do meu serviço, são de outros, mas o que eu vejo, quando é questão de zeladoria, de deportaria, de nutrição, o intercambio, a orientação e a melhoria é bem tranquila (...) Eu acho que eles não colocam muito as necessidades deles (EG 6).

Embora exista o grupo de pais, os gerentes expressam a fragilidade do levantamento de necessidades, considerando os usuários. A assistência é realizada a partir da patologia, do “problema” apresentado, da assistência idealizada para aquele usuário, o que é apontado pelos sujeitos como uma problemática a ser trabalhada na instituição no sentido de ampliar o espectro do levantamento de necessidades de atividades educativas. Alguns afirmam que o atendimento aos pacientes é direcionado apenas para o que os trabalhadores consideram importante, numa abordagem biomédica e com foco nos problemas tanto dos usuários, como dos trabalhadores de enfermagem.

Essa é talvez a grande questão a ser trabalhada na educação dos trabalhadores em saúde, uma vez que a assistência deve estar ancorada no princípio da integralidade da saúde e a educação no trabalho tomar o próprio trabalho como princípio norteador das atividades educativas dos trabalhadores de enfermagem. Pode-se facilmente identificar a continuidade de cuidado de enfermagem pautado no modelo clínico de assistência, ou seja, o tratamento é destinado a corrigir as patologias apresentadas. Então, a finalidade do trabalho é a recuperação do corpo doente do indivíduo, mediante o saber clínico pautado no diagnóstico e na terapêutica das doenças. Assim, a assistência de enfermagem é também orientada pelo

modelo biomédico, de modo que o cuidado de enfermagem está centrado na recuperação da doença através de procedimentos técnicos. Vale destacar que a abordagem pautada na execução de técnicas de enfermagem e no raciocínio clínico é necessária e importante para a boa prática de enfermagem, mas não o suficiente, no sentido que as necessidades de cuidado do usuário expressam múltiplas dimensões: biológicas, psicológicas, sociais e culturais.

A gente sempre coloca o que a gente acha importante para o paciente (...) não o contrário. A gente está até pensando em estar desenvolvendo um estudo nisso, para ouvir a clientela mesmo, mas por enquanto... Lógico, o que elas falam a gente acaba levando em conta, mas ainda eu acho que o nosso olhar está muito voltado para o que a gente acha que seja importante (EG 5).

Do cliente eu acho que é nossa grande falha, né. Porque enquanto ele está lá na unidade é difícil ele ter uma percepção nossa, a percepção maior quem têm é a família do que está acontecendo, e é uma visão um pouco estreita, porque ela vem muito pouco, ela vê um retrato, ela não vê o que acontece nas 24 hs. O paciente de terapia intensiva ele está sedado, então a percepção que ele tem é menor. Quando ele está na semi, às vezes a gente consegue identificar alguma coisa, consegue verbalizar e a gente consegue fazer um treinamento em relação àquela demanda que surgiu. Mas eu percebo que essa ainda é uma falha, porque você não tem um instrumento de medida, né? do que quando a pessoa sai ela fala olha, não gostei de tal coisa, que nem no hospital particular você têm. Depois no final da internação, do acompanhamento você vai lá (...) você preenche o instrumento e aí vai te indicar como foi bom o atendimento e você consegue trabalhar com aquilo. Aqui, pelo menos lá na unidade a gente não tem isso, e talvez não consiga responder a todas as expectativas da pessoa e consiga trabalhar aquelas situações, só o que a gente identifica que nem sempre é a visão que o cliente tem da gente (EG 19).

(...) do que busca este público, o que busca este público (...) de perguntar especificamente, diretamente para ele, isso não foi feito nenhum trabalho específico no meu setor, de levantamento de necessidades, o que têm é (...) aquilo que a gente acha que ele necessita de atendimento, o que ele vem buscar em termos de atendimento, médico, medicamentoso e de atividade de enfermagem, o que demanda em termos de cuidados de enfermagem, isso sim. O que você vai tratar é aquilo que está mais evidente em termos de emergência para o paciente. Um bronco espasmo por ex. (...) a mãe e o pai são os principais clientes, nem a criança, às vezes, a gente atende primeiro o pai e a mãe do que a criança. Quer que seja atendido o que? O bronco espasmo. Ele pode ter qualquer outra patologia associada, mas ela quer que tire aquilo especificamente, então é nisso que a gente tem atuado (...) De perguntar para mãe ou para o pai, ou para o acompanhante, o que você acha que precisa... O que você precisa do nosso serviço? Isso especificamente não foi estudado lá ainda (EG 1).

A fragilidade citada anteriormente é reforçada pelo depoimento de um gerente que, em sua pesquisa de mestrado, trabalhou com a opinião do

usuário e detectou que, às vezes, uma mudança realizada no serviço não significa necessariamente corresponder a uma necessidade do usuário, e acrescenta que o usuário deve participar do processo da assistência.

A minha pesquisa foi exatamente com os usuários como eles estão percebendo essas mudanças. É interessante que o usuário te conta várias coisas e você como trabalhadora não percebia (...) muita coisa que a gente mudou talvez não seja a melhor forma, talvez a gente tenha que rever se é realmente aquilo; da forma como está fazendo ou se a gente não tem que estudar um pouquinho o que o usuário, as mulheres têm a dizer, então, eu acho que a gente não têm a fórmula mágica para saber se está certo, acho que o usuário têm que participar dessa decisão, das coisas da assistência (EG 2).

Em apenas um depoimento de gerente é referido o levantamento de necessidades para a implantação de projetos na instituição.

Então, houve um momento, em que entrou a cirúrgica, começou a cirúrgica, então é importante você ter treinamentos nessa área, quando começaram as comissões de éticas, embora já tivesse aqui comissão de ética, a gente teve um enfoque grande nessa área, as questões de humanização do hospital, a questão do idoso, a questão da psiquiatria, que é a área mais recente aqui como grupo de profissionais, então tudo isso vai fazendo com que o serviço de educação continuada e da enfermagem se mobilize (EG 17).

A supervisão como fonte de levantamento de necessidades, apontada pelos gerentes, é identificada como uma ação importante no trabalho cotidiano do enfermeiro, no sentido de identificar pontos críticos na assistência de enfermagem e necessidades de treinamento na equipe. É mencionada como instrumento necessário para acompanhamento e identificação de necessidades, no entanto é aplicada, sobretudo na dimensão do controle.

É a gente procura levantar as necessidades do grupo, o que elas conseguem detectar no dia-a-dia, durante a supervisão, no contato com os funcionários, porque a gente sabe que não dá pra gente reciclar no ano todos os procedimentos técnicos, então a gente vê dentro de uma gama de procedimentos, o que está mais precisando de treinamento, o que as pessoas não estão seguindo as normas, então a gente faz (...) A supervisão dele têm como objetivo maior você detectar a necessidade de treinamento da sua equipe, não só ficar cobrando (EG 3).

(...) Foi dado uma reciclagem sobre injeção, administração IM, mas diariamente a enfermeira fazendo seu serviço, fazendo supervisão, ela está observando se realmente o funcionário está fazendo direitinho (...) Então é uma coisa diária

que a gente faz. E as coisas, a gente vai conversando para tentar melhorar, sanar essas lacunas (EG 5).

(...) como a gente vai levantar as necessidades? Talvez contando aí com a supervisão, e você vai conseguir detectar as necessidades de treinamento na unidade(EG 7).

A supervisão vem sendo abordada na área de recursos humanos em saúde como instrumento importante para o compromisso com a qualidade. Importante mencionar que a supervisão é um instrumento da gerência; portanto, deve ser uma ação constante, com o objetivo de melhorar o desempenho dos trabalhadores.

Na dimensão do controle, a supervisão de enfermagem é orientada para a observação do trabalhador e para seus produtos, resultados, se o que foi realizado corresponde ao previsto. Nesse sentido, a supervisão refere-se à fiscalização dos trabalhadores em função da otimização, utilização da força de trabalho.

Considerando a estreita relação entre os instrumentos de trabalho gerencial de recursos humanos, como treinamento e desenvolvimento, recrutamento e seleção, supervisão e avaliação de desempenho, Peres, Leite e Gonçalves (2005) afirmam que a supervisão é também uma atividade indissociável da avaliação, pressupõe acompanhamento constante do desempenho do trabalhador, evitando assim apontamentos isolados no momento da avaliação se sanados no dia-a-dia do trabalho.

Em um único depoimento dos gerentes é citada a supervisão como instrumento nos âmbitos do controle e do ensino, no qual é enfatizado o “fazer junto” como um momento importante para avaliar a assistência prestada, identificar possíveis necessidades e efetuar as devidas correções e/ou solicitar ação educativa. Aqui, o enfermeiro desenvolve a consciência do trabalho, a articulação teoria-prática, na qual somente o conhecimento científico não é suficiente. O conhecimento puro e simples fica distante da prática e, para o trabalhador, é necessário o conhecimento do processo por inteiro, desenvolvendo a articulação através da cooperação na equipe.

Em pesquisa desenvolvida por Silva (1997) sobre supervisão identificou que supervisionar é fazer junto e a autora acrescenta que o

trabalhar junto pode amenizar uma situação de controle contínuo e direto e também “resgatar o contentamento, o envolvimento, a responsabilização, amenizar a alienação na qual se encontram os agentes de trabalho”.

O caráter educativo para Peduzzi (1992) refere-se à reflexão crítica sobre a prática do trabalho, no qual através da análise do trabalho realizado é possível elaborar novas sínteses com base nas experiências empíricas e conceitos teóricos.

Através de uma supervisão que é feito na unidade, você acaba detectando algumas problemáticas que no dia-a-dia não dá para você estar sanando (...) A enfermeira visualiza um ponto crítico na unidade. Alguma defasagem que tem de alguma parte assistencial, de destreza ou até de conhecer (...) a gente faz algumas propostas para educação para sempre ter reciclagens repetitivas de alguns termos mais freqüentes, para evitar riscos, iatrogenias (...) as enfermeiras percebem algum ponto crítico que precisa ser melhorado, ou atualização ou curso, as enfermeiras propõe para o pessoal da educação também alguns cursos (...) Problemas assistenciais. Como eu consigo saber se determinado procedimento está ficando falho, prejudicando a assistência de um paciente? Supervisionando. (...) não só supervisão “olhada”, digamos assim; atuando junto com a equipe, então, as enfermeiras do pronto socorro fazem parte da equipe (...) Fazer junto, atuar naquele procedimento junto, porque nosso grupo é daquela opinião; se você não domina o que você está fazendo fica difícil você passar o correto, ou visualizar o que está errado. É fácil você ver a teoria, mas a prática muda muito. (EG 4).

Nesse contexto, Peduzzi e Palma (2000, p. 242) dão realce à supervisão como um importante instrumento de desenvolvimento dos trabalhadores e das equipes, e acrescentam:

A supervisão tem a peculiaridade de estar inserida no próprio cotidiano do trabalho, como um dos trabalhos parcelares que pode compor o dia-a-dia dos serviços. Neste sentido é uma ferramenta do trabalho coletivo, de natureza gerencial, que se caracteriza como “tecido conjuntivo” ou como “argamassa” ao articular os diversos momentos e trabalhos operacionalizados pelos variados agentes.

Contudo, os estudos sobre supervisão em enfermagem mostram a ação focada na dimensão do controle (Silva, 1997). Costa e Shimizu (2005) constataram que, dentre as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros classificadas como administrativas, assistenciais, educativas e relativas ao sistema de informação, as atividades educativas apresentaram grande discrepância em relação às outras atividades, apenas 4.1% das atividades, e

nas atividades administrativas, a ação de supervisão estava direcionada para a dimensão do controle, sendo identificada em apenas 10,5% do total.

O processo de trabalho em saúde está pautado nas necessidades de saúde dos usuários e, particularmente na enfermagem, direcionado à produção do cuidado, assim, de acordo com Peduzzi (1992) a supervisão tem como objetivo último a garantia de qualidade do trabalho desenvolvido, individualmente e pelo conjunto dos auxiliares. A autora enfatiza que o supervisor não deve se colocar na posição de “dono do saber” e sim estar aberto para vivenciar a educação no trabalho, onde o aprender e o ensinar fluem entre todos os agentes.

Em algumas unidades os trabalhadores de enfermagem de nível médio levam para sua chefia as dificuldades em lidar com determinadas situações, o que pode gerar atividade educativa. No excerto abaixo, identifica-se a necessidade partindo do trabalhador, ou por observação no cuidado de enfermagem, ou na escuta do usuário. Diferente do processo de levantamento de necessidades com foco nos problemas de desempenho dos trabalhadores de enfermagem, aqui observa-se o levantamento e atividades educativas de trabalhadores com foco nas necessidades de cuidado dos usuários.

Esse ano, eu pedi para enfermeira do serviço de apoio educacional que eu gostaria de ter uma reciclagem sobre curativo (...) Isso, uma questão da demanda que a gente teve lá, teve uma paciente que teve uma infecção na incisão, então ficou um grande tempo fazendo curativo, então é uma coisa que modificou a rotina lá da unidade, então todo mundo acabou envolvido (...) é uma equipe muito tranqüila da gente estar trabalhando, tanto as enfermeiras como as funcionárias também, que a gente conversa muito, quer dizer... Então muitas coisas que a gente coloca, são coisas que a equipe traz para gente, e juntas a gente procura tá fazendo isso (EG 5).

No depoimento a seguir, pode-se identificar o levantamento de necessidades com base na escuta, comunicação do trabalhador com os usuários e através de resultado do processo de trabalho, como se observa no segundo depoimento. Esses depoimentos remetem à EPS, já que, através da avaliação da assistência prestada, ocorreu a mudança no processo de trabalho após ação educativa. A EPS coloca

o trabalho em análise, baseia-se na aprendizagem significativa, ou seja, a partir dos problemas do dia-a-dia, e considera os conhecimentos e as experiências que os trabalhadores já possuem (Ceccim e Feuerwerker, 2004; Ceccim, 2005; Ceccim e Ferla, 2006).

Em toda área, uma necessidade que foi gerada aqui, que aí a gente sentiu a necessidade e a gente tem feito as reciclagens também (...) para uma intramuscular de ventroglútea que a gente ouve na literatura é maravilhoso... Nós não estamos fazendo, e não é possível! Ninguém faz, nós que somos um hospital escola nós temos obrigação moral e cívica de fazer um negócio desse. Ficamos 2 anos, nós chefias, enfermeiros, estudando, estudando, estudando, batemos o martelo, fizemos um protocolo em que a gente coloca ela como primeira opção de local, de aplicação IM, e a gente tem feito, nós temos feito (...) como é que levantamos a IM? (...) Porque a funcionária escuta a mãe na sala de medicação (...) que é o local onde eu tenho maior número de procedimento direto, Olha, as mães estão reclamando que tem umas que dão a injeção aqui, outras dão ali, qual é o certo? Então, existe uma pressão da equipe de nos cobrar, nós enfermeiros e falar, olha, qual é o procedimento certo? (...) então, ele casa tudo, desde uma solicitação, reivindicação da própria população, das mães, de falar, olha, escuta, a outra menina deu aqui, a outra deu ali, então elas começaram a ver que tem locais que são diferentes. A funcionária é uma grande fonte (EG 1).

