**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**PROCESSO DE TRABALHO E ATIVIDADES EDUCATIVAS DE
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM EM HOSPITAIS
PÚBLICOS**

ADRIANA MARQUES DA SILVA

**SÃO PAULO
2010**

ADRIANA MARQUES DA SILVA

**PROCESSO DE TRABALHO E ATIVIDADES EDUCATIVAS DE
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM EM HOSPITAIS
PÚBLICOS**

Tese apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Doutor
em Ciências

Área de Concentração: Enfermagem

Orientadora:
Prof^a. Dra. Marina Peduzzi

**São Paulo
2010**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

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

Silva, Adriana Marques

Processo de trabalho e atividades educativas de trabalhadores de enfermagem em hospitais públicos. / Adriana Marques Silva. – São Paulo, 2010.

196 p.

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

Orientadora: Profª Drª Marina Peduzzi

1. Trabalho (enfermagem) 2. Educação permanente (enfermagem) 3. Saúde 4. Profissionais de enfermagem 5. Serviços hospitalares I. Título

Nome: ADRIANA MARQUES DA SILVA

TÍTULO: Processo de trabalho e atividades educativas de trabalhadores de enfermagem em hospitais públicos.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^a.Dr^a. Marina Peduzzi Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a.Dr^a. Silvana Martins Mishima Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a.Dr^a.Maria Madalena Januário Leite Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Cássia Baldini Soares Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Silvia Matumoto Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus sobrinhos, **Pedro e Luis,**

que com sua alegria e inocência
despertaram a minha
criança interior

AGRADECIMENTO ESPECIAL

*Um agradecimento especial à **Profª Dra. Marina Peduzzi**,
que aceitou o desafio de ser minha orientadora e, com grande
competência, conduziu-me até aqui.*

O meu muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

*A **Deus**, pai, e a **Maria**, nossa mãe, por guiar meus passos e colocar as pessoas certas na hora certa no meu caminho.*

*Um agradecimento especial a **minha mãe Maria de Lourdes**, pela compreensão nos momentos em que me mantive mais distante e pelo incondicional amor.*

*A **Daniela Vivas**, pela compreensão e apoio durante esta etapa do doutorado e pela amizade.*

*A **Maria Rita**, pelo acolhimento e amizade que me conduzem na atual caminhada profissional nesta caminhada.*

*A **Wânia Baia**, pela oportunidade de uma realização profissional.*

*Aos **sujeitos de pesquisa**, pela disponibilidade ao me receberem e contribuírem para o desenvolvimento dessa investigação e do meu crescimento profissional.*

*As minhas irmãs, **Cleide e Lúcia**, e aos amigos mais próximos **Andréa Regina, Marcos Lopes, Alessandra e Roberto, Francis e Sérgio, Úrsula, Rika, Andréa Cotaít, Andréa Braz, Christiane, Célia, Sandra Shimoda, Andréa Kurashima, Érika Monteiro, Rita de Cássia e Lídio** que me acompanharam, apoiaram-me e ajudaram-me ao longo desta jornada. O meu muito obrigada, pelo cuidado comigo!*

AGRADECIMENTOS

Às Professoras Doutoras **Maria Madalena Januário Leite** e **Daisy Maria Rizatto Tronchin**, pelo carinho, atenção e importantes contribuições no exame de qualificação.

Às professoras do **Departamento de Orientação Profissional**, o meu muito obrigada, pelo acolhimento, atenção e ensinamentos.

Aos participantes do estudo da fase exploratória da pesquisa: Professoras Doutoras **Daisy MR Tronchin**, **Vera L Mira**, **Maria Helena T Ciampone**, **Marta M Melleiro**, **Jaqueline AM Silva** e **Jaqueline MS Soares**. Vocês também contribuíram para a realização desta pesquisa. Obrigada.

Aos amigos que me deram um inestimável suporte, principalmente, nos momentos finais do doutorado, o meu muito obrigada a:

- **Cleide Marques da Silva Lopes**, que fez revisão do português e formatação da redação.
- **Sulamita Kramarski** que fez a transcrição do inglês.
- **Geisa Colebrusco de Souza**, que me ajudou nas referências bibliográficas.
- **Andréa Regina Sanches**, pelo apoio, principalmente, no suporte de informática.
- **Roberto Marcelino Faria** e **Fernanda Murakami**, pelas transcrições das entrevistas.
- **Ricardo Góes**, pelo auxílio nas tabelas e dados da fase exploratória da pesquisa.

Aos **amigos** da **Biblioteca**, da **Gráfica**, da **Pós-Graduação** e do **Departamento de Orientação Profissional**, pela atenção, disponibilidade e orientações que tornam mais fácil o caminhar acadêmico.

Aos **amigos** do **Instituto do Câncer de São Paulo**, pelo acolhimento e amizade, também expressos na torcida por mim.

Felicidade é estar com quem se ama

Autor desconhecido

APRESENTAÇÃO

Iniciei minha trajetória profissional como enfermeira em uma unidade de internação de um hospital oncológico filantrópico onde aprendi o 'fazer' e o 'ser' enfermeira. Durante os anos que lá atuei, tive a oportunidade de trabalhar em diferentes unidades, que nortearam a minha vida profissional.

Quanto fui trabalhar no setor de coleta do laboratório de análises clínicas percebi que, especificamente, nessa área, não sabia exatamente quais as ações que compunham a dimensão assistencial e gerencial do processo de trabalho do enfermeiro.

E, então, com o intuito de aprimorar meus conhecimentos sobre os exames laboratoriais, fiz um curso de especialização em análises clínicas que me deu um melhor suporte técnico-científico sobre as especificidades da área, além de como poder ter uma atuação técnica que fosse a mais segura para os pacientes. Mas ainda permanecia a inquietação por conhecer melhor como era o processo de trabalho do enfermeiro, o que me levou ao mestrado.

Os resultados da dissertação de mestrado intitulada *Caracterização do trabalho da enfermagem em laboratório de análises clínicas* mostraram que há nessa área uma divisão técnica e social do trabalho, tanto interdisciplinar, quanto dentro da enfermagem; que o trabalho do enfermeiro é, predominantemente, gerencial e os auxiliares e técnicos de enfermagem realizam as atividades assistenciais ligadas às coletas dos exames, não havendo diferenças no trabalho desses últimos.

Também chamou atenção a identificação de que a atividade educativa para os trabalhadores de enfermagem, tanto admissional quanto periódica, não era realizada em 15,6% dos laboratórios estudados e, dentre os que desenvolviam alguma ação educativa para a equipe de enfermagem, a Atividade Educativa era realizada de forma pontual, fragmentada, com curta duração.

Esse resultado suscitou outra inquietação: a de saber se o cotidiano de trabalho era gerador de necessidades de atividade educativa para os

trabalhadores de enfermagem e qual era a relação existente entre o processo de trabalho de enfermagem e as atividades educativas dos trabalhadores de enfermagem no cotidiano de trabalho.

Ainda nesse hospital oncológico, já atuando como supervisora de enfermagem em três serviços auxiliares, fui convidada a trabalhar no serviço de educação continuada. Nessa nova função, tive oportunidade de vivenciar as ações relacionadas às atividades de educativas dos trabalhadores de enfermagem, bem como desenvolver outras atividades que compunham o setor: dimensionamento de pessoal, processo seletivo, avaliação de desempenho, entre outras. Com base nessa experiência, as inquietações suscitadas no mestrado intensificaram-se e conduziram ao doutorado.

Durante o período do doutorado, tive a experiência de trabalhar em um hospital público, que é referência em cardiologia, o que foi um aprendizado importante para a minha trajetória profissional.

Nos dias de hoje, estou na coordenação de enfermagem em um hospital oncológico público em fase de implantação, onde é possível vivenciar a dinâmica de construção do processo de trabalho em enfermagem e do trabalho interdisciplinar das equipes de saúde, que remetem à concepção de integralidade da atenção à saúde no contexto hospitalar.

Também tenho vivenciado a necessidade crescente de investimentos em educação permanente em saúde e educação continuada, bem como da educação em saúde aos pacientes e familiares que utilizam esse serviço.

Motivada por essa trajetória, este estudo buscou compreender quais são as relações existentes entre o processo de trabalho de enfermagem/enfermeiro e as ações educativas de trabalhadores de enfermagem em dois serviços hospitalares públicos.

A pesquisa permitiu conhecer as potencialidades de transformação da atenção à saúde segundo os princípios norteadores do SUS, que compõem a integralidade, a educação permanente em saúde e o trabalho em equipe.

Espero, com o estudo, contribuir para o desenvolvimento do conhecimento sobre o trabalho de enfermagem e do enfermeiro na sua interface com a educação permanente em saúde.

Silva AM. Processo de trabalho e atividades educativas de trabalhadores de enfermagem em hospitais públicos [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2010.

RESUMO

O estudo tem como tema central a educação dos trabalhadores de enfermagem e a sua articulação com o cotidiano de trabalho. Foi desenvolvido com os objetivos de analisar as concepções dos enfermeiros sobre as relações existentes entre atividades educativas de trabalhadores e processo de trabalho de enfermagem, e as possibilidades de mudança nessa relação na perspectiva da integralidade da saúde, da educação permanente em saúde e do trabalho em equipe, conceitos que compõem o referencial teórico. Na pesquisa de campo foram realizadas 22 entrevistas semi-estruturadas com enfermeiros de dois hospitais públicos, 14 em hospital de ensino e 8 em hospital municipal. Os sujeitos foram selecionados com a utilização da técnica de bola-de-neve, iniciando com a gerente da área de enfermagem de cada hospital estudado. Os resultados mostraram que nos dois hospitais o processo de trabalho dos enfermeiros se compõe de duas dimensões complementares: **gerencial** e **assistencial**. Na primeira predominam atividades de gerenciamento de recursos humanos e, na segunda, a sistematização da assistência de enfermagem. Contudo, no hospital de ensino a atuação dos enfermeiros na sistematização da assistência de enfermagem refere-se à execução do cuidado e ao gerenciamento do cuidado e, no hospital municipal, apenas ao gerenciamento do cuidado. Há, em ambos os serviços, uma estreita relação entre processo de trabalho e atividades educativas de trabalhadores de enfermagem, porém, de caráter instrumental, técnico; e os enfermeiros têm a expectativa que as atividades educativas sejam realizadas pela área de educação continuada. Foram identificadas possibilidades de mudanças nas relações entre o processo de trabalho e a atividade educativa, em experiências voltadas a gestão participativa e ao trabalho em equipe, porém uma frágil presença de tematização da integralidade e da educação permanente em saúde. Conclui-se pela necessidade de construção de mudanças do modelo assistencial e das atividades educativas de trabalhadores nos hospitais, na perspectiva da atenção integral à saúde contemplando para além do biológico, também as dimensões da vida social, cultural e emocional.

Descritores: Trabalho; Educação continuada; Recursos humanos de enfermagem; Serviços hospitalares.

Silva AM. Work process and educational activities for nursing personnel in public hospitals [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2010.

ABSTRACT

The study is focused on nursing workers' education and the relationship with the daily work. It was developed with the purpose of analyzing the nurses's views on the relationship between educational activities for workers and work processes of nurses, and the possibilities for change in this relationship in perspective for integration of health, of continuing health education and teamwork concepts which constitute the theoretical framework. In the field research were carried out as follows: 22 semi-structured interviews with nurses from two hospitals, 14 in educational hospital and 8 in the public hospital. The subjects were selected using the snowball technic, starting with the nurse area manager at each hospital. The results showed that both hospitals nurses work processes is composed by two complementary dimensions: **management** and **care**. The first activities are mostly of human resource management and, second, the nursing care systematization. However, in educational hospital the nurse's work in nursing care systematization refers to the care implementation and care management and in public hospital, just care management. In both services, we found a close relationship between work processes and educational activities nursing workers, however of instrumental character, technical; though nurses have the expectation that the educational activities be done by the educational area. We identified opportunities for change in relations between the work processes and educational activities, in experiments aimed at participatory management and teamwork, but a weak presence of thematizing completeness and continuing health education. It is needed to change the assistencial model and educational activities for workers in hospitals, in view of the comprehensive health care in addition to addressing the biological, also the dimensions of social, cultural and emotional.

Descriptors: Work; Education, Nursing, Continuing; Nursing Staff; Hospital Services

LISTA DE SIGLAS

AE	Atividade(s) Educativa(s)
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
EC	Educação Continuada
EPS	Educação Permanente em Saúde
ES	Educação em Serviço
HE	Hospital Ensino
HM	Hospital Municipal
IES	Instituto de Ensino Superior
PT	Processo(s) de Trabalho(s)
PE	Processo de Enfermagem
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SEC	Setor Educação Continuada
SEGETS	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
1.1	Temática de estudo.....	17
1.2	Fase exploratória da pesquisa.....	20
1.3	Justificativa do estudo.....	26
2	OBJETIVOS.....	28
2.1	Objetivo geral.....	28
2.2	Objetivos específicos.....	28
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	30
3.1	Processo de trabalho em saúde e enfermagem.....	30
3.2	Processo de trabalho de enfermagem e do enfermeiro.....	32
3.3	Organização do trabalho no hospital.....	37
3.4	Dimensão assistencial do processo de trabalho de enfermagem – o cuidado de enfermagem	42
3.5	Dimensão gerencial do processo de trabalho de enfermagem no hospital.....	47
3.6	Educação permanente em saúde e educação continuada ...	50
3.7	Integralidade da atenção em saúde	55
3.8	Trabalho em equipe em serviços hospitalares.....	61
4	CAMINHO METODOLÓGICO.....	64
4.1	Tipo de estudo.....	64
4.2	Cenário de estudo.....	64
4.3	Sujeitos de pesquisa.....	67
4.4	Aspectos éticos da pesquisa.....	70
4.5	Procedimento de coleta.....	71
4.6	Procedimento de análise dos dados.....	73
5	RESULTADOS.....	77
5.1	Processo de trabalho dos enfermeiros nos hospitais estudados.....	78
5.2	Relação de interdependência do ensino, pesquisa e assistência.....	99
5.3	Vinculação entre a atividade educativa dos trabalhadores de enfermagem e o cotidiano do trabalho.....	105

5.4	Atividades educativas para evitar automatização do trabalho.....	115
5.5	Atividade educativa para uniformizar o conhecimento e padronizar a ação/intervenção.....	119
5.6	Possibilidades de mudança na relação entre atividades educativas de trabalhadores de enfermagem e o processo de trabalho na perspectiva do trabalho em equipe, integralidade da saúde e educação permanente.....	123
5.7	Educação no trabalho ajuda a integrar a equipe.....	124
5.8	Frágil integralidade da assistência hospitalar.....	129
5.9	Educação permanente em saúde.....	132
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	134
6.1	Processo de trabalho dos enfermeiros nos hospitais estudados.....	134
6.2	Relações existentes entre as atividades educativas de trabalhadores e o processo de trabalho do enfermeiro.....	148
6.3	Possibilidades de mudança na relação entre atividades educativas de trabalhadores de enfermagem e processo de trabalho na perspectiva do trabalho em equipe, integralidade da saúde e educação permanente.....	161
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	167
8	REFERÊNCIAS.....	174
	APÊNDICES.....	189
	Apêndice 1 - Carta de solicitação de autorização da instituição.....	189
	Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	190
	Apêndice 3 - Instrumento de coleta de dados – roteiro de entrevista	191
	ANEXOS.....	194
	Anexo 1- Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.....	194
	Anexo 2 - Parecer de aprovação do Comitê e Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde.....	195

Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 TEMÁTICA DE ESTUDO

O tema central desta pesquisa é a educação dos trabalhadores de enfermagem e a sua articulação com o cotidiano de trabalho no qual estão inseridos, investigado com base nas concepções de enfermeiros atuantes em serviços hospitalares.

Entende-se que as atividades educativas (AE) de trabalhadores no cotidiano de trabalho devam ser realizadas com base em uma visão crítica do próprio processo de trabalho e de modo contínuo nos serviços, pois, o trabalho como prática social pressupõe uma articulação entre as ações educativas que buscam capacitar e formar os profissionais da saúde e de enfermagem, e sua inserção concreta nos serviços de saúde (Merhy, Feuerwerker, Ceccim, 2006).

Assim sendo, parte-se do referencial teórico do processo de trabalho em saúde e enfermagem, e sua relação recíproca com as necessidades de saúde. Especificamente, no que se refere ao processo de trabalho de enfermagem/enfermeiro, consideram-se seus objetos as necessidades de cuidado de enfermagem e o gerenciamento do cuidado, com vistas à promoção, prevenção e recuperação da saúde (Almeida, Rocha, 1997; Peduzzi 2001a; Pinho, Santos, Kantorski 2007; Rossi, Silva, 2005).

No processo de trabalho (PT) de enfermagem/enfermeiro, as ações educativas permitem apreender que a educação é um instrumento gerencial quando o enfermeiro atua em processos educativos da equipe de enfermagem, e uma ferramenta da assistência integral, que permeia todas as atividades assistenciais destinadas aos pacientes e seus familiares (Almeida, 2009; Rossi, Silva, 2005).

Paschoal, Mantovani e Méier (2007) acrescentam que a ação educativa incorporada às ações gerenciais e assistenciais dos enfermeiros

contribui para tornar os profissionais mais críticos e mais envolvidos com seu próprio processo de trabalho.

Assim, destaca-se a relevância de que o enfermeiro integre as AE de trabalhadores à dimensão gerencial do seu PT e utilize a educação permanente em saúde (EPS) / educação continuada (EC) como ferramenta gerencial com os trabalhadores.

Nesse contexto, a presente investigação aborda AE de trabalhadores de enfermagem da perspectiva do referencial teórico sobre o processo de trabalho em saúde e de enfermagem, integralidade da saúde, trabalho em equipe e EPS.

Este estudo está vinculado a uma pesquisa mais abrangente *Análise dos processos educativos de trabalhadores e equipes de saúde e enfermagem; características, levantamento de necessidades e resultados esperados* que foi desenvolvida com o objetivo de analisar os processos educativos de trabalhadores de saúde e enfermagem em serviço de saúde de uma região do Município de São Paulo*.

Está inserido na linha de pesquisa “Gerenciamento de recursos humanos em saúde e enfermagem” e na produção do Grupo de Pesquisa cadastrado no Grupo de Pesquisa do Diretório do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), *Gestão de Recursos Humanos na Perspectiva do Processo de Trabalho em Saúde e Enfermagem* conduzido pela Prof^a Dra. Marina Peduzzi, orientadora do presente estudo (Peduzzi et al., 2007a).

A opção pelo desenvolvimento da pesquisa em serviço hospitalar deve-se ao reconhecimento que o hospital é o espaço assistencial onde, tradicionalmente, se desenvolveram as práticas de saúde, tanto de enfermagem, quanto interprofissionais. Portanto, é o hospital o *lócus* onde as práticas de enfermagem estão mais consolidadas, inclusive sua dinâmica de trabalho em equipe. Além disso, concentram um grande contingente de

* A pesquisa principal contou com auxílio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP – Processo 06/51265-0) e da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde (Carta Acordo BR/LOA/0500103).

trabalhadores de enfermagem, e apresentam uma densa incorporação tecnológica (Lima, Almeida, 1999; Silva, Gomes, Anselmi, 1993).

Os serviços de saúde, em especial os hospitais, vêm reproduzindo em suas práticas educativas, o paradigma tradicional de educação, distante dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e das demandas da população (Ceccim, Feuerwerker, 2004).

Nessa direção, Brum (2009) aponta que a EC realizada nos hospitais tem sido, usualmente, orientada pelo princípio de que o conhecimento define as práticas e a ampliação desse saber é que melhora a assistência. Nessa concepção, as AE de trabalhadores são desenvolvidas de forma pontual e fragmentadas e têm por objetivo a atualização dos conhecimentos técnicos específicos.

A concepção de EC, embora seja um conceito antigo de AE de trabalhadores, tem sofrido reformulações e vem sendo entendida como um processo que deve ser ampliado para além do foco técnico-científico (Nietsche et al., 2009).

Com a preocupação de transformação das práticas de saúde e aproximação dos princípios do SUS ao cotidiano de trabalho e das AE, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores de saúde, por meio da Portaria nº. 198/GM de 13 de fevereiro de 2004, (Brasil, 2004) que foi ratificada em 20 de agosto de 2007 com a Portaria GM/MS 1.996 (Brasil, 2007).

Nessa política a EPS é entendida como aprendizado no trabalho, em que o aprender e o ensinar são incorporados ao cotidiano do trabalho e das organizações. Utiliza metodologia de aprendizagem significativa e problematizadora que promove transformações nas relações, nos processos de trabalho e nas práticas de saúde (Brasil, 2004, 2007; Ceccim, Feuerwerker, 2004).

Ceccim (2005a) destaca, também, que a Política Nacional da EPS deve ampliar a capacidade de escuta de processos e a responsabilização pelas mudanças nas práticas, bem como promover o desenvolvimento e

formação dos trabalhadores com foco no trabalho em equipe multiprofissional e com caráter interdisciplinar.

Nesse contexto, entende-se que ambas as concepções de EC e EPS são importantes e complementares no contexto da saúde e da enfermagem. A EPS caracterizada pela problematização das práticas de saúde, com a participação multiprofissional dos trabalhadores visa, entre outros, corresponder às necessidades de saúde da população, dos trabalhadores e dos serviços e pode ser articulada à EC que preconiza os fundamentos técnico-científicos das diferentes áreas da saúde para promover o desenvolvimento das instituições e contínua melhoria da atenção à saúde.

Nesse contexto de problematização, o objeto de estudo desta pesquisa busca compreender as relações existentes entre o processo de trabalho de enfermagem e as atividades educativas de trabalhadores de enfermagem em serviços hospitalares.

1.2 FASE EXPLORATÓRIA DA PESQUISA

O estudo iniciou com a realização do que se denominou de fase exploratória, que compreende a análise das características das AE de trabalhadores de enfermagem desenvolvidas nos serviços de saúde de diferentes níveis de atenção, na região de estudo do município de São Paulo. Essa caracterização foi feita para conhecer o contexto em que está inserido o objeto de estudo — relações entre processo de trabalho e atividades educativas de trabalhadores de enfermagem.

A fase exploratória foi realizada com base em informações coletadas na primeira etapa da pesquisa principal a que este estudo está vinculado; foi feito um mapeamento das AE de trabalhadores da saúde e enfermagem. Desse conjunto de atividades foram selecionadas as destinadas aos trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) para análise e caracterização.

Vale destacar que os resultados da análise deram origem a dois artigos publicados¹, o primeiro elaborado em coautoria com a orientadora sobre a caracterização das AE de trabalhadores de enfermagem na região de estudo, e o segundo em parceria com os demais integrantes do projeto principal sobre as AE de profissionais de saúde nos serviços hospitalares da região de estudo.

Assim, apresenta-se, a seguir, uma síntese da fase exploratória e das duas publicações acima referidas para delinear o contexto em que foi desenvolvida a pesquisa.

A região estudada conta com aproximadamente 400 mil habitantes e uma rede pública de atenção à saúde que, à época da pesquisa de campo, contava com 14 unidades básicas de saúde, 4 ambulatórios de especialidades, 3 hospitais e 1 pronto socorro. Na fase exploratória da pesquisa foram estudados 18 desses serviços, pois 4 foram excluídos dessa etapa da investigação principal.

Nesses 18 serviços, foi possível identificar que há 4.142 profissionais de saúde e que a maioria, 3.311 (79,9%), encontra-se nos 3 hospitais e no pronto socorro. A distribuição de 1.471 (35,5%) trabalhadores de enfermagem também segue essa lógica, assim, há 1.247 (84,8%) profissionais de enfermagem atuando nos hospitais, 183 (12,4%) nos serviços de atenção primária e apenas 41 (2,8%) estão nos serviços de especialidades (Silva, Peduzzi, 2009).

No total de trabalhadores de enfermagem há 917 (62,3%) auxiliares de enfermagem, 223 (15,2%) técnicos de enfermagem e 331 (22,5%) enfermeiros. Estes trabalhadores têm as seguintes características: 891 (60,6%) encontram-se na faixa etária entre 31 e 50 anos; 929 (63,2%) estão empregados pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT); 736 (50%) são profissionais de nível médio e 354 (24,1%) possuem curso superior em

¹ Primeiro artigo: Silva A, Peduzzi M. Caracterização das atividades educativas de trabalhadores de enfermagem na ótica da educação permanente. Rev. Eletr. Enf. [periódico na Internet]. 2009 out. [citado em 2009 out 05]; 11(3):518-26. Disponível em: [HTTP://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a08.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a08.htm).

Segundo artigo: Tronchin DMR et al. Educação permanente de profissionais de saúde em instituições públicas hospitalares. Rev Esc Enferm 2009;número especial 2. No prelo.

enfermagem e em outras áreas; o conjunto de trabalhadores tem a média de permanência no trabalho de 8,9 anos.

Quanto às especializações, 108 enfermeiros possuem, pelo menos, uma especialização, sendo as mais frequentes a enfermagem em obstetrícia e em terapia intensiva, relacionadas à recuperação da saúde. Cursos de especialização na área de promoção e prevenção da saúde foram realizados por 15 (4,5%) enfermeiros (Silva, Peduzzi, 2009).

Segundo Silva e Peduzzi (2009), a caracterização das AE dos trabalhadores de enfermagem da região de estudo resultou em 245 ações educativas mapeadas nos 18 serviços. Dentre essas, predominam as AE realizadas nos hospitais e no pronto socorro 192 (78,4%). As unidades básicas realizam 52 (21,2%) das AE dos serviços e os serviços especializados, registraram apenas 1 (0,4%) ação educativa. Convém salientar que os hospitais e o pronto socorro concentram a maior parte dos trabalhadores de enfermagem, como citado anteriormente, e o fato das AE também serem realizadas predominantemente nos hospitais e pronto socorro permite concluir que há uma relação entre o contingente de profissionais e de AE de trabalhadores em cada nível de atenção à saúde, atenção básica, especializada e hospitalar.

Quanto às estratégias de ensino, predominam nas AE de trabalhadores de enfermagem as estratégias tradicionais, como aula expositiva, painéis, seminários e similares resultando 60 (24,5%) ações. As consideradas participativas somam 37 (15,1%) das AE.

No que se refere ao local da realização das AE, 136 (55,5%) são internas ao serviço e 34 (13,9%) são realizadas na própria instituição.

Predominam AE com duração de até duas horas, totalizando 60 (35,5%) e de duas a quatro horas, resultando 44 (26%), o que revela escasso investimento institucional em AE de trabalhadores de enfermagem, tanto para a atualização de novos procedimentos, apropriação de novos conhecimentos ou AE que levem o trabalhador a reflexão sobre o processo de trabalho.

Na região de estudo, a origem da demanda foi, predominantemente, interna perfazendo 107 (43,7%) ações, seguida de demanda externa com 34

(13,9%). Em relação à origem da demanda interna, 53 (21,6%) dos registros apontaram que partiu do setor ou da equipe de trabalho, 32 (13,1%) da gerência central e 22 (9%) AE foram solicitadas pelo próprio trabalhador de enfermagem, predominando as demandas por congressos e similares. A origem da demanda externa, 30 (12,2%) registros, parte das universidades/estudantes e residentes, parcerias público/privado, sociedades de classe e similares e diferentes órgãos governamentais – municipal, estadual e federal.

As AE identificadas foram categorizadas segundo eixos de análise definidos com base no referencial teórico do processo de trabalho em saúde e enfermagem, integralidade da saúde, trabalho em equipe, EPS e EC.

O eixo 'integralidade' contempla o sentido adotado na pesquisa para o termo, ou seja, articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, prevista nas políticas de saúde. Nesse eixo, foram identificadas apenas 3 (1,2%) AE de trabalhadores de enfermagem.

O eixo 'demais categorias do eixo integralidade' abarcou os registros das AE realizadas com enfoque de recuperação, de prevenção e de promoção à saúde, de forma isolada ou em associação de apenas duas ações. Nesse eixo, foi possível observar que há um predomínio das AE voltadas para a recuperação da saúde registrando 61 (24,9%) atividades.

O eixo 'congressos, simpósios, seminários e similares' revelou a realização de 64 (26,1%) AE, especialmente, voltadas para os enfermeiros, com reduzida participação dos trabalhadores de enfermagem de nível médio.

No eixo 'reuniões' foram identificados 15 (6,1%) registros, o que aponta para o reconhecimento por parte dos trabalhadores de enfermagem das reuniões de trabalho como ação educativa, visto que viabilizam espaços de discussão do trabalho.

O eixo 'gerencial' está composto por ações relacionadas ao gerenciamento da unidade, de materiais e de recursos humanos, bem como fluxo de atendimento aos usuários e representa 13 (5,3%) AE de trabalhadores.

No eixo 'saúde do trabalhador' foram reunidas as AE relativas às medidas de segurança para o trabalhador e para o usuário, e a saúde do trabalhador, que contemplaram 8 (3,3%) das AE da região de estudo.

O eixo 'emergiram do campo' abarca as AE identificadas que expressam características de EPS, relativas às AE de trabalhadores com alunos, relacionadas à pesquisa e ao serviço/gestão/usuário. Nessa concepção foram identificadas 7 (2,8%) AE de trabalhadores.

No eixo 'outros' foram inseridas AE realizadas com enfoque de desenvolvimento das habilidades técnicas, voltadas à recuperação da saúde expressa pelo 'manuseio e manutenção de equipamentos' com 23 (9,4%) AE; e 18 (7,3%) registros sobre treinamento admissional, cursos de difusão cultural e pós-graduação. Nesse eixo também constam 'supervisão' (2 — 0,8%) e a 'troca informal de saberes' (1 — 0,4%) como ações educativas que contribuem para o aprimoramento pessoal e interação da equipe respectivamente.

Tronchin et al. (2009) identificaram 629 AE de trabalhadores de saúde realizadas nos três serviços hospitalares da região de estudo. Embora os resultados dessa publicação estejam relacionados aos trabalhadores de saúde e não, especificamente, aos trabalhadores de enfermagem, também são tomadas em consideração na contextualização do objeto de estudo da presente investigação, visto que se referem aos três serviços hospitalares da região, dentro os quais se encontram os dois hospitais pesquisados.

As AE de trabalhadores de saúde voltadas para a equipe multiprofissional foram as mais frequentes com 166 (26,4%) registros. Porém, dentre as AE voltadas para os profissionais com nível superior, destacou-se o predomínio do médico (10 — 9,7%) no hospital denominado C, e o enfermeiro predominou nos hospitais A e B (103 — 31,1%). Em relação às AE destinadas aos profissionais de nível médio, a equipe de enfermagem foi identificada em 71 (11,9%) registros, com destaque para os técnicos e auxiliares de enfermagem a quem foram dirigidas 18 (2,8%) AE.

Assim, as AE de trabalhadores de saúde realizadas nos hospitais estudados, reiteram a frágil presença de concepções sobre integralidade e trabalho em equipe, uma vez que há uma ênfase nas AE voltadas para

profissionais de nível superior em detrimento às dirigidas para os trabalhadores de saúde de nível médio.

Quanto à origem da demanda de AE de trabalhadores de saúde nos hospitais estudados, 50,4% foram identificadas como interna aos serviços, partindo dos próprios profissionais, das equipes, setores e chefias. Quanto ao local de realização da AE, observa-se que nos próprios hospitais A, B, e C, foram realizadas, respectivamente, 54,5%, 33,3% e 38,8% das ações educativas.

A demanda por AE tendo o hospital como próprio local de sua realização, remete à concepção de EPS, pois permite supor que as AE sejam planejadas e executadas de forma mais próxima às necessidades do cotidiano de trabalho e às necessidades de saúde dos pacientes. Porém, em serviços hospitalares a ênfase na demanda interna pode estar associada ao levantamento de necessidades relacionadas ao controle de infecção hospitalar, bem como questionários e avaliações de desempenho e à reiteração do modelo assistencial médico, focado na primazia da assistência.

Tronchin et al. (2009) identificaram que nos hospitais estudados as AE de trabalhadores de saúde são realizadas com estratégia de ensino tradicional, tais como aulas expositivas e palestras, sendo 33,1% no hospital A, 32,5% no B e 28,2% no C.

As AE orientadas para a promoção e/ou prevenção, e para a recuperação e promoção e/ou prevenção representaram 4,9% das ações, revelando um perfil de AE de trabalhadores de saúde distante da concepção de integralidade, pois predominaram as ações voltadas para a técnica e a recuperação da saúde.

No que tange à avaliação das AE de trabalhadores de saúde realizadas nos serviços estudados, foram feitas avaliações em 16,5% das AE no hospital A, 17,8% AE no hospital B e 29,1% AE no hospital C.

Por fim, Tronchin et al. (2009) mostraram que, nos hospitais estudados, há majoritariamente, AE orientadas à execução de técnicas e à recuperação da saúde, dirigidas para as áreas específicas, em especial, para os profissionais de nível superior. Além disso, as AE são realizadas

com a utilização de estratégias de ensino tradicionais, com escassas experiências de avaliação.

Também foi identificado que a AE de profissionais de saúde reitera o modelo clínico de assistência individual e a fragmentação das ações de saúde, distanciando-se das concepções e proposições da política pública de saúde orientada pela integralidade, trabalho em equipe interprofissional e interdisciplinar e EPS.

1.3 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A realização deste estudo justifica-se pela necessidade de aprofundar o conhecimento sobre as relações entre o processo de trabalho e as atividades educativas de trabalhadores de enfermagem no exercício cotidiano do trabalho, em especial, em serviços hospitalares onde, marcadamente, se desenvolve grande parte da prática de enfermagem no país.

Acrescenta-se também a necessidades de ampliar o conhecimento das interfaces existentes entre trabalho e educação em enfermagem, pois há, no país, de um lado, uma tradição já consolidada de estudos sobre o trabalho de enfermagem e, de outro, de pesquisas sobre educação de trabalhadores de enfermagem, mas se reconhece que ambos os temas são estudados, usualmente, em separado.

Assim, os resultados destas pesquisas buscam contribuir com o conhecimento sobre o processo de trabalho do enfermeiro e, particularmente, das atividades educativas de trabalhadores de enfermagem

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar as relações existentes entre o processo de trabalho e as atividades educativas de trabalhadores de enfermagem em serviços hospitalares de uma região do município de São Paulo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analisar as concepções dos enfermeiros sobre relações existentes entre as atividades educativas dos trabalhadores de enfermagem e o processo de trabalho de enfermagem.
2. Analisar as possibilidades de mudança na relação entre as atividades educativas dos trabalhadores de enfermagem e seus processos de trabalho na perspectiva da integralidade, da educação permanente e do trabalho em equipe.

Referencial Teórico

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E ENFERMAGEM

O processo de trabalho consiste em uma importante categoria de análise e tem apoiado vários estudos sobre trabalho em saúde e em enfermagem.

As pesquisas sobre o trabalho na área da saúde iniciaram-se nos anos de 1960, do século XX, na América Latina, com Juan César Garcia e, no Brasil, nos anos de 1970 do século XX, com Maria Cecília Donnangelo e Sérgio Arouca. Além destes, estudiosos como Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, Lilia Blima Schraiber, Emerson Elias Merhy, Gastão Wagner Souza Campos e outros, produziram uma interlocução com os conceitos marxistas de trabalho, buscando melhor compreensão das dimensões e elementos do processo de trabalho em saúde, considerando a historicidade das práticas (Peduzzi, Schraiber, 2000).

Na Enfermagem, dentre os autores que estudam o processo de trabalho, destacam-se Maria Cecília Puntel de Almeida, que desenvolveu a primeira tese utilizando o trabalho como categoria analítica, em 1984, Cristina Melo e Graciete Borges Silva, em 1986, Brigitta Elsa Pfeiffer Castellanos, em 1987, Denise Pires em 1989, entre outros.

Trabalho para Marx (1994, p. 202) *é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza.*

Liedke (1997), tomando por base a obra de Marx intitulada *O Capital*, salienta que, agindo sobre as forças da natureza, o homem transforma os recursos naturais em formas úteis à vida e, conseqüentemente, transforma a si mesmo, uma vez que sobre o material manuseado foi idealizado previamente um projeto, atribuindo, assim, um significado ao seu próprio trabalho.

No processo de trabalho, destacam-se os seus três elementos constituintes: a atividade adequada a um fim, que é o próprio trabalho; o objeto de trabalho, que é a matéria a ser transformada, em seu estado bruto ou ser resultante de um trabalho prévio; e os meios de trabalho, os instrumentos utilizados pelo trabalhador nesse processo (Marx, 1994).

Ainda quanto aos elementos constituintes do processo de trabalho, Peduzzi e Anselmi (2002) destacam os agentes como um desses elementos e que, por isso, devem ser analisados no interior das relações recíprocas entre o objeto de trabalho, instrumentos e atividades, bem como no interior do processo da divisão do trabalho (Peduzzi, 2001a, 2001b).

É por meio do agente que é possível observar e expressar a existência concreta de uma dinâmica entre saberes, instrumentos materiais e atividades do processo de trabalho. O agente, além de ser o instrumento de viabilização concreta desse processo por meio da inserção das ferramentas entre ele próprio e o objeto, tendo em vista certa finalidade, colocando-se como portador de um projeto específico, é também sujeito no processo, uma vez que traz para dentro do trabalho, outros projetos de caracteres coletivos e pessoais (Peduzzi, 1998).

O objeto do trabalho refere-se ao recorte em uma dada realidade que incide na atividade do trabalho e demanda instrumentos adequados. Assim, os instrumentos possibilitam uma aproximação e transformação do objeto, bem como as características do objeto e a finalidade do trabalho determinam as características de seus meios (Almeida, Rocha, 1986; Peduzzi, 1998).

Os instrumentos do trabalho são construídos historicamente pelo sujeito que amplia sua possibilidade de intervenção sobre o objeto (Peduzzi, 2001a; Peduzzi, Anselmi, 2002). Na saúde e na enfermagem, esses instrumentos constituem-se como tecnologia que segundo Mendes-Gonçalves (1994, p. 32), refere-se ao *conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social*.

Na saúde, o processo de trabalho tem como finalidade atender às necessidades de saúde do indivíduo sadio ou doente, família ou comunidade. Nessa perspectiva, entende-se que na enfermagem, o objeto

de trabalho não é a cura, mas sim, o cuidado de enfermagem e seu gerenciamento, meio que pode alcançar a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde, sendo estes últimos, os reais objetivos que se deseja alcançar, como ressaltam Almeida e Rocha (1997).

Convém destacar que no trabalho em saúde e enfermagem, a produção e o consumo ocorrem simultaneamente, ou melhor, os indivíduos portadores de necessidades recebem imediatamente o resultado da intervenção realizada (Mishima et al., 1997), por isso, o trabalho em saúde é considerado como esfera não-material, que se completa no ato de sua realização, sempre permeado por relações interpessoais (Matos, Pires, 2006; Rossi, Silva, 2005).

Assim, o trabalhador em saúde e enfermagem é diretamente produtor dos cuidados e das ações assistenciais, ações estas, que devem buscar a máxima qualidade, incluindo a competência técnica-científica e a viabilidade econômico-financeira para a sua realização, como salientam Schraiber et al. (1999).

3.2 PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM E DO ENFERMEIRO

A literatura sobre processo de trabalho de enfermagem e sobre processo de trabalho do enfermeiro, no Brasil, conta com um acúmulo que permite a análise e compreensão de alguns elementos relacionados às suas especificidades.

Contudo, a produção científica sobre o tema põe à mostra a existência de controvérsias, especialmente, em relação a duas interpretações distintas. De um lado, a interpretação sobre a configuração do processo de trabalho de enfermagem/enfermeiro constituído por quatro processos de trabalho ou subprocessos: assistir, gerenciar, ensinar e pesquisar; e de outro, a configuração de um único processo de trabalho de enfermagem/enfermeiro com duas dimensões: assistencial e gerencial.

O estudo pioneiro de Almeida e Rocha (1986) analisa o trabalho do enfermeiro como gerente da assistência de enfermagem e da organização institucional. Pesquisa empírica posterior de Castellanos (1987) confirma a ênfase no trabalho gerencial, mas destaca que a atuação do enfermeiro em instituição hospitalar é constituída por dois diferentes processos de trabalho: o processo de trabalho cuidar e o processo de trabalho administrar.

Publicação posterior que inclui as duas autoras acima referidas (Castellanos, 1989) e analisa os desafios da enfermagem brasileira na década de 1990, assinala a existência de três processos de trabalho de enfermagem: cuidar, administrar e educar. No referencial teórico de pesquisa sobre o desgaste do trabalhador de enfermagem (Silva, 1996) a autora faz referência ao processo investigar como componente do processo de trabalho de enfermagem.

Vale destacar que no debate sobre trabalho e pesquisa, promovido pela Associação Brasileira de Enfermagem por ocasião do 6º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, Almeida (1991) analisa a pesquisa como parte do processo de trabalho do enfermeiro quando este está inserido em processo de investigação ao cursar pós-graduação senso estrito. Mas, a autora esclarece sobre a distinção dos dois processos de trabalho, o de pesquisar e o de assistir/cuidar, este inserido no processo de produção de serviços de saúde, ou quando referido ao plano microsocial do cotidiano do trabalho, inserido no processo de trabalho em saúde e enfermagem.

Assim sendo, entende-se que os enfermeiros desenvolvem pesquisa ao participarem da pós-graduação, de equipes de pesquisa ou exercerem o trabalho de docência em Instituição de Ensino Superior (IES); mas o trabalho como pesquisador não constitui especificidade do processo de trabalho de enfermagem/enfermeiros.

Com base na recuperação das análises do processo de trabalho de enfermagem, inicialmente, realizadas nos anos 1980, acima referidas, Felli e Peduzzi (2005) reconhecem a existência de subprocessos que são denominados: cuidar ou assistir, administrar ou gerenciar, ensinar e pesquisar, e que cada um desses pode ser tomado, em separado, como um processo à parte com seus próprios elementos constitutivos (objeto,

instrumentos e atividade). Todavia, ao destacarem, especificamente, o processo de trabalho do enfermeiro, como um recorte do processo de trabalho de enfermagem, Felli e Peduzzi (2005) distinguem dois diferentes processos de trabalho: cuidar e administrar, com primazia do último.

Peres e Ciampone (2006) também apontam que o PT de enfermagem é decomposto em quatro diferentes processos: cuidar/assistir, administrar/gerenciar, pesquisar e ensinar, e, tal como, Castellanos (1987), Felli e Peduzzi (2005) destacam que dentre esses os que predominam são os PT cuidar e gerenciar.

Estudo recente sobre o processo de trabalho do enfermeiro da perspectiva de docentes de curso de graduação em enfermagem evidencia sua complexidade e a dificuldade de definição de sua especificidade, o que confirma as controvérsias apontadas anteriormente (Tanaka, Leite, 2008).

Os resultados dessa pesquisa empírica também apontam que o PT do enfermeiro é composto de quatro processos: cuidar, administrar, educar e pesquisar, embora problematize a questão ao assinalar que a atuação em outras áreas profissionais da saúde também envolve os mesmos quatro PT. Os autores ainda acrescentam que a especificidade do processo de trabalho do enfermeiro é o cuidado de enfermagem fundamentado nas técnicas de enfermagem, embora reconheçam que os resultados de outras pesquisas apontem como especificidade o gerenciamento do cuidado e da unidade (Tanaka, Leite, 2008).

Corroborando com a controvérsia, Kirchhof (2003) analisa as especificidades do processo de trabalho de enfermagem assinalando que se compõe de três distintos processos: cuidar, administrar-gerenciar e educar. Entretanto, a autora ressalta que o processo gerencial é imprescindível aos demais e está imbricado no processo cuidar e educar de tal forma que se torna difícil separá-lo como um processo isolado. A autora faz referência às diferentes possibilidades do processo de trabalho educar, como atividade docente relacionada à educação formal, como educação em saúde com usuários e educação de trabalhadores de saúde.

Pesquisa recente sobre educação em saúde no ensino de graduação de enfermagem que incluiu uma revisão de literatura sobre o tema mostra

que as publicações mencionam as ações educativas como inerentes ao processo de trabalho do enfermeiro; mas que a educação não é inerente à formação técnica desse profissional, de modo que a prática educativa dos enfermeiros tende a reproduzir as concepções e práticas dominantes de caráter normativo e prescritivo como ação instrumental (Almeida, 2009). Com base no referencial teórico da Saúde Coletiva, a referida pesquisa analisa a educação em saúde como saber instrumental do processo de trabalho do enfermeiro.

Concordando com Almeida (2009) entende-se que as ações educativas de trabalhadores desenvolvidas pelos enfermeiros também não configuram PT de enfermagem educativo, mas sim um instrumento ou ferramenta utilizada no processo de trabalho gerencial.

Na literatura consultada também foi identificada a publicação de um ensaio que analisa o PT de enfermagem constituído por cinco processos, a saber: administrar, assistir, ensinar, pesquisar e participar politicamente (Sanna, 2007). Em relação ao último, a autora refere-se *ao objeto da participação política, que é constituído pela força de trabalho em enfermagem e sua representatividade social, que tem nas entidades de classe sua concretização* (Sanna, 2007 p. 223).

O ensaio também destaca que o PT administrar e pesquisar são exclusivos do enfermeiro, e os demais são executados por todos os profissionais de enfermagem. Aqui, também se entende que a dimensão política ou ético-política está presente em todos os processos de trabalho de todos os setores de produção, pois a execução de toda e qualquer ação ou atividade é a expressão de concepções e posições éticas e políticas dos sujeitos envolvidos na ação (Schraiber, 1995a).

Assim, entende-se que participar politicamente não configura um processo de trabalho de enfermagem/enfermeiro específico, mas dimensão presente em todo trabalho humano.

Diferindo da interpretação da existência de 3, 4 ou 5 processos de trabalho de enfermagem/enfermeiro, há outro conjunto de autores que analisa o processo de trabalho do enfermeiro como um único processo constituído por duas dimensões: assistencial e gerencial (Almeida, Rocha,

1986; Azzolin, Peduzzi, 2007b; Castellanos, 1987; Ferraz, 2000; Garlet et al., 2006; Gomes et al., 1997; Gustavo, Lima, 2003; Hausmann, Peduzzi, 2009; Lima et al., 2000; Peduzzi, 2002; Peduzzi, Anselmi, 2002; Rodrigues, Lima, 2004; Rossi, Silva, 2005; Silva, Gomes, Anselmi, 1993).

Esses estudos têm em comum a interpretação de que a enfermagem configura historicamente um PT orientado em duas direções: por um lado, a execução de ações de cuidado de enfermagem, que representa a dimensão assistencial e, de outro, ações voltadas para os agentes do trabalho, o ambiente e a instituição, que constitui a dimensão gerencial.

A literatura aponta a existência de conflitos em relação ao reconhecimento da presença marcante da dimensão gerencial no processo de trabalho do enfermeiro, que busca ser identificado com o cuidado direto. Contudo, desde a década de 1980, estudos clássicos analisaram e mostraram a convivência das duas dimensões assistencial e gerencial com a primazia da segunda na atuação dos enfermeiros (Almeida, Rocha, 1986; Castellanos, 1987; Silva, 1986;).

Lunardi, Lunardi Filho e Borba (1994) apontam a necessidade dos enfermeiros assumirem o trabalho gerencial que excutam e, ainda ressaltam, as atividades administrativas do enfermeiro devem ser vistas agregadas ao cuidado, ou seja, compondo o objeto de trabalho da enfermagem, para a obtenção de sua finalidade que é a prestação da assistência à saúde.

As pesquisas empíricas desenvolvidas por Garlet et al. (2006), Gustavo e Lima (2003), Lima et al. (2000), Rodrigues e Lima (2004), Rossi e Silva (2005) analisam a indissociabilidade das duas dimensões do processo de trabalho de enfermagem, tanto no modelo clínico em serviços hospitalares, como em serviços da rede básica de saúde. Os autores propõem o gerenciamento do cuidado como expressão da articulação de ambas as dimensões, com destaque na utilização de tecnologias leves, de inter-relação entre profissionais de enfermagem e usuários e entre os próprios profissionais (Rossi, Silva, 2005).

O gerenciamento do cuidado vem sendo apontado como a prática gerencial orientada para as necessidades de saúde e, especificamente, na atuação de enfermagem para as necessidades de cuidado de enfermagem

dos usuários e da população da área de abrangência dos respectivos serviços de saúde.

Assim, o gerenciamento do cuidado refere-se às ações gerenciais com foco nos usuários ou pacientes dos serviços, ou seja, ações gerenciais articuladas às atividades de assistência e cuidado. Ações gerenciais que não têm os fins em si mesmas, mas que são executadas para qualificar a assistência e o cuidado em enfermagem e saúde.

Considerando o objeto de estudo da presente pesquisa – relações existentes entre o PT e as AE de trabalhadores de enfermagem em serviços hospitalares, apresenta-se, a seguir, a organização do trabalho no hospital e as duas dimensões dos processos de trabalho de enfermagem: assistencial e gerencial em serviços hospitalares.

3.3 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NO HOSPITAL

Ribeiro, Pires e Blank (2007), Valadares e Viana (2005) mencionam que, nos dias atuais, o trabalho em saúde configura uma atividade majoritariamente coletiva institucional, no qual se desenvolvem ações com características de trabalho profissional, de divisão parcelar e fragmentada sob a lógica taylorista-fordista de organização e gerenciamento do trabalho.

Nesse contexto, a composição das equipes de trabalho é definida segundo critérios específicos, tipo e densidade tecnológica do serviço a ser prestado. Assim, o hospital, considerado como uma instituição complexa, agregou cada vez mais um número crescente de profissões de saúde, além dos trabalhadores das áreas administrativas, limpeza, manutenção e outras que se fizerem necessárias (Matos, Pires, 2006).

Nos dias de hoje, o hospital possui estruturas hierarquizadas verticais, fragmentação das responsabilidades, formalização das relações fundamentadas na lógica de autoridade legal influenciada pela concepção burocrática. Trata-se de um amplo campo de disputas de poder das diferentes categorias profissionais atuantes nesse espaço. Esses

profissionais são altamente qualificados e possuem grande autonomia, porém são subordinados a uma direção ou a chefias superiores, no clássico modelo taylorista/fordista. Além disso, há uma importante fragmentação das linhas de autoridade entre as categorias, e as corporações se organizam segundo a sua lógica interna (Matos, Pires, 2006).

No Brasil, os hospitais possuem três grandes grupos dominantes: os médicos, os enfermeiros e o pessoal administrativo (Matos, Pires, 2006):

- os médicos são resistentes e rejeitam qualquer projeto gerencial de mudança e organização do trabalho, têm grande autonomia técnica, organizam-se segundo sua ética corporativa, consideram que são clientes dos hospitais e dos demais serviços de saúde, e estes, por sua vez, são fornecedores de insumos para a execução do seu trabalho;
- os enfermeiros constituem-se em um corpo funcional fechado, e detêm um elevado grau de autonomia em relação ao gerenciamento; administram o dia-a-dia das unidades de assistência e internamente possuem uma linha de autoridade vertical, formalizada e também legitimada pelos preceitos taylorista/fordista; os enfermeiros têm autoridade e exercem poder sobre os demais membros da equipe de enfermagem, o que não acontece em relação à equipe médica, com quem vivenciam conflitos cotidianos por conta do projeto assistencial;
- o pessoal administrativo organiza-se segundo sua própria lógica interna, é o grupo mais silencioso dentro do hospital, possui recursos estratégicos considerados fundamentais para o bom funcionamento da instituição; também possui linhas de autoridade verticalizadas, formalizadas e legítimas.

Nessa forma de organização, as demais categorias profissionais, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, bioquímicos, entre outros, encontram-se dispersos na estrutura hospitalar. Como são em menor número, possuem uma influência limitada nos serviços. Algumas profissões que possuem trabalhadores com nível técnico, como a nutrição, a farmácia, entre outras, organizam-se de modo semelhante ao da enfermagem, sendo o gerenciamento do pessoal de nível técnico realizado pelo profissional de nível superior (Matos, Pires, 2006).

Assim, o hospital caracteriza-se por ser uma instituição médica, onde há conflitos entre a área clínica e a administrativa, há esquemas de mando diferenciados, sendo os médicos os possuidores de grande autonomia e o pessoal considerado como não-médico (incluindo a enfermagem) submetido às diferentes hierarquias existentes e subordinado à normatividade médica (Lima, Binsfeld, 2003).

Nessa organização social do trabalho, no hospital, as ações de saúde dos diferentes profissionais são complementares entre si, ou seja, as relações de trabalho são dinâmicas e interdependentes com diferentes espaços de saber e agir específicos pertencentes a cada categoria.

Mesmo com a proposta de organização do trabalho na modalidade de trabalho em equipe, a partir dos anos de 1970, o profissional médico continuou sendo a figura central na equipe de saúde, embora dividindo o trabalho com outras especialidades da própria área médica e de outras áreas profissionais como: a enfermagem, nutrição, fisioterapia, a farmácia, entre outros. Com essa configuração, admite-se que o trabalho em saúde tem um caráter coletivo que requer articulação entre os diferentes segmentos profissionais (Lima et al., 2000; Lima, Almeida, 1999).

A fragmentação da assistência e a complexidade dos serviços hospitalares tornou necessária a implementação de algum grau de coordenação das ações de saúde executadas no seu interior. Assim, a enfermagem tem assumido o trabalho de coordenação e articulação dos diferentes processos de trabalho realizados nos hospitais. É a enfermeira que conduz a implementação do plano terapêutico e organiza as atividades diagnósticas que giram em torno do doente, enquanto os demais membros da equipe de saúde executam suas tarefas operacionais necessárias (Lima et al., 2000; Lima, Almeida, 1999;)

A atenção à saúde realizada nas instituições hospitalares é voltada basicamente para a recuperação da saúde, pautada no modelo clínico com enfoque maior na assistência individual, centrada na queixa e na doença e desconsiderando o contexto psicossocial.

Essa abordagem acarreta a centralidade da intervenção clínica que tem o médico como figura central da equipe de saúde. Além disso, há na

rede hospitalar, uma maior densidade tecnológica comparada à existente nos serviços de atenção básica e ambulatoriais, e um tratamento altamente especializado, concentrando o fornecimento de medicações e o atendimento aos pacientes mais graves. Portanto, seu enfoque é a prevenção, tratamento e reabilitação da doença, sem considerá-la como um fenômeno coletivo e social (Lima, Binsfeld 2003; Lucena et al., 2006).

Nesse contexto, o cuidado à saúde e o cuidado de enfermagem são realizados de forma individual, instrumental e fragmentada para atender às demandas mais imediatas dos pacientes que acessam os serviços.

Por um lado, é esperado que nas unidades de internação hospitalares a dimensão biológica da atenção à saúde seja relevante, sustentando-se como eixo central da assistência, decorrente da sua importância vital para o paciente com a saúde gravemente comprometida e, no limite, apresentando risco de perder a vida, por outro, é preciso atentar-se para que o indivíduo não seja reduzido à dimensão biomédica intra-hospitalar (Ferraz, 2000).

Outro aspecto importante nesse contexto é a concepção que os usuários têm do atendimento hospitalar. O modelo clínico de saúde é reiterado pelos usuários, que em busca do restabelecimento das suas condições de saúde, solicitam com muita frequência os serviços médicos especializados, ou seja, procuram uma consulta médica e o tratamento medicamentoso para resolver ou aliviar mais prontamente sua dor e sofrimento daquele momento. Assim, o atendimento médico é considerado pela população, tal como pelos profissionais e sistema de saúde, como a principal forma de resolutividade dos serviços, por meio da terapêutica medicamentosa para a resolução mais rápida dos agravos à saúde apresentados por ela (Pereira, Assis, Reis, 1999). Reforçando, mais uma vez, a hegemonia do modelo biomédico.

Vale destacar que essa concepção do modelo de atenção à saúde é expressão da intensa fragmentação da assistência, centrada nos procedimentos técnicos e nas tecnologias da saúde, sendo as queixas dos pacientes tratadas de forma desarticulada (Machado et al., 2007). Essa desarticulação também é apontada por Vecina Neto e Malik (2007) ao analisarem as tendências do cenário hospitalar. Para esses autores, O

fracionamento do cuidado também está presente no âmbito dos serviços de saúde, nos quais o modelo de assistência atual desconsidera a necessidade de integração de ações e da integralidade do cuidado, bem como é pouco eficaz, gerando uma busca por cada vez mais serviços de saúde.