O levantamento é feito em cima da necessidade, qual a demanda que eu tenho (...) é um pouco em cima daquilo que eu já tinha falado da demanda que vem dos funcionários, que eles colocam que sente falta ou, que está estudando, da necessidade que os enfermeiros trazem e que a chefia observa através dos resultados no processo de assistência, no processo de trabalho. A gente teve no ano passado um evento que a gente achou que estava tendo muita infecção, mas assim, um numero significativo de infecção de cirúrgico de crianças que internavam para fazer apendicectomia, aí a gente sentou numa conversa aberta, o que será que está acontecendo? O que pode ser, qual é o nosso processo de trabalho, e o que a gente pode estar fazendo para melhorar? (...) Essa criança vai direto do pronto socorro infantil para o centro cirúrgico, geralmente é uma cirurgia de urgência, então todo aquele preparo que a gente faz na enfermaria não era feito com esse tempo antecipado, próximo da cirurgia, não se usavam um anti-séptico, era água e sabão então a gente implementou isso mas discutindo com a CCIH então foi esse resultado aí de infecção que me chamou a atenção e a gente foi rever o processo de trabalho então, a gente viu isso que precisaria fazer com outro anti-séptico, como a gente não sabe em que momento vai ter a vaga no centro cirúrgico então fez um anti-séptico que tinha efeito residual, para poder ter efeito maior até mandar pro CC (EG 11).

A CCIH e outras áreas emergiram em alguns depoimentos dos gerentes como maneira de identificar necessidades para implantação de atividades educativas de trabalhadores de enfermagem. Assim, algumas atividades são desenvolvidas em parceria com a CCIH, demonstrando nos depoimentos ser a área mais presente, de maior parceria. Dos treze

depoimentos dos gerentes, em um único identifica-se também a parceria com outros serviços, como farmácia.

O trabalho em saúde é complexo: decorre da diversidade de profissões, profissionais, usuários, tecnologias, relações, é heterogêneo; pois apresenta diversidade nos processos de trabalho e é fragmentado. Portanto é importante destacar que o trabalho das diversas especialidades e/ou áreas com os saberes específicos se complementa no trabalho coletivo. Dessa forma, é necessário criar espaços de discussão do processo de trabalho de cada unidade e de outras que compõem o mesmo processo. Assim, identifica-se no depoimento apresentado a seguir uma articulação de trabalho da enfermagem com a CCIH, porém, com outras áreas, é ainda frágil essa articulação, tal como a farmácia.

(...) verifica através de resultados do processo, por exemplo, aumentou a taxa de infecção hospitalar em determinada paciente que pode ser por conta de um procedimento, então a gente discute com a CCIH também vê essa possibilidade e programa aí como curso (EG 11).

A CCIH tem toda uma coisa de orientação interna, daquilo que é possível fazer, porque a gente não pode necessariamente mexer numa estrutura física, mas dentro daquilo que a gente têm o que é possível fazer, então isso também a gente conversa, com o laboratório, com a farmácia (...) então a gente estuda, a gente conversa com várias áreas. E isso tudo gera treinamento (EG 1).

As categorias empíricas identificadas em relação ao levantamento de necessidades de atividades educativas permitem uma observação considerada relevante. Em nenhum momento é mencionado pelos sujeitos gerentes o processo de enfermagem como um instrumento que permite identificar necessidades dos usuários e capaz de gerar demanda educativa para o trabalho.

O processo de enfermagem, considerado um instrumento do processo de trabalho do enfermeiro, vem sendo muito utilizado no âmbito do trabalho e muito enfatizado no ensino, no sentido de individualizar a assistência de enfermagem através de uma abordagem de resolução de problemas, melhorando assim a qualidade de assistência prestada aos usuários.

Compreendem o processo de enfermagem as fases: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação, que direcionam a individualização do cuidado individualizado (Rossi e Casagrande, 2001).

No entender dos autores, o processo de enfermagem pode ser entendido como uma ação estratégica, um meio que orienta a realização dos cuidados de enfermagem com base em escolhas racionais e que além do método, como seqüência de passos definidos para o alcance de um fim específico, pressupõe o cuidado centrado na pessoa, a partir de uma ação em que o entendimento é fundamental, caracterizando-se portanto, uma ação comunicativa.

O histórico, primeira fase do processo de enfermagem, é uma etapa importante na qual, através da interação enfermeiro-cliente, será realizado o levantamento de dados por meio de entrevista e exame físico, o que possibilitará uma visão do paciente, no contexto biopsicossocioespiritual, identificando as necessidades afetadas e adotando condutas relativas às manifestações do paciente de maneira direcionada e sistematizada (Gutierrez et. al. 2001). Para realizar o histórico de enfermagem é necessária ação reflexiva com o objetivo de identificar os problemas de enfermagem de forma a direcionar a assistência às necessidades do indivíduo.

Conhecer a prática diária do processo de enfermagem implica compreender como o trabalho de enfermagem está organizado, o significado cultural que os profissionais atribuem a essa metodologia de assistência e os fatores que interferem nessa prática (Casagrande e Rossi, 2001).

Partindo do pressuposto de que na instituição do estudo a SAE é tida como elemento norteador da assistência de enfermagem, garantindo a qualidade de cuidado individualizado aos usuários, e que a instituição foi pioneira na sua implantação, desde 1981, presume-se a SAE como um processo importante para o levantamento de necessidades dos usuários.

Portanto, a educação do trabalhador apresenta uma relação direta com a assistência de enfermagem e com a SAE, como instrumento que pode direcionar o levantamento de necessidades dos usuários e, a partir

deste e da supervisão, ser possível identificar necessidades educativas para os trabalhadores de enfermagem com vistas a melhorar a qualidade de assistência.

5.3 RESULTADOS ESPERADOS

5.3.1 Enfermeiros

Na análise dos depoimentos dos enfermeiros foram identificadas as seguintes categorias empíricas para os resultados esperados a partir da execução de atividades educativas: melhorar a qualidade de assistência, e mudança de comportamento.

A categoria melhorar a qualidade de assistência é identificada por todos os enfermeiros. Contudo, é referido nas entrevistas de forma genérica e abstrata, sendo necessário analisar os sentidos que a melhoria da qualidade de assistência pode expressar. No excerto a seguir, a enfermeira relata que a atividade educativa é muito importante porque com o passar do tempo o trabalhador apresenta uma tendência a criar vícios, o que fragiliza sua prática no dia-a-dia de trabalho. Nesse sentido, a atividade educativa para o depoente é imprescindível para o trabalhador não cair na “*mesmice*”, não realizar mecanicamente o seu trabalho, desenvolver um trabalho mais humanizado para cada paciente.

Eu acho super importante por que... Pra atualização, tem muitas coisas acontecendo, mudando, e também porque a gente tem tendências a criar vícios, então acaba às vezes fazendo alguma coisa que não é correta, então cria vícios mesmo, reciclagem é diário mesmo, uma coisa importante, contínuo (...)então tem aquela coisa do dia-a-dia do volume de trabalho e fica aquela coisa muito automática, muito mecânica, então, o que se espera é melhorar sempre a assistência, que seja mais humanizada, mais voltada assim, particularizada para aquele paciente que precisa que não seja só aquela coisa – dá banho, trocar, dar dieta, aquela coisa... Mais humanizado, observar mais aquele que precisa em relação aquele bebê, aquela família (...) que as reciclagens tragam subsídio, informação, atualização para isso. Assim, para pessoa não cair naquela mesmice e ser automático no fazer o trabalho (...) todo mundo que passou por essa reciclagem sentiu isso – Do canguru (...) Eu senti que fazíamos tudo errado. Nossa! Que o ideal para ele é ficar quietinho o maior tempo possível, dormir, menos stress, menos intervenção, se você puder

agrupar, minimizar isso é melhor (...) Reciclando, educação contínua para melhorar a assistência. (EA 25).

As ações educativas parecem sinalizar a mesma fragmentação existente nas ações do trabalho, de forma a não conseguir mudar o “fazer automático” do trabalhador e possibilitar a reflexão sobre a prática.

A educação em saúde deve promover mudança no trabalhador, de forma a proporcionar reflexão sobre a prática, como almeja o depoente referido acima, a fim de que o trabalhador incorpore em suas ações princípios de integralidade da atenção e humanização do cuidado.

Para Ceccim (2005), a estratégia de EPS constitui recurso fundamental para as transformações no trabalho, para uma atuação crítica, reflexiva, compromissada e tecnicamente competente. Portanto, é necessário descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica por dentro do setor saúde, ou seja, entre os trabalhadores, gestores, formadores entre si e com o controle social em saúde.

O depoimento a seguir relaciona a capacitação dos enfermeiros com a melhora da qualidade de assistência visto que o trabalho educativo do enfermeiro tem repercussões na atualização da equipe de enfermagem e esta, por sua vez, repercussões no cuidado de enfermagem.

(...) na capacitação do enfermeiro em curto prazo você espera que os enfermeiros dêem um retorno para equipe e ajude no treinamento da equipe, não sei (...) então, a partir do momento que você consegue capacitar as pessoas a qualidade da assistência vai melhorar e aí diminui indicadores de qualidade e melhora os resultados, então, o benefício é para o paciente, o benefício que a gente visa é sempre melhorar a assistência, melhorar a qualidade. Então a gente treina, desenvolve as pessoas, investe nessas pessoas e em longo prazo é isso, que melhore a qualidade da assistência (...)a gente teve esse treinamento de precauções de contato, eu acho que isso é um resultado esperado em curto prazo, no caso de infecção você espera que diminua, aqui no berçário a gente tem alguns picos dependendo da época do ano (...) Então eu acho assim vocês reforçam os funcionários na lavagem das mãos, no uso de luvas, todo mundo sabe, mas se você reforça isso sempre você não deixa cair no esquecimento, sempre cobrando, melhora o atendimento. Eu acho que em curto prazo seria isso, por ex. curso sobre a manipulação de cateteres, a partir do momento que você treina a manipular esses cateteres você diminui as obstruções de cateter, o risco de infecção, mas você tem que diminuir a perda desse cateter, então, em curto prazo é isso, algo bem pontual. (EA 13).

No excerto acima, pode-se identificar como resultado esperado, a partir das ações educativas, em curto prazo, melhor desempenho de procedimentos e, em longo prazo, a melhora na qualidade da assistência de enfermagem. Porém, no excerto a seguir, que traz como foco a implantação de um projeto institucional, é possível identificar que ocorreu mudança em curto prazo, de comportamento e atitude, pois houve sensibilização para as necessidades do cuidado ao paciente.

Do usuário. A gente espera que a qualidade de assistência melhore (...) tanto para nós como profissionais, como para os usuários (...) Bem, os resultados esperados é que todo mundo assimile o que foi passado dessa parte educativa. (...) você faz um treinamento para aperfeiçoar (...) essa sensibilização do canguru, isso é uma coisa que mudou muita coisa, foi mudando rapidamente (...) Essa parte de estar ouvindo mais o familiar, a mãe, dando mais atenção (...) Do que a mãe fala, do que o pai fala tá tentando não bater de frente com algumas coisas, de tá pensando que a pessoa deixou o filho internado, tem todo um contexto, então isso é importante, então, essa sensibilização do canguru aí de imediato você sentiu algumas mudanças. Falar alto, um monte de luz acessa então você vê isso de imediato (EA 23).

O depoimento abaixo relata que em todas as atividades relacionadas à procedimentos técnicos há uma resposta rápida do trabalhador; por outro lado, desenvolver questões relacionadas mais diretamente à comunicação e à interação com os usuários e acompanhantes é mais difícil e demorado.

Também é possível identificar nos depoimentos que o tempo transcorrido entre as atividades educativas é inimigo de uma boa assistência, uma vez que “o como fazer” vai se perdendo aos poucos. Isso remete à necessidade de um acompanhamento no dia-a-dia do trabalho, de forma que se torna imprescindível a ação de supervisão em especial na dimensão educativa, para o acompanhamento do trabalhador. Isso corrobora com Peres, Leite, Gonçalves (2005), ao considerarem que os problemas isolados apresentados pelo trabalhador poderiam ser resolvidos por meio de acompanhamento e orientação constantes, em vez de serem apontados somente no momento da avaliação.

A gente sempre espera resultado em curto prazo (...) se faz atividade se espera que a curtíssimo prazo a pessoa absorva e já pratique (...) Tudo que é relacionado à técnica a resposta é rápida, por ex. treinamento com jelco, scalp, em geral eles gostam muito e a resposta é rápida, porque eles acham que vão testar e aí já põe em uso... Então, a resposta já é bem rápida. (...) Quando é uma atividade, as coisas assim que são mais subjetivas, assim, as atividades

com a família, uma atividade... quando você fala de observar, de orientação, isso daí é difícil de absorver, de conseguir que a pessoa faça (...) tudo que é mais subjetivo, quando você pede silêncio (...) Quando você fala, não coloca isso na incubadora, não coloque isso, não faz barulho, não bate, vira o bebê assim, que troca assim, sabe, no toque, põe a mão assim, não fica fazendo assim entendeu? Então assim, tudo isso é mais difícil de você treinar, ou de você fazer a pessoa entender, ou de você ensinar, a parte subjetiva, acho mais difícil de entender (...) eu acredito, para que todas as atividades no geral se perpetuem, que as pessoas continuem fazendo, eu acho que precisaria sempre ter uns lembretinhos, porque à medida que o tempo vai passando, a pessoa vai adaptando o jeito de tá fazendo, e, uma coisa é você cuidar de dois pacientes, outra coisa é você cuidar de cinco. Então assim, de dois você cuida do jeito certinho, mas de cinco você vai adaptando a técnica. E aí você adapta tanto, tanto, tanto, que quando você cuida de dois, você adaptou e você cuida do jeito adaptado (EA 15).

Conforme o excerto acima, a maneira de cuidar vai sendo re-interpretada pelos trabalhadores e, com o passar do tempo, é realizada de forma adaptada, de forma que é necessário articular as atividades educativas de trabalhadores de enfermagem à supervisão no cotidiano do trabalho. Nesse sentido, educação permanente e supervisão na dimensão educativa são ações que compõem o mesmo processo.

O depoimento abaixo relaciona a qualidade de assistência à consciência do trabalho, com base na qual o trabalhador melhor preparado terá condições de promover a educação do usuário de forma apropriada, e fornecer melhor assistência através da reflexão sobre a ação, de modo que os usuários consigam dar seguimento ao tratamento no seu domicílio.

(...) Você espera que realmente a mãe consiga cuidar dessa criança fora daqui, que ela tenha todo o acompanhamento em ambulatório, que ela consiga detectar uma série de coisas na criança, que ela vai ter dificuldade (...) Eu realmente espero que ela tenha condições, mas isso é um acompanhamento em longo prazo, não só daqui, mas em ambulatório, porque tem toda uma orientação ainda a ser seguida fora daqui (...) Que ele (trabalhador) esteja satisfeito que ele tenha consciência daquilo que ele fez que seja de forma harmoniosa, que faça com técnica, que ele entenda o que está fazendo, não só técnica, mas que entenda, que tenha consciência daquilo que ele fez, não uma coisa mecânica. Que faça com consciência, e não no automatismo (...) Eu acho que o resultado seria uma coisa harmoniosa (...) Que a unidade cresça, se desenvolva, que caminhe pra frente, que busque novos conhecimentos (EA 24).

Em longo prazo, no excerto abaixo, espera-se que as ações educativas desenvolvam no trabalhador maior interesse pelo trabalho, com melhora do relacionamento na equipe.

(...)em relação os trabalhadores (...) você melhora o ritmo de trabalho de uma forma geral, o clima, a condução do trabalho, o relacionamento interno com a equipe, com o tempo à gente espera que melhore (...) Em longo prazo... Eu acho que acaba motivando o profissional para o trabalho (...) o funcionário começa a perceber que o conhecimento vai aumentando, ele não é um robzinho que fica fazendo as coisas sem pensar, você faz as coisas, mas tem que pensar em estratégias que possam realmente fazer diferença no indivíduo. Então eu acho que isso faz com que a equipe desenvolva maior interesse pelo trabalho, eu acho que isso em longo prazo é uma consequência (EA 13).