Por conta disso, atualmente, há uma inquietação sobre a forma de organização da saúde, em especial, no ambiente hospitalar, ainda de forma incipiente, mas na direção da construção de um novo olhar sobre as questões que envolvem a saúde, na busca de ações que facilitem a integralidade da assistência (Pereira, Assis, Reis 1999).

Ribeiro, Pires e Blank (2007), Vecina Neto e Malik (2007) propõem a construção de um novo modelo de assistência em saúde, no qual agregam os valores propostos pelo SUS e destacam que esse modelo de organização dos serviços deve estar pautado nas condições sociopolíticas, materiais e humanas que proporcionem tanto uma assistência de qualidade para os que são atendidos nos serviços, quanto para os profissionais no exercício de suas atividades.

Na área hospitalar, o desafio é permitir uma transformação na lógica de atenção à saúde cujo enfoque deixaria de ser apenas o tratamento da doença, para se deslocar à assistência ao indivíduo que se encontra momentaneamente doente e que voltará para o contexto social ao qual pertence (Lucena et al., 2006).

Nessa perspectiva, Vecina Neto e Malik (2007) acrescentam que o hospital contemporâneo deve desenvolver um olhar mais crítico acerca da organização dos serviços hospitalares dentro da rede de atenção a saúde e estar preocupado com os recursos financeiros e humanos, bem como com sua oferta de leitos à rede; melhorar a resolutividade dos seus serviços; além de integrar e fortalecer as parcerias de hospitais públicos com os da rede privada. Os autores referem que esses desafios devem buscar garantir o acesso universal da população da área de abrangência em um novo modelo de organização dos serviços de saúde.

Essa mudança conceitual inicia-se com base em uma reflexão dos fundamentos teóricos da formação dos profissionais da saúde, da EPS, do trabalho em equipe e do próprio PT em saúde e enfermagem. Esses

aspectos são considerados importantes na construção de uma nova abordagem da assistência tendo o usuário como foco central das ações de saúde (Machado et al., 2007).

3.4 DIMENSÃO ASSISTENCIAL DO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM – O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Considerada a hegemonia do modelo biomédico e sua correlata concentração nos hospitais, o cuidado de enfermagem é realizado, predominantemente, em ambiente hospitalar por uma equipe multiprofissional cujo comando do processo de trabalho da assistência é feito pelo médico (Carmona, Laluna, 2002).

Contudo, o cuidado é fundamental à vida e faz parte inerente à natureza do ser humano e sempre esteve presente nas diferentes dimensões do processo de viver, adoecer e morrer, mesmo antes do aparecimento das profissões (Souza, 2000)

Existem dois tipos de cuidado: os habituais, que fazem parte do cotidiano e estão relacionados à manutenção e desenvolvimento da vida; e os de recuperação da saúde e tratamento da doença. Este último tipo de cuidado, como apontado anteriormente, foi desenvolvido com base no modelo clínico, individualizado, fragmentado, sem considerar o contexto em que o indivíduo se insere (Rossi, Silva, 2005).

Em relação ao cuidado específico em enfermagem, esse é concebido como um conjunto de ações de acompanhamento contínuo do usuário/população, no transcorrer das doenças ou ao longo dos processos sociovitais (saúde da criança, do adolescente, da mulher, do idoso, entre outros), visando à promoção, prevenção e recuperação da saúde (Peduzzi, 2001a; Peduzzi, Anselmi, 2002; Rossi, Silva, 2005).

Com o advento da fundamentação técnico-científica do cuidado de enfermagem, houve o reconhecimento da expressão tecnológica do cuidado

como processo e como produto, o que revela uma forte ligação entre o cuidado e a tecnologia (Rocha et al., 2008).

Merhy (1997) analisa diferentes características das tecnológicas em saúde e apresenta uma tipologia das tecnologias: tecnologia leve: relativa às relações do tipo de produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão dos serviços como uma forma de governar os processos de trabalho; tecnologia leve-dura: saberes estruturados que operam no PT em saúde como a clínica médica a psicanalista, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo; e tecnologia dura: caracterizada pelos equipamentos tecnológicos como as máquinas, bem como as normas, estruturas organizacionais.

A tecnologia não pode ser entendida somente como algo concreto, como um produto palpável, mas como um resultado de um trabalho que envolve ações abstratas e concretas que apresenta uma dada finalidade. Na enfermagem diz-se que a finalidade é o cuidado e a implementação deste cuidado se dá por meio da incorporação de processos e produtos e expressões tecnológicas do conhecimento (Rocha et al., 2008). A tecnologia também aparece como uma forma de estabelecer relações entre os agentes, no modo como ocorre o cuidado em saúde, que é entendido como um trabalho vivo em ato (Rocha et al., 2008).

Na enfermagem, tecnologia e cuidado estão interligados, uma vez que a enfermagem segue princípios, leis e teorias, e a tecnologia é a expressão desse conhecimento técnico-científico. Um exemplo dessa ligação é a elaboração de modelos de cuidado ou modelos de organização do trabalho de enfermagem, que podem ser entendidos como forma de tecnologia, visto que representam um modo de fazer o cuidado, uma forma de nortear as ações do cuidador (Rocha et al., 2008). Os referidos autores consideram o modelo de cuidado de enfermagem como uma tecnologia que reúne as características, ao mesmo tempo, leve e leve-dura (Rocha et al., 2008).

Assim, é o cuidado que indica quais tecnologias são necessárias em cada situação, ou seja, para que um cuidado seja prestado de forma eficiente é necessária a utilização de diferentes tipos de tecnologias: do tipo dura, quando usamos instrumentos e equipamentos; leve-dura quando

aplicamos conhecimentos estruturados, teorias, modelos de cuidado, normas e rotinas; e leve quando ocorre o estabelecimento de vínculos e acolhimento para a implementação do cuidado (Rocha et al., 2008).

Em relação aos modelos de cuidado ou modelos de organização do trabalho de enfermagem, os principais consistem no cuidado funcional, cuidado realizado pela equipe, cuidado integral e mais recentemente, o *primary nursing*.

No cuidado funcional, cada profissional é responsável pela realização de uma tarefa diferente com o paciente, o que torna fragmentadas a assistência e a relação com o paciente. Neste modelo, cada profissional é capaz de assumir um grande número de pacientes, pois com cada um deles, executa um tipo de cuidado apenas, sem considerar a satisfação do paciente (Magalhães, Juchem, 2000).

Este modelo de organização do cuidado no trabalho de enfermagem foi difundido nas primeiras escolas de formação de enfermeiras no país, tomando por base os modelos americanos de ensino da enfermagem e sofreu influência das teorias administrativa, científica e clássica, pautadas no princípio de divisão do trabalho para o aumento da produtividade e redução dos custos (Magalhães, Juchem, 2000).

No cuidado funcional, os membros da equipe de enfermagem, especialmente os auxiliares e técnicos de enfermagem têm conhecimento restrito das tarefas que lhe são delegadas, sem ter a visão geral do paciente e do plano de cuidados e da evolução clínica do mesmo (Magalhães, Juchem, 2000).

A fim de minimizar os efeitos negativos da administração científica na enfermagem, bem como melhorar o aproveitamento do pessoal e organizar o serviço de enfermagem, na década de 50 do século XX surgiu a proposta de trabalho em equipe nos Estados Unidos, na tentativa de solucionar o problema da escassez de trabalhadores de enfermagem (Almeida, Rocha, 1986; Peduzzi, Ciampone, 2005).

Nesse método de trabalho o enfermeiro avalia o paciente, elabora o plano de cuidados e executa os cuidados mais complexos, os auxiliares e técnicos executam os cuidados de menor densidade tecnológica e os outros

turnos dão continuidade aos cuidados e à passagem das informações pertinentes. Assim, os auxiliares e técnicos tem uma relação mais próxima com o paciente em relação ao enfermeiro (Magalhães, Juchem, 2000). Neste modelo, o enfermeiro tem uma visão geral de todos os pacientes sob sua responsabilidade, além da visão do gerenciamento tanto das ações da equipe de enfermagem quanto das outras equipes multiprofissionais envolvidas no processo terapêutico, assumindo a condição de elo integrador das informações e coordenador das atividades integrantes do cuidado (Magalhães, Juchem, 2000).

Peduzzi e Ciampone (2005) referem que a assistência de enfermagem se configura em um trabalho que não pode ser realizado por uma única pessoa, como outras especialidades da saúde. Assim, o cuidado de enfermagem caracteriza-se por se uma atividade que tem um acompanhamento contínuo e constante, que foi se configurando historicamente como uma prática exercida por um conjunto de agentes. Nesta forma de organização, para a execução do cuidado de enfermagem, há a demanda por ações gerenciais de coordenação e supervisão da equipe. Porém, apesar do trabalho em equipe ter sido introduzido na enfermagem, não houve uma consolidação na prática deste modo de organização da assistência, mantendo-se, de fato, o modelo funcional vigente, com ênfase na liderança do enfermeiro sobre a equipe.

As críticas aos modos de organização do cuidado anteriores, sobretudo o modelo funcional, levaram a enfermagem a organizar os cuidados segundo o modelo de cuidado integral. Neste tipo de cuidado um profissional realiza todos os cuidados de enfermagem aos pacientes sob sua responsabilidade, porém as ações mais simples são realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem e as mais complexas, pelos enfermeiros (Magalhães, Juchem, 2000).

O cuidado integral visa assistir a todas as necessidades humanas básicas em toda a sua totalidade, ou seja, as necessidades biopsicossocio-espirituais. Para alcançar a esse objetivo, a enfermagem desenvolveu um método de trabalho que norteasse a assistência: o processo de enfermagem, que consiste em ações realizadas em etapas sistematizadas e

inter-relacionadas que têm como finalidade a assistência integral do paciente, que se traduz em uma assistência de enfermagem holística (Silva, Ciampone, 2003).

Na década de 1970, nos EUA, foi proposto o modelo de cuidados denominado *primary nursing*, com a finalidade de garantir maior autonomia e responsabilidade ao enfermeiro em relação ao cuidado, além de resgatar a relação enfermeiro-paciente, em um modelo de cuidado centrado no enfermeiro e não na equipe de enfermagem (Carmona, Laluna, 2002).

O *primary nursing* é um modo de organização da assistência em que um único enfermeiro é responsável pela avaliação e a elaboração do plano de cuidados dos pacientes sob sua responsabilidade. Esse enfermeiro é denominado de enfermeiro principal, por ser a principal referência, tanto para os pacientes e suas famílias (cujo vínculo é muito maior quando comparado aos outros modelos de cuidado e organização do trabalho de enfermagem) quanto da equipe de enfermagem e multiprofissional, na assistência dos pacientes que lhe foram confiados (Magalhães, Juchem, 2000; Marx 2000)

A responsabilidade do enfermeiro principal não é delegada ao enfermeiro do próximo turno. Essa continuidade está baseada no plano de cuidados elaborado pela enfermeira principal e na comunicação dessa enfermeira para as enfermeiras associadas. Se houver a necessidade de implementação do plano de cuidados, as alterações são discutidas em equipe, convergindo à enfermeira principal (Magalhães, Juchem, 2000).

Diante desses diferentes modelos de organização dos cuidados de enfermagem, sabe-se que a assistência prestada pela enfermagem depende do modelo de trabalho aplicado em cada instituição. Os modelos de cuidado que predominam são os cuidados organizados de modo funcional e o cuidado integral. Na prática, percebe-se que a enfermagem utiliza a concepção do cuidado integral, organizando seu trabalho nesse modelo, porém, se o número de pessoas atuantes na equipe estiver reduzido, a enfermagem organiza suas atividades por tarefas.

3.5 DIMENSÃO GERENCIAL DO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL

Matos e Pires (2006) destacam que na saúde a organização do trabalho e o gerenciamento, especialmente no ambiente hospitalar, sofrem forte influência do modelo taylorista/fordista, da administração clássica e do modelo burocrático até os dias de hoje.

Entretanto, nesta pesquisa adota-se uma concepção de gerência em saúde e enfermagem, assim, entende-se que:

É uma atividade meio, cuja ação central está posta na articulação e integração, e que, ao mesmo tempo em que possibilita a transformação do processo de trabalho, é também passível de transformação mediante as determinações que se fazem presentes no cotidiano das organizações de saúde, ou seja, que se transforma diante da finalidade colocada para o trabalho (Mishima, et al., 1997 p. 267).

Assim, ainda segundo Mishima et al. (1997), cabe à gerência a execução de ações de articulação e integração dos profissionais e do serviço, visto ser fundamental na efetivação de políticas sociais, especialmente, na área da saúde.

Essa concepção destaca que a gerência não tem um fim em si mesma, não se limita apenas ao âmbito burocrático e representa instrumento do PT em saúde e enfermagem, como pode também ser apreendida como um processo de trabalho específico decomposto em seus elementos constituintes (Felli, Peduzzi, 2005).

No gerenciamento na enfermagem, tal como apontado acima, a coordenação do trabalho da equipe também foi influenciada pelos princípios taylorista/fordista e burocrático, voltados ao cumprimento de normas, rotinas e tarefas, reproduzindo o que a instituição e os demais trabalhadores esperam, não priorizando, muitas vezes, as necessidades de saúde dos pacientes (Lima, 1998; Lima, Almeida, 1999; Matos, Pires, 2006).

Nesse gerenciamento, Lunardi, Lunardi Filho e Borba (1994); Silva, Gomes e Anselmi (1993) identificaram o enfermeiro como um facilitador do trabalho dos demais membros da equipe, tanto de enfermagem, quanto

multiprofissional, ou seja, o enfermeiro é o profissional que viabiliza as normas e rotinas do serviço, coordena os serviços de apoio e, assim, instrumentalizado pela administração, viabiliza a assistência à saúde.

Lunardi, Lunardi Filho e Borba (1994) destacam, também, que o enfermeiro é o profissional solicitado pelos técnicos e auxiliares de enfermagem quando não conseguem executar a prescrição médica ou algum tipo de cuidado em decorrência das condições dos pacientes ou da unidade. Além de ser constantemente acionado, também, por outros profissionais da equipe de saúde, para a resolução de diversos problemas, ligados ou não à enfermagem. Esses autores, ainda destacam que, dentre as ações que o enfermeiro desempenha na unidade de internação, há muitas consideradas passíveis de serem delegadas a outros membros da equipe de saúde.

Assim sendo, os enfermeiros realizam tanto ações de gerenciamento de enfermagem, como de gerenciamento da unidade. No que se refere, especificamente, às primeiras, podem ser desenvolvidas segundo a concepção de gerenciamento do cuidado, anteriormente apresentada.

No gerenciamento do cuidado, Rossi e Silva (2005) preconizam que o enfermeiro, além das ações diretas do profissional com o usuário, planeja a assistência, delega as atividades, faz previsão e provisão dos recursos materiais, capacita sua equipe de enfermagem, educa os usuários, promove a interação com outros profissionais, e ocupa os espaços de articulação e negociação em nome da garantia da qualidade do cuidado prestado.

Em sentido contrário a essa concepção de gerenciamento do cuidado, o estudo de Peduzzi e Anselmi (2002) mostrou a existência de uma cisão entre o planejamento e a execução do cuidado de enfermagem, bem como uma concepção de gerência burocrática por parte dos enfermeiros, tanto no que se refere ao gerenciamento das ações de enfermagem quanto ao gerenciamento da unidade. “Parte burocrática” do PT do enfermeiro que é associada por esses profissionais ao registro das atividades realizadas ou ao preenchimento de formulários, protocolos e similares.

Essa cisão está fortemente influenciada pela divisão do trabalho de enfermagem que atribui os momentos de concepção do cuidado aos

enfermeiros e a execução do cuidado propriamente dito aos técnicos e auxiliares de enfermagem (Almeida, Rocha, 1986; Matos, Pires, 2006; Peduzzi, Anselmi, 2002).

A literatura assinala a existência de outro tipo de cisão no processo de trabalho do enfermeiro que se refere à separação entre as dimensões assistencial e gerencial (Felli, Peduzzi, 2005; Hausmann, Peduzzi, 2009; Rossi, Silva, 2005) o que expressa, em parte, composição da força de trabalho de enfermagem no país, com número reduzido de enfermeiros.

Mishima et al. (1997) apontam que, usualmente, as AE em um nível mais complexo relacionado à concepção do trabalho são designadas ao profissional mais qualificado e que assume o gerenciamento das atividades dentro do processo de trabalho; na enfermagem, quem assume essa ação é o enfermeiro.

Considerando a heterogeneidade do PT do enfermeiro, ambas as dimensões do cuidar e do administrar podem ser articuladas no gerenciamento do cuidado. Nesse sentido, Ferraz (2000); Hausmann (2006); Hausmann e Peduzzi (2009), Rossi e Silva (2005) apontam a necessidade de aproximar as ações gerenciais às assistenciais para a consolidação do gerenciamento do cuidado. Mas para que isso aconteça, é necessária a realização de reflexões individuais e coletivas sobre a prática cotidiana da enfermagem, a fim de possibilitar o reconhecimento e o enfrentamento das contradições existentes no PT de enfermagem (Peduzzi, 2001a).

Outro aspecto a ser abordado é o gerenciamento em enfermagem nos dias atuais, que põe em destaque a necessidade de mudanças do próprio modelo de gerência e da organização do trabalho de enfermagem, considerados, em especial, os seguintes aspectos: as contribuições teóricas e práticas dos chamados cuidados integrais, o trabalho em equipe, a participação da equipe de enfermagem, usuário e familiar no planejamento e avaliação da assistência; a gestão participativa dos serviços de enfermagem; a educação no trabalho como forma de garantir o desenvolvimento contínuo dos trabalhadores e também como fator motivador do trabalho (Matos, Pires, 2006).

Essa mudança deve começar ainda na formação, visto que há uma dicotomia entre a teoria e a prática, com uma profunda dissonância entre o que é dito e ensinado que o enfermeiro deve fazer (fundamentalmente o cuidado ao paciente) e o que ele faz de fato na prática (predominantemente a gerência dos serviços e o controle de material e de pessoal) (Lunardi, Lunardi Filho, Borba, 1994).

Nesse sentido, são também necessárias mudanças nas concepções e práticas da educação, tanto no que se refere à formação profissional, como na educação de trabalhadores inseridos nos serviços de saúde, o que vem sendo contemplado pela concepção de educação permanente em saúde que orienta a atual política de formação dos trabalhadores e saúde no país que convive com as práticas usuais de educação continuada (Brasil, 2004, 2007).

3.6 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E EDUCAÇÃO CONTINUADA

O conceito de EPS utiliza a visão pedagógica do PT para analisar o cotidiano de trabalho e da formação em saúde permeabilizada pelas relações concretas que operam realidades e permitem a construção de espaços coletivos no interior das equipes para a reflexão e avaliação do sentido dos atos produzidos no cotidiano do trabalho, tendo em vista a perspectiva de realização de mudanças e transformação da prática (Ceccim, 2005a).

Nesse sentido, Ceccim (2005a) aponta que a educação permanente em saúde pode corresponder:

- à EPS: quando analisa a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar;

- à EC: quando pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos;
- à educação formal de profissionais: quando se apresentam amplamente porosas as multiplicidades da realidade de vivências profissionais e coloca-se em aliança com projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho o setor/mundo do ensino.

Segundo Peduzzi et al. (2003, p.9), é possível aprender que:

O conceito de educação permanente é mais abrangente à medida que propõe um processo permanente de educação em serviço, de natureza participativa, na qual a aprendizagem se produz em torno de um eixo central constituído pelo processo de trabalho, como fonte de conhecimento e objeto de transformação das práticas de saúde.

Na Portaria GM/MS nº. 1.996 de 20 de agosto de 2007 (Brasil, 2007), a EPS constitui uma política nacional de formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde (SUS) e propõe que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tornem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, e tenha como objetivo a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho estruturadas valendo-se da problematização do processo de trabalho.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (...) se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais (...) É feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações (Brasil, 2007, anexo II).

No contexto do trabalho, a educação de trabalhadores de saúde pode ser realizada segundo a concepção de EPS e/ou de EC. Esta é reconhecida como predominante tanto na área de enfermagem como no campo da saúde, e visa, especialmente, ao desenvolvimento técnico-científico dos

trabalhadores. Nesse sentido, ambas as concepções EPS e EC diferenciam-se de forma marcante.

A EC é desenvolvida por meio de seus programas educacionais que reduzem as AE a cursos, palestras, treinamentos e reciclagem dos conhecimentos; ocorre em tempo e lugar específicos, de forma fragmentada; com a utilização de estratégias de ensino tradicionais, de transmissão de conhecimentos de forma passiva; é construída de forma não articulada ao trabalho, sendo este o campo de aplicação de saber técnico-científico especializado, de modo que, os investimentos em aplicações não resultam em mudanças na prestação dos serviços.

Nessa concepção há uma valorização da ciência como fonte de conhecimento e um destaque para o conhecimento técnico-científico de cada área. Além disso, a EC parte de necessidades individuais dos profissionais, e coloca-se na perspectiva de transformação da organização em que o profissional está inserido. Esses aspectos da EC têm sido questionados pelos estudiosos dos processos educativos de trabalhadores de saúde (Ceccim, 2005a; Mancia, Cabral, Koerich, 2004; Pedroso, 2005; Peduzzi et al., 2009; Souza, Roschke, 2003).

Essa concepção e a prática tradicional de educação no trabalho são denominadas por Paulo Freire de “educação bancária”, pois o educando torna-se um depósito de informações que lhes são transmitidas pelo educador, sem que haja condições para o processo reflexivo ou criativo do educando (Freire, 2001).

Em contrapartida, a EPS advém de outra concepção de processos educativos de trabalhadores de saúde à medida que utiliza a metodologia da problematização e a aprendizagem libertadora e participativa, também chamada de significativa por Paulo Freire (2001), para melhoria da qualidade dos serviços.

Nessa concepção, o processo de trabalho é o gerador das necessidades de conhecimento e das demandas educativas contínuas, que devem ter como referência as necessidades de saúde dos usuários e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde.

Assim, portanto, há uma valorização do trabalho como fonte de conhecimento, bem como da articulação com a atenção à saúde, à gestão e o controle social. Há, também, o reconhecimento de que o trabalhador realiza suas atividades, inserido em uma equipe interprofissional e interdisciplinar. As estratégias de ensino são contextualizadas, orientadas para a transformação das práticas. A EPS pode ser considerada como uma continuidade do processo educativo escolar formal, uma vez que propicia aos trabalhadores da saúde um processo permanente de desenvolvimento de competências (Brasil, 2007; Ceccim, 2005a; Mancia, Cabral, Koerich, 2004; Pedroso, 2005; Peduzzi et al., 2003; Peduzzi et al., 2009; Souza, Roschke, 2003).

A EPS de trabalhadores de saúde e de enfermagem passa pelo processo de mudança, em que os profissionais e o serviço devem admitir que sua maneira de fazer ou seu saber-fazer são insuficientes ou insatisfatórios para produzir alternativas de práticas e conceitos para enfrentar o desafio de produzir transformações (Ceccim, 2005a).

Nesse contexto, Souza e Roschke (2003) apontam que a EPS deve assegurar: a melhora do desempenho profissional dos trabalhadores e da gestão do PT; a sistematização dos processos de avaliação que possibilitem reorientar os processos e gerar novos conhecimentos; a ampliação do conhecimento sobre a complexidade do processo de trabalho; a promoção da mudança da cultura institucional e a criação de condições para a promoção da saúde.

Assim, além de valorizar o trabalhador, a educação no trabalho da perspectiva da EPS propicia um desenvolvimento permanente tanto das habilidades humanas, quanto das técnicas necessárias ao PT em saúde, tendo como foco central a atenção ao usuário (Pereira, 2003).

Diante desse contexto, a concepção de EPS preconiza que para a aprendizagem acontecer e de fato resultar em mudanças nas práticas tendo o usuário como foco principal da assistência prestada, os trabalhadores e a organização devem analisar criticamente seus processos de trabalho em busca de novas maneiras de produzir alternativas de práticas e conceitos.

Em relação às transformações das práticas, as instituições de ensino também devem participar desse processo e encontrar um ponto de equilíbrio entre as representações dos diferentes modelos assistenciais, sem desconsiderar o aspecto biológico (Lucena et al., 2006).

Na formação dos profissionais de enfermagem isso pode ser contemplado com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (Brasil 2001, p.2) que já que defendem a formação do enfermeiro deve *atender às necessidades sociais, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento*, evidenciada, especialmente, pelo desenvolvimento de estratégias de intervenção no processo de saúde-doença nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência.

Nesse sentido, tanto as Diretrizes Curriculares Nacionais como as orientações da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SEGETS) destacam a integralidade da atenção à saúde como uma ampliação e o desenvolvimento da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais de enfermagem e saúde, a fim de torná-los mais responsáveis pelos resultados do seu trabalho, mais capazes de estabelecer relações de acolhimento e de vínculo com os usuários, e mais sensíveis às diferentes dimensões do processo saúde-doença.

A integralidade requer a implementação clara e precisa de uma formação para as competências gerais necessárias a todos os profissionais da saúde, tendo em vista uma prática de qualidade, qualquer que seja o local e área de atuação, uma formação que desenvolva a capacidade de análise crítica de contextos, que problematize os saberes e as práticas vigentes e que ative processos de educação permanente no desenvolvimento das competências específicas a cada trabalho (Brasil, 2004. p. 5).

Desse modo, a integralidade também está contemplada na formação e EPS, que deve estimular o trabalho em equipe, de modo a favorecer o diálogo entre os profissionais de saúde, como também a definição coletiva da assistência ao usuário como foco central das ações de saúde (Brasil, 2004).

3.7 INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO EM SAÚDE

Transformar a lógica de atenção à saúde no hospital do modelo clínico para o modelo de atendimento integral requer uma mudança tanto na cultura institucional, no PT e na educação no trabalho, quanto na formação dos profissionais de saúde com base nos princípios do SUS (Mattos, 2001).

Neste sentido a atenção à saúde deve ser organizada e realizada considerando os princípios básicos do SUS de universalidade e igualdade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; da integralidade da assistência à saúde; da participação comunitária; rede de saúde regionalizada e hierarquizada; e descentralização das ações de saúde (Mattos, 2001).

Dentre esses princípios, destacamos a integralidade da assistência, que consiste em um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, demandados por casos em todos os diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde e requer a integração tanto dos profissionais quanto dos serviços por meio das redes de assistência considerando que nenhuma instituição é capaz de resolver os problemas de saúde da população isoladamente (Kantorski et al., 2006).

Diante desse conceito, a transformação do modelo assistencial hospitalar, com base nos princípios do SUS passa da concepção de um cuidado individual para o coletivo contextualizado no processo saúde-doença (Lucena et al., 2006), ou seja, a integralidade do cuidado percebe o usuário como um sujeito histórico, social e político, articulado em seu ambiente familiar e social ao qual pertence; além de orientar os profissionais e serviços para ouvir, compreender e, com base nessas ações, atender às demandas e necessidades de saúde desse sujeito, grupos e comunidades (Mattos, 2001).

Desse modo, o atendimento integral vai além da estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência à saúde, como

acontece nas instituições de saúde. O atendimento integra: a real qualidade da atenção, individual e coletiva, assegurada aos usuários do SUS e inclui a necessidade do compromisso com o desenvolvimento contínuo dos profissionais bem como com o trabalho multiprofissional (Machado et al., 2007).

Nesse contexto, duas questões precisam ser consideradas: as ações de saúde planejadas devem ser inseridas em um processo descentralizado, que as instituições devem ter uma racionalidade na utilização dos recursos disponíveis, para o alcance dos objetivos propostos e a participação de segmentos sociais interessados (Lucena et al., 2006); e a concepção de inter/transdisciplinaridade, na qual há a integração dos saberes, que é importante para se obter diferentes olhares sobre o mesmo foco e uma melhor integração das diferentes experiências profissionais, na direção do atendimento às demandas da sociedade (Terra et al., 2006).

Essa concepção também é aceita por Mattos (2001, 2004), que analisa três distintos sentidos da integralidade da saúde:

- como atributo das práticas dos profissionais de saúde, expressando valores ligados ao que se pode considerar como boa prática assistencial;
- como modo de organização dos serviços de saúde, com enfoque na integração da rede de atenção, intersetorial, interdisciplinar e interprofissional;
- como características de políticas de saúde ou de respostas governamentais a determinados problemas de saúde, no sentido da articulação das ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

Segundo Mattos (2004, p. 1413):

Uma primeira dimensão de integralidade, na prática se expressa exatamente na capacidade dos profissionais para responder ao sofrimento manifesto, que resultou na demanda espontânea, de um modo articulado à oferta relativa a ações ou procedimentos preventivos. Para os profissionais, isso significa incluir no seu cotidiano de trabalho, rotinas ou processo de busca sistemática daquelas necessidades mais silenciosas, posto que menos vinculadas à experiência individual de sofrimento. Para os serviços, isso significa criar dispositivos e adotar processos coletivos de trabalho que permitam oferecer, para além das ações

demandadas pela própria população a partir de experiências individuais de sofrimento, ações voltadas para a prevenção.

Assim, a integralidade é caracterizada pela apreensão ampliada das necessidades de saúde dos usuários detectadas pela equipe de saúde nos diferentes níveis de atenção do sistema (Hartz, Contandriopoulos, 2004; Mattos, 2004). É um olhar integral sobre o usuário com uma visão holística a ser buscada na relação profissional – usuário/população e serviço – usuário/população. Nesse sentido, a postura do profissional é muito importante para que a integralidade aconteça, pois em muitas situações, a integralidade depende da adoção de redefinições ou incorporações mais radicais da equipe de saúde e de seus PT (Mattos, 2001).

Um exemplo de como isso pode ser praticado também no ambiente hospitalar é o atendimento do médico, que, diante do usuário que apresenta algum sofrimento, pode aproveitar a oportunidade para investigar os fatores de risco de outras doenças que não as envolvidas no sofrimento concreto daquele indivíduo, ou avaliar a existência de doenças que ainda não apresentam sofrimento (Mattos, 2001). A enfermagem pode assumir ações de promoção da saúde e construir novos saberes e (re)definir seus instrumentos e objeto de trabalho no hospital (Lucena et al., 2006).

A atitude dos profissionais de buscar compreender o conjunto de necessidades de ações e de serviços de saúde que um indivíduo apresenta, é o principal aspecto desse sentido de integralidade (Mattos, 2001).

Quando se discute os sentidos relacionados às práticas dos profissionais, converge-se para o segundo sentido da integralidade: organização do trabalho nos serviços de saúde, ou seja, a implementação da rede para que seja integral (Mattos, 2001).

Esse sentido critica a dissociação das práticas de saúde pública das práticas assistenciais e propõe uma “horizontalização” dos programas que estavam verticalizados, pois os serviços não conseguem sozinhos atingir o atendimento integral ao usuário, como propõe o primeiro sentido. Para que haja esse atendimento holístico há a necessidade de que os serviços de saúde desenvolvam uma apreensão ampliada das necessidades da população da sua área de abrangência, de modo aberto a assimilar

necessidades de saúde não identificadas anteriormente, a fim de alcançar o cuidado integral (Mattos, 2001).

Com base nesse contexto, os serviços devem articular organização do próprio trabalho nas instituições, com intuito tanto de atender à sua demanda de assistência espontânea que tem uma necessidade declarada, quanto à demanda programada, necessidade não declarada pela população, mas que é apreendida pelos serviços (Mattos, 2001; Silva, Magalhães Jr, 2008).

No terceiro sentido, a integralidade é construída valendo-se das ações de promoção da saúde que devem ser desenvolvidas de forma articulada às políticas sociais e políticas especiais que respondam aos problemas dos grupos populacionais nos diferentes contextos em que se inserem, considerando a integração entre o Estado, a comunidade, a família e o indivíduo (Mattos, 2001; Silva, Magalhães Jr, 2008). Nessa direção, é que se consolidam as questões relacionadas à promoção e prevenção de diferentes níveis de agravos à saúde (Silva, Magalhães Jr, 2008) em resposta a determinados problemas de saúde ou às necessidades de certos grupos específicos (Mattos, 2001).

O sentido da integralidade das políticas vai desde a articulação de macropolíticas do campo econômico e industrial (por exemplo: o consumo de álcool e do fumo), até as ações mais em nível local (como o estímulo à prática de atividade física e alimentação saudável) realizada pela equipe de saúde do programa de saúde da família (Silva, Magalhães Jr, 2008).

Nessa articulação, também estão incluídas as chamadas políticas especiais, que são aquelas cujo sentido de integralidade está direcionado para uma determinada ação de saúde, como, por exemplo, as políticas de prevenção do câncer ou do vírus da imunodeficiência humana adquirida. As políticas especiais da perspectiva da integralidade devem incorporar as possibilidades de prevenção, o acesso às técnicas de diagnóstico precoce e o atendimento das necessidades assistenciais, desde a utilização de medicamentos até o transplante, entre outros, na direção de um cuidado integral (Mattos, 2001; Silva, Magalhães Jr, 2008).

Mattos (2001, p.61) salienta, ainda, que é possível identificar ações que revelam a articulação entre os três sentidos apresentados, mas é essencial que haja uma recusa às concepções reducionistas em relação ao usuário, serviços e políticas públicas:

Quer tomemos a integralidade como princípio orientador das práticas, quer como princípio orientador da organização do trabalho, quer das organizações políticas, integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo.

Dessa forma, Mattos (2001) destaca que a integralidade só se concretizará quando houver uma abertura ao diálogo tanto nas práticas nos serviços de saúde, quanto nos debates sobre a organização da rede, bem como nas discussões sobre as políticas de saúde.

Nesse contexto, a integralidade só pode ser alcançada em rede, pois o cuidado pensado de forma integral abrange diferentes serviços de saúde. Nessa rede está o hospital, que pode ser considerado como um importante componente do cuidado integral, pensado de forma ampliada, para que o usuário alcance a atenção às suas necessidades de saúde (Cecílio, Merhy, 2003).

Em relação à integralidade da atenção que acontece no hospital, Cecílio (2001) a denomina de integralidade focalizada, ou seja, é a integralidade que deve resultar do esforço e da articulação de diferentes saberes de uma equipe multiprofissional, que acontece no espaço concreto, singular e delimitado (focalizado) do hospital. Contudo, a atenção à saúde aí realizada, precisa também se articular àquela realizada nas unidades básicas de saúde, em um Programa de Saúde da Família, nas unidades ambulatoriais especializadas ou em um hospital.

A integralidade focalizada, também deve ser pensada como uma parte de uma integralidade mais ampla, pensada em rede, a fim de possibilitar novas práticas da equipe de saúde e da coordenação do serviço, uma vez que a integralidade não acontece em um só lugar, de forma isolada, seja porque as diferentes tecnologias estão distribuídas entre os serviços, seja porque a melhoria das condições de vida e de saúde da população da área e abrangência é resultado de um esforço intersetorial (Cecílio, 2001).

Assim, no contexto hospitalar, pode-se dizer que a integralidade da atenção à saúde pode resultar do esforço de uma abordagem mais completa e holística de cada paciente. Isso implica a garantia de que toda a tecnologia de saúde esteja disponível para melhorar e prolongar a vida, além da criação de um ambiente confortável e seguro para o paciente hospitalizado (Cecílio, Merhy, 2003).

Para esses autores, o cuidado integral em saúde ocorre valendo-se da articulação das tecnologias duras, leves-duras e leves. Essas tecnologias associadas à humanização adotam o lugar em que o paciente está e suas necessidades de saúde como um ponto de partida para as intervenções necessárias no ambiente hospitalar.

Dois exemplos que os autores destacaram como formas de realização da integralidade no hospital: um diz respeito ao período de internação, no qual os profissionais aproveitam para preparar o paciente para conquistar sua autonomia e para sua reinserção no seu contexto social, e o outro momento é quando o paciente recebe a alta hospitalar, que é quando os profissionais têm condições de dar continuidade ao tratamento em outros serviços, no qual utilizam o sistema de contra-referência para a construção da linha de atendimento específico às necessidades daquele paciente (Cecílio, Merhy, 2003).

A integralidade do cuidado no hospital, assim como em outros serviços de saúde, é necessariamente interdisciplinar, ou seja, depende da articulação do trabalho dos diferentes profissionais da equipe de saúde. Assim, o cuidado em saúde é a integração de um grande número de pequenas ações, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, que vão se complementando, de modo mais ou menos consciente e/ou negociado, no cotidiano do trabalho no hospital, que pode se configurar tanto em um espaço dialético de complementaridade ou de disputa das diferentes especialidades de saúde.

Partindo dessa perspectiva, a integralidade ocorre em maior ou menor grau, dependendo da forma com que estão articulados os profissionais no serviço hospitalar (Cecílio, Merhy, 2003).

3.8 TRABALHO EM EQUIPE EM SERVIÇOS HOSPITALARES

A atenção integral depende do desenvolvimento do trabalho interdisciplinar e interprofissional da equipe de saúde. A integração dos trabalhos depende da articulação existente entre as unidades, setores e serviços que integram também as pessoas e as ações, com o intuito de alcançar a resolutividade das necessidades da assistência dos usuários (Peduzzi, Ciampone, 2005).

O trabalho em equipe, além de ser coletivo, é dinâmico e possui uma plasticidade que pode direcionar os trabalhadores para duas modalidades de atuação distintas: o agrupamento de agentes caracterizado pela fragmentação e justaposição das ações ou pela equipe integração, que consiste na articulação das situações de trabalho e na integração dos agentes. Em ambas há diferenças técnicas dos trabalhos especializados e desigualdade na valoração social de cada trabalho especializado, evidenciando a divisão técnica e social do trabalho em saúde (Ciampone, Peduzzi, 2000; Peduzzi, 2001b).

A interação dos trabalhos especializados depende do reconhecimento do trabalho do outro e da concepção que os profissionais têm do processo saúde-doença. Concepção essa que agrega os valores da integralidade, e assim motiva os trabalhadores a realizarem suas ações sob a proposta de trabalho em equipe, em substituição ao trabalho individualizado por categoria profissional (Peduzzi, 2007b).

A concepção de integralidade, descrita anteriormente, pode configurar-se em uma alternativa para transformações desse cenário. A integralidade considera que os diferentes profissionais da saúde tenham um projeto coletivo de atenção à saúde que seja capaz de identificar e dar respostas às doenças que causam sofrimento, bem como, identificar outras necessidades de saúde de modo preventivo e orientado para a promoção da saúde (Mattos, 2004). Para que isso seja possível, a equipe de saúde deve elaborar projetos terapêuticos construídos de forma dialogada entre os

profissionais da saúde e os usuários dos serviços, considerando ações que sejam voltadas para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

O trabalho em equipe na perspectiva da integralidade da saúde busca a recomposição dos trabalhos parcelares, resultantes do processo de divisão técnica e social, evidenciando a complementaridade e interdependência existente entre os diferentes trabalhos especializados (Peduzzi, 2001b; Peduzzi et al., 2009).

Nesse contexto, para que haja a articulação das ações de prevenção, promoção, recuperação à saúde e reabilitação, bem como a apreensão ampliada das necessidades de saúde dos usuários, é necessário que a atuação dos trabalhadores seja articulada, integrada e orientada para essa forma de organização do trabalho em saúde (Peduzzi, 2007b).

Assim, o trabalho em equipe, a educação no trabalho concebida como EPS e a integralidade, tendo o usuário como foco central da organização do trabalho e dos serviços, configuram aspectos relevantes da gestão da saúde, com a finalidade do atendimento das necessidades de saúde de forma integral.

Caminho Metodológico

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo parte do entendimento de que o processo de trabalho está diretamente relacionado às atividades educativas de trabalhadores inseridos em serviços de saúde, ou seja, que o cotidiano do trabalho gera necessidades de educação dos profissionais e que esta deve ser desenvolvida no contexto de trabalho e produzir impactos no serviço.

Assim, o objeto de estudo consiste nas relações entre os PT de enfermagem e AE de trabalhadores de enfermagem na perspectiva da integralidade da saúde, do trabalho em equipe de enfermagem e da EPS.

O objeto de estudo e os objetivos remetem a um estudo de caráter qualitativo, pois esse tipo de abordagem é o melhor método de investigação de uma realidade que não pode ser quantificada, ou seja, permite estudar os significados, aspirações, motivos, valores e atitudes representando o espaço mais profundo das relações, processos e fenômenos que não podem ser simplificados à operacionalização de variáveis (Minayo, 2004b).

4.2 CENÁRIO DE ESTUDO

Com base na fase exploratória foram selecionados para estudo dois hospitais gerais, um de ensino (HE) inserido em uma IES e o outro da rede pública municipal (HM).

A escolha por desenvolver a pesquisa em serviços hospitalares deve-se, em primeiro lugar, ao reconhecimento de que a prática de enfermagem, tanto em nível internacional como nacional, desenvolveu-se e consolidou-se no interior dos hospitais, desde a institucionalização da enfermagem como

profissão, em meados do século XIX. Além disso, a pesquisadora também tem experiência no desenvolvimento de assistência e gerenciamento de enfermagem em instituição hospitalar. Por fim, a escolha do campo de pesquisa também foi motivada pelos resultados da fase exploratória que mostrou uma concentração significativa de atividades educativas de trabalhadores de enfermagem nos três hospitais da região de estudo.

O HE possui aproximadamente 260 leitos e 1.837 trabalhadores, sendo 1.088 profissionais de saúde e desses, 661 pertencem à enfermagem, sendo 183 enfermeiros e 478 técnicos e auxiliares de enfermagem. Em relação aos profissionais de saúde, 52,8% possuem nível superior completo e 47,2% têm nível médio de escolaridade, a média de idade é de 41 anos e um tempo médio na instituição de 12 anos (Tronchin et al., 2009).

Tem como finalidade promover o ensino, a pesquisa e a assistência ao paciente atendido em seu serviço. Em relação à atenção à saúde, o HE dispõe das especialidades de maternidade, berçário, alojamento conjunto, pediatria, clínica médica e cirúrgica, unidade de terapia intensiva (UTI) adulto e pediátrica e neonatal, centro cirúrgico, recuperação pós-anestésica e centro obstétrico, pronto socorro adulto e infantil, bem como atendimento ambulatorial. Há, também, os setores de controle de infecção hospitalar (CCIH), central de materiais, gerenciamento de materiais.

Relacionado ao ensino e pesquisa, recebe estagiários das diferentes profissões da saúde e é campo para o desenvolvimento de pesquisas.

A contratação de pessoal é feita em regime da Consolidação das Leis Trabalhistas obedecendo às regras da IES, porém o processo seletivo dos candidatos é função realizada pelos enfermeiros do setor de educação continuada do hospital. Esse setor foi estruturado à época de implantação do hospital e no momento da pesquisa de campo contava com quatro enfermeiros que atuam no planejamento e desenvolvimento das ações relacionadas às AE de trabalhadores, avaliação de desempenho, recebimento de visitas à instituição, processo de seleção de pessoal, participação em desenvolvimento de pesquisas e coordenação de grupos de estudo.

O HM dispõe de 81 leitos, 354 trabalhadores, 301 profissionais são da área da saúde e 190 compõem a enfermagem, sendo 36 enfermeiros e 154 auxiliares de enfermagem. Sobre os profissionais da saúde, 45,2% têm escolaridade com nível superior completo e 54,8% concluíram o nível médio. Esses trabalhadores têm idade média de 43,2 anos e estão atuando no hospital em média há 10 anos (Tronchin et al., 2009). Nessa instituição não há técnicos de enfermagem por conta de não haver essa categoria no contrato trabalhista da Secretaria de Estado da Saúde à época da pesquisa de campo.

O HM tem por finalidade oferecer assistência aos pacientes usuários dos seus serviços nas especialidades de maternidade, alojamento conjunto, berçário, UTI neonatal, clínica médica e cirúrgica, centro cirúrgico geral para pequenas cirurgias, recuperação pós-anestésica e centro obstétrico, pronto socorro e UTI para adultos, além de atendimento ambulatorial cirúrgico. Além desses serviços, também realiza atendimento de planejamento familiar, é referência em vítima de violência sexual e é um hospital amigo da criança. O HM também dispõe de central de material e de serviço de CCIH.

Em relação ao ensino, o HM é campo para estágio curricular de cursos de educação profissional para formação de auxiliares e técnicos de enfermagem; e não desenvolve pesquisa.

A contratação de pessoal ocorre por meio de concurso municipal, o que dificulta a reposição de trabalhadores quando necessário. No momento da entrevista, o quadro de pessoal contava com enfermeiros e técnicos de enfermagem recém-contratados, pois houve um processo de contratação emergencial, decorrente da defasagem desses profissionais na instituição.

Não há um setor específico de educação continuada, mas há uma enfermeira que desempenha essencialmente as atividades ligadas à AE de trabalhadores de enfermagem, bem como realiza as funções de supervisão dos setores e é responsável pelas vacinas do hospital.

4.3 SUJEITOS DE PESQUISA

Os sujeitos de pesquisa que participaram do estudo foram enfermeiros dos dois hospitais estudados, pois esses profissionais são responsáveis pela qualidade da assistência de enfermagem e, quando atuam na dimensão gerencial do processo de trabalho do enfermeiro contam com a EC e EPS como instrumento de educação de trabalho. Assim, entende-se que seus depoimentos permitem compreender a concepção e a correlata atuação que têm em relação ao objeto de estudo.

A seleção dos sujeitos de pesquisa foi feita com base na técnica denominada bola-de-neve. Essa técnica em cadeia de bola-de-neve ou *snowball* consiste na seleção dos sujeitos de pesquisa tomando-se por base o primeiro entrevistado, que indica outro informante e este, por sua vez, indica outro e assim sucessivamente até que se tenha montado a amostra da pesquisa (Campos, 2004).

É um método que tem sido utilizado nas ciências sociais para estudar tópicos sensíveis, traços raros, trabalhos particulares e relações sociais. Essa técnica proporciona a seleção de sujeitos de pesquisa por meio de indicações feitas por pessoas que compartilham ou conhecem outros indivíduos que são possuidores das características de interesse da pesquisa (Kaplan, Korf, Sterk, 1987).

Essa estratégia, segundo Becker (1994, p.155):

Resolve o problema do acesso de forma conveniente: pelo menos se conhece alguém que pode ser observado ou entrevistado, pode-se tentar fazer com que este indivíduo o apresente aos outros e seja seu fiador, desse modo deflagrando uma espécie de amostragem em bola-de-neve. Uma vez que você seja conhecido, e uma vez que se saiba a seu respeito em sua condição anterior, surgem poucas dúvidas quanto à sua confiabilidade.

Em relação à confiabilidade do pesquisador, Schraiber (1995b) destaca que a seleção dos sujeitos de pesquisa nessa técnica realiza-se por mecanismos reconhecidos pelos próprios indicados como formas de escolha conhecidas e confiáveis e, até certo ponto, sob o controle dos entrevistados,

o que favorece a boa recepção e a disponibilidade em participar da pesquisa.

A seleção dos sujeitos foi realizada primeiro no HE e em seguida no HM. Em cada um dos dois serviços, a coleta de dados iniciou com a entrevista da gerente da área de enfermagem, que indicou outro enfermeiro para participar do estudo visto conhecer o objeto investigado e assim sucessivamente até que o pesquisador julgou ter material empírico adequado à análise com base na técnica de saturação.

Por meio dessa técnica, foram indicados 14 enfermeiros do HE e 8 do HM. A caracterização dos enfermeiros entrevistados das duas instituições está apresentada nos Quadros 1 e 2.

No HE, dos 14 enfermeiros indicados para o estudo, 7 dos entrevistados têm função gerencial, 3 pertencem aos serviços de apoio, como o setor de educação continuada (SEC) e gerenciamento de materiais e 4 são enfermeiros assistenciais. E no HM, um enfermeiro tem a função gerencial, 3 são de serviços de apoio como o SEC, CCIH e central de material estéril, e 4 são assistenciais.

Quadro 1: Caracterização dos enfermeiros entrevistados do HE

Caracterização dos enfermeiros entrevistados no HE						
Entrevista	sexo	Idade (anos)	Tempo de formado (anos)	Pós-graduação	Área de especialização	Tempo de trabalho no hospital
E1	Fem	60	24	Livre-docente	Administração em serviços de enfermagem	8 anos
E2	Masc	40	17	Doutorado	Administração em serviços de enfermagem	17 anos
E3	Fem	51	24	Mestrado	Administração em serviços de enfermagem	23 anos
E4	Fem	43	22	Mestrado	Administração em serviços de enfermagem	15 anos
E5	Fem	33	11	Doutoranda	Saúde do Adulto	21 anos
E6	Fem	45	21	Mestrado	Administração em serviços de enfermagem	17 anos
E7	Fem	47	22	Mestrado	Administração em serviços de enfermagem	16 anos
E8	Fem	44	23	Mestrado	Administração em serviços de enfermagem	22 anos
E9	Fem	43	22	Mestrado	Saúde do Adulto	20 anos
E12	Fem	29	7	Especialização	Terapia Intensiva e Economia nos Serviços de Saúde	5 anos
E14	Fem	29	7	Especialização	Terapia Intensiva e Gerontologia	5 anos
E16	Fem	26	4	Especialização	Gestão em serviços de saúde	3 anos
E18	Fem	32	11	Especialização	Saúde mental e centro cirúrgico	7 anos
E19	Fem	30	9	Mestrado	Administração em serviços de enfermagem	7 anos

Quadro 2: Caracterização dos enfermeiros entrevistados do HM

Caracterização dos enfermeiros entrevistados no HM						
Entrevista	sexo	idade	Tempo de formado (anos)	Pós-graduação	Área de especialização	Tempo de trabalho no hospital
E10	Fem	56	31	Especialização	Clínica Médica	6 anos
E11	Fem	41	18	Especialização	Estomaterapia	6 meses
E13	Fem	40	13	Especialização	Terapia Intensiva	7 meses
E15	Masc	43	14	-	-	6 anos
E17	Fem	45	17	Especialização	Gestão ambiental aplicado aos serviços de saúde e Controle de infecção hospitalar	6 anos
E20	Fem	47	6	-	-	10 meses
E21	Masc	43	15	Especialização	Administração hospitalar	1 mês
E22	Fem	51	28	Especialização	Administração hospitalar	14 anos

4.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A realização da pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob o processo nº729/2008/CEP-EEUSP (Anexo 1) e da Secretaria Municipal da Saúde parecer nº 181/08-CEP/SMS (Anexo 2). O CEP do HE também aprovou a realização do estudo.

Foi solicitada autorização para o desenvolvimento da pesquisa para o diretor técnico do HM, a pedido do Comitê de Ética em Pesquisa da

Secretaria Municipal de Saúde, por apreciarem as pesquisas desenvolvidas em diferentes instituições (Apêndice 1). O CEP do HE orientou não ser necessária a obtenção da autorização do diretor técnico, pois é da responsabilidade do CEP a autorização para a realização de pesquisas na instituição.

Antes do início das entrevistas, agendadas previamente, os sujeitos de pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo, abordagem metodológica, sua participação voluntária no estudo e, mediante o aceite, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, uma permaneceu de posse do entrevistado e outra com o pesquisador (Apêndice 2).

Foi-lhes assegurado o sigilo quanto à identificação dos serviços e dos sujeitos de pesquisa conforme as exigências do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 1996).

4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada com o gerente principal de enfermagem dos serviços e demais enfermeiros selecionados pela técnica de bola-de-neve, seguindo o critério de ‘exaustão’ ou ‘saturação’ dos dados, *segundo o qual o pesquisador verifica a formação de um todo e reconhece a reconstituição do objeto no conjunto do material. Porém, esse não é, de forma alguma, critério obrigatório* (Schraiber, 1995b, p. 67)

As entrevistas foram realizadas com base em um roteiro (Apêndice 3), que foi elaborado com base no referencial teórico e nos resultados da caracterização das AE de trabalhadores de enfermagem da fase exploratória.

As questões que compõe o roteiro estão distribuídas conforme segue: a primeira questão busca aproximar entrevistado e entrevistador e contextualizar o sujeito de pesquisa; da segunda a quinta questão busca-se

conhecer o processo de trabalho de enfermagem no respectivo hospital estudado; e com base na sexta à décima segunda questão procura-se conhecer as AE de trabalhadores de enfermagem dos hospitais pesquisados.

Segundo Minayo (2004a) o roteiro de entrevista busca apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa, por isso, possui poucas questões. Trata-se de um instrumento facilitador utilizado para orientar uma “conversa” que tem uma determinada finalidade. Um cuidado que se deve ter ao elaborar um roteiro de entrevista, é a inclusão de alguns itens indispensáveis para o delineamento do objeto em relação à realidade empírica e devem atender às seguintes questões:

- cada questão levantada deve fazer parte do delineamento do objeto, dando-lhe forma e conteúdo;
- as questões devem permitir a ampliação e a profundidade da comunicação e não restringi-la;
- devem contribuir para emergir a visão, os juízos, valores e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto de estudo, sob o ponto de vista dos interlocutores.

Quanto à entrevista, trata-se de uma técnica da pesquisa qualitativa, que visa obter informações contidas na fala dos sujeitos de estudo, servindo como um meio de coleta de dados objetivos e subjetivos sobre um determinado tema científico (Neto, 2004). Em geral, pode ser estruturada e não-estruturada e, sendo dirigida ou não, representa uma situação de interação entre dois indivíduos que se manifesta certo condicionamento das respostas e das interpretações possíveis (Thiollent, 1982).

Para esses autores, a entrevista não-estruturada, também chamada de aberta, aborda livremente o tema proposto com base na pergunta inicial do entrevistador, para a captação da informação mais profunda ou menos censurada dos dados. Nesta técnica, o objetivo central é captar as representações por meio da fala do entrevistado, que é considerado como portador de uma cultura que a entrevista não-diretiva pode explorar valendo-se das verbalizações, inclusive relacionada ao aspecto afetivo.

Já a entrevista estruturada pressupõe a utilização de perguntas previamente formuladas. Nessa modalidade, o entrevistador comunica oralmente ao entrevistado as perguntas fechadas e anota as respostas imediatamente após. Esta técnica é limitada por seu caráter fechado, pela pobreza das informações coletadas, pelo desconhecimento do referencial utilizado e pela possibilidade de indução nas respostas (Neto, 2004; Thiollent, 1982).

Há uma forma de entrevista que articula essas duas modalidades, caracterizando-se como entrevista semiestruturada, que parte de certos questionamentos básicos, ancorados nas teorias e hipóteses da pesquisa e oferecem um amplo campo de interrogações, decorrentes de novas hipóteses surgidas à medida que se recebem as respostas do entrevistado. Dessa maneira, o entrevistado segue espontaneamente a linha do seu próprio raciocínio e de suas experiências dentro do foco central colocado pelo entrevistador e participa na elaboração do conteúdo da pesquisa (Triviños, 1992). Essa última modalidade é a que será utilizada nesta pesquisa para a coleta de dados.

As entrevistas foram feitas pela pesquisadora e gravadas com o consentimento dos entrevistados. A seguir, foram transcritas na íntegra com a colaboração de duas pessoas que fizeram a transcrição de 17 entrevistas. Assim, a pesquisadora fez pessoalmente a transcrição de cinco entrevistas e a conferência de fidelidade das demais 17 entrevistas transcritas pelos colaboradores. A coleta de dados foi realizada no período compreendido entre junho de 2008 e fevereiro de 2009.

4.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise do material empírico obtido por meio das entrevistas foi realizada com base no quadro teórico-conceitual adotado, em especial, as concepções das categorias analíticas, processo de trabalho de enfermagem,

processo de trabalho do enfermeiro, integralidade da saúde, educação permanente em saúde e trabalho em equipe.

Os dados coletados com base nas entrevistas realizadas processados conforme análise de conteúdo temática que segundo Bardin (1977) é o conjunto de técnicas de análise das comunicações que, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, objetiva definir os indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens.