A categoria empírica mudança de comportamento aparece em dois depoimentos das entrevistas dos enfermeiros assistenciais: por um lado, como o principal desafio para as atividades educativas e, por outro, como resultado possível, inclusive em curto prazo, desde que a atividade educativa tenha como objetivo sensibilizar o trabalhador para determinadas necessidades de cuidado dos pacientes.

A mudança de comportamento parece ocorrer quando há sensibilização dos trabalhadores através das atividades educativas, como é possível identificar nos depoimentos nos quais é referida a implantação do “método canguru”, citado pelos trabalhadores que participaram da atividade. Isso traduz que as ações educativas, implicam também a capacidade de desenvolver a consciência sobre o trabalho para promover a mudança da prática.

Considerando que o processo de trabalho em enfermagem seja orientado pelas necessidades de saúde e, em especial, as necessidades de cuidado de enfermagem dos usuários do serviço, entende-se que a possível mudança de comportamento no trabalho possa ser potencializada à medida que o comportamento esperado esteja relacionado ao objeto de intervenção. Como foi apresentado no referencial teórico, o objeto de trabalho do processo de trabalho do enfermeiro pode ser interpretado como as necessidades de cuidado de enfermagem em duas vertentes, com foco na dimensão biológica e dos procedimentos ou com foco nas múltiplas dimensões do processo saúde-doença biológicas, psicossociais, culturais e do auto cuidado.

Essa do canguru (...) quem não fez ficava questionando, uma guerra... Não uma guerra, mas vamos supor, um saiu, apaga a luz, aí outro, Ah! essa

escuridão aqui; acende a luz, aí não adianta você ficar explicando, falando, que só vivenciando o curso é que muda o comportamento, então essa foi uma coisa que foi bem gritante (EA 25).

E assim, para o trabalhador mudar ou incorporar novos elementos à sua prática, precisa vivenciar o desconforto com a realidade naquilo que deixa a desejar de integralidade e de implicação com os usuários *esse desconforto funciona como um estranhamento da realidade, sentindo que algo está em desacordo com as necessidades vividas ou percebidas pessoalmente, coletivamente ou institucionalmente* (Ceccim, Ferla 2006 p. 109)

5.3.2 Auxiliares e técnicos de enfermagem

Na análise das entrevistas dos trabalhadores de enfermagem de nível médio foram identificadas as categorias empíricas: melhorar a qualidade de assistência, definição clara e precisa das atribuições dos trabalhadores de enfermagem e uniformidade das condutas de enfermagem.

A melhorar a qualidade de assistência de enfermagem é citada em quatro entrevistas dos trabalhadores de nível médio, mostrando relação com os cuidados aos usuários e orientações para que possam dar continuidade ao cuidado fora da instituição, bem como a redução do tempo de permanência dos usuários no serviço.

O segundo excerto apresenta uma reflexão relevante do depoente sobre as ações educativas no trabalho, uma vez que traz ao centro o processo de trabalho no qual analisa e discute as ações executadas, utilizando a ação educativa vivenciada, o comportamento do trabalhador e a necessidade do usuário, com foco na humanização do cuidado.

As orientações também que eu passo pra pessoa (...) aqui no caso para as mães, a educação no caso da higiene pessoal, como higienizar o bebê que é super importante para não abrir porta pra infecção, pra que ela não volte aqui devido a uma falha de uma higiene pela falta de orientação que não foi dada (TE 9).

Os resultados é para gente diminuir a estadia deles (bebês) no hospital (...) Se a gente trabalhar direitinho, fizer as coisas conforme (...) técnicas (...) controle de infecção, todas essas coisas, respeitar o horário de sono, porque para o prematuro é muito importante ele dormir, sabe às vezes a gente fica falando alto perto da incubadora, bate na incubadora (...) Fiz um curso que falou isso, que a gente precisa pensar bem nos bebês, porque é assim, igual você falou aí, resultado, resultado se a gente parar de fazer algumas coisas, por exemplo, andar de salto na sala de semi (intensiva) que só tem prematuro, é muito alto aquele barulho para eles (...) no horário de descanso não deixar puncionar, não deixar fazer nada, que é horário de sono e o sono profundo no prematuro é 20 minutos então o que a gente vai fazer em 20 minutos que ele tá dormindo? Então são coisas assim que eu acho que se a gente fizer, se a gente for bem treinada nisso vai realmente... Outro exemplo, quando ele está muito agitado, o prematuro, você põe uma mão na cabeça e outra na perna, fica um pouquinho ali, mas tem que ter silêncio, aí ele se acalma, ele dorme, então, eu acho que todo mundo tinha que saber isso, algumas coisas... Ah! (...) você vai dar o leite para o nenê que esta tomando banho de luz, protetor ocular, você vai lá e senta ele, toma o leite com o olho fechado, eu já passei por isso, porque num curso que eu fiz eles fecharam nossos olhos e vieram com um negócio na nossa boca e ah! Eu não comi, então, a gente tinha que saber que é a mesma coisa para eles, aí põe para ele cheirar, depois pergunta para ele se ele quer, e a gente tem mania...toma o leite no copo, porque aqui é no copo, a gente senta eles e toma leite!. São coisas assim que eu acho que todo mundo teria que saber que trabalha com neném, se todo mundo fizer isso, a gente diminuía a estadia deles no hospital, porque eles ficam... Ah... Lavadinha de mãos, aquelas coisas de sempre que tem, nossa. Às vezes, ele (bebê) fica nervoso... De tanto barulho coitado, dormiu! (...) prioriza o serviço (...) eu acho que tinha que ter cursos, todo mundo tinha que ter esses cursos para gente falar a mesma língua, a mesma equipe tem que falar a mesma língua e agir igual, eu acho que se tiver bastante curso, em longo prazo, teria um hospital bem... "Amigo da Criança" (...) a estadia deles diminuía mesmo, porque às vezes o bebê... Ele tem stress, ele fica estressado. (...) Então, esse curso do método canguru acho que seria o mais ideal para ser em curto prazo, é um curso de três dias e... Eu acho que se todo mundo tivesse feito este curso (...) uma das coisas que daria em curto prazo (...) Porque é muito bom esse curso, nossa! (...) É muito humanizado esse curso. Ah, muitos benefícios, eu acho que qualidade na assistência, o que pode trazer é qualidade maior na assistência de enfermagem. Por mais que a gente tente (...) sempre a nossa profissão é um eterno aprender, a gente sempre está aprendendo, sempre está mudando. Mas eu acredito que seja qualidade no atendimento. Isso é qualidade no atendimento. O resultado... Eu acho que é qualidade no atendimento de enfermagem. (TE 14).

A educação pode e deve proporcionar mudanças nos trabalhadores, de maneira que o atendimento prestado pela enfermagem e/ou equipe de saúde recoloca o paciente no centro, de forma a repensar as ações e transformá-las.

Para Haddad (1994), a educação dos trabalhadores deve derivar de três fontes principais: dos problemas de saúde da população, das necessidades dos serviços em sua função de atender às necessidades da população e pelos problemas reconhecidos pelos próprios trabalhadores

para exercer o seu trabalho. Acrescenta que a missão última dos serviços e dos trabalhadores é satisfazer a necessidade de saúde da população.

No depoimento a seguir, a depoente relaciona a melhora na qualidade da assistência à mudança de conduta do trabalhador. Ressalta a necessidade do acompanhamento, educação no dia-a-dia de trabalho e acrescenta: “acompanhamento não de forma punitiva”. Entende-se que esse acompanhamento deva ocorrer no trabalho articulado da supervisão na sua dimensão educativa.

Bom eu acho que se espera do trabalhador é uma mudança mais de atitude, porque se você recebe uma atualização (...) existe uma absorção do conteúdo que foi passado, existe uma consciência de cada um, porque a consciência é muito difícil de você mexer, é uma coisa muito interna, é difícil você quantificar o resultado, no dia-a-dia você vai ver que às vezes 50% das pessoas absorveram aquilo porque é uma coisa tão interna que a pessoa tem que acreditar que aquilo realmente é verdade para mudar de atitude. Não sei, é difícil. Às vezes a gente observa assim que tem situações em determinadas atualizações que todo mundo é receptivo, tem determinadas atualizações que nem todo mundo aceita ou aceita só na hora, no dia-a-dia não tem tanto impacto, então faltava direcionar realmente para pessoa... (...) Às vezes tem necessidade de acompanhar uma pessoa mais de perto, não de forma punitiva, mas porque ela necessita daquilo, por uma deficiência de assimilar o conhecimento, sei lá... Às vezes não acontece isso, você junta todo mundo, todo mundo faz, tem trabalhador que responde rápido ao que o serviço espera daquele treinamento e tem pessoas que não (TE 08).

Para o trabalhador exercer sua função é requerido um domínio de conteúdo e habilidades do trabalho aliados à consciência do valor do seu saber, que vai definir o seu espaço de decisão, independente do cargo ocupado (Kuenzer 2002). Segundo a autora, essa conquista do trabalhador depende da relação entre os pólos de decisão e de execução, que vai determinar alianças e antagonismos, jogo que demanda conhecimento do trabalho e consciência política, de modo que nem sempre quem tem uma melhor formação, como os enfermeiros, são as pessoas que detêm o maior poder de decisão, e também não pode ser dito que os trabalhadores ligados à execução são os mais capazes para fazê-lo, como acontece no trabalho da enfermagem.

Nesse sentido, o trabalhador, de posse do saber, terá, além do poder de negociar no patamar das decisões inerentes ao trabalho, também

melhores condições de trabalho, promoções, salários, e a autora citada acrescenta:

O poder para decidir se define nas relações concretas de produção, nas quais o domínio do saber sobre o trabalho e a consciência do espaço de negociação que a posse deste saber determina, desempenha papel fundamental (Kuenzer, 2002 p. 100).

No excerto abaixo o depoente relaciona a melhoria em curto prazo ao desenvolvimento técnico, no entanto, refere que a mudança de atitude ocorrer em longo prazo mediante o amadurecimento do trabalhador, de forma que esse amadurecimento gera um novo saber.

Em longo prazo por ex. é mudança de atitude (...) pessoa que tem dificuldade de relacionamento (...) que você fala uma vez, fala duas e passado alguns meses, alguns anos e, quando a pessoa vai amadurecendo aquilo dentro dela ela consegue modificar. Em curto prazo, quando você fala de uma técnica que está errada, e ela passa a executar daquela forma (...) Para o usuário, em curto prazo, quando ele consegue se ambientar melhor, percebe uma organização melhor, a unidade (melhor) e o profissional mais focado na profissão dele, no que ele têm que fazer e a longo prazo é assim, começar a observar no dia-a-dia o que muda, em vez de reclamações, você têm mais elogios, que aquilo vai crescendo e vai te dando mais qualidade do serviço e isso se expanda para a porta, para portaria e todo mundo fala, olha, lá no hospital todos os funcionários estão assim, é o que se espera, que todo mundo tenha o mesmo perfil, que todo mundo siga a mesma linha de raciocínio (TE 08).

Assim, Kuenzer (2002 p.183) relata que o saber não é uma forma autônoma, mas síntese das relações sociais que os homens estabelecem na sua prática produtiva em determinado momento histórico e acrescenta:

[...] ele vai experimentando, analisando, refletindo, indagando, discutindo, descobrindo; e desta forma ele vai construindo um conjunto de explicações para sua própria ação, ao mesmo tempo que vai desenvolvendo um conjunto de formas próprias de fazer [saber fazer].

A definição clara e precisa das atribuições dos trabalhadores de enfermagem é identificada em um depoimento dos trabalhadores de nível médio, no qual demonstra que há pouca clareza na organização e execução do trabalho desenvolvido pelas várias categorias. Isso, para o depoente, é

razão de “stress” no dia-a-dia de trabalho. No processo de trabalho em enfermagem, aos enfermeiros são atribuídas as ações gerenciais e os procedimentos mais complexos e aos auxiliares e técnicos de enfermagem os procedimentos considerados de menor complexidade técnica e as ações do cuidado tais como orientação. De modo que está organizado em conformidade com a divisão do trabalho que mais uma vez não bem caracterizada chega a “confundir” os trabalhadores e as ações de trabalho inerentes a cada um, incluindo o comprometimento das relações no trabalho.

(...) uma melhor visualização da competência de cada um. Muitas vezes se mistura o que é competência do enfermeiro, competência do técnico, o técnico acaba fazendo serviço do enfermeiro, enfermeiro fazendo serviço do técnico, se mistura e ninguém entende, às vezes acaba até tendo problema de relacionamento por conta dessa confusão, aí o técnico fala por que eu vou fazer isso? Isso não é meu trabalho e aí o enfermeiro também não quer fazer porque não é trabalho dele, e fica essa guerra que ninguém se resolve. Então em curto prazo, posicionaria essas práticas para cada um, se... suponhamos que tivesse uma aula que falasse das competências de cada um, do serviço, porque é assim, de repente as pessoas entendessem por que um faz um trabalho e outro não faz. De repente entenderia ou daria um pouco mais de revolta, não sei. Não se sabe o que acontece, mas em curto prazo teria mais organização na assistência, menos stress, menos angústia na hora de cada um desempenhar o seu papel, agora em longo prazo, você conseguiria uma unidade mais harmoniosa, cada um com suas expectativas no trabalho, mais focado. Eu acredito nisso. (TE 8).

Entende-se que a necessidade de melhor definição das atribuições dos componentes da equipe de enfermagem expressa, em parte, os conflitos decorrentes do processo de divisão do trabalho em enfermagem que, de um lado, reproduz modelos conservadores de relações de trabalho verticais e hierárquicos, em que o enfermeiro detém autoridade sobre os trabalhadores de nível médio, e de outro aumenta a fragmentação da assistência e do cuidado de enfermagem.

Em Peduzzi e Anselmi (2003) a distinção entre o trabalho do enfermeiro e do auxiliar de enfermagem expressa conflito e tensão entre o gerenciamento do cuidado, ação privativa e predominante do enfermeiro e a execução do cuidado, a cargo, sobretudo dos trabalhadores de nível médio. Assim, as enfermeiras planejam e supervisionam o trabalho da enfermagem sem a participação dos auxiliares, enquanto este usufrui do contato direto e

permanente com os pacientes e familiares o que também é almejado pelos enfermeiros no cotidiano do trabalho.

A definição das atribuições de cada categoria da enfermagem pode ser alcançada no próprio processo de educação permanente, à medida que este configura espaços de reflexão sobre a prática e de construção de consensos.

A uniformidade nas condutas é referida por três depoentes como resultado esperado das ações educativas. O excerto indica necessidades dos trabalhadores em relação à uniformidade de condutas e de integração entre os agentes que pode comprometer a qualidade do cuidado.

Ah, eu acho que é esperado todo mundo trabalhar igual, pregar as mesmas coisas, fazer as coisas da mesma forma, é claro que cada um tem um jeito, cada um têm um comportamento, mais eu acho que têm toda uma rotina, isso têm que ser seguido. Então é uma coisa assim mais organizada, então eu acho que se espera é isso, todo mundo dar uma boa assistência, todo mundo tem... Eu acho que aqui tem oportunidade igual para todo mundo entendeu? Eu acho que todo mundo têm que fazer, que saber trabalhar mais ou menos igual, e é isso que se espera, para a gente poder estar trazendo isso para o dia a dia, para o seu trabalho, as coisas que você aprende de nova, tentar implantar, tentar aplicar (TE 12).

Eu acho que tinha que ter cursos, todo mundo tinha que ter esses cursos pra gente falar a mesma língua, a mesma equipe têm que falar a mesma língua e agir igual, eu acho que se tiver bastante curso, em longo prazo, teria um Hospital bem... "Amigo da Criança"(TE 14).