Essa técnica analisa a materialidade linguística por meio das condições empíricas do texto e, por meio do conteúdo, busca compreender o pensamento do sujeito que está expresso no texto, em uma concepção transparente de linguagem (Caregnato, Mutti, 2006). Também permite a elaboração de pressupostos que norteiam a pesquisa, bem como possibilita a descoberta de respostas para as questões formuladas nos conteúdos analisados (Gomes, 2004).

A análise de conteúdo possui três etapas básicas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação (Bardin, 1977).

A pré-análise é basicamente a organização do material obtido que se objetiva tornar operacional e sistematizar as ideias iniciais, de modo a conduzir uma sistemática precisa do desenvolvimento de um plano de análise.

Na pré-análise, constitui-se o *corpus*, conjunto de documentos a serem submetidos aos procedimentos analíticos, orientado inicialmente pelas hipóteses ou pressupostos e pelo referencial teórico.

Nessa fase, realiza-se a leitura geral, ou também chamada de leitura flutuante de todo o material empírico, que consiste em estabelecer um contato com o material de estudo. Por meio de leituras sucessivas, pouco a pouco a leitura vai tornando-se mais precisa em virtude de hipóteses emergentes, da projeção de teorias adaptadas sobre o material empírico.

Na segunda etapa de exploração do material utilizam-se os procedimentos de classificação ou categorização das informações coletadas,

com base no quadro de referência de estudo. É a fase mais longa do processo de análise de conteúdo.

Quanto às categorias, Minayo (2004b) aponta que a interpretação pressupõe a elaboração de categorias analíticas, que em geral, são definidas no início do estudo e estão diretamente relacionadas ao quadro teórico adotado. Já as categorias empíricas são elaboradas com base no material de campo.

Na terceira fase de tratamento dos resultados e interpretação, utiliza-se a reflexão e a intuição embasadas no material empírico, a fim de aprofundar a análise buscando revelar o conteúdo latente existente nas informações obtidas. Depois da síntese e seleção dos resultados, são feitas as inferências e a interpretação dos dados sob a luz do referencial teórico adotado (Bardin, 1977).

Resultados

5 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa são apresentados em separado para cada um dos hospitais estudados. Inicia-se com a abordagem do processo de trabalho analisado com base nas duas interpretações teóricas distintas identificadas na literatura que constam no referencial teórico. Uma primeira que analisa as duas dimensões que compõem o PT de enfermagem: assistencial e gerencial (Almeida, Rocha, 1986; Azzolin, Peduzzi, 2007b; Castellanos, 1987; Ferraz, 2000; Garlet et al., 2006; Gomes et al., 1997; Gustavo, Lima, 2003; Hausmann, Peduzzi, 2009; Lima et al., 2000; Peduzzi, 2002; Peduzzi, Anselmi, 2002; Rodrigues, Lima, 2004; Rossi, Silva, 2005; Silva, Gomes, Anselmi, 1993) e uma segunda interpretação que considera os quatro sub-processos do trabalho de enfermagem: cuidar ou assistir, administrar ou gerenciar, pesquisar e ensinar (Peres e Ciampone, 2006; Silva, 1996; Tanaka 2008; Tanaka, Leite, 2008).

Os resultados também são apresentados segundo os objetivos da pesquisa e as respectivas categorias empíricas identificadas no processo de análise. No que se refere ao primeiro objetivo específico a análise dos dados resultou nas categorias: relação de interdependência do ensino, pesquisa e prática; vinculação entre a atividade educativa dos trabalhadores de enfermagem e o cotidiano do trabalho; atividade educativa para evitar automatização do trabalho e atividade educativa para uniformizar o conhecimento e padronizar a ação/intervenção. Para o segundo objetivo encontraram as categorias: educação no trabalho ajuda a integrar a equipe, frágil integralidade da assistência hospitalar, e ausência da educação permanente em saúde na assistência hospitalar.

5.1 PROCESSO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS NOS HOSPITAIS ESTUDADOS

Hospital de ensino

Os relatos dos enfermeiros sobre o seu PT, apreendido segundo a descrição de atividades executadas no cotidiano de trabalho no HE, mostram que predominam ações voltadas à dimensão gerencial da enfermagem.

O aspecto gerencial que mais se destacou nos relatos diz respeito às ações relativas ao gerenciamento dos recursos humanos, referido em 12 dos 14 depoimentos dos enfermeiros do HE. Esse gerenciamento destaca, segundo esses relatos, ações voltadas, em especial, às escalas de férias, mensal e diária de atividades. Também são referidos dimensionamentos do quadro de pessoal, absenteísmo, escuta das necessidades da equipe de enfermagem, gestão de conflitos, coordenação da equipe, avaliação de desempenho e processo seletivo.

Foi mencionada pela maioria dos enfermeiros entrevistados a participação em conselhos, grupos, comissões e reuniões, como parte do cotidiano do seu PT. Convém destacar que esses conselhos, grupos e comissões são tanto internos como externos ao hospital, multiprofissionais e multidisciplinares ou específicos da área de enfermagem. Nestes são definidas normatizações e padronizações do trabalho de enfermagem.

(...) Temos o Fórum de Participação e Decisão em Enfermagem que tem na composição as diretoras, as chefes, as enfermeiras-representantes e um técnico ou auxiliar de enfermagem de cada unidade que foram eleitos pelos pares para participarem (...) nesse Fórum, os profissionais de nível médio têm o mesmo poder de voto que as chefias (...) então, os assuntos que são de governabilidade da enfermagem não são levados adiante se não forem acordados, se não forem aceitos pelo Fórum de Participação. (E2)

Por meio do gerenciamento participativo foi possível a construção coletiva de importantes ferramentas do PT dos enfermeiros, como a definição de indicadores da qualidade da assistência de enfermagem, do

Processo de Enfermagem (PE) e do instrumento de avaliação de desempenho.

A construção dos indicadores da assistência de enfermagem e de gestão dos recursos humanos, tal como absenteísmo e horas-treinamento, foi um processo realizado com a participação dos enfermeiros supervisores e demandou AE para a aquisição do conhecimento necessário para a sua aplicação no cotidiano do trabalho de forma sistematizada.

Os instrumentos do PE e da avaliação de desempenho foram construídos com a participação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

(...) E foi feito um treinamento para toda a equipe de enfermagem sobre indicadores. Acho que nós fizemos uns 35 encontros. Nós não medimos esforços para que toda a equipe ouça. Então, às vezes, nós fazemos um encontro com cinco pessoas, mas marca-se e faz-se o encontro. Uma aulinha rápida de uma hora. (E4)

Especificamente, quanto ao PE, os instrumentos resultaram de uma construção coletiva para a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que envolveu todos os profissionais de enfermagem de todos os turnos de trabalho.

(...) Para construir um instrumento novo, tinha de fazer grupos focais com as enfermeiras-chefes, depois multiplicar para todas as enfermeiras do hospital. Foram várias reuniões com pessoal de vários turnos, inclusive da noite, depois com todos os técnicos de enfermagem. Isso porque era uma meta da gerência de enfermagem. Depois foi posto na clínica médica, foi argumentada muito com as enfermeiras a importância de discutir o plano assistencial com os técnicos e os auxiliares de enfermagem, que não era uma atividade apenas da enfermeira. Depois, discutiu-se o mesmo instrumento com o grupo de técnicos e auxiliares para que eles pudessem palpitar e propor mudanças, e tudo mais. Depois disso, foi feito com outros grupos de técnicos e auxiliares também. Assim, respondendo a uma demanda que a gerência levantou. (E2)

O instrumento de avaliação de desempenho também foi construído coletivamente.

(...) Nós usamos um instrumento que contém autoavaliação. Tem avaliação do chefe e a autoavaliação (...) assim, esse instrumento foi construído junto com o grupo de chefia a princípio, que foi uma tese de doutorado de uma professora da IES (...) há todos os itens

que são considerados importantes para o desempenho do profissional (...) vieram as discussões com um grupo de chefia, depois foi feito uma multiplicação junto com as enfermeiras assistenciais, foram feitos vários fóruns com as enfermeiras e foi mudado o instrumento de acordo com a proposição das enfermeiras. Depois, nós fizemos o mesmo com o grupo de técnicos e auxiliares de enfermagem. A mesma construção foi feita, assim, tudo que consta do instrumento é o que eles acordaram ao longo dos tempos. (E2)

As AE setoriais que seriam direcionadas aos recém-admitidos também foram decididas em conjunto,

(...) Eu sentei com as enfermeiras para discutir como é que nós faríamos o treinamento de cinco enfermeiros novos que viriam para a unidade (...) nós temos que ser muito criteriosos na admissão do profissional (...) nós discutimos como seria feito esse treinamento. (E2)

A construção coletiva de ferramentas técnicas por meio de trocas na interação, da criação de espaços de decisão compartilhada no conjunto de trabalhadores de enfermagem faz parte do gerenciamento participativo praticado nesse HE.

Ainda, quanto ao gerenciamento dos recursos humanos, as reuniões foram referidas como atividades que ocorrem praticamente todos os dias, dirigidas tanto à equipe multiprofissional quanto à enfermagem, além de se constituírem em espaços de escuta da equipe e de gestão de conflitos.

(...) Há as reuniões de grupo que eu participo (...) grupo de estudo da IES (...) nós temos uma pesquisa deste grupo (...) temos de preparar todo esse material [referindo-se ao processo de enfermagem] com os diagnósticos, as intervenções e os resultados que esperamos para aquele diagnóstico pensando no contexto do hospital (...) temos reuniões, praticamente, todos os dias (...) há a atividade gerencial (escala mensal, previsão de material, checagem do que está faltando), além da supervisão do grupo, reunião, às vezes, com um funcionário especificamente com um problema, avaliação de desempenho, reuniões multidisciplinares (...) atualização das nossas metas (...) reuniões de enfermeiras mensalmente, reuniões com funcionários. (E8)

Os relatos fazem referência à dimensão comunicacional no gerenciamento de recursos humanos de enfermagem, tanto a comunicação em reuniões como individualmente. A comunicação é o veículo que mantém as relações de trabalho, isto é, a interação entre os profissionais que permite o andamento do trabalho, o encadeamento das inúmeras atividades

necessárias para a execução do cuidado de enfermagem. A comunicação entre os profissionais de enfermagem também se refere à detecção das necessidades de cuidado dos pacientes e as necessidades do processo de trabalho no qual estão inseridos os profissionais em questão, assim como a busca de alternativas de reposta aos pacientes e a esses trabalhadores.

(...) Quando se fala algo com um grupo, tem que se ter muito cuidado em como as colocações são feitas (...) é preciso ter muito tato nas relações (...) pensar muito bem como falar, como conduzir, assim, torna-se uma atitude diária mesmo! (E2)

O gerenciamento de recursos materiais foi referido por sete enfermeiros com destaque para solicitação de compras, participação em pregão, pedidos de materiais ao almoxarifado, solicitações à farmácia, resolução de problemas relacionados aos materiais, manutenção de instrumentais, contatos com fornecedores e representantes, e a seleção de equipamentos e materiais específicos e/ou consignados a serem utilizados em determinadas cirurgias. Os controles de psicotrópicos e da temperatura da geladeira de medicação também foram mencionados pelos entrevistados.

Atividades relacionadas ao gerenciamento da unidade também foram assinaladas como componentes do PT do enfermeiro. Este se ocupa com o monitoramento de indicadores e de metas do serviço, planejamento, elaboração de relatórios, memorandos, levantamento de dados e respostas a e-mails e/ou intranet institucional. O planejamento, expresso por meio do estabelecimento de metas de trabalho que são conhecidas por todos integrantes da equipe de enfermagem são consonantes aos objetivos do hospital, que são o ensino, a pesquisa e a assistência.

Algumas ações foram relatadas pelos entrevistados apenas uma única vez, como a resolução de problemas e intercorrências da unidade, o tratamento de queixas da ouvidoria, o recebimento e a realização de visitas externas, a revisão de manuais, visitas às unidades do hospital sob sua responsabilidade e a supervisão do grupo de trabalho. Chama atenção, em especial, a escassa referência as duas últimas atividades relacionadas à supervisão, pois, como apontado anteriormente, predominam atividades de

gerenciamento de recursos humanos no processo de trabalho dos enfermeiros entrevistados.

Quanto ao PT na dimensão assistencial, os relatos dos enfermeiros entrevistados, mostram que predominam as atividades de passagem de plantão, caracterizando o início do trabalho, a realização do PE expresso na SAE e a admissão dos pacientes. Esta última foi referida pelas enfermeiras do centro cirúrgico e do pronto socorro, unidades onde há intenso fluxo de entrada de pacientes.

Nos relatos de nove enfermeiros do HE, a SAE aparece relacionado, em sua maioria, à dimensão assistencial do PT de enfermagem, seja ligado ao próprio cuidado ou ao gerenciamento do cuidado. Além disso, os relatos apontam que a SAE melhora o raciocínio clínico dos enfermeiros, direciona o olhar da equipe, favorece uma prática mais reflexiva e facilita a comunicação na equipe de enfermagem.

(...) O processo de enfermagem proporciona uma capacidade de fazer, de tomar decisão muito grande, torna uma equipe muito forte dentro do hospital e nós conseguimos contemplar tanto a parte gerencial do cuidado quanto a parte prática do cuidado. (E5)

(...) Eu acho que a enfermagem tem um poderoso instrumento para gerenciar o cuidado, que é o processo de enfermagem (...) esse processo é um instrumento valioso de aproximação com o paciente, de avaliação das necessidades desse paciente, de cuidado de enfermagem, além de propor intervenções de enfermagem, visando ao resultado (...) melhora o raciocínio clínico (...) mas sabe que é muito voltado para autonomia do paciente (...) então, pensando em segurança para o paciente aqui internado, o processo de enfermagem deve ser um instrumento que oriente e possibilite ver todos esses itens que proporcionam maior segurança a ele. (E1)

(...) Nós tivemos que nos debruçar na realidade vivenciada por nós e pelos nossos pacientes e por trás disso, prestar a assistência necessária. Discutimos o que temos feito, fizemos muitos estudos de caso e os técnicos de enfermagem participaram também na elaboração dos instrumentos novos da SAE. Então, acho que isso tem ajudado muito, a prática tem sido muito mais reflexiva e repercute rapidamente na qualidade do cuidado. (E1)

Nos relatos acima, convém destacar a importância dada pelos enfermeiros à participação da equipe de enfermagem na SAE, ou seja, os profissionais de enfermagem do nível médio também foram envolvidos tanto na elaboração dos instrumentos da SAE quanto incorporados ao momento

da aplicação desse processo. O envolvimento de todos os trabalhadores de enfermagem na aplicação do SAE associado à supervisão resulta em uma assistência de qualidade, conforme relatado acima.

Um enfermeiro com experiência anterior na UTI destacou a importância de conhecer o paciente para a prestação dos cuidados da melhor forma possível. Para isso, esse enfermeiro salientou como duas fontes importantes de informação sobre o paciente: a SAE, por meio do histórico de enfermagem em que é possível conhecer a inserção social, hábitos e estilo de vida do paciente, entre outras informações relevantes para o direcionamento do cuidado; e a família, que também deve ser inserida no processo de recuperação do seu familiar e ser preparada para recebê-lo de volta no momento da alta hospitalar.

(...) O objetivo final é cuidar e cuidar para que o paciente saia da melhor forma possível. Nós trabalhamos com o processo de enfermagem. Então, o paciente chegava, nós obtínhamos o histórico dele para ver como que ele estava inserido na sociedade, como que ele vinha para nós, saber os hábitos dele, conhecer mesmo o paciente (...) assim, conversávamos muito com a família e começava a conhecê-la também, a dar as orientações para a família e tudo mais. (E12)

Os enfermeiros entrevistados também salientaram que o HE tem condições favoráveis à aplicação da SAE. Nesse sentido, destacam o estímulo da gerência para a prática assistencial apoiada no PE e o dimensionamento do quadro de pessoal que permite a sua aplicação tal como ensinado na IES, que por sua vez, utiliza o HE como campo de prática para o aluno de graduação em enfermagem. Essa realidade de trabalho assegura consistência entre o ensino teórico em sala de aula e o ensino-prática no hospital. O estímulo da gerência para a aplicação da SAE é relacionado, nos depoimentos, à continuidade dessa prática no HE e as capacitações da equipe de enfermagem, em especial, dos enfermeiros.

(...) Nós temos um quantitativo de pessoal que facilita essas ações. Então, o que nos ajuda na parte assistencial é o modelo assistencial que utilizamos e o quantitativo de enfermeiros que temos. Assim, conseguimos realmente aplicar efetivamente o Processo de Enfermagem conforme aprendemos nos bancos da escola. (E5)

(...) As enfermeiras estiveram juntas nos cursos de diagnóstico de enfermagem, que eram obrigadas a participar. Então, isso quer dizer que elas conversavam durante o curso, conversavam no refeitório, conversavam na rua, assim, o que uma trazia não era a visão de uma, era a visão de um grupo todo. (...) As enfermeiras não queriam essa mudança do processo de enfermagem, porque era uma situação nova, era uma circunstância muito difícil e por ser nova trazia desconforto, insegurança e medo. Com o passar do tempo, elas foram se capacitando de acordo com as oportunidades que foram surgindo, os cursos. O hospital pagava cursos fora para que elas tivessem contato com outros grupos e depois essas enfermeiras voltavam e apresentavam para todos os grupos de enfermeiras, trazendo um olhar de fora (...) a partir do momento que elas foram se capacitando, tiveram uma mudança de entendimento em relação ao processo. (E2)

Além da SAE estar voltado, predominantemente, para a melhoria do cuidado, sendo uma metodologia de assistência, o seu registro sistematizado também fornece informações para o gerenciamento de enfermagem. Contudo, a SAE também é referido por uma enfermeira como atividade de caráter burocrático e documental da assistência.

(...) Observamos os papéis: prescrição, anotação, evolução. Fazemos a evolução diária desse paciente por meio do diagnóstico de enfermagem. A nossa evolução é super simples, rapidinho mesmo, e depois nós vamos realmente para a parte mais prática, assistencial desse paciente. (E19)

Ainda relacionado à descrição que os enfermeiros entrevistados fizeram das suas atividades cotidianas de trabalho na dimensão assistencial, também foram apontadas outras atividades assistenciais como: visita aos pacientes, atendimento de urgências e emergências, realização de procedimentos, auxílio à equipe na execução da assistência por meio da avaliação e/ou realização de curativo, medicação e auxílio no banho. A avaliação das prescrições médica e de enfermagem também foi relatada como parte das atividades de um dia típico de trabalho do enfermeiro.

Nesse sentido, o enfermeiro aparece nos relatos abaixo como coordenador da assistência, realizando o gerenciamento do cuidado, enquanto o técnico e o auxiliar de enfermagem realizam a assistência mais direta ao paciente e, quando necessário, o enfermeiro também realiza as ações de cuidado mais direto aos pacientes internados.

(...) Na verdade, os enfermeiros coordenam a assistência. Há o grupo de técnicos e auxiliares de enfermagem que realizam as atividades do cuidado integral, fazem a medicação, a higiene, a troca, e são os enfermeiros que coordenam essa assistência. Claro que, na medida do possível, eles entram na assistência, se for necessário. (E6)

No relato acima, o 'cuidado integral' está relacionado às técnicas de enfermagem (medicação, higiene, troca), e o PT de enfermagem tem ênfase na dimensão técnica da assistência, ou seja, na realização dos procedimentos de enfermagem. Os enfermeiros têm a ênfase no gerenciamento da assistência, tanto delegando ações aos técnicos de enfermagem, quanto coordenando e/ou executando ações de cuidado mais direto.

O PT de enfermagem nesse HE enfatiza a dimensão instrumental, pois está centrado na realização de procedimentos técnicos e na aplicação de instrumentos específicos como as da SAE que também são técnicos. A racionalidade instrumental visa à produção de resultados definidos *a priori* e baseados em regras técnicas, fundamentadas no conhecimento técnico-científico, portanto focados no modelo biomédico que é hegemônico na atenção à saúde.

Vale destacar que as ações executadas com base na lógica instrumental são imprescindíveis na assistência aos pacientes, em particular, no âmbito hospitalar, contudo, a sua primazia tende a secundarizar outras esferas de necessidades de cuidados, de natureza comunicativa e interativa, social e cultural. As ações de natureza psicossocial e comunicativa tendem a adquirir um papel acessório ao núcleo do trabalho de enfermagem que é procedimental, podendo ou não serem realizadas.

Assim, entende-se que a referência ao cuidado integral diz respeito ao modelo de organização do trabalho de enfermagem no qual a cada profissional cabe o conjunto de procedimentos necessários ao cuidado de um ou de mais pacientes. O cuidado integral apontado pelos enfermeiros entrevistados não remete aos sentidos atribuídos à integralidade da saúde, mas à realização dos procedimentos de enfermagem pertinentes a cada paciente por um mesmo agente da enfermagem em cada turno de trabalho.

As AE aparecem nos relatos dos enfermeiros do HE dirigidas, sobretudo aos alunos de graduação de enfermagem. Nesse sentido, os depoimentos dos enfermeiros do SEC, da Unidade de Internação de Pediatria e da Unidade de Clínica Médica apontam que recebem os alunos e que fazem o acompanhamento dos estagiários curriculares e extracurriculares, como parte das suas atividades cotidianas: (...) *coordenar os estágios* (...) *receber os alunos* (E3); (...) *recepção dos alunos* (E8); (...) *acompanhamento dos estagiários* (E6).

Apesar de apenas três relatos terem contemplado a atividade de ensino com alunos como parte do processo de trabalho de enfermagem, todos os enfermeiros do HE entrevistados assinalaram a presença dos estagiários dos diferentes cursos de graduação do campo da saúde na instituição.

Os depoimentos mostram que as atividades dos estagiários do curso de graduação em enfermagem são conduzidas com o objetivo de desenvolver a competência técnica. Assim, os alunos realizam ações de assistência direta aos pacientes, destacando-se os procedimentos técnicos e o registro da SAE. O gerenciamento dos recursos humanos e de materiais também são aspectos desenvolvidos pelos alunos no campo de estágio.

(...) Os alunos quando chegam, apresentamos a unidade (...) Esses alunos atendem a emergência conosco (...) executam todas as atividades de enfermagem com o paciente direta e indiretamente também, com a escrita; fazem toda a anotação, evolução, admissão, alta desses pacientes da unidade, além de toda a parte administrativa que sempre apresentamos a eles, desde almoxarifado. (...) Fazem ainda escalas mensais e diárias de funcionários (...) Em relação à parte administrativa, diversas atividades são apresentadas, mas a técnica, a parte prática, para eles é uma glória! Penso que não há outro setor em que os alunos consigam executar tantos procedimentos quanto na emergência; talvez a área administrativa em outros setores... acredito que eles tenham até uma vantagem maior nisso, mas na emergência, a parte prática, é superior. (E19)

A ênfase nos procedimentos técnicos da assistência executada pelos alunos reitera a primazia da racionalidade instrumental presente no PT dos próprios enfermeiros.

Além de desenvolverem suas atividades com os enfermeiros, os estagiários também fazem parte do cotidiano de trabalho dos profissionais

de enfermagem de nível médio, que participam do processo de aprendizado dos alunos. Também nas atividades dos alunos com os técnicos e auxiliares de enfermagem há destaque para o “fazer” em enfermagem.

(...) O ensino: não tem como não fazer; sempre tem alguém que está na fase de aprendizado (...) nós dividimos em etapas, uma só com enfermeiros e outra com os técnicos. O aluno vai saber qual é a função do técnico, qual é o papel, o que ele faz e como faz. Também há esse contato com os auxiliares. (E7)

Se, por um lado, toda a equipe auxilia no desenvolvimento do aluno, por outro, o aluno também traz contribuições para a equipe, atuando como facilitador do aprendizado da equipe, especialmente, ao trazer para a equipe o conteúdo teórico sobre determinados temas relacionados à prática assistencial cotidiana. Novamente, destaca-se a ênfase na dimensão técnica do trabalho exemplificada pela necessidade cotidiana de desenvolvimento técnico-científico que reforça a primazia das ações instrumentais do PT de enfermagem no HE.

(...) Nós fizemos o cateter de swan-ganz, que é um procedimento raro, porém, às vezes, temos que fazer; mas não tínhamos como, sabíamos fazer muitas atividades com prática, mas não tínhamos subsídio de conhecimento científico, assim, solicitei às alunas para irem atrás disso e trazerem para nós, pois estamos precisando. “Façam um ‘trabalhinho’ desse assunto”... e elas fizeram um trabalho ótimo; mas penso que isso serviria para elas trazerem o que há de novo e não nós deflagrarmos! (E7)

As ações educativas no PT dos enfermeiros também aparecem voltadas aos trabalhadores de enfermagem. Chama atenção que sejam relatadas apenas por três enfermeiros entrevistados: um que referiu ter responsabilidade pelo direcionamento das ações educativas no seu setor; outro que destacou sua participação com o SEC, no planejamento e execução de atualizações sobre parada cardiorrespiratória e de orientações aos recém-chegados ao seu setor e o terceiro que relatou sua participação no programa da AE para os profissionais recém-admitidos na instituição dando um treinamento sobre gerenciamento de recursos materiais.

(...) Pensar nessa parte de treinamento, de educação em serviço; (...) agora nós (a enfermeira em conjunto com o Setor de Educação Continuada) vamos montar, atualizar um treinamento de parada cardiorrespiratória que fazemos anualmente para toda área

da maternidade e pediatria (...) faço uma série de orientações para eles (referindo-se aos trabalhadores de enfermagem de nível médio) se inserirem na enfermaria, conhecer a rotina, conhecer a equipe. (E8)

Ainda em relação à responsabilidade do enfermeiro em relação às atividades educativas no setor de trabalho em que está inserido, o profissional da UTI detalhou que a sua participação nas atividades educativas de trabalhadores de enfermagem consiste em, uma vez detectada uma necessidade da prática, elaborar e fazer a programação da ação educativa sobre o tema levantado em conjunto com o SEC. Tal como ocorre com o treinamento sobre parada cardiorrespiratória referido acima.

Outro ponto que vale a pena destacar, é que na elaboração da AE na UTI, a entrevistada relata que ela sempre viabiliza a participação de um enfermeiro da equipe, que é selecionado previamente para participar tanto no planejamento como na execução da AE na unidade, garantindo que a informação chegue aos integrantes da sua equipe.

(...) O que foi detectado durante a assistência é passado para mim, em geral, que sou a chefe da UTI, e tenho uma conversa com a Educação Continuada para ver o que podemos desenvolver dentro daquele tema (...) e aí é montado todo o treinamento, todo o programa de aprimoramento na Educação Continuada com a participação dos enfermeiros da unidade. Nós sempre destacamos alguém para fazer parte da comissão que vai montar esse treinamento. E a execução é feita também por alguém da Educação Continuada em conjunto com os enfermeiros daqui da unidade. (E5)

Há nesse HE um SEC, que possui infraestrutura tanto de recursos humanos quanto de materiais, que viabiliza o planejamento e a execução da maioria das AE de trabalhadores de enfermagem desenvolvidas na instituição, além de compartilhar a responsabilidade das AE realizadas setorialmente.

Essa estrutura reforça, por um lado, a tendência de centralização das AE de trabalhadores em um único setor, pois os relatos permitem identificar a concepção de que deve partir do SEC a iniciativa pelo desenvolvimento de todas as AE na instituição, tanto as dirigidas a todos os profissionais de enfermagem do hospital, quanto àqueles de setores específicos. Por outro lado, essa forma de organização da EC, em um setor específico, contribui

para que os enfermeiros das unidades assistenciais realizem poucas AE direcionadas à equipe de trabalho em que estão inseridos e não incluam a educação no trabalho como parte do seu PT cotidiano.

Nesse sentido, o relato de um enfermeiro da UTI pediátrica refere que a atuação do SEC deveria ser muito maior nas unidades de trabalho, tanto em questões relacionadas aos trabalhadores já inseridos quanto aos recém-admitidos, a fim de prepará-los melhor para assumirem suas atribuições. Tal depoimento expressa a necessidade de realização de AE no cotidiano de trabalho de enfermagem.

(...) Um funcionário novo fica no setor de educação um tempo, depois vem para mim. Ele entra num lugar onde há diversas atividades de que ele necessita treinar e eu preciso tirar uma enfermeira para fazer isso. Se eu tirá-la, tenho que passar as tarefas dela para as outras, porque está no treinamento. (...) Eles (referindo-se ao Setor de Educação Continuada) têm um cronograma de orientação específica que o recém-chegado precisa cumprir todas as atividades. (...) Mas penso que a Educação poderia vir aqui, aprender algumas tarefas, saber como fazemos e treinar esse meu funcionário (...) o particular, de todo o dia, é nosso. Então, não sei se é possível determinar que alguns enfermeiros da Educação (que gostem), que já trabalharam em área de pediatria neonatal, façam esse treinamento aqui, pelo menos, no primeiro mês, depois, lógico, nós vamos ter de caminhar, e vamos estar juntos porque somos nós que avaliaremos, veremos se é possível, se aquele funcionário vai ficar ou não. (E7)

O relato acima reforça a necessidade de incluir ações educativas de trabalhadores no PT dos enfermeiros, pois as enfermeiras consideram que elas não deveriam fazer as AE no seu setor, mas sim o SEC do HE. Isso mostra que os enfermeiros não consideram as AE de trabalhadores de enfermagem sua atribuição, ou seja, ação que compõe o seu PT, essa concepção é corroborada pela ausência das AE evidenciada na maioria dos relatos dos enfermeiros na descrição do seu PT cotidiano.

(...) Talvez a parceria caiba muito mais próxima na questão dos treinamentos, do ensino e da pesquisa. Talvez como ela (referindo-se à enfermeira do Setor de Educação Continuada), está fora e não tem as mesmas atividades de um enfermeiro que está lá (na unidade da UTI), quem sabe, se compor com esse enfermeiro e fazer uma parte da pesquisa. Ela desenvolve a parte metodológica que tem por trás, faria o levantamento, pois precisa fazer muitas atividades, redigir, e, às vezes, há dificuldades. É difícil. Então, ela (a enfermeira da Educação Continuada) que não

tem tanto estresse no dia-a-dia, poderia desenvolver outra parte, o outro lado da pesquisa que é a própria coleta de dados. (E7)

Contudo, há dois enfermeiros que reconhecem a necessidade de a unidade também desenvolver AE segundo sua necessidade, conforme ilustra o relato a seguir:

(...) Há um esforço em desenvolver uma consciência nos enfermeiros das unidades de que a educação não é trabalho só da enfermeira da Educação Continuada. É um trabalho de todo e qualquer profissional que está no cenário de atuação na prática. Então, para desenvolver esses programas de treinamento, sempre temos acordado que a coordenação é sempre compartilhada por uma enfermeira da Educação Continuada e uma enfermeira que tem conhecimento do assunto. (E2)

As ações educativas voltadas aos pacientes e aos seus familiares não foram referidas nos relatos dos enfermeiros do HE como parte do seu cotidiano de trabalho, apesar de haver uma preocupação com o preparo do paciente para o autocuidado bem como do seu cuidador, considerando o retorno do paciente ao seu ambiente familiar.

(...) Nós prestamos os cuidados, na verdade, procuramos desenvolver sempre o autocuidado, mas aqueles pacientes que não têm essa capacidade, auxiliamos ou, muitas vezes, fazemos por eles. Assim, nós temos esses pacientes mais dependentes dos cuidados de enfermagem. Procuramos preparar os cuidadores familiares até mesmo para nós começarmos a trabalhar essa questão de que quando o paciente sair daqui ele vai precisar ter alguém como referência, em especial, um cuidador para prestar assistência a ele. (E6)

Nota-se que o familiar é envolvido na assistência quando há a necessidade de que o cuidador execute algum procedimento técnico ou quando o paciente torna-se dependente de cuidados. Assim, o cuidador deve ser preparado pela enfermagem e/ou por algum outro profissional da equipe de saúde para assumir os cuidados ao seu familiar.

Aproximadamente, metade dos entrevistados relata participar de atividades de pesquisa, em maior parte, executadas fora do horário de trabalho: participação em grupos de estudo/pesquisa da IES, seguida do desenvolvimento de pesquisas, publicações de trabalhos acadêmicos e participação em reuniões científicas e eventos científicos. Os enfermeiros do

SEC assinalaram a sua colaboração em dissertações de mestrado e na organização de evento científico.

Dos entrevistados, 12 citaram haver incentivo da instituição para o desenvolvimento de pesquisas, tanto por se constituir um dos objetivos do próprio hospital como campo para a realização de investigações científicas, quanto pelo estímulo aos enfermeiros para o desenvolvimento de pesquisa com a liberação de horas de trabalho na fase final dos cursos de pós-graduação *stricto sensu*. Outros dois enfermeiros declararam-se participantes de pesquisas que estão acontecendo na instituição no momento da entrevista.

(...) Estimular o máximo as enfermeiras a fazerem mestrado, pós-graduação, algum tipo de pós (...) Aqui é criado todo o estímulo, o ambiente, para que elas tenham também esse interesse de se capacitar fora. Aqui, nós oferecemos grupos de estudo. Nesses grupos de estudo, tanto há a capacitação do enfermeiro quanto também há a possibilidade do próprio grupo desenvolver a pesquisa. (E4)

O estímulo para o desenvolvimento e crescimento na carreira também é estendido aos profissionais de nível médio, para os quais também é feita uma adequação do horário de trabalho a fim de possibilitar que façam um curso superior, como evidencia o relato abaixo.

(...) Para o técnico de enfermagem que está fazendo graduação, há horário especial de entrada. (...) Nós fazemos um esquema para que não atrapalhe. (...) Nunca aconteceu de a unidade parar ou de alguém não ser atendido por conta disso, isso nunca aconteceu. Eles têm muita responsabilidade, querem manter esse “pacto”, então “já que eu tenho essa possibilidade eu vou fazer de tudo para mantê-la”. E eles cumprem aquilo que foi acordado. (E5)

Apesar de a existência de estímulo e as condições institucionais para que os profissionais de enfermagem, em especial, os enfermeiros desenvolvam atividades de pesquisa, nos depoimentos nota-se que o enfermeiro não faz uma articulação imediata e direta da pesquisa com o seu cotidiano de trabalho. A pesquisa é apresentada, então, como uma ação fora do PT do enfermeiro, configurando-se em uma busca pelo desenvolvimento e ascensão profissionais que ocorre de forma individual, respondendo ao perfil de profissional desejado em um HE.

Ainda relacionado ao PT do enfermeiro, emergiu nas entrevistas a questão das restrições para o trabalho. Segundo os relatos, as restrições resultam das condições de trabalho da enfermagem e da vida dos profissionais atuantes nessa área, e impactam diretamente no gerenciamento do cuidado.

Considerando a qualidade de vida no trabalho de enfermagem, os relatos atribuem as restrições a três fatores: sobrecarga de trabalho, estresse diário no trabalho e escassez de pessoal de enfermagem. Este último elemento está relacionado, pelos entrevistados, à dificuldade de reposição de vaga quando do afastamento de um colega ou na presença de restrições para o pleno desempenho do trabalho de colega com limitações, o que causa impacto na equipe de enfermagem.

(...) São muitos funcionários e cada um tem sua história; e as condições e a qualidade de vida das pessoas estão muito ruins, isso repercute muito (...) Não temos uma reposição adequada, porque eles voltam para o trabalho e ocorre o absenteísmo que é outro problema. Ele ocupa vaga, e sente-se mal porque ele não consegue ter um bom desempenho, o enfermeiro tem que remanejar tudo. E como é que se faz isso numa área muito operacional? Aqui nós temos um trabalho intelectual muito forte, mas não pode deslocar uma pessoa só para fazer atividade em que ela não vai operacionalizar nada. (E1)

Os relatos também assinalam para a necessidade de que haja instrumentos que monitorem as condições de trabalho da enfermagem e que ações sejam desenvolvidas a fim de minimizar o desgaste físico inerente à profissão.

(...) Vou estar com um funcionário com restrição e ele só digita ou só faz o papel orçamentário, é diferente de eu ter um funcionário que é um técnico ou um enfermeiro em que ele tenha uma restrição de pegar cinco quilos (...) ela não pode pegar, quem que fica com os mais pesados? São os que estão bons. Os que estão bons acham que não deveriam fazer porque vão ficar ruins também, daqui a pouco; e a assistência que precisa ser vista na hora, até que ela possa fazer (e ela não pode), tem que pôr outra pessoa para fazer a atuação dela, o papel dela. Então, o enfermeiro tem cinco? Não. Tem quatro e meio. Terei cinco à custa de colocar uma sobrecarga maior para os que estão bem, para os que estão ali. É complicado do ponto de vista da equipe, não só da sobrecarga de trabalho, mas em termos de, por exemplo, ela tem tal deficiência e só pode trabalhar, suponhamos de manhã, mas há várias pessoas que querem o período da manhã e, às vezes, é preciso tirar quem quer e dá conta do trabalho, para passar o que tem limitações, pois é preciso atendê-

lo. É muito complicado; e isso redobra também o trabalho do enfermeiro porque ele sabe que tem que ficar muito mais atento ou, às vezes, deve assumir a assistência, além do que ele já tem para fazer, porque aquele profissional não pode fazer. Acho bastante difícil. (E7)

Uma vez que faz parte da política do setor de recursos humanos no HE fazer a readaptação dos profissionais que possuem restrições no trabalho, uma estratégia utilizada pelos enfermeiros do hospital é a transferência desse profissional para um setor onde ele consiga desenvolver as atividades que lhe são possíveis dentro da sua condição de saúde. Assim, os profissionais com restrições para o trabalho constituem um desafio para o gerenciamento de enfermagem e para o trabalho em equipe.

Hospital municipal

Nos depoimentos dos enfermeiros do HM sobre o seu processo de trabalho, a análise da descrição de atividades executadas no cotidiano de trabalho permitiu apreender que também há o predomínio das atividades relacionadas à dimensão gerencial do trabalho da enfermagem.

Nessa área da saúde, o gerenciamento dos recursos humanos foi apontado com maior destaque nos relatos de cinco enfermeiros, compostos pelas atividades que envolvem a elaboração das escalas dos trabalhadores de enfermagem, especialmente, a de divisão de atividades diárias, além da escala mensal, a previsão de férias e as coberturas do setor para a saída dos trabalhadores para a realização das AE. Também foi descrita a análise das causas do absenteísmo do pessoal de enfermagem como uma ação gerencial.

Ainda relacionado ao gerenciamento de recursos humanos, a dimensão comunicacional está presente nos relatos dos enfermeiros quando se referem à participação em comissões institucionais, em reuniões multiprofissionais e em reuniões específicas de enfermagem. Nessas atividades, os enfermeiros ocupam-se com a tomada de decisões sobre o processo de trabalho, a motivação da equipe, o diálogo no gerenciamento de

conflitos bem como para a identificação das necessidades dos trabalhadores.

(...) Então, nós, de vez em quando, temos que fazer reuniões, conversar, às vezes, até num bate-papo mesmo informal, porque penso que nós só vamos conseguir um objetivo se o pessoal estiver motivado e é mostrando, conversando, passando, liberando para fazer cursos, tanto o enfermeiro quanto o auxiliar. Nós, na medida do possível, liberamos para fazer cursos porque é um meio deles também estarem aprendendo, é uma forma de motivação para poder agir aqui dentro. Executar o trabalho. (E10)

No gerenciamento dos recursos materiais, as atividades descritas pelos enfermeiros entrevistados dizem respeito à previsão e provisão de materiais, controle do estoque mínimo, pedidos de almoxarifado e de farmácia, controle de temperatura da geladeira de medicação e de vacina e controle de psicotrópicos.

Também foram citadas outras ações gerenciais como acompanhar os serviços de manutenção de uma forma geral, visita aos setores, interface com outros serviços do hospital, como a lavanderia e a nutrição, entre outros e o descarte de resíduos hospitalares, além do gerenciamento da unidade, referido como ter o controle das ações e situações que estão acontecendo no setor, a resolução de problemas e de intercorrências da unidade. A busca ativa de casos de infecção hospitalar na clínica médica, a elaboração de normas e manuais, e a checagem de e-mails também fazem parte do cotidiano de trabalho gerencial dos enfermeiros entrevistados.

Chama atenção que a ação de supervisão de enfermagem não tenha sido referida no relato sobre as atividades cotidianas do PT do enfermeiro visto tratar-se de uma ação que viabiliza o acompanhamento do cotidiano de trabalho, auxilia na coordenação da equipe, uma vez que são diferentes pessoas executando diferentes ações e possibilita avaliação dos resultados do trabalho realizado.

Em relação à dimensão assistencial do PT dos enfermeiros E no HM, as ações mais frequentes descritas por 4 dos 8 enfermeiros entrevistados são a visita aos pacientes e a realização do processo de enfermagem, a SAE.

Também foram referidas atividades relativas ao cuidado mais direto, como visita aos pacientes, o atendimento de emergências/intercorrências, e o acompanhamento do curativo durante o banho.

As atividades de encaminhamento de exames e de solicitações de avaliações de outras especialidades médicas, a definição de prioridades nas atividades da equipe de enfermagem, o aprazamento das prescrições médicas bem como a SAE, dizem respeito ao gerenciamento do cuidado constituído pelo conjunto de ações gerenciais que têm a finalidade de assegurar a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência prestada pela equipe de saúde.

(...) Receber o plantão. (...) Eu vou priorizar esse paciente que está aguardando lá fora, pois, às vezes, a família precisa ir embora (...) se tiver acompanhante para ficar, já vou orientar [referindo-se ao funcionamento do hospital], e tudo o mais (...) divide os pacientes para os funcionários, (...) vê quantos funcionários têm (...) eu vou para o quarto olhar todos os pacientes, ver se tem algum problema, se está com dor, faço a visita normal dos pacientes, faço a SAE, faço o exame físico, atendo algumas intercorrências (...) vou fazer a evolução do paciente. (E20)

Dentre os depoimentos dos enfermeiros entrevistados sobre o seu PT, a preocupação com a família foi relatada por apenas um profissional, evidenciado no excerto acima, o que mostra que aos familiares não é foco da atenção dos enfermeiros.

A dimensão gerencial do processo de trabalho do enfermeiro no HM pode ser reconhecida como gerenciamento do cuidado, tal como apontado acima, quando as ações de cunho gerencial estão imediatamente articuladas às ações de cuidado direto com ênfase nas necessidades de cuidado dos pacientes e na dimensão comunicativa, tanto na interação profissional de enfermagem/paciente como na interação entre os profissionais.

Contudo, como pode ser observado no relato abaixo, a dimensão gerencial também pode ser apresentada de forma desarticulada do cuidado com ênfase nos controles do processo de trabalho, o que não caracteriza gerenciamento do cuidado, mas sim ações gerenciais com um fim em si mesmas que leva à ênfase no controle e não às necessidades dos pacientes.

(...) Pedido de material (...) uma visita geral (...) fazer o meu SAE (...) prescrição (...) assim se tem o controle do que está acontecendo ou não (...) levantar os prontuários de “oftalmo” (...) orientar o auxiliar (...) material via almoxarifado (...) pedido de farmácia à tarde, controlar geladeira, controlar psicotrópico. (...) Por exemplo, de manhã estava no berçário, à tarde, no pré-parto, lá já é outra rotina (...) um prematurinho para nascer, já dou um toque para o pessoal do berçário. (E22)

Os enfermeiros que mostram uma concepção de gerenciamento do cuidado apontam a necessidade de enxergar o paciente de forma integral ou holística, com uma abordagem preventiva para evitar agravos à saúde, e em especial, valorizar a dimensão comunicacional que deve permear todo o cuidado e é tão importante no trabalho da enfermagem.

(...) Eu tenho 12 horas para isso, fora os problemas que eu tenho de resolver. Então, dá para eu fazer tudo muito bonitinho, dentro da técnica. Com carinho, sentar, ouvir o paciente, conversar, dar atenção, porque isso é o que o ser humano necessita e o que ele merece, especialmente, estando doente (...) muitas vezes, eu vou com esses poucos pacientes a noite toda. Porque você tem mais tempo até de escutar os problemas dos pacientes e conversar com eles. Você sai do quarto e os deixa tranquilos. (E20)

Ainda, em relação à SAE, instrumento que pode qualificar o cuidado de enfermagem, os relatos das enfermeiras do HM permitem observar que em situações de sobrecarga de trabalho, nas quais o mesmo profissional responde por duas unidades, não é aplicado por razões relacionadas às condições de trabalho, em especial, escassez de recursos humanos. Convém destacar que é usual os enfermeiros do HM atuarem em mais de um setor. Assim, o quadro de pessoal, bem como as dificuldades enfrentadas pela instituição em relação aos recursos materiais, são fatores importantes que impactam diretamente no PT do enfermeiro assistencial.

(...) Nós fazemos, a gerente de enfermagem pede para nós tentarmos fazer, mas assim não dá; houve dias, agora não, pois estamos com mais enfermeiros, em que ficávamos com dois setores e tínhamos que privilegiar um. Quando eu estou com dois setores, falo para gerente: “nem pensar em SAE porque não dá!” (E22)

Por outro lado, um depoente aponta que a melhora das condições de trabalho como ter a equipe em maior número, considerando que ocorreu a

contratação de enfermeiros em caráter emergencial, e manter os profissionais fixos nas unidades, aumenta o comprometimento com o seu próprio PT e melhora a visão da unidade por parte do enfermeiro.

(...) Agora, especialmente, que estamos com o quadro um pouco melhor (houve uma época que a equipe estava muito defasada, e era mais difícil trabalhar porque o enfermeiro cobria dois setores, às vezes, três. Era bem difícil; hoje, estamos com um quadro melhor e o enfermeiro fica setorizado. Isso é bom, pois ele tem um comprometimento melhor com a unidade, preocupa-se mais com a unidade, consegue ter uma visão melhor do trabalho que ele tem que desenvolver e mesmo na parte estrutural. (E17)

As AE de trabalhadores de enfermagem não são referidas pelos entrevistados como parte do seu cotidiano de trabalho, exceto com uma rápida menção feita por três entrevistados. Um enfermeiro aponta a necessidade de uma visão ampliada do enfermeiro sobre o seu PT, contemplando a capacitação dos trabalhadores de enfermagem, e o enfermeiro da CCIH junto com o enfermeiro do SEC, apesar de não referirem as AE compondo seu PT no cotidiano do serviço, têm envolvimento, tanto na elaboração quanto na execução das AE, em especial, no treinamento de lavagem das mãos.

(...) Nós temos uma enfermeira da Educação Continuada e trabalhamos em parceria. Sempre é o CCIH com a Educação Continuada que elaboram as atividades de educação. (...) Nós sentamos, elaboramos e fazemos o treinamento. Na verdade, nós fazemos uma avaliação setorial para ver qual a necessidade mais iminente de cada setor. (E17)

O HM tem uma enfermeira no SEC que, na visão dos outros enfermeiros do hospital, deve realizar todas as AE necessárias na instituição. Há a concepção de que a enfermeira do SEC é responsável pelo desenvolvimento técnico-científico dos profissionais do serviço, seja ela própria a preparar e executar a AE, ou viabilizar que ele aconteça, dentro ou fora da instituição.

Nos relatos abaixo, dos 8 enfermeiros, 4 acham que é responsabilidade da enfermeira do SEC a realização de AE para os trabalhadores de enfermagem.

Nessa perspectiva, quando ele, enfermeiro assistencial, detecta alguma deficiência técnica em sua equipe que demanda uma AE, ele solicita

que a enfermeira do SEC a realize, a fim de resolver o problema da sua unidade ou sua equipe.

E em um relato, também foi atribuída ao SEC a responsabilidade da revisão de todo o PT de enfermagem, em vez de haver a participação de todos os enfermeiros envolvidos com a SAE nas diferentes unidades do HM no processo de revisão do instrumento que eles utilizam para gerenciar o cuidado.

(...) A Educação Continuada precisa ser atuante. Ela deve estar em campo, levantar os problemas, verificar o que está errado com os funcionários e ajudá-los. Proporcionar curso, focar naquilo que os funcionários têm dificuldade. Isso melhora muito, é o que faz melhorar a assistência. A Educação Continuada está aí para isso, para pesquisar, ver o que pode ser melhorado e colocar em prática, para nós e para os auxiliares. E nada melhor do que esse setor para pesquisar e passar para nós. (...) Porque se não tem uma educação continuada, de repente podem surgir técnicas novas e nós não tomamos conhecimento. A Educação Continuada nos hospitais é para isso. É por isso que existe. Como não realiza a parte assistencial, então, ela precisa ser atuante mesmo. Só assim nós conseguimos atingir uma qualidade quase 100%. (E20)

Sobre as ações relacionadas ao ensino de alunos, o HM é campo de estágio para cursos de educação profissional, para formação de técnicos e auxiliares de enfermagem. E apenas uma enfermeira entrevistada assinala acompanhar alunos em estágio, porém fora do seu horário de trabalho, quando atua no hospital como professora, com outro vínculo empregatício.

Nos depoimentos dos enfermeiros entrevistados sobre as ações de educação em saúde envolvendo os familiares, não foram referidas como parte do trabalho cotidiano dos enfermeiros no conjunto das entrevistas. Contudo, um relato mostra que a educação envolvendo os familiares é realizada com base em uma concepção de educação como transmissão de conhecimentos do profissional para a paciente, sob a forma de aulas (...) *damos aulas para as mães, porque a maternidade aqui é o foco principal* (E13) e orientações, sem levar em consideração as vivências deles.

(...) a Enfermagem teria que fazer todo um trabalho com a família ou como cuidar do paciente e tudo, mas como eles tão aqui, o que é que a gente faz? A gente orienta os familiares quando vem na visita para ajudar (...) é trabalhando com a mãe, como cuidar do bebê e cuidar de si mesmo (E13)

Quanto ao desenvolvimento de pesquisas não foram citadas por nenhum enfermeiro do HM, provavelmente, por se tratar de um hospital geral, que não tem na sua missão e estrutura, as condições para a realização dessa atividade.

Os relatos permitem observar que as restrições para o trabalho interferem na dinâmica de cada equipe e no processo de trabalho de enfermagem, e que diante do trabalhador com limitações, a solução para minimizar o problema é a realocação desse trabalhador.

5.2 RELAÇÃO DE INTERDEPENDÊNCIA DO ENSINO, PESQUISA E ASSISTÊNCIA

Hospital de ensino

No HE os relatos mostram que há uma relação de interdependência entre o ensino acadêmico, pois esse hospital é campo de estágio dos cursos de graduação de diferentes áreas da saúde.

A pesquisa que é desenvolvida tanto pelos próprios profissionais do hospital, ao participarem dos programas de pós-graduação *lato* e *stricto sensu*, quanto pelos alunos no desenvolvimento de suas monografias de conclusão de curso, bem como pelos próprios docentes da instituição de IES à qual está vinculado o HE; e a assistência, que por um lado, serve de suporte para que o ensino e a pesquisa possam acontecer e, de outro, é beneficiada com os resultados das pesquisas realizadas que num movimento de interdependência são aplicadas no cotidiano de trabalho no HE.

(...) A assistência existe como uma fundamentação para que se possa ensinar e pesquisar (...) um educador tem que prestar assistência (...) eu não consigo separar uma coisa da outra. Assim, a educação, a pesquisa que ele [enfermeiro] desenvolve, tem uma relação muito íntima com a assistência que ele presta

(...) aproveitar o campo de teorias e práticas para ser um cenário de aprendizado. (E2)

(...) É, claro que para o ensino acontecer precisa ter assistência. Então, tendo o foco principal, o ensino e a pesquisa, a assistência vai fornecer as condições para que o objetivo aconteça. (...) As três esferas andam paralelas, claro que sem o paciente não será possível ensinar e tudo mais. (...) Se não houver o paciente como o interno [referindo-se ao aluno de medicina], o aluno de enfermagem vai prestar assistência, vai aprender, vai ter caso para discutir e tudo mais? Então, há essa preocupação, não só de produzir pesquisa e ministrar aula teórica, mas o ensino com o objetivo de prestar assistência. É da assistência que o enfermeiro sobrevive, a prática precisa muito. E há todo esse apoio a fim de não só visar à qualidade do ensino e da pesquisa, mas a qualidade assistencial, o produto final que nós estamos dando para o nosso paciente. (E8)

Um dos enfermeiros entrevistados traz a necessidade de associar a interação com os usuários do serviço e a população da área de abrangência no processo de ensino, visto que a população, em um hospital com essas características, é parte integrante do ensino em saúde, além de objeto da assistência.

(...) Acho que o objetivo seria unir os dois: o ensino com a população. Não se consegue ensinar na área da saúde sem que se atenda à população. (...) Então, deve-se tenta unir, um depende do outro aqui. (...) É a população como instrumento de ensino também, claro que supervisionados por bons profissionais. (E16)

O HE estudado tem como objetivos principais o ensino e a pesquisa na área da saúde e possui a infraestrutura e a organização do trabalho para que esses processos possam ser desenvolvidos.

O ensino realizado nesse hospital permite a experiência do aluno em um espaço acadêmico onde pode observar uma relação próxima entre teoria e prática, que expressa a parceria entre a IES e o HE, reafirmada com o envolvimento dos enfermeiros do hospital na discussão do projeto político pedagógico da IES. Isso facilita os processos de ensino e pesquisa no HE e representa uma alternativa para o enfrentamento da fragmentação existente entre a IES e o serviço de saúde que os alunos desenvolvem atividades práticas.

(...) Parceria que nós temos com a IES (...) fazendo a aproximação, para que não fique só o que ensina na academia e o que se faz na prática do serviço (...) os nossos projetos de pesquisa, agora, cada vez mais, têm sido partilhados. (E2)

Há uma proposta pedagógica que orienta o ensino no HE na direção da formação do aluno segundo os princípios do SUS e a realidade local.

(...) Aqui é um hospital de ensino e pesquisa porque as alunas vêm com as docentes fazer estágio aqui, mas para ser um hospital de ensino precisa muito mais do que isso. Deve-se casar uma proposta pedagógica com a IES, manter essa proposta para realmente propiciar condições para que o aluno seja recebido aqui da melhor forma possível. Então, nossos objetivos são dar assistência de média complexidade dentro do perfil epidemiológico deste distrito, dentro dos princípios do SUS. Preciso disso até para formar um aluno que esteja ancorado nessa realidade. (E1)

Porém, é necessário assinalar que essa aproximação entre IES e HE convive com o predomínio de uma concepção tradicional de educação entre os enfermeiros, pois no conjunto das entrevistas observa-se a representação de educação como transmissão de conhecimento. Assim, prevalecem características de educação mais convencional, dominante, na qual o aluno busca reproduzir a atuação dos enfermeiros que os supervisionam em um PT hospitalar centrado na realização de procedimentos técnicos, tendo em vista a recuperação da saúde.

Outro aspecto que também pode contribuir para a reprodução da fragmentação entre prática de ensino e cotidiano de trabalho no serviço é a própria condição de trabalho, pois segundo a percepção da maioria dos enfermeiros entrevistados, há um número insuficiente de profissionais que acarreta uma sobrecarga de trabalho para a equipe de enfermagem e leva os enfermeiros a priorizarem a execução dos procedimentos técnicos do seu processo de trabalho assistencial e gerencial no acompanhamento de alunos em estágio.

O relato apresentado a seguir mostra que se o profissional sente-se sobrecarregado, ele opta por uma inserção passiva do aluno como expectador do cotidiano de trabalho, em vez de promover sua inserção e a reflexão sobre a prática de enfermagem.

(...) O ensino... mas vou atender ao paciente primeiro, depois ao estagiário. E houve época que nós não tínhamos condições de ter estagiário, e mesmo sem condições, tínhamos estagiário. Então, falava-se assim: “você me segue, veja o que eu estou vendo e, por favor, não mexa em nada!” (E16)

A interdependência entre ensino, pesquisa e assistência observada com base nos depoimentos dos enfermeiros do HE, mostra que o ensino dos alunos de graduação faz parte das responsabilidades dos profissionais do hospital, dada sua tradição consolidada como instituição de ensino.