Apreende-se, no depoimento abaixo, a uniformidade de condutas direcionada para a execução do trabalho; "o fazer". Enfatiza a importância da assistência de enfermagem na educação do usuário, em relação à orientação que fornecem às mães, podendo inclusive evitar doenças, como um processo infeccioso. Nesse excerto, o trabalhador de nível médio coloca a prevenção de doenças em destaque.

As orientações também que eu passo para a pessoa (...) a educação aqui no caso da higiene pessoal, como higienizar o bebê que é super importante para não abrir porta para infecção, para que ela não volte aqui devido a uma falha de uma higiene pela falta de orientação que não foi dada (...) eu preciso higienizar o coto do meu filho para não ter infecção, têm mãe que não sabe isso, então, eu acho que parte da gente essa orientação para todas as mães, eu acho importante isso, como todos têm que orientar (...) Você espera, que primeiro eu acredito que a qualidade da assistência fique melhor porque eu acho que dá tempo para você assistir a todos de uma maneira igual... É, um

bom desempenho tanto para o paciente quanto para o serviço (...)tudo é um processo eu acredito, às vezes é lento, às vezes é até mais rápido do que se imagina, então eu acredito que as atividades educativas mostram o caminho certo a seguir e eu acho que dependendo pode até ser em curto prazo, dependendo do que for. (TE 9).

Neste sentido, as atividades educativas, promovem maior segurança para executar a assistência aos pacientes. Ampliam a autonomia no trabalho, pois, além da habilidade técnica o trabalhador adquire o conhecimento técnico-científico e tem condições para tomar decisões, sem precisar se dirigir a outro profissional supostamente mais capacitado para isso.

No trabalhador? Ah eu acho que você trabalha mais sem dúvida, você trabalha com mais segurança, mais segurança também para informar os pais (...) Eu estou falando do método canguru porque é o mais recente, mas tem sim, tipo se você põe hoje o neném no colo da mãe, você sabe que você pode pôr o neném no colo da mãe, não precisa ficar perguntando posso pôr no colo ou não? Quer dizer que você não precisa ficar perguntando, se o neném tá bem, você pode pôr (...) Se o neném está passando mal, não precisa se direcionar a elas (enfermeiras) primeiro para poder ir para o médico, posso ir diretamente para o médico, elas dão esse respaldo para gente, coisa que não tem em outros setores, você tem que passar pela enfermeira, para poder passar para o médico (TE 21).

Conforme Kuenzer (2002 p.184),

[...]o homem como único ser na natureza capaz de pensar sua ação, de concebê-la anteriormente a sua execução a partir de fins determinados, o trabalho se constitui como um momento de articulação entre subjetividade e objetividade, entre a consciência e o mundo da produção.

A autora acrescenta que o trabalho é caracterizado como teoria e prática, reflexiva e ativa e que a articulação entre teoria e prática são momentos inseparáveis e relacionados dialeticamente no processo de construção do conhecimento e de transformação da realidade.

A EPS se baseia na aprendizagem significativa, ou seja, o conhecimento novo é construído a partir de um diálogo com o saber já apropriado anteriormente, através de acumulação e renovação de experiências. O conceito de ensino problematizador traz análise e reflexão

da prática no cotidiano do trabalho a partir das experiências com base na interrogação e na mudança (Ceccim, 2005; Ceccim; Ferla 2006).

Em outro depoimento focando os usuários, espera-se como resultado que o paciente seja bem atendido. No depoimento, pode ser observado que a educação propicia uma circularidade: quanto mais desenvolvido estiver o trabalhador, melhor preparado para exercer o seu trabalho e, conseqüentemente, melhor será a atenção à saúde.

Assim, a atividade educativa dos trabalhadores é importante tanto para o trabalhador, como para o usuário e o serviço, configurando um processo circular que envolve a tríade: trabalho, usuário e serviço (Haddad et al. 1994). No entanto, o entrevistado refere que a mudança se dará mediante a conscientização e a participação dos trabalhadores, visto que ele próprio se encontrava muito envolvido, por ser membro do conselho. Essa abordagem é relevante, uma vez que a adesão dos trabalhadores aos projetos da instituição e das respectivas equipes de trabalho está diretamente relacionada à sua participação nos processos de decisão.

Olha, eu acho muito positivo e foi muito bom, porque baseado nessa lavagem das mãos, a bactéria conseguiu ser debelada, ser controlada. Se o trabalhador não tivesse atento, não tivesse disposto a ajudar, a gente estaria com esse microorganismo aí andando pelo hospital inteiro. Através também do serviço de laboratório que nos ajudou a estar fazendo essas pesquisas todas, conseguiu controlar essa bactéria multi resistente, isso significa que o funcionário ajudou, colaborou, se ele não lava a mão direito, se ele não faz direito, teria propagado isso (...) Depois da ação, foi uma coisa rápida, depois assim, tem a conscientização também, não vamos deixar isso voltar, vamos melhorar, por isso que você vê esses cartazinhos em todas as pias, isso faz parte desse treinamento (...) e eu fazia parte do conselho técnico também, então eu ficava sabendo também que tal bactéria é multi resistente então vamos tomar cuidado, vamos estar nos prevenindo (...) Aqui é um hospital escola, um hospital de ensino de boa qualidade e a gente tendo acesso a todas as informações, treinamentos, reciclagens, quem sai ganhando são eles, pelo bom atendimento, pelo bom cuidado, e o que eles ganham também, o conhecimento aqui dentro, que a gente fica com eles a maior parte do tempo, com os pais dos pacientes, porque os pacientes são bebezinhos. Eu acho que tudo é uma cadeia, a gente aprende e acaba ensinando, então eu acho que as atividades são pertinentes, uma coisa com a outra (AE 22).

5.3.3 Gerentes de enfermagem

Em relação aos resultados esperados das atividades educativas, emergiram dos depoimentos dos gerentes as seguintes categorias empíricas: melhorar qualidade de assistência, uniformidade de conduta, mudança de comportamento.

A categoria empírica melhorar a qualidade de assistência também é apontada com relevância nos relatos dos gerentes. No depoimento abaixo, o que se espera é a melhoria da qualidade no sentido da rápida repercussão das atividades educativas no cuidado, embora para aquelas de maior complexidade técnica possa ser necessário mais tempo para a produção de resultados na assistência. É freqüente nos depoimentos os resultados das atividades educativas em curto prazo estarem relacionados a procedimentos técnicos, porém, no depoimento a seguir o tempo necessário para que os resultados no trabalho possam ser observados é referido como: *“depende da complexidade”* apesar de ser a uma atividade voltada para a técnica.

Para você melhorar, agilizar, para você manter uma qualidade de assistência... Um padrão ouro que a gente pode dizer dentro das áreas (...) Bom, como eu estava dizendo, tudo que a gente espera e tem como objetivo é a melhoria da qualidade de assistência que a gente presta e isso não pode ser feito baseado no achismo (...) Curto, médio e longo prazo, depende da complexidade daquilo que se quer modificar. Existem coisas que são muito... Rápidas, modificação de medicação por ex. é imediato, você vai fazer um controle novo, de uma geladeira por causa de um determinado fim, isso também é rápido, em curto prazo, curtíssimo prazo até, em longo prazo foi essa da IM, essa é um ex. que eu te dou assim bem... De médio e longo prazo, e que você tem um retorno até de uma exigência que a população te devolve, daquilo que você tem que fazer certo, entendeu? (...) Da complexidade, que você demanda da mudança com certeza, ela demora mais tempo ou menos tempo. Eu consigo entender pelos exemplos que te dou em pequeno, médio e longo prazo (...) Existem aquelas que são menos complexas, que você tem resultado imediato, até. Os próprios plantões já no dia seguinte, na semana já mudou uma determinada orientação. E às vezes a gente muda até processo de trabalho. Processo de trabalho... A gente mexe com fluxo de paciente, isso é imediato quando a coisa melhora todo mundo adota isso, entendeu? (GE 1).

O processo de trabalho em saúde, particularmente no hospital está organizado com base no modelo clínico de assistência, no qual a produção de cuidados no trabalho coletivo se dá a partir do diagnóstico e terapêutica definidos pelo médico, do qual decorre o trabalho da enfermagem e dos demais trabalhadores (Lima, 1998; Almeida e Rocha, 1997).

A educação dos trabalhadores de enfermagem por sua vez segue esse mesmo modelo biomédico de organização dos serviços que reitera a

divisão do trabalho, a fragmentação do cuidado e dos processos de capacitação do trabalhador. De modo que o debate em torno da melhoria da qualidade de assistência prestada aos usuários pressupõe melhorar a formação e educação profissional e o processo do cuidar.

O cuidar entendido como um processo interativo, no qual além da fundamentação técnico-científico requer experiência, intuição, pensamento crítico, e a intersubjetividade. No entanto, vale enfatizar que a necessidade do usuário que demanda o desempenho de procedimento técnico, deve ser atendida com a propriedade do “saber fazer” que requer conhecimento técnico-científico, articulando à ação e reflexão.

Em longo prazo, espera-se que o trabalhador se torne um profissional mais crítico, que apresente reflexão sobre a assistência prestada aos usuários, questionando, problematizando as ações, construindo conhecimento. Essa necessidade aponta para o conceito de educação permanente em saúde, o qual incide sobre o processo de trabalho, problematizando sobre a própria ação.

Eu acho que é uma ferramenta muito importante para você melhorar a qualidade de assistência. Então essa coisa de educação em serviço eu acho que é importante principalmente para estar revisando todos os processos de trabalho (...) Então o funcionário participando dessas atualizações eu acho que ele tende a ficar mais sensível a essas novas tecnologias, novas atualizações (...) No dia-a-dia ele começa a questionar também a assistência que ele está prestando se realmente é dessa forma que tem que ser, começa ter um olhar mais crítico, se realmente isso pode ser mudado, pode melhorar, então que a gente espera em longo prazo de todo mundo, dos auxiliares, técnicos, das enfermeiras, que elas tenham esse olhar crítico para ir buscar coisas novas (...) A gente percebe que nem todo mundo consegue, mas a gente proporcionando essas atualizações, as pessoas começam a se questionar, será que precisa mesmo? Ou não? Isso para um hospital escola é muito importante, que o profissional que atua ele tenha esse olhar crítico (EG 2).

A EPS coloca o trabalho em análise, que passa a ser entendido como aprendizagem-trabalho, em que o sujeito atua como ator reflexivo da prática e construtor de conhecimento (Ceccim; Ferla, 2006).

Para produzir mudanças é fundamental os trabalhadores serem capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes e capazes de problematizá-las no concreto do trabalho de cada equipe. “É preciso criar momentos que consigam revelar insuficiências, limitações e problemas das

práticas instituídas para que as pessoas se coloquem em movimento” (Feuerwerker, 2003; Ceccim e Feuerwrker, 2004; Ceccim, 2005).

Nos relatos a seguir, as atividades educativas devem proporcionar, em curto prazo, melhora nos procedimentos técnicos; no entanto, o primeiro excerto acrescenta que o trabalhador deve melhorar o cuidado através da aquisição de maior conhecimento sobre o trabalho, tendo condições de explicar ao usuário por que age de uma forma e não de outra. Também expressa que as atividades educativas podem proporcionar ao trabalhador condições para ouvir o usuário, a fim de conseguir identificar outras necessidades. Nesse sentido, Mattos (2004) afirma que através da conversa é possível reconhecer, além das demandas explícitas, outras necessidades de saúde do usuário.

(...) Eu acho que tem coisas que são imediatas, no momento que a gente faz isso vai ter uma repercussão muito boa, vai melhorar, não vai perder o cateter, não vai precisar ficar puncionando todas às vezes, então, nesse sentido eu acho que tem um efeito rápido, em curto prazo (...) na hora em que a gente faz a reciclagem, não coloca só essa parte da técnica, a gente coloca também a teoria, então, sabendo por que ela está fazendo aquilo, colocando para o funcionário... Enfatizando a importância de quando realizar o procedimento para o paciente você estar explicando o porquê, a paciente vai ter uma noção maior do que é aquele cuidado, para que serve, qual a importância, eu acho que com isso, ela vai ter um maior conhecimento que ela vai poder estar discutindo até na casa dela com o meio onde ela vive, e com isso acho que tem uma repercussão grande (...) tentando ouvir um pouco o que o outro...o que o usuário espera, que eu acho que talvez a gente consiga estar sanando melhor essa lacuna, o que ele espera, o que a gente vai oferecer, a gente oferecendo, o que pode não fazer sentido pra ele. Mas eu acho que a gente está caminhando pra isso (...) para os trabalhadores eu acho que é crescimento profissional e pessoal também (EG 5).

O resultado disso vai refletir na qualidade da assistência de enfermagem dentro do setor, eu acho que é extremamente importante ter treinamentos, ter atividades programadas junto com a área (...) Claro que a gente espera que a qualidade da assistência melhore, então, se é um procedimento, ou, se teve alguma falha, ou aumento de infecção, a gente espera... Treinando todo mundo que aquilo deixe de... Ou diminua muito, não ocorra falha, e que as complicações e tudo mais diminuam. O que se pode esperar é na qualidade mesmo (...) claro que o funcionário que está bem atualizado, treinado, ele vai dar uma assistência melhor, ele vai se sentir mais satisfeito, se ele seguir todos os princípios vai trazer uma satisfação para o paciente, para a família, o resultado da assistência final vai ser melhor também (EG 11).

Em longo prazo, identifica-se a apropriação do conhecimento técnico-científico que fundamenta o procedimento técnico. Quanto maior o conhecimento adquirido pelo trabalhador, maior autonomia terá sobre seu trabalho. Todos os trabalhadores em saúde realizam suas ações com certo grau de autonomia e responsabilidade, a depender da sua área de atuação.

Peduzzi, Ciampone (2005, p. 116) afirmam que:

A autonomia profissional representa um aspecto importante do trabalho no campo da saúde, pois as ações não devem ser executadas automaticamente, mas segundo avaliações fundamentadas no conhecimento profissional, a fim de implementar a conduta mais adequada às necessidades de saúde do usuário.

(...) tem que ter consciência do que está fazendo, tem que saber por que está fazendo, para poder fazer direito, se ele não souber o que ele está fazendo ele não faz adequadamente (...) e claro que o objetivo final é assegurar e fornecer um material, um produto de qualidade seguro para o procedimento que ele vai realizar (...) em longo prazo é que ele tenha muito mais tranquilidade, muita consciência do que ele está fazendo, que ele consiga adaptar esse procedimento se for necessário sem interferir, sem ferir um princípio cirúrgico, é isso que se espera do trabalhador no treinamento (...) Assegurar a qualidade do produto (...) A segurança no processo mesmo de processamento dos materiais é ter segurança, oferecer um produto seguro, adequado, que atenda às necessidades de quem está usando, é isso em curto, médio e longo (EG 10).

O depoimento abaixo relaciona a melhora na qualidade de assistência ao conhecimento adquirido pelos trabalhadores para poder orientar os usuários, de modo que esses possam dar continuidade ao tratamento fora das dependências do hospital.

Seria a satisfação do cliente, que o paciente tenha as informações... Que sejam (o auto cuidado do paciente) esclarecidas as dúvidas, qual a nossa filosofia, da prevenção (...) eu tenho pacientes lá que são dependentes de cuidadores, então o próprio familiar que cuida dele ter um treinamento, que a gente consiga transmitir todas as orientações aos pacientes, que ele seja bem cuidado no domicílio (EG 7).

Em três depoimentos, a melhoria da qualidade se apresenta de forma circular, interligada, na qual o trabalhador melhor preparado proporciona melhor atendimento ao usuário e, conseqüentemente, uma melhoria do serviço.

Eu espero que ele (trabalhador) incorpore nas suas atividades, que não guarde aquele conhecimento... Que melhore a sua atuação e isso vai repercutir no usuário, até repercutir na minha unidade como um todo (...) O serviço melhora em todos os sentidos, na assistência, pessoal, profissional, isso tem um crescimento (...) Vai mudar mesmo naquele ambiente, se você pensar só naquela unidade, isso vai repercutir de alguma forma (...) tanto para o profissional, usuários e o serviço (EG 6).

Em relação aos usuários (...) Toda vez que você também desenvolve alguma atividade que você melhore o profissional, você está melhorando o serviço que é oferecido ao usuário, então, você vai encontrar um ambiente... Melhor desenvolvido, com pessoas capacitadas para estar recebendo e atendendo a suas demandas, as suas necessidades, em longo prazo ele vai ter confiança naquela instituição, ele vai voltar e vai ser referência dele no caso do hospital para saúde e pra instituição (...) Para unidade é a garantia de que você vai ter a suas atividades (...) O que oriente a sua prática, seguido pelos funcionários, você vai ter a possibilidade de melhoria na qualidade do seu serviço e respeito, uma unidade que tem credibilidade se comparar com outras unidades, enfim... Acho que é melhoria para o serviço desde o início em curto, médio e em longo prazo, é como se você... Não é estabelecido, mas como se você fosse reconhecido mesmo pela prática que você desenvolve dentro, uma prática forte, com profissionais capacitados, acho que é isso (EG 19).

Isso é bom para o funcionário em curto prazo, porque melhora a qualidade de assistência, isso é bom para o usuário que recebe uma assistência melhor qualificada, tanto em curto, médio como em longo prazo (...) Eu acho que é uma assistência melhor (...) é um benefício não só para o paciente como para o funcionário. O funcionário participando de todas essas atividades, ele fica melhor capacitado, ele dá uma assistência melhor, e o usuário fica mais satisfeito dessa maneira (...) Eu espero que ele desenvolva essa técnica, esse treinamento que ele recebeu que ele desenvolva na unidade (EG 18).

O envolvimento e o compromisso do trabalhador são relacionados pelos entrevistados à qualidade de assistência fornecida aos usuários. O excerto a seguir reforça que somente demonstrar envolvimento remete a um fazer rotineiro, diferente de quando é acrescido do conhecimento teórico-científico que permite um fazer reflexivo, ou seja, aumenta a consciência sobre o trabalho, à não alienação do trabalho. A depoente afirma que o trabalhador envolvido está sempre em busca de novos conhecimentos.

(...) Eu acho que quanto mais envolvido, melhor ele trabalha e quanto mais conhecimento ele tem, melhora porque ele deixa de fazer o "por fazer", e... Eu faço, porque é assim que me ensinaram, porque ele tem o conhecimento. (...) eu sei que é importante eu estar paramentado para fazer aquele curativo porque é um curativo extenso, vai expor uma área muito grande, e o risco de eu estar contaminando e causando um malefício para aquele paciente é muito importante, então, sempre que eu tenho essa oportunidade de conhecer o porquê eu tenho que me paramentar, isso eu estou dando um exemplo bem básico, mas aí, a chance dele se conscientizar de que é importante estar paramentado é muito maior do que é uma regra e eu tenho, pronto, acabou. O

envolvimento é importante, mas o conhecimento é fundamental, senão você acaba fazendo as coisas por rotina, porque é determinado e não porque a sua consciência pede para que você tenha aquele cuidado (...) Em geral, uma pessoa que é envolvida, geralmente ela gosta daquela atividade que ela está e ela busca mais. Ela tem a vontade de estar melhorando cada vez mais a sua prática e buscando conhecimento (EG 19).

A qualificação do trabalhador resulta de sua formação escolar e da educação no trabalho após a formação inicial, de maneira a desenvolver um saber teórico-prático. Com base no relato acima se observa que o conhecimento vai proporcionar, ao trabalhador, possibilidade de reflexão sobre o trabalho, de ampliação do domínio e consciência sobre sua atuação, o que por sua vez, permite enfrentar o estranhamento do trabalho, a alienação.

Para isso, é importante e necessária a educação no local de trabalho, no espaço onde ocorre o processo de trabalho. Na educação afastada da prática, o trabalhador apenas recebe informações de forma fragmentada e replica mecanicamente, comprometendo a integração do processo de trabalho.

No excerto acima percebe-se que o conhecimento técnico-científico colabora para diferenciar a assistência, melhorando a práxis do trabalhador. A práxis da enfermagem, segundo Reibnitz, Prado e Martins, (2006) é uma práxis social específica e se constitui pela relação de diversos atores no processo prático. Configura-se numa articulação teórico-prática na qual o conhecimento técnico-científico é provavelmente o instrumento mais importante e considerado o elemento fundamental para conseguir o mais alto nível de práxis.

E os autores acrescentam que o conhecimento científico e a consciência da finalidade da práxis de enfermagem é condição para o exercício de uma práxis criativa e reflexiva. E, para que essas ações tenham caráter criador, é necessário uma elevada consciência das possibilidades objetivas e subjetivas do homem como ser prático, ou seja, uma autêntica consciência da práxis.

De modo que a práxis da enfermagem é determinada pela satisfação das necessidades humanas de cuidados e seu objeto (o homem),

caracterizada não somente pelo corpo biológico, mas também pelo corpo dotado de consciência e inserido na sociedade, síntese dos processos biológicos, psíquicos, sociais, culturais e históricos.

Portanto, a ação educativa, práxis educativa, irá permitir ao trabalhador a construção da consciência da práxis trabalho e, assim, permitir a reflexão, transformando ações e construindo conhecimento.

Os gerentes ressaltam a necessidade de um processo contínuo educativo, acompanhado de supervisão no dia-a-dia de trabalho evitando o retrocesso.

Em curto prazo o que a gente espera quando você faz um treinamento, alguma atividade, o que você espera que mude de imediato é a qualidade do serviço, da assistência prestada, eu acho que isso é o que a gente espera de qualquer atividade que a gente propõe educativa, de treinamento, na instituição (...) Depois que a gente recebeu o título (projeto institucional) você tem que estar sempre retomando, por mais que todo mundo foi sensibilizado, foi feito os treinamentos preconizados, você percebe que depois de uns seis meses a coisa começa a cair, então você tem sempre que estar dando uma injeção de ânimo, retomando, reunindo a equipe, falando (...) eu acho que é próprio do ser humano mesmo (...) de repente, não sei por que, ou pela dinâmica da unidade, ou o pessoal acha que já domina tudo e aí vai esquecendo então você tem que estar sempre retomando as coisas (...) Então você faz um treinamento, mas ele tem uma validade, um tempo útil, um prazo de validade (...) é uma coisa que não tem fim. Você tem que estar sempre através da sua supervisão, fazendo que as normas estabelecidas sejam cumpridas. Então isso eu acho que é mais difícil, a manutenção daquilo que foi passado (...) no dia-a-dia é com melhoria na qualidade, você estar revendo algumas coisas que no decorrer do tempo elas vão sendo adaptadas, cada dia você tira um passinho porque hoje você está com pressa, se vai... Então eu acho que o objetivo maior é isso, você melhorar a qualidade e estar fazendo uma manutenção disso. Em relação aos trabalhadores (...) Uma outra coisa que a gente tá vendo agora, manutenção de acesso venoso, todo mundo sabe que tem que manter sempre limpo, que tem que estar sempre trocando, mas, por que as pessoas não fazem? É isso que a gente se questiona. Então você faz um treinamento, mas ele tem uma validade, um tempo útil, um prazo de validade, então, eu acho que é uma coisa muito contínua (...) é uma coisa que não tem fim. Você tem que estar sempre através da sua supervisão fazendo que as normas estabelecidas sejam cumpridas (...) Em relação ao serviço (...) não pode parar, às vezes a gente fala, aí de novo eu vou ter que fazer isso...aí de novo...mas com quem a gente conversa de outras instituições, a gente vê que é a mesma coisa. Tem que estar sempre... Não tem uma fórmula mágica de a gente fazer treinamento que todo mundo incorpore e nunca mais você precisa falar naquilo, acho que isso seria ideal. (EG 3).

Contudo, no excerto acima identifica-se uma contradição no qual o depoente reconhece a necessidade contínua das ações educativas, e

expressa uma expectativa idealizada de que a continuidade dessas ações não fosse necessária.

Em relação à supervisão num primeiro momento apresenta maior destaque no âmbito da educação, cooperação na equipe e, no segundo, mais no sentido da fiscalização.

Silva (1991), com base em um estudo bibliográfico associado a uma análise crítica de textos sobre supervisão, realizou uma discussão profunda dos sentidos da supervisão, a partir da concepção da enfermagem enquanto trabalho. A autora apresentou o que chamou de características centrais da supervisão: ensino, controle e articulação política.

Entende o ensino como característica central na supervisão em saúde e enfermagem, uma vez que a abordagem diz respeito ao processo de trabalho, que implica relações interpessoais, inter-grupais, e uma atuação cuja vivência constitui tensões que requer em apoio constante pessoal e institucional.

O controle, no entender da autora, é importante, uma vez que o trabalho é organizado em bases coletivas que demandam, portanto, articulação que lhe confira unidade, de acordo com a finalidade que deseja atingir. A autora considera que a falta de controle, limita o espaço para possibilidades de integração e direção do trabalho coletivo, distanciando-se das preocupações com os resultados e produtos dos serviços prestados.

E, finalmente, no âmbito da dimensão de articulação política, a supervisão vai atuar na posição intermediária e intermediadora dos interesses do grupo (mais envolvidos com a execução dos programas assistenciais), com os da gerência do serviço (geralmente mais envolvidos com planejamento), e dos usuários.

Enquanto instrumento da gerência de enfermagem, os relatos dos gerentes permitem observar que a supervisão apresenta indícios de fragilidade no dia-a-dia de trabalho, pois a ação de supervisão aparece nos relatos mais na dimensão do controle. Contudo, os depoentes referem-se à supervisão como uma necessidade do processo, como já mencionado no levantamento de necessidades.

A categoria uniformidade de conduta também aparece em dois depoimentos dos gerentes como resultado de médio e longo prazo, no sentido de que todos os trabalhadores, de todos os períodos, apresentem condutas assistenciais semelhantes.

(...) a primeira coisa que a gente se preocupa é a qualidade de assistência, isso tem que ser em curto prazo (...) O que a gente espera a médio, o que a gente mais batalha é trabalhar com protocolos de assistência, uniformidade de conduta. Que a enfermeira da manhã, ter a mesma conduta assistencial da enfermeira da tarde e da noite, para você ter três grupos de profissionais da mesma unidade falando a mesma língua. Isso acaba tirando a qualidade da assistência e (...) acaba gerando uma desconfiança no próprio usuário (...) Se você libera um funcionário para fazer cursos, simpósios, congressos, a gente espera uma atualização desse profissional e que ele traga para sua instituição, onde você trabalha para o setor, o que foi de novo que ele viu que ele aprendeu que você possa inserir onde você trabalha uma coisa que você não fazia e se fazia já está ultrapassado. Então é atualização do trabalhador para a melhoria do usuário (...) em médio prazo é aquilo que eu te falei, tudo que você faz pensando em curso, reciclagem, você está pensando na assistência do usuário, então em curto prazo, você tem que ter uma boa qualidade de assistência. Então, o ex. de erro de medicação, se eu tinha uma porcentagem de erro de medicação na minha unidade, eu propus um curso de reciclagem, foi visualizado onde é que estava o erro, então, eu não quero mais que tenha erro (...) É prevenir afastamentos, boa qualidade, evitar erros, mas reflete no hospital inteiro, a própria atualização do funcionário, eu acho que tudo que você me perguntar vai estar interligado tanto instituição, educação como setor, na qualidade prestada ao usuário, eu acho que o foco é esse. (EG 4).

No excerto abaixo, o gerente assinala aspectos gerenciais da melhoria da qualidade de assistência como diminuição do tempo de permanência e redução de custos, com o olhar de quem é responsável pela organização da unidade e enxerga a melhora da qualidade de assistência num contexto no qual estão inseridos trabalhador, usuário e unidade.

(...) é lógico! O que a gente está buscando com esses treinamentos, o quê? Excelência na assistência e a partir do momento em que você treina as pessoas, ou reorienta, atualiza, isso provavelmente vai interferir na assistência final que é a qualidade da assistência da população (...) Para aquele serviço desenvolver suas atividades de uma maneira mais correta, mais certa, em benefício da assistência. Muitas vezes você diminui tempo de trabalho (...) às vezes você melhora uma prática, pra quê? Para aquilo gerar menos despesas (...) é verificado um surto de infecção urinária, então é feito um treinamento para aquela equipe, aquela equipe vai então trabalhar melhor, esse trabalho melhor vai interferir diretamente no usuário, o paciente não vai ser submetido àquela infecção e a instituição também vai ser beneficiada. Por quê? Vai gerar menos gastos, menos custos, menos tempo de internação, e isso também vai beneficiar o próximo usuário, porque esse leito vai rodar mais rápido e ele vai poder ser ocupado novamente por outra pessoa que esteja em necessidade (EG 16).

Como referido anteriormente, neste estudo concebe-se a gerência em saúde e enfermagem como uma atividade meio no qual a ação central está na articulação e integração, que possibilita a transformação do processo de trabalho, atuando nas quatro dimensões: técnica, política, comunicativa e de desenvolvimento de cidadania (Mishima et al., 1997). No depoimento a seguir, em consonância com esta concepção identifica-se uma ação gerencial participativa, na qual o enfermeiro gerente utiliza a prática comunicativa para construir consensos efetivos no trabalho. Assim, o relato do depoente destaca que, para melhor aceitação das mudanças, o trabalhador precisa participar do processo de decisão, ou seja, precisa sentir-se parte do processo. Portanto, quando há o envolvimento dos trabalhadores do nível médio nas decisões da assistência, ocorrem mudanças em benefício do usuário.

(...) eu tenho... Uma forma de gerenciar que eu quero que elas participem muito, porque senão não dá certo (...) Um gerenciamento bastante participativo, eu acredito que eu seja na maioria dos aspectos. Alguns aspectos a gente é meio ditador, uma coisa autoritária, pra alguns aspectos sim, mas eu não vou dizer que é predominantemente autoritário, eu acho que eu tenho um pouco dessa questão de participação. Não adianta você falar olha, precisa ser feito assim... Se elas não se convencem de que aquilo realmente... Ou que aquilo... Podem até se convencer, mas efetivamente dá certo ou melhora algum aspecto, se elas não perceberem isso, aquilo é perda de tempo, elas largam tudo, abandonam mesmo, abandonam de vez (...) Gente, o que eu preciso fazer, o que a gente precisa fazer para que isto efetivamente funcione desta forma, porque vocês não acham que desse jeito esta meio... Está meio ruim? (...) a gente às vezes conversa a respeito disso (...) Vocês não querem um treinamento, como é que vocês acham que pode ser feito isso? Elas colocam... Às vezes muda de idéia, não é treinamento é outra coisa, é uma pessoa, é uma, duas que não fazem naquele plantão e o resto faz tudo certo, sei lá... aí a gente descobre o que está precisando, qual é a necessidade. Que quando parte delas, a coisa efetivamente funciona, funciona... E fica. Eu não tenho dúvida, essa coisa da IM foi uma coisa assim para mim, excelente! (EG 1).

No âmbito da EPS, o grande desafio é gerenciar experiências de aprendizagem que interessem às pessoas envolvidas, que possibilitem elos no processo de compreensão e construção do conhecimento, que promovam modos de pensar inteligentes e criativos para favorecer o desenvolvimento pessoal e social (Ricaldoni, Sena 2006).

A categoria mudança de comportamento aparece nos depoimentos dos gerentes de enfermagem como resultado esperado para que as atividades de trabalhadores apresentem melhoria na assistência de enfermagem.