Assim, o trabalho do enfermeiro e dos auxiliares e técnicos de enfermagem refere-se tanto à assistência direta ao paciente, como ao aprendizado do aluno, e ambas as responsabilidades devem ser consideradas na esfera de responsabilidade profissional desses agentes. Ou seja, as atividades com os alunos devem estar incluídas no planejamento diário de atividades da equipe de enfermagem e no dimensionamento do quadro de pessoal, que já é realizado respeitando a necessidade de um número maior de trabalhadores considerando a demanda do processo educativo dos alunos.

Essa configuração do trabalho dos enfermeiros poderia levantar a hipótese da existência de uma dimensão educativa no seu processo de trabalho, contudo, tal como apresentado anteriormente, a sua atuação com os alunos de graduação, bem como nas AE de trabalhadores de enfermagem não constituem ações nucleares, típicas, do processo de trabalho do enfermeiro no HE. Essas atividades poderiam ser denominadas ações complementares do trabalho do enfermeiro, visto que expressam a característica de instituição de ensino.

O ensino também contempla as ações de coordenação da unidade, onde o aluno desempenha atividades de gerenciamento do cuidado, junto com o enfermeiro que o acompanha. Isso permite que o aluno tenha contato e desenvolva competências e habilidades que compõem as duas dimensões do processo de trabalho do enfermeiro: assistencial e gerencial.

(...) Na verdade os alunos acompanham as enfermeiras nas atividades que elas desenvolvem aqui na unidade, de coordenação. E na medida do possível elas vão assumindo a coordenação, claro, sob a supervisão da enfermeira, até para atingir os objetivos do estágio que é até o de identificar qual é o

papel do enfermeiro dentro da instituição. E dentro das especificidades, ela vai realizando os procedimentos, ela vai avaliando como é o relacionamento dos funcionários, se tem algum conflito dentro da equipe. (E6)

A presença do aluno no HE é mobilizadora com a finalidade de motivar o enfermeiro a estudar, ou seja, a presença do estudante significa educação permanente para o profissional do campo, visto que o profissional tanto busca o aprendizado para dar suporte ao aluno, como pode aprender com ele. Esse cenário, com as características de um serviço-escola, pode promover oportunidades de mudança da concepção de educação — de transmissão de conhecimento para a de apropriação e construção do conhecimento, na perspectiva da emancipação dos sujeitos envolvidos — para alunos, enfermeiros, trabalhadores de enfermagem de nível médio, docentes e usuários do serviço e população das áreas de abrangência.

(...) E como o professor não vem, ou melhor, vem, mas não fica, não acompanha o aluno, quem acompanha é o enfermeiro assistencial. (...) O estudante aprende na escola e com a equipe também, assim, se não trabalharmos e ensinarmos corretamente, se não estudarmos para passar para o aluno, e resgatar isso do aluno, tentar uma discussão, o aluno não vai aprender nada em campo de estágio. (E12)

(...) A parte de ensino é porque nós lidamos diretamente com os alunos (...) mais diretamente com os alunos de enfermagem (...) nós até brincamos que somos docentes-assistencial, isso porque os alunos vêm e ficam com a equipe. As professoras deles ficam na supervisão (...) a responsabilidade deles é nossa! E eles vivenciam o nosso trabalho. Então, os estagiários ficam diretamente se relacionando conosco para aprender justamente como é o nosso trabalho. (E1)

Os relatos também mostram a preocupação dos enfermeiros de colocar em prática as pesquisas desenvolvidas na instituição e que deram bons resultados. Assim, tem-se a relação da pesquisa ancorada na assistência: a pesquisa pode surgir tomando-se por base uma problemática identificada no cotidiano de trabalho e seus resultados fornecerem respostas à prática, ou surgir de uma vivência ou angústia pessoal do trabalhador inserido naquele contexto, ou mesmo com base na implantação de uma nova rotina de trabalho.

(...) enquanto nós trabalhadores de enfermagem estamos lá, na unidade, em nosso trabalho, realizando tudo aquilo que nos compete, nós precisamos observar realmente aquelas falhas, aquelas lacunas e precisamos corrigir isso. (...) A única forma é pesquisando o que está acontecendo, por que aquilo aconteceu, por que surgiu aquilo, para poder realmente tentar resolver aquele problema. (E19)

Dos 14 enfermeiros entrevistados no HE, 2 não referem uma relação de interdependência entre o ensino, a pesquisa e a assistência, divergindo da maioria dos relatos. No excerto apresentado a seguir, observa-se que cada uma das três esferas de atuação do HE tem objetivos próprios e desarticulados dos demais, como se funcionasse de forma independente e fragmentada, sem a complementaridade apontada pela maioria dos relatos.

(...) É um hospital de ensino e tem três grandes objetivos que é: ensino, pesquisa e atendimento ao usuário. (...) Ensino: ele atende a todas, quase todas as áreas das ciências biológicas, e fica aberto como campo de estágio para enfermagem, medicina, odonto, fono, fisio, nutrição, também psicologia (...) mas são todas essas grandes áreas de concentração. Como pesquisa ele também serve para todas essas unidades, pois há pesquisas desenvolvidas aqui dentro; e para assistência ele é um hospital geral regionalizado, secundário, então, não atende a nenhuma especialidade. (E5)

Hospital municipal

Nos relatos dos enfermeiros do HM não foi observada relação entre as atividades de ensino, pesquisa e assistência. Como foi apresentado anteriormente na caracterização dos serviços estudados, o HM não desenvolve pesquisas nem ensino para alunos de cursos de graduação da área da saúde.

Trata-se de um hospital geral cuja única atividade educativa de estudantes está dirigida à educação profissional de trabalhadores de enfermagem de nível médio, que é realizada apenas por uma enfermeira da instituição, fora do seu horário de trabalho, com outro vínculo empregatício.

(...) Estou acompanhando aluno em estágio de manhã, então, libero os alunos mais ou menos 11h30min e depois assumo a supervisão (...) não aceito trabalhar com 11 alunos, com 10 consigo bem, eles se reportam a mim, não fazem nada, fico tranquila. (E11)

5.3 VINCULAÇÃO ENTRE A ATIVIDADE EDUCATIVA DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM E O COTIDIANO DO TRABALHO

Hospital de ensino

Segundo o relato de 13 dos 14 enfermeiros entrevistados, a AE de trabalhadores de enfermagem do HE objetiva o desenvolvimento técnico-científico dos profissionais para o desempenho adequado das suas atividades que resulte em melhorias da qualidade da prática assistencial, o que mostra a vinculação estreita entre AE e processo de trabalho.

(...) O treinamento para o trabalhador é o fato de ele não se machucar, vamos dizer assim. Ele tem que aprender a realizar uma técnica da melhor forma possível para não se contaminar, deve executar o procedimento num tempo hábil, de uma forma prática, fácil de fazer, que não atrapalhe o processo que existe na unidade, que não seja feita de forma diferente do colega, porque isso será questionado. Então, é importante ele seguir a técnica e manter a assepsia e a antisepsia (depende do que for necessário naquele momento e para a segurança dele). E para o paciente: O paciente não pode ser contaminado, não pode adquirir nenhuma patologia em decorrência de um procedimento mal feito (...) para receber um atendimento adequado àquela patologia que ele tem, não pode ser tratado de qualquer jeito. (...) Ele não pode ter lesão nenhuma no decorrer daqueles procedimentos que realizamos, nenhuma medicação mal feita, ou feita em via errada, o paciente não pode ter prejuízo nenhum. (...) A partir do momento que o funcionário sabe executar o procedimento, segue os passos, prioriza, faz tudo de forma adequada, correta, ele passa isso para o doente. O paciente é aquele em quem vamos executar o tempo inteiro o que sabemos, ele é o primeiro a ser lesado se houver alguma coisa errada ou o primeiro a ser beneficiado, se tudo correr da forma adequada. (...) Com o funcionário ocorre o mesmo: se ele está fazendo as coisas de uma forma adequada, tudo certo, ele vai ser também muito beneficiado, porque ele não vai se contaminar. (E19)

A análise do material empírico, tal como ilustra o relato acima, permitiu apreender que no HE há uma vinculação entre a AE de trabalhadores e o PT e que ambos têm sua ênfase na dimensão instrumental dos procedimentos técnicos de enfermagem. O PT está focado nesse

aspecto e as necessidades de AE são detectadas com base nos problemas técnicos, planejadas e executadas para suprir lacunas ou falhas.

Além do saber técnico-científico dos profissionais, um enfermeiro destacou que a AE também deve desenvolver a autonomia técnica do enfermeiro no seu PT e que essa é construída à medida que o profissional tem um melhor embasamento técnico-científico que lhe permita se posicionar diante da equipe de saúde.

(...) Capacitação dos enfermeiros para que eles possam ter essa possibilidade de posicionamento crítico, de se manter autônomo na medida do possível, que a situação permita também. (...) Nós temos a consciência de que a autonomia não é prêmio, nunca vai ser, porque o cuidado é um conjunto de ações de muitos profissionais. Nós, enfermeiros, cuidamos de um pedaço só, mas nesse pedaço que cuidamos, se não tivermos conhecimento e não tivermos as competências necessárias, não vamos conseguir nos posicionar e argumentar. (E2)

Os relatos mostram que a AE é realizada a fim de resolver os problemas da prática cotidiana de trabalho, que podem ser falhas, ter erros ou dificuldades que os trabalhadores apresentem no momento da execução dos procedimentos técnicos ou seguimento das rotinas implantadas. A AE objetiva solucionar os problemas do cotidiano de trabalho, por isso, também é planejada e executada quando há a introdução de procedimento, material ou equipamento novo.

(...) Acontece com muita frequência, detecta-se algum problema, nós fazemos o treinamento e muda. Se não mudar é porque a essência do problema não era aquela, exemplo: agente multirresistente. Sempre que aparece, não chega a ser um surto, mas percebe-se que tem um aumento, todos reforçam as medidas de barreira assistencial, as precauções, o isolamento de contato. Então, é divulgado, é feito um esforço coletivo, e no mês seguinte diminui. Nós dificilmente chegamos a situações de surtos porque o alerta é disparado imediatamente e as medidas são tomadas. E é um processo educativo. Às vezes, entra naquela rotina: “eu estou correndo não vou lavar a minha mão”. Nós falamos: “gente, está aumentando o número de agentes novamente, precisamos tomar mais cuidado, lavar as mãos”. Se a equipe vê o interno circulando com avental de isolamento, os próprios técnicos falam: “olha, você está transmitindo infecção para os outros pacientes, tire esse avental”. Assim, todos em conjunto conseguem diminuir essas infecções. (E5)

O depoimento mostrou que a comunicação entre os profissionais na situação cotidiana de trabalho pode representar um processo educativo do conjunto dos trabalhadores de enfermagem e de saúde, estimulando o envolvimento de todos os integrantes da equipe, num esforço coletivo, na resolução de problemas, tal como se observa no trecho a seguir *“todos reforçam as medidas de barreira assistencial, as precauções, o isolamento de contato”*. Contudo, o depoimento não destaca essa dimensão comunicativa do trabalho e da AE no trabalho. Isso é corroborado pela presença unânime, nos relatos, da referência às AE de trabalhadores por meio de termos como aula, palestra, curso, reciclagem, orientação e treinamento, como mostram os dois excertos abaixo.

(...) Nós ministramos o curso, mas nem tudo reverte na prática, na melhoria da habilidade. (E3)

(...) Muitas vezes tenho um evento, alguma palestra que fica até complicado de escalar o funcionário para assistir a essas aulas. (E6)

A aproximação da AE no cotidiano de trabalho torna a educação uma ferramenta de preparação para mudança a serem introduzidas na prática assistencial e/ou gerencial; mas para que a mudança possa se concretizar várias ações conjugadas são necessárias, tais como: capacitação, sensibilização dos trabalhadores para a mudança almejada e condições favoráveis para que os trabalhadores consigam aplicar à prática o que foi desenvolvido na AE.

(...) Para nós mudarmos a assistência, para estimular maior aleitamento na maternidade, nós tivemos uma capacitação; mudamos tudo, porque era muito forte a questão do complemento lácteo aqui no hospital (...) era muito forte os nenês irem para o berçário e ficarem as primeiras horas no berçário, depois descer para o alojamento conjunto, isso interferia na questão da amamentação. (...) Agora para mudar isso, é preciso capacitar e proporcionar condições (...) mudamos a estrutura do alojamento-conjunto para possibilitar que os nenês subissem com as mães. (...) Nós tentamos o máximo casar todas as modificações, todas as mudanças necessárias com o treinamento, desenvolvimento, sensibilização e recurso para tal. (E1)

Ainda em relação às condições de realização das AE no cotidiano de trabalho, 12 dos 14 enfermeiros entrevistados referiram que é preciso ter,

essencialmente, recursos humanos e recursos materiais. Nos relatos, é possível identificar que a AE é planejada segundo as condições existentes na instituição para a aplicação da AE, e na ausência de algum material necessário, a AE é postergada a retomada quando o material estiver disponível na instituição.

(...) Aqui não falta material. É tudo adequado. (...) Lógico que sempre há reclamações. (...) Não há entrave para fazer um treinamento, ministra-se uma aula toda “bonitinha” e ao chegar no local não tem material! Aqui tem a possibilidade de fazer (...) o serviço oferece a infraestrutura, oferece material. O quadro de pessoal é muito bom e oferece condições práticas para que ocorra o treinamento que estamos fornecendo (...) há as condições de aplicar. Óbvio que em algumas unidades mais, outras menos, mas há condições de aplicar, mais ou menos, o que se aprendeu. (E4)

A realização de AE de trabalhadores no horário de trabalho evidencia a vinculação entre AE e PT de enfermagem, contudo os depoimentos mostram que essa forma de relação entre AE e PT gera tensão no cotidiano do serviço.

Por um lado, há benefícios nessa relação, pois trabalhador e instituição podem aproveitar a jornada de trabalho para a AE. Por outro lado, há dificuldade para que o trabalhador possa se ausentar da atividade e/ou da unidade durante o período de trabalho. A tensão está presente na preocupação, expressa nos relatos, que o trabalhador sente ao participar da AE tendo uma série de atividades para serem realizadas com os pacientes e a equipe, que ficam acumuladas ou terão de ser assumidas por um colega que ficará sobrecarregado.

Com base na tensão identificada, os depoimentos permitem observar que a AE pode ser percebida como um dificultador do PT assistencial, tanto para os trabalhadores de enfermagem de nível médio, que estão envolvidos mais diretamente no cuidado, quanto pelos enfermeiros que se ocupam majoritariamente do gerenciamento do cuidado.

Diante desse cenário, as alternativas encontradas no HE para facilitar a participação dos trabalhadores nas AE foram: realizá-las em mais de um horário dentro do mesmo turno de trabalho para possibilitar o revezamento dos trabalhadores, caso em que ação educativa tem uma curta duração; ou

desenvolvê-las em horários que coincidam com o término da jornada de trabalho, para que os profissionais possam participar da AE depois do seu turno.

(...) É claro que, nem todo mundo, pelo cronograma, consegue ir aos treinamentos no horário de trabalho. Então, aqueles que têm condições de ficar depois do plantão, são escalados e eles ficam. (...) Os treinamentos fora do horário de trabalho são melhores porque vou mais tranquila, não preciso me preocupar em voltar aqui, não preciso me preocupar com as coisas que eu tenho de terminar no setor. Assim, há aqueles que preferem participar fora do horário de expediente, e há os que são escalados no horário de trabalho, porque têm duplo vínculo empregatício ou estudam e não podem ficar além do horário. (E6)

Dos 14 entrevistados, 13 referem-se à estratégia do ‘enfermeiro multiplicador’ como forma de desenvolvimento das AE no trabalho.

Trata-se de uma política institucional direcionada à enfermagem em que os enfermeiros assistenciais são capacitados pelo SEC para assumirem a AE dos trabalhadores de enfermagem na própria unidade de atuação. Dessa forma, ocorre a capacitação do enfermeiro, que por sua vez promove a capacitação da equipe de trabalho em que está inserido.

Essa estratégia amplia as chances de um maior número de trabalhadores participarem da AE planejada, pois somente os enfermeiros do SEC não têm condições de propiciar as ações educativas a todos os trabalhadores de enfermagem. Além disso, o enfermeiro multiplicador tem condições de avaliar e definir o melhor momento para a realização da AE, pois conhece a dinâmica de trabalho da unidade.

Os enfermeiros referem que AE de trabalhadores realizada no próprio local de trabalho e orientada por um trabalhador que está inserido naquele específico PT tem maior impacto no desempenho dos trabalhadores e melhores resultados na assistência dos pacientes.

(...) Quando há um coordenador do local onde está sendo feito o treinamento, a situação muda, porque está cada vez mais claro que não adianta tirar a pessoa da unidade dela para fazer um treinamento numa sala que não tem relação alguma com o local de trabalho. É muito mais produtivo quando se consegue fazer o treinamento no próprio local em que ela atua, nas condições em que ela está acostumada. Então, quando há alguém participando da coordenação que faz parte daquele contexto, a pessoa ajuda a fazer um diagnóstico mais preciso, ajuda a entender melhor a

dinâmica do grupo, percebe quais são os pontos a serem aprofundados e ajuda também na avaliação do treinamento. (E2)

Vale destacar que a estratégia do enfermeiro multiplicador evidencia a vinculação entre o cotidiano de trabalho e a AE no trabalho. Todavia, a multiplicação da capacitação é referida pelos depoentes mais como estratégia que permite a racionalização das AE do que aproximação educação-trabalho e valorização do trabalhador.

(...) O enfermeiro multiplicador consegue escalar todos sem desfaltar, sem parar a assistência, dentro da própria unidade, no horário de serviço. Porque é muito difícil tirá-los da assistência, não posso parar a UTI para fazer treinamento, e fora do horário muitos estudam, possuem outro emprego, então, é difícil também conseguir que todos participem. Assim, por enquanto, na UTI tem sido a melhor estratégia. (...) Por exemplo, numa manhã, só consegui tirar três funcionários da assistência para assistir ao treinamento, então, aqueles três participaram naquele dia, e o multiplicador vai ministrar num outro dia no mesmo horário para outras pessoas. Em, um dia mais tranquilo eu faço um revezamento, vão dois, depois vão mais dois, mais dois (...) mas a ideia é sempre manter a unidade funcionando, e para isso, fazemos dentro do horário e com várias vezes o mesmo tema, para que todos consigam ser treinados ou orientados em relação àquele tema. (...) Essas são as estratégias para tentar diminuir o tempo que eles ficam fora do horário de trabalho e fora da assistência, porque é uma unidade muito complexa [referindo-se à UTI] não tem como parar a assistência. (E5)

(...) Nós também trabalhamos com enfermeiro multiplicador ou até mesmo um técnico, dependendo do técnico ou auxiliar e do tema. (...) Alguns gostam, mas nem todos. Eles se interessam sim. Acho que eles se sentem, vamos dizer, importantes, realmente se sentem fazendo parte da instituição, sentem-se valorizados. (E19)

No relato acima é possível observar que não só os enfermeiros atuam como multiplicadores, mas também os técnicos de enfermagem, o que expressa a compreensão de que enfermeiros e trabalhadores de enfermagem de nível médio têm contribuições a oferecer para a equipes, bem como o reconhecimento de relações mais igualitárias entre as diferentes categorias.

O multiplicador pode desenvolver a AE de uma forma mais livre, menos formatada, por meio de conversas durante o trabalho, o que também permite investimento na dimensão comunicativa da prática. O grande desafio do profissional que é multiplicador é não reduzir a AE ao simples repasse de

informações, mas realizar a AE de forma participativa que leve à reflexão do PT.

(...) O enfermeiro multiplicador do conhecimento escalava o funcionário e já conversava sobre o procedimento, não tão prescritivamente, mas reflexivamente, porque é um profissional que já faz isso várias vezes. Era um processo mais reflexivo com um enfermeiro da sua área. (E4)

Hospital municipal

Os dados do HM revelaram a existência da vinculação entre a AE dos trabalhadores de enfermagem e o cotidiano do trabalho. Essa vinculação ocorre na dimensão instrumental, pois tanto o foco do PT desenvolvido no HM tem ênfase nos procedimentos, quanto a AE que busca suprir as deficiências técnicas desse PT.

Todos os enfermeiros do HM relataram que a AE contribui para a melhoria da prática assistencial, além disso, quando há algum problema no PT, a AE é essencial para a resolução das dificuldades, o que também acaba refletindo na prática.

(...) São práticas pequenas que já resolvem o problema, já contribuem para resolvê-lo, ou, pelo menos, minimizá-lo. Realmente, são os processos educativos que resolvem, melhorando a atividade. (...) Sobretudo a redução do risco de infecção, o índice de infecção hospitalar. Quando se reduz o índice de infecção hospitalar, propicia-se ao paciente uma melhor qualidade de vida. Ele terá um atendimento melhor. (E17)

A educação dos trabalhadores realizada no próprio local de trabalho é relatada pelos enfermeiros entrevistados no HM como uma forma de melhorar a qualidade da assistência prestada, pois a ação acontece onde o PT é vivenciado, porém há o predomínio da dimensão instrumental, uma vez que AE tem sua ênfase na primazia dos procedimentos técnicos.

(...) Acho que o treinamento no próprio setor, surte mais do que fazer na sala só falando, estudando. (...) É importante vivenciar como é o preparo, como é o fazer. (E10)

Há também as AE que acontecem fora do local do trabalho, ou seja, em auditórios ou salas preparadas para esse fim, onde pode ser solicitado

aos participantes que se retirem da AE e voltem à unidade de trabalho quando há alguma intercorrência, o que evidencia que a atuação assistencial é priorizada em detrimento da AE.

(...) Às vezes, tem uma internação, ou uma intercorrência, e aí? Temos que tirar o auxiliar e o enfermeiro do curso para voltarem ao trabalho. O curso é feito no auditório, e qualquer emergência, vão até lá e chamam. Ficamos em alerta. É assim que funciona. (E15)

Além da realização da AE no auditório, desvinculada do contexto mais direto do PT, pôde-se apreender nos relatos que os enfermeiros referem-se às AE de trabalhadores por meio de termos como: aula, prova, palestra, curso, orientação, treinamento e reciclagem, evidenciando a prática e concepção da AE de trabalhadores como transmissão de conhecimentos.

(...) O treinamento é para melhorar a assistência mesmo de enfermagem, para melhorar a equipe de enfermagem e como ela faz melhorar? Passando conhecimento para a equipe (...) há a parte da humanização, do material para trabalhar e a parte de conhecimento. (...) Se a enfermagem não estiver preparada, não tiver conhecimento, sempre vai fazer a mesma coisa. (...) Há, também, a parte da prevenção e o conhecimento que melhora a assistência. (E13)

A AE, depois de planejada e realizada, necessita de recursos humanos e materiais para ser colocada em prática, pois sem essas condições não é possível fixar o aprendizado e realmente poder contribuir com o PT de enfermagem. Essa concepção é trazida pelo entrevistado no relato abaixo:

(...) Não adianta ministrar o curso se não tem o material, porque entra por um ouvido e sai pelo outro. Se você não praticar, não vai aprender. É um tempo jogado fora. É desperdício, porque se pode ter o conhecimento, mas não vai saber aplicar. (E22)

O relato acima reforça a importância de aproximar os conhecimentos técnico-científicos adquiridos na AE ao trabalho cotidiano, além de se fazer uma avaliação dos resultados obtidos e de retornar para a equipe de enfermagem nas reuniões. Essas ações auxiliam no aprimoramento, tanto da AE, quanto do PT, pois chama os trabalhadores à participação da melhoria da atividade proposta.

A aplicação na prática do aprendizado desenvolvido na AE, também depende da postura e do envolvimento dos trabalhadores tanto na AE quanto no PT, uma vez que ambos estão vinculados, e os resultados são demonstrados no dia-a-dia do trabalho, mesmo relacionado à dimensão instrumental, como relatado abaixo.

(...) Às vezes, o paciente entra com suspeita de tuberculose. A equipe já coloca o isolamento. Quer dizer: eles já sabem. Significa que aprenderam. Assim, estão colocando em prática o que aprenderam. Nessa parte eles estão bem. (E13)

As necessidades de treinamentos são diagnosticadas durante a realização das ações nas quais são identificadas as dificuldades e as dúvidas dos trabalhadores no seu dia-a-dia, ou uma necessidade institucional, como a introdução de novos equipamentos ao PT de enfermagem.

É por meio da AE que se garante o desenvolvimento técnico-científico dos trabalhadores em relação a essa nova tecnologia e à utilização correta do novo recurso. Os índices de infecção hospitalar também geram uma demanda por AE focada nos procedimentos que possam reduzir as taxas da instituição. Assim sendo, os relatos permitem observar a vinculação entre a AE de trabalhadores de enfermagem e o trabalho cotidiano, com ênfase nos procedimentos técnicos.

(...) Os cursos são feitos de acordo com as dificuldades e dúvidas que nós verificamos com os auxiliares (...) com as necessidades e dificuldades que eles trazem, e nós tentamos montar os cursos para eles. (E11)

(...) Nós verificamos, geralmente, com os enfermeiros, qual é a maior dificuldade, ou até mesmo nós, tanto as supervisoras de enfermagem quanto a enfermeira da educação continuada, quando observamos falhas em determinadas tarefas, nós tentamos fazer algum treinamento em relação a isso. Por exemplo: tive o treinamento de atendimento de emergência. É diferente atender a uma emergência na sala de emergência se não conhecer e não souber os lugares onde ficam os materiais do que uma pessoa que está na sala de emergência e que atende todos os dias. (E10)

A enfermeira que trabalha como cobertura em diferentes setores do HM, relatou que a AE é necessária, também, para habilitar o trabalhador para atuar em diversos setores, fazendo a cobertura onde for necessário,

uma vez que no HM não há um número suficiente de profissionais que os permitam ficar mais fixos em determinadas unidades.

(...) Tem que ter treinamento para o funcionário em clínica médica, num alojamento-conjunto e se precisarem dele urgente na UTI? Ele vai e fica deslocado porque não teve treinamento; o ideal é treinamento para todos. Nem sempre é possível! (E22)

Uma dificuldade enfrentada no HM é a problemática de liberação dos trabalhadores para a participação na AE quando esta acontece no horário de trabalho. É difícil para quem vai executar a atividade, assim como para quem vai participar e para quem vai ficar na unidade, cobrindo o período de quem foi para AE.

(...) É muito difícil porque, às vezes, nós temos três funcionários na clínica médica e falta um naquele horário. Não consigo tirar um funcionário de lá, porque dois funcionários não conseguem tocar o setor. Se um funcionário sair por uma hora, sobrecarrega muito o que fica. Assim, procuramos fazer treinamentos curtos, com menos que 40 minutos e mesmo esse tempo é muito difícil, pois é delicado reunir os funcionários. Há muita carência, eles gostam muito quando têm esses cursos. A nossa dificuldade maior é essa, fica cansativo e extenso, por exemplo, só para conseguir treinar todos os funcionários da manhã, preciso de uma semana, pelo menos. (E17)

As estratégias utilizadas pelas enfermeiras para minimizar essa dificuldade no HM é a realização da mesma AE em diferentes horários, dentro e fora do período de trabalho da equipe de enfermagem.

(...) O noturno, por exemplo, chega às 19h. A enfermeira da Educação Continuada fica das 18h às 21h por uma semana, para poder alcançar o público todo. (...) Para o pessoal do dia, geralmente, é feito durante o horário de trabalho, porque eles fazem 12 horas, assim, é fácil. São os mesmos funcionários o dia todo. Logo, tiram dois do setor, depois mais dois... Assim se consegue, até mesmo pela carga horária deles, é possível fazer com todos. (E13)

O HM não tem a política de trabalhar com o enfermeiro multiplicador, possivelmente, por ser um hospital de pequeno porte, e os enfermeiros terem, por vezes, que cobrirem dois setores ao mesmo tempo, em virtude do número restrito de enfermeiros. Por isso, a multiplicação da capacitação entre os trabalhadores é realizada informalmente, segundo o relato de apenas um enfermeiro. O outro depoimento faz menção à necessidade de

se replicar a AE que foi feita em outro serviço para os demais membros da equipe de enfermagem.