Pode-se identificar que a mudança de comportamento pode ocorrer até em curto prazo, a depender da sensibilização às necessidades do cuidado de enfermagem que a atividade educativa proporcionou ao trabalhador. A mudança de comportamento parece ocorrer quando o trabalhador acredita que aquela “nova forma” de fazer é a melhor, como mostrado no último depoimento. Isso também remete à educação permanente em saúde, na qual a introdução do novo supõe que o sujeito abandone o que lhe é conhecido para a produção de subjetividade e conhecimento: abrir fronteiras, desterritorializando grades de comportamento ou de gestão do processo de trabalho (Ceccin, 2005).

(...) além de visar uma melhora da qualidade você tem que conseguir uma mudança de comportamento de toda a equipe, então não é uma coisa que você consegue de todo mundo, e, essa mudança de comportamento eu acredito que ela só aconteça mesmo de médio em longo prazo mesmo, você tem que ir trabalhando, falando, por isso que a gente foi muito lento na implantação de cada passo da iniciativa pra ta sendo incorporado e entendido por todos os membros da equipe (...) o método canguru interfere mais numa mudança de comportamento ainda maior, porque implica no teu tom de voz, no falar, na tua maneira de andar, porque você tem que diminuir intensidade de luz, ruído, então isso é ainda mais difícil, porque aí você requer uma mudança de comportamento mesmo (EG 3).

6. Síntese: público participante, levantamento de necessidades e resultados esperados segundo as concepções de trabalhadores de enfermagem (gerentes; enfermeiros assistenciais; técnicos e auxiliares de enfermagem)

Público participante

No conjunto dos trabalhadores de enfermagem, a maior participação dos enfermeiros nas atividades educativas externas é relacionada pelos enfermeiros assistenciais e gerentes ao grande contingente de enfermeiros com pós-graduação na instituição. Além de participar de eventos em busca de novos conhecimentos com vistas a melhorar a assistência local, os enfermeiros divulgam resultados de pesquisas realizadas na instituição, uma vez que em se tratando de um hospital de ensino deve divulgar e socializar o conhecimento e o saber.

Os trabalhadores de nível médio, por sua vez, relacionam a maior participação dos enfermeiros em atividades educativas externas ao seu trabalho de organização e supervisão do cuidado de enfermagem.

Assim, a participação dos enfermeiros nas atividades educativas externas é importante, pois necessitam manter-se qualificados e atualizados com a finalidade de melhorar o trabalho da enfermagem. Porém, na instituição do estudo, este aspecto também é referido como privilégio dessa categoria, o que expressa a divisão do trabalho existente e reitera que o enfermeiro é o responsável pela dimensão intelectual do trabalho de enfermagem, com o reconhecimento e apoio da instituição. Por outro lado, os depoimentos dos trabalhadores de nível médio, atribuem a sua menor participação nas atividades educativas à falta de incentivo e de flexibilidade em escala.

A educação do trabalhador de nível médio aparece em último lugar no estudo bibliográfico que analisou a educação na enfermagem e, no que se refere especificamente a educação continuada, os resultados mostram que o público-alvo preferencial são os enfermeiros (Santiago, Lopes, Caldas, 2002). De forma que a educação para os trabalhadores de nível médio é

pouco valorizada no trabalho de enfermagem e de saúde, o que é contraditório, visto a sua presença majoritária na execução de ações de cuidado aos usuários.

A qualificação do trabalhador para o trabalho em saúde pode ser identificada como uma prática social histórica, constituída a partir das relações sociais e de produção. Assim, na sociedade capitalista, a organização da produção, incluindo a área da saúde, estruturou-se pela divisão social e técnica do trabalho, que acarreta a inserção desigual dos trabalhadores nos processos produtivos, bem como a apropriação desigual do saber e dos serviços e bens produzidos pelo trabalho (Gonçalves, 1992; Almeida, 1986; Peduzzi, 1998; Kuenzar, 2002; Peduzzi e Anselmi 2003; Pires, 2006).

Desse modo, os depoimentos permitem identificar na instituição estudada processos desiguais de educação de trabalhadores de enfermagem, nos quais ao nível hierárquico superior, aos enfermeiros, é proporcionado maior espaço para a atualização e aprimoramento, enquanto à categoria de trabalhadores de nível médio, àqueles que estão diretamente na assistência de enfermagem, são oferecidas menos oportunidades. Tal situação reitera a divisão do trabalho, as desiguais oportunidades de formação inicial e de educação no trabalho e a cisão teoria e prática.

Com base no conceito de pedagogia de fábrica, para o capitalismo operar a cisão entre teoria e prática, configuram-se dois tipos de ensino:

Para a maioria da força de trabalho, ligada às tarefas de execução, a pedagogia do trabalho assume características de um ensino “prático” e parcial de uma tarefa fragmentada, ministrada no próprio trabalho ou em instituições especializadas de educação profissional. Este aprendizado, pelo seu próprio caráter fragmentário, não possibilita ao trabalhador a elaboração científica de sua prática, reproduzindo as condições de sua dominação pela ciência a serviço do capital (...) Para os destinados às funções de planejamento e controle, o ensino do trabalho se faz por meio da apreensão sistematizada do conteúdo científico do trabalho, em níveis médios e superiores de escolaridade, porém, desvinculado da prática cotidiana do exercício profissional. Contudo, é a aquisição deste saber sistematizado e elaborado cientificamente que permite ao profissional de níveis mais altos o domínio do trabalhador em favor do capital, pela compreensão de sua prática e do planejamento e controle externo à sua própria ação (Kuenzar, 2002, p. 48).

No conjunto dos relatos dos trabalhadores de enfermagem, a maior participação de enfermeiros nas atividades educativas externas é relacionada à sua atuação nas capacitações e supervisão dos trabalhadores de nível médio da enfermagem em dois depoimentos dos enfermeiros assistenciais, dois dos trabalhadores de nível médio e apenas em três dos gerentes.

Este resultado chama atenção à medida que no processo de trabalho do enfermeiro, em especial, na dimensão gerencial, a ação está voltada para a organização da assistência e os recursos humanos em enfermagem. Para isso, os enfermeiros gerentes utilizam instrumentos que são próprios do trabalho gerencial, como planejamento, dimensionamento, educação permanente, supervisão e avaliação de desempenho (Peduzzi e Felli, 2005). Portanto, ao enfermeiro cabe a responsabilidade pela educação no trabalho da equipe de enfermagem.

A educação, na compreensão de Ricaldoni e Sena (2006) é:

uma estratégia para que o indivíduo tenha maior capacitação e maior possibilidade de construir-se dentro do mundo do trabalho, como sujeito que constrói e desconstrói, em um movimento dinâmico e complexo mediado, por valores políticos, culturais e éticos.

No entanto, no trabalho em enfermagem e em saúde predomina a concepção de educação considerada continuada como uma extensão do modelo escolar e acadêmico, centrada na atualização de conhecimentos, geralmente de enfoque disciplinar, baseado em transmissão de técnicas com fins de atualização, descontínua da capacitação, com rupturas de tempo, sem seqüência constante e centrada em cada categoria profissional (Davini, Nervi, Roschke, 2002), que se contrapõe a uma educação de questionamentos e resolutividade.

Em cinco depoimentos dos gerentes está presente a dificuldade acarretada pela reduzida força de trabalho, com reflexo na participação dos trabalhadores de nível médio em atividades educativas. Contudo, a

avaliação de desempenho como instrumento gerencial, importante para identificar necessidades do trabalhador e traçar metas de desempenho, emerge em apenas dois depoimentos dos gerentes de enfermagem. Entende-se que isso reflete o caráter normativo da ação gerencial que menospreza a promoção do crescimento do trabalhador, profissional e pessoal, e não vincula as atividades educativas de trabalhadores à avaliação de desempenho.

Na instituição, as atividades educativas de trabalhadores são diferenciadas entre obrigatórias e não obrigatórias. As obrigatórias emergem dos depoimentos do conjunto dos trabalhadores de enfermagem como atividades essenciais para a instituição, como a implantação de um projeto institucional e introdução de novo equipamento. Para a participação nessas atividades, o gerente planeja, realiza uma adequação em escala de modo que todos os trabalhadores de enfermagem participem, e são realizadas no horário de trabalho.

Nas atividades consideradas não obrigatórias, o trabalhador participa se julgar importante adquirir aquele conhecimento, se conseguir ir fora do horário de trabalho para participar, ou ainda se conseguir a liberação no horário de trabalho.

Vale destacar que mesmo conseguindo liberação no horário de trabalho a atividade educativa será restrita a alguns trabalhadores, refletindo uma educação bastante fragmentada, considerando o total dos trabalhadores, pois a unidade mantém o pleno funcionamento e os trabalhadores que permanecem respondem pelos cuidados assistenciais dos que saíram para participar de atividade educativa.

Em contrapartida, os trabalhadores de nível médio relatam restrições em participar das atividades educativas por dificuldade em mobilizar-se fora do seu horário de trabalho: vida corrida, afazeres pessoais impedem essa participação. Em um depoimento, o trabalhador de nível médio mostra insatisfação quanto à não participação nas atividades educativas, pois quando uma atividade é obrigatória ocorre o planejamento de modo a que participem todos os trabalhadores, porque isso é previsto, e quando não é

obrigatória o trabalhador decide se participa ou não, se consegue mobilizar-se preferencialmente fora do horário de trabalho.

Considerando que as atividades educativas são parte do processo de trabalho e que o trabalhador necessita apropriar-se do saber técnico-científico para atualizar e aprimorar o seu desempenho e a qualidade do cuidado de enfermagem, a distinção entre atividades obrigatórias e não obrigatórias que os entrevistados relatam, permite levantar um questionamento sobre a natureza intrínseca ou acessória das atividades educativas de trabalhadores no processo de trabalho em saúde e enfermagem?

Em se tratando de educação do trabalhador, na qual os trabalhadores são sujeitos, atores reflexivos da prática e construtores de conhecimento, entende-se que deveria se constituir em uma responsabilidade tanto do trabalhador como da instituição em que está inserido, compromisso de ambos em um processo de co-responsabilização.

Contudo, os gerentes são unânimes em afirmar a falta de interesse dos trabalhadores de nível médio na participação em atividades educativas, o que se contrapõe à concepção de EPS, na qual o trabalhador é sujeito ativo, partícipe do processo educativo.

Para Freire (1979 p.28), “o homem deve ser o sujeito de sua própria educação, não pode ser o objeto dela”, O autor acrescenta que o aprendizado se dá pela conscientização, e o compromisso, pela capacidade de atuar e refletir, de forma que compromisso não pode ser um ato passivo, mas práxis – ação e reflexão sobre a realidade. Portanto, tanto o serviço de saúde como os trabalhadores são responsáveis pela educação, com a finalidade de melhorar os cuidados em saúde.

Apenas um depoimento, de um enfermeiro assistencial, aborda a importância da ação educativa não somente para os trabalhadores de enfermagem como para todos os trabalhadores da instituição, pois todos têm como objetivo do seu trabalho o atendimento ao usuário e à população que busca o serviço. Ressalta a necessidade de uma ação educativa que contemple todos os trabalhadores do serviço, visando a uma assistência articulada em equipe, mais humanizada, refletindo na qualidade do cuidado.

O conceito de EPS apresenta como estratégia a gestão de coletivos. Os espaços coletivos devem ter como objeto de discussão o processo de trabalho em cada unidade de produção, nas quais os diferentes atores possam conhecer o trabalho que é desenvolvido. Espaços coletivos são espaços concretos destinados à escuta e circulação de informação, à elaboração e tomada de decisão.

O trabalho em equipe como ferramenta ou estratégia para recompor os trabalhos executados pelos distintos agentes da enfermagem na perspectiva da integralidade do cuidado, emerge em apenas um único depoimento dos gerentes. Isto reitera o resultado que aponta a maior participação de enfermeiros nas atividades educativas de trabalhadores, pois assinala que esta se orienta preferencialmente para uma dada categoria profissional e não para as equipes de enfermagem ou o conjunto dos trabalhadores.

Levantamento de Necessidades

No que se refere ao levantamento de necessidades, as entrevistas nos trabalhadores de enfermagem mostram o predomínio de atividades educativas realizadas a partir dos *problemas* identificados nas unidades, sobretudo dos procedimentos técnicos de enfermagem. Também é identificada a necessidade de educação do trabalhador mediante a introdução de um novo equipamento, o que reforça o procedimento técnico como nuclear no levantamento de necessidades.

Essa identificação é condizente com as escassas referências existentes na literatura, que abordam a identificação de necessidades para ação educativa de trabalhadores retratando a ação de forma isolada e em contraposição a uma atividade educativa pautada na reflexão sobre a prática do trabalho (Koizumi et al. 1998; Luz, 2000; Lorencette, 2002).

Este resultado corrobora com o estudo de Souza e Ceribelli, (2004) no qual a educação é orientada para o desenvolvimento do trabalhador para adaptá-lo ao ambiente de trabalho e a oferta das atividades educativas também ocorre mediante a aquisição de um novo equipamento.

Nos relatos dos enfermeiros assistenciais e gerentes, a ação de *supervisão* que se entende como inerente ao processo de trabalho do enfermeiro é utilizada para identificar necessidades que demandam ações educativas para os trabalhadores de nível médio. A supervisão é referida com destaque na dimensão do controle, também identificado nos estudos de Silva (1997), Rebello (2002), Costa e Shimizu (2005), o que também aponta para a identificação de necessidades de ações com base no reconhecimento de falhas, cumprimento de tarefas e fiscalização do trabalho.

Em apenas um depoimento tanto dos enfermeiros como dos gerentes identifica-se uma concepção de supervisão no sentido do “fazer junto” que enfatiza uma abordagem educativa da ação da supervisão.

Assim sendo, por um lado, a concepção do enfermeiro sobre supervisão compõe controle e “fazer junto”, o que pode ser entendido pela sua proximidade com os trabalhadores de nível médio a quem ele supervisiona. Por outro lado, na concepção das gerentes a supervisão é concebida eminentemente como controle do processo de trabalho, pois o trabalho do gerente corresponde, sobretudo ao controle e organização dos processos de trabalho. Este resultado corresponde ao apresentado por Rebello (2002) que aponta que na ação de supervisão a educação e o controle caminham juntos, pois é na sua soma que se pode viabilizar a realização do processo de trabalho.

Outra abordagem na identificação de necessidades, que transmite uma aproximação com o usuário, trata do espaço de troca serviço-usuário que se dá por intermédio de uma reunião com os pais e ou acompanhantes. Essa reunião é um espaço importante para ouvir o usuário, sendo enfatizada no depoimento dos enfermeiros assistenciais e trabalhadores de nível médio. Vale destacar que, entre os gerentes, essa reunião é referida em três apenas depoimentos, embora seja inerente à área materno-infantil, o que traduz uma certa fragilidade do espaço de escuta na instituição em relação ao usuário. Esta escuta, por sua vez, remete ao conceito de educação permanente em saúde, no qual o centro do processo educativo de trabalhadores é o usuário e a finalidade é melhorar a qualidade de saúde da população Rovere (1994), Ceccim; Ferla (2006).

O trabalho mais articulado quanto ao levantamento de necessidades é identificado apenas nos depoimentos dos gerentes que, em seus relatos, fazem referência a CCIH e, em um único relato, a área da farmácia. Considerando a concepção de educação permanente adotada no estudo, que pressupõe a multiprofissionalidade e interdisciplinaridade do trabalho em saúde e que, portanto, os processos de trabalho, os respectivos trabalhadores e os processos educativos de trabalhadores precisam de articulação e integração, entende-se que também as atividades educativas dos agentes deveriam contemplar o trabalho em equipe e o trabalho coletivo.

O levantamento de necessidades para ação educativa também pode ser gerado a partir da solicitação do trabalhador, mediante sua solicitação ao identificar dificuldades na execução do cuidado. Esta abordagem foi identificada em cinco depoimentos dos gerentes e em dois relatos de trabalhadores de nível médio.

O *planejamento* elaborado pelas gerentes para o desenvolvimento de ações educativas apresenta divergências nas diversas unidades de trabalho da instituição. Em algumas unidades é restrito aos trabalhadores de nível superior; gerentes e enfermeiros assistenciais e, em outras, há indícios de uma articulação no conjunto de trabalhadores incluindo auxiliares e técnicos de enfermagem.

O planejamento é um processo contínuo e para que suas ações sejam responsivas à realidade é importante ocorrer um diálogo constante entre todos os sujeitos envolvidos na situação, o que assinala na direção da gestão participativa. Contudo, a função do planejamento inerente ao processo de gerenciamento de enfermagem costuma figurar como uma atividade desenvolvida privativamente pelo enfermeiro em função da divisão social e técnica do trabalho (Ciampone e melleiro, 2005):

A ausência de participação dos trabalhadores de nível médio na organização do trabalho, observada em parte dos depoimentos analisados, reproduz a divisão do trabalho e a fragmentação da assistência de enfermagem. Na divisão do trabalho há a ruptura entre decisão e ação, trabalho intelectual e manual, de modo que o trabalho se dará a partir da desqualificação, ou seja, menos domínio do saber sobre o trabalho, menos

energias intelectuais e criativas a serem mobilizadas pelo trabalhador, porque quanto mais se desenvolve a mecanização, mais fragmentado e automatizado fica, tornando-o um trabalho desinteressante e monótono (Kuenzer, 2002).

Pesquisa desenvolvida por Peduzzi e Anselmi (2003) reitera a identificação de uma intensa divisão do trabalho da enfermagem, pois quem executa o cuidado de enfermagem não participa do seu planejamento. As autoras analisam que as enfermeiras são reconhecidas pela formação escolar, enquanto que as auxiliares pela experiência prática e que, ao invés de ambos, enfermeiros e auxiliares, potencializarem suas habilidades no trabalho de modo a complementarem sua qualificação numa síntese teórico-prática dos cuidados de enfermagem, estes mesmos aspectos, conhecimentos técnico-científicos e saberes práticos, são compreendidos como excludentes; quem ocupa um espaço não ocupa outro.

Resultados esperados

Na análise realizada no conjunto dos trabalhadores de enfermagem para o resultado esperado em relação às atividades educativas predomina a expectativa de melhorar a qualidade de assistência, embora observem-se diferenças na expectativa de resultados a curto prazo e a médio e longo prazo.

Em curto prazo, os depoentes esperam um melhor desempenho técnico, ou seja, diminuir a ocorrência de falhas nos procedimentos técnicos. Nesse sentido, vale lembrar que os procedimentos constituem o foco ou aspecto nuclear do trabalho de enfermagem, em especial dos trabalhadores de nível médio. Os relatos também fazem referência à necessidade de capacitação sobre o saber técnico-científico que fundamenta os procedimentos de enfermagem.

À medida que o trabalhador domina o conteúdo do seu trabalho amplia poder, criando espaço para que possa discutir, argumentar, reivindicar, interferir nas decisões do processo de trabalho. Esta abordagem remete a concepção de EPS, que se apóia no conceito do ensino

problematizador e aprendizagem significativa, na qual o ensino - aprendizagem ocorre a partir da realidade vivenciada pelos atores envolvidos com base nos problemas encontrados e experiências vividas por eles a partir das inquietações, questionamentos, a busca por mudança (Ceccim, Ferla, 2006).

Na literatura consultada, há escassez de avaliação dos resultados de ações educativas de trabalhadores. Na pesquisa de Lorencette (2002), neste aspecto, os gerentes entrevistados relataram que as ações educativas levam à melhora de conhecimento, melhora na postura frente ao paciente, melhora na assistência, padronização no atendimento, diminuição de iatrogenias e dos problemas, porém essa análise é apresentada de forma genérica e abstrata.

Na análise de Roschke, Collado (1994), as práticas educativas nos serviços de saúde têm sido percebidas pelos gestores como uma extensão das práticas acadêmicas, percepção de que não é permitido esperar uma avaliação e, sim, uma simples reprodução de conhecimentos e habilidades supostamente adquiridos ao final do curso. As autoras acrescentam que a análise avaliativa tem sido realizada de maneira rápida e superficial, e percebida quase exclusivamente como uma prática de controle, cujo objetivo é classificar os indivíduos com base e em normas.

No que se refere aos resultados esperados em médio e longo prazo, os entrevistados consideram questões relacionadas à comunicação e interação, bem como a ampliação da reflexão crítica dos trabalhadores de enfermagem sobre a assistência, ou seja, que o trabalhador consiga articular teoria-prática, que desenvolva a consciência sobre o trabalho e, assim, se apresente melhor preparado para assistir e cuidar dos usuários, o que acarreta reflexo na melhora da qualidade de assistência.

A EPS propõe que a transformação das práticas deve ocorrer como resultado da reflexão crítica, em espaços coletivos; a partir da problematização da realidade do dia-a-dia de trabalho com base na qual são identificadas as necessidades de ações educativas (Ministério da Saúde, 2003; Ceccim, Feuerwerker, 2004). Ceccim (2005) analisa que os trabalhadores devem ser atores das cenas de formação e trabalho, produto

e produtores das cenas em ato e, a partir delas, do abalo causado no “ser sujeito” de cada um, daquilo que o afeta e incomoda, modifica-o, coloca-o em permanente produção.

Nesse sentido, Kuenzar (2002 p. 182) refere que, para a elaboração do conhecimento, o ponto de partida são os homens em sua atividade real, não isolados, mas apreendidos “no seu processo de desenvolvimento real em condições determinadas”, ou seja, é o homem no seu trabalho, no interior das relações que gera o saber.

Para os gerentes e enfermeiros assistenciais, a mudança de comportamento não necessariamente será em médio ou longo prazo, pois as propostas de sensibilização do trabalhador às necessidades de cuidado de enfermagem podem produzir resultados em curto prazo no sentido da mudança de comportamento. Nessa direção, o método canguru, implantado na instituição, apresentou resposta rápida por parte dos trabalhadores que vivenciaram a ação educativa, apesar de representar uma expressiva mudança no processo de cuidar, segundo os depoimentos o conhecimento adquirido foi colocado em prática imediatamente após o término da ação, por ter proporcionado a referida sensibilização no trabalhador quanto às necessidades do usuário.

Nos relatos dos enfermeiros assistenciais e trabalhadores de nível médio, os resultados esperados no sentido da melhora da qualidade de assistência também estão relacionados às orientações aos usuários e ao fortalecimento da continuidade do cuidado fora da instituição. Orientações são prioridades do trabalhador da saúde para a continuidade do cuidado de maneira segura, distante da instituição de saúde, e os enfermeiros e trabalhadores de nível médio as enfatizam como resultados esperados das ações educativas: um trabalhador melhor preparado para efetuar as ações de educação ao usuário.

Segundo enfermeiros e gerentes de enfermagem, as atividades educativas devem ser contínuas, pois o caráter permanente dessas ações é importante para que o trabalhador não crie vícios na execução do seu trabalho, evitando comprometer a qualidade do cuidado. Por outro lado, os auxiliares e técnicos de enfermagem referem que há necessidade de

acompanhamento do trabalho realizado, de forma a ampliar a sua autonomia profissional e esfera de tomada de decisão. Acompanhamento este que não deve ser de maneira punitiva, mas sim ter um sentido educativo.

Todo trabalhador em saúde e enfermagem utiliza certo grau de autonomia, uma vez que não é possível definir por completo a ação antes da execução do cuidado, o que coloca a necessidade de julgamento e decisão técnica na realização do trabalho. Peduzzi e Anselmi (2003) analisaram que no trabalho do pessoal de nível médio de enfermagem a autonomia mostrava-se restrita pela ausência de um saber técnico que fundamente as tomadas de decisão, visto que a autonomia diz respeito ao julgamento e à tomada de decisão técnica. Portanto, as atividades educativas de trabalhadores de enfermagem devem contemplar um aprendizado significativo e emancipador que amplie a autonomia no trabalho e na vida, como cidadão.

Por outro lado, o processo *de criar vícios*, citado pelos depoentes, remete à necessidade da ação da supervisão na dimensão educativa, de forma que esse acompanhamento tenha condições de promover a reflexão do trabalhador perante as ações de trabalho.

Nos resultados deste estudo é notória a necessidade de supervisão na dimensão educativa. Contudo, a literatura que analisa a supervisão em enfermagem enfatiza a sua dimensão de controle e fiscalização da atividades e dos trabalhadores, em detrimento do sentido educativo dessa ação (Silva, 1997; Lima, 1998; Lima, 2000; Rebello, 2002; Costa e Shimizu, 2005).

Outra abordagem realizada pelos gerentes, auxiliares e técnicos trata da uniformidade de condutas, visto que as ações educativas devem permitir estabelecer alguma uniformidade na assistência de enfermagem entre todos os trabalhadores da unidade e em todos os períodos.

Em dois depoimentos dos gerentes aparece a melhora da qualidade de maneira circular, como um elo entre usuário, trabalhadores e serviço. A ação educativa de trabalhadores deve refletir melhora da qualidade na tríade usuário - trabalhador – serviço, visto que a capacitação do trabalhador está relacionada à melhora da assistência do usuário, que por sua vez, pode refletir na qualidade dos serviços prestado à população.

A definição clara das atribuições de cada categoria que compõe o trabalho de enfermagem também é referida pelos trabalhadores de nível médio como resultados esperados a partir das ações educativas. Isso pode ser entendido como reflexo da divisão do trabalho existente na enfermagem que, mediante a crescente incorporação tecnológica e complexificação do trabalho em saúde e enfermagem, ocorrido nas últimas três décadas, torna imprecisas as atribuições de cada categoria, causando inclusive conflitos e estresse entre os trabalhadores.

É possível identificar também, no depoimento de trabalhadores de nível médio, que a sua adesão às mudanças ocorrem mais facilmente quando o trabalhador está inserido no processo de decisão, de modo que é importante desenvolver um trabalho mais articulado na equipe, de forma que os trabalhadores de nível médio, que são os executores majoritários do cuidado de enfermagem, sejam partícipes das decisões sobre a assistência e cuidado ao usuário.

Os resultados mostram que tanto o público participante, como o levantamento de necessidades e os resultados esperados com a implementação de atividades educativas de trabalhadores de enfermagem no serviço estudado seguem conforme a política institucional adotada, com base no conceito de EC e com ênfase, sobretudo em reciclagens e atualizações de conhecimentos, em especial conhecimentos técnico-cinéticos. Vale destacar que esta abordagem de educação no trabalho também é predominante na literatura sobre o tema, inclusive naquela que apresenta, tal como este estudo, resultados de pesquisa empírica.

Finalizando, ressalta-se que esta pesquisa é apenas um recorte no contexto em que se insere a EPS, e que, se por um lado, os resultados assinalam para a manutenção de ações orientadas pela concepção de EC, por outro, permitem identificar que os trabalhadores de enfermagem, enfermeiros, auxiliares, técnicos e gerentes, apontam para a necessidade e possibilidade de atividades educativas com novos formatos, conteúdos e sentidos. Este resultado propicia a introdução de mudanças nas ações educativas de trabalhadores de enfermagem na instituição de estudo, de modo que se ousa concluir com algumas sugestões que possam colaborar

na direção da mudança: promover as ações educativas nas unidades fortalecendo sua ancoragem no processo de trabalho; enfatizar a ação de supervisão na dimensão do ensino, de modo a promover a troca entre os atores partícipes do processo de trabalho e promover a reflexão sobre a prática e a sensibilização em relação à assistência ao usuário; e utilizar a sistematização da assistência de enfermagem como instrumento para o levantamento de necessidades de atividades educativas de trabalhadores, com base nas necessidades dos usuários na perspectiva do cuidado integral de enfermagem e da integralidade da saúde.

REFERÊNCIAS:

Aguiar ZN. A qualificação dos atendentes de enfermagem: transformações no trabalho e na vida [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.

Associação Brasileira de Enfermagem. Comissões de Educação e de Assistência em Enfermagem. Recomendações do 1º Seminário de Educação Continuada em Enfermagem. Rev Bras Enferm. 1980;33(1):98-101.

Associação Brasileira de Enfermagem. A nova lei do exercício profissional da enfermagem. Brasília: ABEn; 1987. (Caderno de legislação/Documentos).

Almeida MCP, Rocha SMMR, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho; p.15-26.

Almeida MCP, Rocha JSY. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez; 1986.

Baraldi S. Supervisão, flexibilização e desregulamentação no mercado de trabalho: antigos modos de controle, novas incertezas nos vínculos de trabalho da enfermagem [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa; 1997.

Barroso MGT, Varela ZMV. Educação continuada requisito básico para o crescimento profissional. In: Anais do 31º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1979; Fortaleza, BR. Fortaleza: ABEn-Seção-CE; 1979. p. 101-6.

Bicudo AMC, Garcia DMO. Treinamento centralizado como catalisador da qualidade. In: Anais do 3º Encontro de Enfermagem e Tecnologia - ENFTEC; 1992; São Paulo, BR. São Paulo; 1992. p. 201-3.

Bicudo AMC, Silva MCM, Cunha ICKO. Percepção das enfermeiras que atuam como agentes multiplicadores no treinamento da equipe de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2004;17(3):305-10.

Brasil. Decreto 94.406, de 8 de junho de 1987. Dispõe sobre o exercício da enfermagem e da outras providências. In: Conselho Regional de Enfermagem. Código de ética dos profissionais de enfermagem. São Paulo; 2001. p. 43-9.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção básica: programa de saúde da família. Brasília; 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde [texto na internet]. Brasília; 2003 [citado 2006 dez. 20]. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dmedprev/planejamento/pdf/tripartite.pdf>.

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES nº 1133/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 3 out. 2001. Seção 1E, p. 131.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências [legislação na internet]. Brasília; 2004 [citado 2006 nov. 21]. Disponível em: http://www.unifesp.br/dmedprev/planejamento/pdf/port_GM198.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. 2ª ed. Brasília; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). 3ª ed. Brasília; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional

de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília; 2007.

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004;14(1):41-65.

Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface Comun Saúde Educ*. 2005;9(16):161-77.

Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacitação pedagógica na saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(4):975-86.

Ceccim RB, Ferla AA. Educação permanente em saúde. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2006. p. 107-12.

Ciampone MMHT, Melleiro MM. O planejamento e o processo decisório como instrumentos do processo de trabalho gerencial. In: Kurcgant P, organizadora. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 37-53.

Chanlat JF. Modos de gestão, saúde e segurança no trabalho. In: Davel E, Vasconcelos J, organizadores. *Recursos humanos e subjetividade*. Petrópolis: Vozes; 1995. p. 119-28.

Chiavenato I. *Administração: teoria, processo e prática*. 3ª ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil; 2000.

Chizzotti A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 5ª ed. São Paulo: Cortez; 2001.

Costa RA, Shimizu HE. Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas unidades de internação de um hospital-escola. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005;13(5):654-62.

Davim RMB, Torres GV, Santos SR. Educação continuada em enfermagem: conhecimentos, atividades e barreiras encontradas em uma maternidade escola. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 1999;7(5):43-50.

Davini MC, Nervi L, Roschke MA. Organización Panamericana de La Salud (OPAS). Relevância de los aportes teórico-metodológicos recientes em el campo de la educación del personal de salud. Washington; 2002. p. 108-12. (Capacitación del Personal de los Servicios de Salud, 3).

Davini MC. Practicas laborales en los servicios de salud: las condiciones del aprendizaje. In: Haddad J, Davini MC, Roschke MAC. Educacion permanente de personal de salud. Washington: OPAS; 1994 p.109-142.

Deluiz N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. Formação. 2001;(2):5-15.

Dilly CML, Jesus MCP. Processo educativo em enfermagem. São Paulo: Robe; 1995.

Felli VEA, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant P, organizadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 1-13.

Feuerwerker L. Reflexões sobre as experiências de mudança na formação de profissionais de saúde. Olho Mágico. 2003;10(3):21-6.

Freire P. Educação e mudança. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1979. p. 28.

Freire P. Educação e mudança. 21^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1997.

Gomes ELR, Anselmi ML, Mishima SM, Villa TCS, Pinto IC, Almeida MCP. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. p. 229-50.

Gonçalves VLM, Leite MMJ. Diagnóstico situacional de um processo de avaliação de desempenho profissional. Rev Bras Enferm. 2004;57(4):430-3.

Gutierrez BAO et. al. Histórico de Enfermagem. In: Cianciarullo TI, organizadora. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001. p. 131-63.

Haddad J. Las necesidades de intervención y el monitoreo de los procesos educativos. In: Haddad J, Davini MC, Roschke MAC. Educacion permanente de personal de salud. Washington: OPAS; 1994. (Série Desarrollo de Recursos Humanos em Salud, 1000). p. 145-85.

Kuenzar A Z. Pedagogia de fábrica – as relações de produção e a educação do trabalhador. 6ª ed. São Paulo: Cortez; 2002.

Koizume MS, Kimura M, Miyadahira AMK, Cruz DALM; Padilha KG, Sousa RMC, et al. Educação continuada da equipe de enfermagem nas UTIs do município de São Paulo. Rev Latino-Am Enfermagem. 1998;6(3):33-41.

Kurcgant P, coordenadora. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU; 1991. A avaliação de desempenho do pessoal de enfermagem; p. 133-45.

Lima MADS, Rossi FR. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(4):460-8.

Lima MADS. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998.

Lima MADS, Gustavo AS, Coelho DF, Schmitz UV, Rosa RB. Concepções de enfermeiras sobre seu trabalho no modelo clínico de atenção à saúde. Rev Bras Enferm. 2000;53(3):343-54.

Leite MMJ, Pereira LL. Educação continuada em enfermagem. In: Kurcgant P, coordenadora. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU; 1991. p. 147-63.

Lorencette DAC. A importância e proposta de indicadores para avaliação dos serviços de educação continuada: segundo gerentes dos serviços de enfermagem [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

Luz S. Educação continuada: estudo descritivo de instituições hospitalares. Mundo Saúde. 2000;24(5):343-51.

Martins MIC, Poz MRD. A qualificação de trabalhadores de saúde e as mudanças tecnológicas. *Physis*. 1998;8(2):125-46.

Marx K. O capital. 14^a ed. São Paulo: Difel; 1994. v. 1. p. 201-23.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Mattos RA, Pinheiro R. organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2006.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1411-6.

Mishima SM, Villa TCS, Silva EM, Gomes ELR, Anselmi ML, Pinto IC, et al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. p. 251-95.

Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde; 1992. (Cadernos CEFOR, 1. Série Textos).

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.

Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface Comun Saúde Educ*. 2005;9(16):161-77.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8^a ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

Nogueira RP. O trabalho em saúde hoje: novas formas de organização. In: Negri B, Faria R, Viana ALDA, organizadores. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Unicamp; 2002. p. 257-73.

Offe C. Trabalho e sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1991.

Oguisso T. A educação continuada como fator de mudanças: uma visão mundial. *Nursing* (São Paulo). 2000;3(20):22-9.

Organizacion Panamericana de La Salud (OPAS). Oficina Regional de la Organizacion Mundial de la Salud. Educación contínua: guia para la organizacion de programa de educacion contínua para el personal de salud. Washington; 1978.

Paro VH. Administração escolar: introdução crítica. 3ª ed. São Paulo: Cortez; 1988.

Peduzzi M. Capacitação de pessoal auxiliar em saúde mental: reflexões a partir da experiência de um centro de saúde escola. *Saúde Debate*. 1992;(36):66-72.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(1):103-9.

Peduzzi M, Anselmi ML. O processo de trabalho em enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. *Rev Bras Enferm*. 2002;55(4):392-8.

Peduzzi M, Anselmi ML. O processo de trabalho do auxiliar de enfermagem. *Formação*. 2003;3(7):73-87.

Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trab Educ Saúde*. 2003;1(1):75-91.

Peduzzi M, Anselmi ML. O auxiliar e o técnico de enfermagem: categorias profissionais diferentes e trabalhos equivalentes. *Rev Bras Enferm*. 2004;57(4):425-9.

Peduzzi M, Ciampone MHT. Trabalho em equipe e processo grupal. In: Kurcgant P, coordenadora. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 108-24.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas; 1998.

Peduzzi M, Palma JLL. A equipe de saúde. In: Schraiber LB, Bemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. Saúde do adulto. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2000. p. 234-50.

Pereira LL. Participação do enfermeiro em programas de aperfeiçoamento [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1992.

Peres HHC, Leite MMJ, Gonçalves VLM. Educação continuada: recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento e avaliação de desempenho profissional. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 138-56.

Pires D. Divisão técnica do trabalho em saúde. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2006. p. 92-7.

Pires D, Gelbcke FL, Matos E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. *Trab Educ Saúde*. 2004;2(2):311-25.

Pires D. Hegemonia médica na saúde e a enfermagem. São Paulo: Cortez; 1989.

Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Quintana PB, Roschke MAC, Ribeiro ECO. Educación permanente, processo de trabajo y calidad de serviço en salud. In: Haddad J, Davini MC, Roschke MAC. Educación permanente de personal de salud. Washington: OPAS; 1994. p. 33-61.

Rebello TS. Supervisão em enfermagem como processo educativo. [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

Reibnitz KS, Prado ML, Martins PPS. Por uma práxis de enfermagem criativa e reflexiva. *Ciênc Enferm*. 2006;12(2):15-22.

Ricaldoni CAC, Sena RR. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006;14(6):837-42.

Ribeiro ECO, Motta JIJ. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. *Divulg Saúde Deb*. 1996;(12):39-44.

Roschke MAC, Collado CB. Evaluación de proyectos de educación permanente: supuestos y perspectivas. In: educación permanente de personal de salud. Washington: OPAS; 1994. (Série Desarrollo de Recursos Humanos, 100). p. 187-215.

Rossi LA, Casagrande LDR. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: Cianciarullo TI, organizadora. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001 p. 41-59

Rovere MR. Gestion estratégica de la educacion permanente en salud in educacion permanente de personal de salud. Washington: OPAS; 1994. (Série Desarrollo de Recursos Humanos, 100). p.63-105

Santiago MMA, Lopes GT, Caldas NP. Educação em enfermagem através da REBEn: 1990-2001. *Rev Bras Enferm*. 2002;55(3):336-43.

Schraiber LB. O médico e seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec; 1993.

Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev Saúde Pública*. 1995;29(1):63-74.

Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanhera ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999;4(2):221-42.

Signini LRP. Educação e trabalho: uma relação tão necessária quanto insuficiente. São Paulo Perspect. 2000;14(2):72-81.

Silva EM. Supervisão em enfermagem: análise crítica das publicações no Brasil dos anos 30 à década de 80 [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1991.

Silva EM. A supervisão do trabalho de enfermagem em saúde pública no nível local [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1997.

Silva GB. Enfermagem profissional: análise crítica. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1989.

Silva MJP, Pereira LL, Benko MA. Educação continuada: estratégia para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem. São Paulo: Marques Saraiva; 1989.

Souza MCB, Ceribelli MIPF. Enfermagem no centro de material esterilizado: a prática da educação continuada. Rev Latino-Am Enfermagem. 2004;12(5):767-74.

Sudan LCP. Práticas educativas aos trabalhadores de saúde: vivência de estudantes de enfermagem [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.

Tanaka LH. Processo de trabalho do enfermeiro como foco da formação do graduando em enfermagem: visão dos professores de um curso de graduação em enfermagem [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

ANEXO 1

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Fone: 3066-7548 - Fax: 280-8213
C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 14 de janeiro de 2005.

Ilm.ª Sr.ª
Prof.ª Dr.ª Marina Peduzzi

Ref.: Processo nº 423/2004/CEP-EEUSP

Prezada Senhora:

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto "ANÁLISE DE RESULTADOS E IMPACTO DOS PROCESSOS EDUCATIVOS DE TRABALHADORES DE SAÚDE NO SISTEMA DE SAÚDE", informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita em tinta preta, legível como "Dulce M R Gualda".

Prof.ª Dr.ª Dulce Maria Rosa Gualda
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa é parte da dissertação de mestrado em enfermagem intitulada **Análise dos processos educativos de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário: público-alvo, necessidades e resultados esperados.**

Você está sendo convidada(o) a participar deste estudo, que tem como objetivo geral “analisar as atividades educativas de trabalhadores de enfermagem em um hospital de ensino quanto ao levantamento de necessidades, aos resultados esperados e ao público alvo”, e os objetivos específicos são: 1. identificar e analisar o público-alvo dos processos educativos de trabalhadores de enfermagem; 2. analisar o processo de levantamento de necessidades para a implantação das atividades educativas de trabalhadores, na percepção dos gerentes e trabalhadores de enfermagem; 3. analisar os resultados esperados a partir da realização de atividades educativas de trabalhadores de enfermagem, na percepção dos gerentes e trabalhadores de enfermagem.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para o processo de trabalho gerencial, subsidiando as práticas de saúde e de enfermagem.

A coleta de informações será realizada através de entrevista com base em um roteiro-guia e será gravada em fita K7.

A participação é voluntária, sem remuneração financeira, tendo o(a) convidado(a) a liberdade de desistir em qualquer momento do trabalho, sem nenhum prejuízo pessoal ou institucional. As informações fornecidas serão confidenciais, utilizadas apenas com propósito científico. Não haverá identificação pessoal ou institucional.

Se houver necessidade de entrar em contato com a pesquisadora em qualquer momento da pesquisa, durante ou após a coleta de dados, os telefones são: (13) 3261-8195, (13) 8118-9285, ou no endereço: Rua Paulo Bueno Wolff nº2, apto 91, Ponta da Praia – Santos.

Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP: (11) 3066-7548.

Declaro que fui informado(a) sobre a pesquisa e concordo em participar

São Paulo, _____ de _____ de _____

Nome: _____

Ass: _____

Nome da pesquisadora: _____

Ass: _____

Esta pesquisa está sob a orientação da Prof^a Dr^a Marina Peduzzi, do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

ANEXO 3

Tabela 1 – Distribuição das atividades educativas, segundo público alvo a que se destina. São Paulo, 2006.

Público Alvo	n	%
12 – Trabalhadores de enfermagem nível médio (auxiliar e técnico de enfermagem)	11	8,2
13 – Enfermeiros	92	68,7
14 – Enfermeiros e enfermagem nível médio	31	23,1
Total	134	100

Tabela 2 – Distribuição das atividades educativas internas, segundo público alvo. São Paulo, 2006.

Publico alvo	n	%
12 – Trabalhadores de enfermagem nível médio (auxiliar e técnico de enfermagem)	10	20
13 – Enfermeiros	13	26
14 – Enfermeiros e enfermagem nível médio	27	54
Total	50	100

Tabela 3 – Distribuição das atividades educativas **externas, segundo público alvo. São Paulo, 2006.**

Publico alvo	n	%
12 – Trabalhadores de enfermagem nível médio (auxiliar e técnico de enfermagem)	1	1,2
13 – Enfermeiros	78	97,6
14 – Enfermeiros e enfermagem nível médio	1	1,2
Total	80	100

Tabela 4 - Distribuição das atividades educativas **externas** ao serviço estudado, segundo categorização elaborada para o estudo. São Paulo, 2006.

Descrição da atividade Educativa	n	%
1 – Atividade de recuperação da saúde (comprometimento instalado/patologia)	1	1,2
2 – Atividade de promoção e prevenção	3	3,8
4 – Atividade de prevenção	1	1,2
5 – Atividade de prevenção e recuperação da saúde	3	3,8
17 – Profissionalização, difusão cultural ou pós-graduação, aperfeiçoamento	11	13,8
22 – Congressos, simpósios, seminários e similares	58	72,5
30 – Medidas de segurança para o trabalhador e usuário	1	1,2
32 – outros	2	2,5
Total	80	100

Tabela 5 - Distribuição das atividades educativas **internas** ao serviço estudado, segundo categorização elaborada para o estudo. São Paulo, 2006.

Descrição da atividade Educativa	n	%
1 – Atividade de recuperação da saúde (comprometimento instalado/patologia)	13	26
2 – Atividade de promoção e prevenção	2	4
4 – Atividade de prevenção	2	4
5 – Atividade de prevenção e recuperação da saúde	14	28
17 – Profissionalização, difusão cultural ou pós-graduação, aperfeiçoamento	2	4
22 – Congressos, simpósios, seminários e similares	1	2
23 – Manuseio e manutenção de equipamentos e/ou produtos utilizados na assistência à saúde e/ou na infraestrutura	8	16
24 – Gerencial / sistema de informação	3	6
25 – Gerencial / fluxo e atendimento dos usuários	1	2
27 – Treinamento admissional / hospital / rede básica	1	2
30 – Medidas de segurança para o trabalhador e usuário	3	6
Total	50	100

ANEXO 4

ROTEIRO-GUIA DE ENTREVISTA – GERENTES E TRABALHADORES

I) Identificação do Entrevistado

1. Nome do entrevistado Nº de entrada
2. Unidade em que está inserido
3. Cargo e/ou função no serviço
4. Categoria profissional
5. Idade
6. Sexo
7. Escolaridade

Ensino Médio incompleto	()	
Ensino Médio completo	()	
Superior incompleto	()	
Superior completo	()	
Pós-graduação		
Especialização	() sim	() não
Área: _____		
Mestrado	() sim	() não
Área: _____		
Doutorado	() sim	() não
Área: _____		
8. Ano de conclusão do curso de graduação/educação profissional _____
9. Tempo de trabalho no serviço de saúde estudado _____

II) Roteiro da entrevista

1. O que você pensa sobre a educação de trabalhadores inseridos no serviço?

2. Como a educação de trabalhadores é desenvolvida aqui neste serviço?

Em relação ao público-alvo – mostrar o quadro com o nº de atividades educativas e a distribuição por categoria profissional (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem) e questionar:

3. O que lhe ocorre ao observar este quadro, quanto à participação das diferentes categorias profissionais nas atividades educativas (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem)?

3.1. Você acha que as atividades educativas e o respectivo público-alvo respondem às necessidades do serviço, dos trabalhadores de enfermagem e dos pacientes?

3.2. Como são definidos os trabalhadores de enfermagem que participarão das atividades educativas?

4. Como é realizado o levantamento de necessidades que dá origem às atividades educativas de trabalhadores deste serviço? Considerar:

- 4.1. as necessidades ou problemas de saúde da população da área de abrangência;
- 4.2. as necessidades do serviço, e
- 4.3. as necessidades dos próprios trabalhadores de saúde.

5. Quais os resultados que as atividades educativas têm gerado na prática (em curto, médio e longo prazo)?

- 5.1. os resultados que essas atividades educativas possam trazer para a população usuária (em curto, médio e longo prazo);
- 5.2. os resultados que essas atividades educativas possam trazer para os próprios trabalhadores de saúde (em curto, médio e longo prazo);
- 5.3. os resultados que essas atividades educativas possam trazer para o serviço (em curto, médio e longo prazo).

6. O que você acha que poderia mudar em relação à educação dos trabalhadores inseridos no serviço? Por quê?