(...) Fui agora. Foi só para os enfermeiros (referindo-se ao curso de curativos externo). Faltou o auxiliar ir. Faltou nós montarmos aqui para eles. Falei para a Educação Continuada: “o que aprendemos lá fora, precisamos multiplicar o conhecimento aqui dentro”. (E15)

5.4 ATIVIDADES EDUCATIVAS PARA EVITAR AUTOMATIZAÇÃO DO TRABALHO

Hospital de Ensino

A realização periódica de AE é uma necessidade sentida e relatada por 9 dos 14 enfermeiros entrevistados, embora apenas 4 tenham feito menção às atividades como um processo contínuo.

A repetição da AE depois de um determinado tempo contribui para que não seja esquecida ou modificada com o passar do tempo, pois, segundo os enfermeiros entrevistados, há uma tendência dos trabalhadores a voltarem a realizar os procedimentos como eram feitos antes da AE, de forma automatizada.

(...) O grupo vai mudando e as pessoas vão adaptando o procedimento. No começo há pessoas que conseguem adaptar o procedimento sem ferir o princípio científico. Um adapta do jeito dele, mas consegue fazer direito. Mas o outro vê e dá um “jeitinho” no jeitinho que o outro deu e a situação degradingola, e, assim, precisamos de tempos em tempos treinar novamente o grupo, retomar o procedimento, pois começa a ter falhas: esquece de assinar aqui, esquece de assinar lá, esquece de mandar não sei o quê... (...) Tivemos um treinamento que precisou treinar novamente o grupo. Colocamos uma enfermeira que realizou o novo treinamento do grupo e os esses problemas [referindo-se aos instrumentais] amenizaram muito. (E9)

Há depoimentos em que o enfermeiro menciona a necessidade da supervisão estar vinculada na AE, tanto para o controle da execução conforme preconizado na AE, como para auxiliar na consolidação prática do

que foi ensinado aos participantes da AE. A dimensão educativa da supervisão, que tem a finalidade de promover a reflexão e a discussão do cotidiano de trabalho com os trabalhadores, viabiliza a construção contínua de novas práticas no PT de enfermagem.

(...) Os processos educativos têm que ser retomados com certa frequência, nada assim, de uma vez só e ficar por isso. Acho que, pelo menos, em seis meses nós temos que retomar o mesmo tema ou você tem que estar muito próxima, fazendo junto com os funcionários, pois muitas vezes eles passam pelo treinamento e não seguem o que ele foi treinado. Em algumas situações, eles, com o tempo, até modificam o que foi ensinado. Então, por isso que eu acho importante. Eles [referindo-se à equipe de enfermagem] esquecem. Até por um tempo fazem direitinho, mas, muitas vezes, alguns, claro, são poucos, começam a fazer da forma antiga. Nós temos que ficar retomando sempre. Não sei se é uma sobrecarga de trabalho. Talvez tenha que mudar algum processo de trabalho. Em especial, o registro, que é uma atividade complicadíssima. Tem que estar sempre retomando com eles, qual a forma correta do registro, qual é o uso da anotação de enfermagem, da importância de se fazer um registro, uma anotação de enfermagem bem feita. (E6)

(...) A supervisão tem que ser persistente, precisa ser cobrado o que já foi feito, a supervisão tem que ser em cima. Então, você não vai fazer isso e isso. Acho que não adianta você proporcionar um treinamento e não cobrar... não cobrá-lo depois. Acho que isso é importante. (E16)

Assim sendo, no HE foi identificado que uma das relações entre AE e PT de enfermagem se refere a evitar automatização do trabalho mediante atribuição de sentido às atividades realizadas pelos trabalhadores de enfermagem.

(...) Nós temos o costume, na enfermagem, de sempre fazer as tarefas meio que por rotina, e, às vezes, nós somos engolidos pela rotina. Então, se não houver um processo educativo forte que direcione e sensibilize você para entender o porquê daquela rotina, você não consegue, às vezes, que as pessoas executem algo novo. (...) Então, é feita uma sensibilização e assim você consegue fazer as pessoas entenderem por que é importante tal ação e isso muda a sua prática. (E5)

É importante que a AE propicie o reconhecimento do sentido atribuído pelo trabalhador à prática de enfermagem, pois esse sentido impacta diretamente sobre suas ações, sobre as relações com o paciente e sobre a qualidade da assistência que ele presta.

Nos relatos de um dos enfermeiros entrevistados observa-se a preocupação em “dar um sentido” ao trabalho de enfermagem, por si só já tem um enfoque instrumental, centrado na execução dos procedimentos.

(...) Eu acho que começa a desenvolver as tarefas de uma maneira muito mecânica. Então, não reflete o porquê estou fazendo assim! Tem que ser, por que tem que ser assim? E, às vezes, desenvolve pulando algum fato, simplificando algo, sem dar tanta importância para determinada atividade. E nós, ou a falta de atenção mesmo na hora de fazer algum procedimento, não prestamos tanta atenção e, às vezes, cometemos algumas falhas. Não é falta de conhecimento na maioria das vezes, pois aquele conhecimento ele já obteve em algum momento, talvez não deu tanta importância, deixou de fazer sentido. Assim, deve-se trazer esse conhecimento novamente, lembrar, retomar as ações, supervisionar e cobrar. É um processo constante, por isso, devemos ter treinamento anualmente, aqui não conseguimos fazer na periodicidade que gostaríamos. Então, começam a aparecer os problemas e vamos trabalhar em cima daquilo que vai aparecendo e não preventivamente. (E8)

Os relatos também referem que a AE favorece a reflexão do trabalhador sobre o seu cotidiano de trabalho e que esse processo reflexivo permite melhorar a qualidade da assistência e a valorizar o trabalhador de enfermagem à medida que lhe possibilita participação ativa no PT.

(...) O objetivo geral dos treinamentos é melhorar a qualidade da assistência. Valorizar e estimular o funcionário, a equipe, proporcionar processos reflexivos sobre a sua prática, sobre a humanização ou continuar o processo de humanização da assistência, permanecer trabalhando com a prática humanizada. (E4)

Hospital municipal

Segundo o relato de dois enfermeiros, as ações educativas realizadas no HM também têm a finalidade de dar sentido às práticas para que o cuidado de enfermagem não seja realizado de forma automatizada.

(...) Melhora a qualidade no momento em que você sabe o que está fazendo. O primeiro objetivo é colocar o profissional, o auxiliar, ciente do que ele está executando, então, se ele precisa fazer um eletro, tem que saber fazer esse eletro da melhor forma possível e o porquê que ele está mexendo naquele aparelho de eletro (...) não adianta nada, ele fazer uma coisa automática, sem saber o que ele está fazendo, ou fazer errado, pois pode prejudicar ainda mais. Em vez de ajudar, pode prejudicar. (E11)

A repetição da AE é referida pelos entrevistados como estratégias para minimizar ou evitar automatização do trabalho. A repetição da AE também é motivada por um problema ou por uma falha técnica que precisa ser corrigida para não haver prejuízos para a assistência.

(...) Porque assim, todo treinamento que você ministra, depois de um tempo tem que ser repassado. Especialmente, essas atividades mais básicas, lavagem das mãos, por exemplo. Isso porque vai passando o tempo e não é que você desaprende; no começo, no treinamento da lavagem de mãos todo mundo fazia dentro da técnica, mas esses passos têm que ser lembrados, até no dia-a-dia. (E22)

(...) Porque é uma roda-viva, primeiro: o funcionário vai relaxando, ele relaxa e você precisa lembrá-lo; outras vezes, ele sabe que tem que ser feito daquele jeito, mas se descuida e relaxa. Relaxa muito, pois passa a ser uma atividade normal, de todos os dias. Às vezes, nós temos pacientes que ficam seis meses, um ano, até mais de um ano em isolamento de contato. Então, chega uma hora que fica banal, aquilo passa a ser comum e não é comum! E quando começamos a perceber que outros pacientes começam a apresentar a mesma manifestação é porque foi colonizado ou está contaminado. Começamos a mexer muito nisso. Então, não tem jeito, precisa de, pelo menos, três em três meses ser ministrado um novo treinamento. Para despertar esses funcionários novamente. (E17)

A supervisão de enfermagem, que é referida tanto na dimensão de controle como educativa, também é apontada como estratégia para minimizar ou evitar a automatização do trabalho. No relato abaixo, o enfermeiro faz referência à necessidade de organizar seu PT de modo que tenha tempo para fazer a supervisão das AE dos trabalhadores da equipe, e desenvolver a AE sempre que for detectada uma necessidade da prática.

(...) O enfermeiro sempre tem que ter um tempinho para acompanhar o funcionário dele, porque quando você vira as costas e vai embora, a pessoa vai fazer o que ela quer, como quer e como acha que é. E na verdade, às vezes, nem é culpa da pessoa, é o suporte que tem que dar (...) Então, você vai fazendo os cursos, as orientações e volta para ver se ficou, e como ficou o entendimento, o aproveitamento de cada um. (E13)

Vale destacar que no HM predomina a referência à dimensão de controle da supervisão, que visa garantir a execução do trabalho como preconizado pela instituição.

(...) Quando vamos fazer o treinamento, nós tentamos ver para que não tenha falhas. E com o passar do tempo é preciso que esteja atrás, vendo, porque o enfermeiro sabe como que é aquilo. As situações vão se acomodando e complicando. (E10)

(...) Sempre ajuda. Sempre insistindo no que está se fazendo e é nas falhas que se vê o que está errado. Então, vamos corrigir, vamos insistir, acho que é sempre nisso. Está vendo que tem algo errado, você insiste em corrigir para que saia certa. (E11)

5.5 ATIVIDADE EDUCATIVA PARA UNIFORMIZAR O CONHECIMENTO E PADRONIZAR A AÇÃO/INTERVENÇÃO

Hospital de ensino

Os enfermeiros do HE referem que a AE contribui para uniformização do conhecimento e padronização das ações/intervenções no trabalho. Também apontam que essa padronização favorece uma linguagem comum entre os trabalhadores de enfermagem e permite uma ação homogênea no contexto do cotidiano de enfermagem.

Nos seus relatos os enfermeiros apresentam como exemplo de padronização de condutas os protocolos assistenciais, visto que orientam a prática de todos os membros da equipe de enfermagem e da equipe multiprofissional de saúde. Também apontam a AE como espaço de divulgação dos protocolos, uma vez que responde pelo processo de ensino-aprendizagem dos profissionais sobre as condutas preconizadas em cada situação.

(...) Temos alguns protocolos que são multidisciplinares, como o protocolo de úlcera por pressão, o protocolo de insulina. Temos também, o protocolo de dieta enteral que é junto com a equipe médica, nutricionista, fono, enfermeira. É..., os protocolos têm dado muito certo por isso, porque une a equipe (...) Então, a nutricionista vê tal coisa, que está associada com a enfermeira, que vai direcionar o protocolo. É fundamental o treinamento com todos os enfermeiros. E os técnicos perguntam bastante também, mas quem direciona os protocolos são as enfermeiras. Então, houve todo um processo educativo, de treinamento para depois ser implantado. (E14)

A padronização das ações/intervenções, tanto promove uma aproximação de cada trabalhador com a sua equipe de trabalho, uma vez que lhe permite compartilhar do mesmo conhecimento dos demais membros, como auxilia na troca de experiências entre os profissionais, como mostra o relato abaixo.

(...) Um grupo mais bem preparado vai trabalhar melhor em equipe. Vai trocar experiências, opinar, ouvir um ao outro (...) Fica coesa essa informação e com uma educação, um trabalho educativo para o grupo, todos vão falar a mesma língua tendo os mesmos conhecimentos, trocando experiências. (E9)

A padronização das rotinas de enfermagem é importante para a organização do trabalho de enfermagem, pois permite que os trabalhadores tenham uma referência que serve de orientação.

(...) E com certeza isso ajuda sim no processo de trabalho. Das meninas, acho legal de fazer essa rotina, rotina de higiene oral, de banho, de curativo, o que usar, fica padronizado. Nós, agora, estamos tentando padronizar a parte de curativos de cateteres. (E12)

Os depoimentos referem que a AE contribui para a uniformização da linguagem da equipe no sentido instrumental. Essa uniformização, a que se refere o relato abaixo, está relacionada às atualizações técnico-científicas das atividades de enfermagem e, na concepção desse enfermeiro, se há uma linguagem comum entre a equipe, há um reflexo na qualidade da assistência e no ensino. Além disso, o PT de enfermagem é caracterizado pelo cuidado, e o núcleo do cuidado é a interação e a comunicação com o paciente e seus familiares. Essa comunicação será mais efetiva se houver uma linguagem comum a todos os profissionais da equipe de saúde.

(...) A partir do momento que se faz um processo educativo, nós acreditamos que todos vão falar a mesma língua. Todos falando a mesma língua conseguem alcançar os objetivos juntos. Então, vamos ver o caso de uma mudança de decúbito. Se todo mundo fala que mudança de decúbito tem que ser realizada a cada duas horas e todo mundo sabe disso, a mudança de decúbito pode ser cobrada dessa forma pela enfermeira, deve ser realizada a cada duas horas e os funcionários sabem disso. Sabendo disso, eles vão fazer isso em conjunto. (...) Se não existe uma padronização, se não existe todo o processo educativo para que eles possam trabalhar dessa forma, e o processo educativo inclui até mesmo as posições em que o paciente deve estar; nesse caso, o paciente será prejudicado. (...) Se não existe o processo educativo, cada um pode fazer a mudança de decúbito no horário que bem

entender, da forma que bem entender e deixar o paciente da forma que achar mais “bonitinho”. A partir do momento que você impõe uma educação para esses funcionários, tudo isso é feito de uma forma padronizada, isso facilita demais o trabalho e até agiliza para todos. (E19)

A padronização da linguagem também é relacionada pelos entrevistados à SAE, é uma metodologia assistencial que utiliza uma linguagem controlada, ou seja, uniformizada internacionalmente. Assim, essa ferramenta possibilita a comunicação escrita e serve de orientação para os cuidados, prescritos pelo enfermeiro e executados pelos técnicos e auxiliares de enfermagem.

(...) A sistematização de enfermagem, quando foi implementada, começamos a seguir. Isso direcionou até o olhar do enfermeiro, a assistência do enfermeiro. Começamos a tentar entender o que o outro queria dizer. E para os técnicos também, tentamos incorporar a SAE neles. (...) Esse processo mexeu não só com as enfermeiras, mas com os técnicos também, direcionou da mesma forma o cuidado deles. (E14)

A importância da padronização das ações e da uniformização da linguagem, segundo o relato de uma enfermeira, consiste na melhora do desempenho do trabalho de cada profissional individualmente, bem como na atuação coletiva dos diferentes profissionais envolvidos na assistência.

(...) Então, se o trabalho não acontecer, se todo mundo não falar a mesma língua, médicos e o pessoal da enfermagem, o trabalho não vai andar. Desde um atendimento na sala de emergência. Percebemos muito isso, não só no processo educativo, mas até no trabalho em si, pois o processo educativo torna-se muito dinâmico e aprendemos entre nós, muitas vezes, no dia-a-dia. (E19)

Foi levantada por um enfermeiro a questão de que AE, por meio da padronização das informações, possibilita que o profissional consiga ampliar o seu leque de atuação, pois os procedimentos e rotinas são executados da mesma forma nas diferentes unidades da instituição. Ter profissionais capacitados para atuar em diferentes unidades constitui uma estratégia gerencial que facilita o PT de enfermagem, uma vez que pode ser necessária a cobertura intersetorial.

(...) É legal, de vez em quando, passar um pouco pelas unidades, acho que flexibiliza o profissional. Por exemplo: eu só sei cuidar de paciente cirúrgico, se eu for para a clínica médica, não sei

trabalhar. Isso flexibiliza o serviço. Não fica ninguém apertado e ninguém na folga. Acho que se fizer um treinamento padronizando a informação dentro de um hospital, conseguem-se funcionários mais flexíveis e isso é interessante. Se apertasse o trabalho de um lado, teriam outros setores para recorrer também. (...) Acho que fica mais organizado o serviço de enfermagem. É o mesmo para técnico e o auxiliar. (E13)

Hospital municipal

A AE com o objetivo de padronização das ações/intervenções foi assinalada no HM por 3 enfermeiros dentre os 8 entrevistados. Para eles, essa padronização é importante, sobretudo para a diminuição dos índices de infecção hospitalar. A AE é considerada pelos depoentes como meio para que os trabalhadores entendam e tenham adesão à padronização preconizada na instituição. Também referem que a AE admissional também contribui para que essa uniformização aconteça, uma vez que a instituição recebe profissionais com diferentes formações e experiências.

(...) O treinamento contribui para a padronização, pois o que é para um é para todos. Então, a orientação recebida é: “você pode até conhecer a técnica de outra forma, mas aqui nós queremos que a técnica seja desse jeito”, por exemplo. Assim, tem que fazer sempre igual. (...) Se eu educo você assim, se faço, se desenvolvo um processo educativo orientando que seja daquela maneira, então, todos vão fazer igual. Pelo menos, a intenção é essa, que seja feito de forma igual até para evitar uma contaminação mesmo. Precisa desse processo educativo, até para que todos ajam iguais, em termos de padronização das rotinas, dos procedimentos e até mesmo de atitudes. (E17)

(...) Porque o profissional vem de várias escolas. (...) Ele vem com vários tipos de informação. (...) Então, se você faz o treinamento, você mostra como é a rotina, como gostaríamos e queremos que ele trabalhe. Não é “gostaríamos”, nós não gostamos, nós queremos que ele trabalhe de determinada forma. Então, assim, trabalhar uniforme. Não adianta fazer de um jeito, eu venho no outro plantão e faço de outro. (E22)

5.6 POSSIBILIDADES DE MUDANÇA NA RELAÇÃO ENTRE ATIVIDADES EDUCATIVAS DE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM E O PROCESSO DE TRABALHO NA PERSPECTIVA DO TRABALHO EM EQUIPE, INTEGRALIDADE DA SAÚDE E EDUCAÇÃO PERMANENTE

Em relação ao segundo objetivo específico do estudo, os resultados apresentados até o momento sobre características do PT do enfermeiro nos dois hospitais e a relação estabelecida pelos enfermeiros entre as AE de trabalhadores de enfermagem e o PT de enfermagem, permitem identificar um elemento que representa possibilidade de mudança na relação entre AE de trabalhadores e PT, qual seja o gerenciamento de enfermagem participativo presente no HE.

Por meio do gerenciamento participativo, os profissionais de enfermagem do HE construíram de forma compartilhada ferramentas de trabalho como os indicadores de qualidade assistencial, os instrumentos utilizados na aplicação da SAE e no desenvolvimento de avaliação de desempenho. Também é por intermédio dessa proposta de gestão que se viabiliza um sistema de tomada de decisão coletiva que envolve a gerência de enfermagem do hospital, representante de enfermeiros e dos trabalhadores de enfermagem de nível médio, auxiliares e técnicos de enfermagem.

A gestão participativa, por sua vez, é referida como ferramenta de gerenciamento de recursos humanos, isto é, de gestão do trabalho, e está relacionada à proposta de organização do trabalho na modalidade de trabalho em equipe de enfermagem e equipe interprofissional.

O trabalho em equipe é um dos elementos que foram definidos para a análise das possibilidades de mudança na relação entre AE e PT, bem como a integralidade da saúde e a educação permanente em saúde.

5.7 EDUCAÇÃO NO TRABALHO AJUDA A INTEGRAR A EQUIPE

Hospital de ensino

Relacionado ao trabalho em equipe, no HE a dimensão comunicacional promovida pela AE, por haver a construção de uma linguagem comum, estimula os trabalhadores a conversarem entre si sobre determinadas ações do seu cotidiano de trabalho, tanto multiprofissional, quanto de enfermagem, o que melhora as relações entre eles, promove a integração, uma vez que se ajudam no esclarecimento das dúvidas, torna as relações mais igualitárias, pela abertura da possibilidade de participação em discussões multidisciplinares.

Além disso, a homogeneidade do trabalho em equipe, seja por meio da utilização dos protocolos assistenciais ou padronização de condutas, garante a continuidade e qualidade do trabalho coletivo.

(...) As pessoas vão voltar para o seu contexto e vão discutir de alguma forma aquele conteúdo abordado no treinamento. Então, vejo que, se eu pensar o treinamento em curto prazo, o processo educativo é uma forma de manter as relações equilibradas. Assim, você mantém a atualização dos profissionais e favorece o conhecimento dentro dos programas. (E2)

(...) Penso que não precisa ser o próprio enfermeiro a perceber que tem uma falha no procedimento. O próprio colega mesmo, se perceber a falha, ele pode chamar, dar um toque ou orientar o colega para fazer de forma correta. (...) Assim, não fica aquela situação só do enfermeiro chamando atenção do colega. (E9)

(...) Muitas vezes, eles preferem até falar com o colega, para tirar a dúvida. Mas sempre orientamos que, quando tiver uma dúvida de algum procedimento, que tire essa dúvida com o enfermeiro. (E6)

Os relatos também destacam que a AE de trabalhadores de enfermagem facilita o reconhecimento do outro no trabalho, como pessoa e como profissional, e isso contribui para a melhora da comunicação e da interação na equipe, de enfermagem e de saúde, o que é mostrado no excerto a seguir.

(...) Às vezes, dou dinâmicas relacionadas à tensão e tudo, e o pessoal começa a perceber as particularidades dos trabalhadores, (...) começam a se reconhecer, reconhecer o outro e há uma tolerância com o outro. Acho que têm atividades educativas que podemos fazer em grupo e que repercute neste trabalho, repercute na harmonização do grupo. Quanto mais eu me conheço, quanto mais eu conheço o outro, fico mais tolerante e menos crítica, julgo menos e isso contribui para que a equipe se harmonize. (...) Só o fato de estar nesse convívio, essa integração com várias categorias, já auxilia no trabalho em equipe multiprofissional. (E3)

A contribuição da AE para a melhoria do trabalho em equipe também é referida pelos entrevistados quando a atividade é realizada com a utilização de dinâmica de grupo e voltada para a reflexão do cotidiano de trabalho da própria em equipe. Nesse sentido, os depoimentos relatam experiências desenvolvidas com a participação de profissionais da área da psicologia.

(...) As atividades educativas ajudam quando se consegue trabalhar com dinâmicas, com os grupos. Por exemplo, essa parte da atividade educativa que tinha psicoterapeutas era muito interessante. Foi um avanço para nós, para o trabalho em equipe, sobretudo com a equipe multiprofissional. Acho que o próprio amadurecimento do grupo contribui para isso, porque é uma atividade bem complicada. Acho que depende de características, algumas pessoas têm um pouco mais de facilidade do que outras. Penso que ajuda possibilitar esses grupos de reflexão; sem dúvida nenhuma, melhorou muito as relações de trabalho na equipe. (E1)

(...) Se o pessoal tem dificuldade ou acha que é difícil lidar com a morte, chamamos o pessoal da psicologia para vir aqui trabalhar todas as categorias do luto. Isso melhora o trabalho como um todo, porque não fica um mandando o outro, torna-se um consenso. (E3)

No trabalho em equipe, é importante destacar os talentos e os saberes complementares dos diferentes membros da equipe de saúde. Talentos esses advindos tanto de características pessoais, quanto das competências desenvolvidas e que são específicas a cada área de atuação. As diferentes habilidades técnicas e atribuições de cada integrante da equipe de saúde tornam as ações, além de complementares, dependentes entre si. Tanto essa complementaridade quanto à interdependência contribuem para a recomposição do trabalho parcelar entre a equipe multiprofissional, e reflete na assistência prestada. Essa concepção está presente nos relatos abaixo:

(...) Quando você sente num grupo que tem credibilidade e que existem talentos diferentes, que têm conhecimentos e são complementares, então, quer dizer, um não é bom nisso, mas é bom naquilo, um complementa o outro e o trabalho sai muito bem e assim forma o grupo. (E2)

(...) Acho que hoje em dia é muito difícil falar só em você, como profissional e ser único responsável por qualquer atividade. Claro que há tarefas bem definidas e o responsável legal é você e pronto, mas a maioria das ações, pelo menos, em Terapia Intensiva é multidisciplinar. Por exemplo, quando falo de pneumonia associada à ventilação mecânica, estou incluindo todos na “jogada”. Incluo médico, enfermeiro, fisioterapeuta, técnico em enfermagem, porque as ações são divididas e o processo da doença em si é multifatorial. Então, por exemplo, a enfermagem precisa manter uma boa higiene oral, é preciso manter o paciente em decúbito de 30°, ou maior que isso, e a desinfecção do material também passa por controle da enfermagem, ao passo que o antibiótico vai ser escolhido pelo médico, e essa decisão, muitas vezes, é fundamental para manutenção ou não de um agente multirresistente; enfim, é algo multidisciplinar. Assim, o processo educativo envolve, muitas vezes, outras pessoas, outros profissionais; isso é uma tendência e que se manterá por um bom tempo. Hoje em dia, não temos mais um que é responsável por tudo, ele é o dono da razão, não. São várias pessoas que participam de uma situação e todos são responsáveis, e todos têm a sua importância. (E5)

O reconhecimento da complementaridade e interdependência dos trabalhos realizados pelos diferentes profissionais, de enfermagem e de saúde, vai ao encontro da integralidade da saúde dos pacientes. Essa concepção foi observada no relato de um dos enfermeiros entrevistados e consta no excerto abaixo.

(...) Temos um trabalho multidisciplinar muito intenso lá. Muitas vezes, ele é citado como exemplo dentro do hospital. Temos reuniões multidisciplinares semanais em que discutimos todos os casos ou os casos que têm uma demanda multidisciplinar, então, discutimos isso no contexto de cada profissional (...) enfermeira (...) pediatra, psicólogo ou nutricionista, farmacêutica, assistente social, terapia ocupacional, fisioterapia (...) vamos encaminhar para quem? O que está precisando? O que vocês perceberam? É riquíssimo, como tem profissionais de todas as áreas, cada um percebe um problema e tentamos proporcionar um atendimento bem integral para a criança e para a família, nosso foco também é muito centrado na família e pensar onde essa criança está inserida. Como vamos devolver essa criança para a família e o que tentamos melhorar nessa dinâmica familiar para que ela não interne novamente, ou para evitar outros problemas como psicológicos, por exemplo, outros problemas que podem interferir na saúde, no desenvolvimento dessa criança? Essa reunião é semanal, mas trocamos “figurinhas” o tempo inteiro nos corredores

porque é muito dinâmico e os problemas vão acontecendo. (...) Nos enfermeiros isso é muito intenso, mesmo porque estamos trocando o tempo inteiro... “olha, essa criança piorou...” “precisa disso...” “essa família é assim e tal”. (E8)

Os relatos também mostram que a AE pode possibilitar o gerenciamento de conflitos nas equipes de trabalho, bem como a negociação entre os integrantes da equipe como descrito no depoimento abaixo.

(...) Então, inserimos uma palestra sobre motivação. Isso é um exemplo. Quando uma unidade refere, também, que está com problema de trabalho em equipe, montamos um treinamento, não necessariamente naqueles moldes de treinamento, e exercemos com eles o trabalho em equipe. (E4)

Embora os relatos permitam observar a prática de trabalho em equipe no HE, dois entrevistados destacam a maior participação dos enfermeiros nas AE de trabalhadores de enfermagem, o que expressa a fragmentação decorrente do processo de divisão técnica e social do trabalho, no qual o enfermeiro tem prioridade na participação das AE internas e externas ao serviço, em detrimento dos técnicos e auxiliares de enfermagem que executam majoritariamente o cuidado de enfermagem.

(...) Algumas aulas, alguns treinamentos que, geralmente, são para os enfermeiros e são só os enfermeiros que vão se beneficiar desses treinamentos, reuniões científicas, não adianta o técnico ir porque não vai ter tanto benefício. Então, isso propicia essa divisão, e alguns treinamentos quando são só para técnicos, percebo que não são apenas os técnicos que vão, os enfermeiros também vão, porque não tem um treinamento só para o técnico de enfermagem. Às vezes, tem. Acho que quando é focado, acho que é focado mais para o enfermeiro. Acho que é mais uma questão de gerência, algo assim; mas quando é geral, o cuidado em si com o paciente, algum treinamento de cuidado, acho que engloba a equipe toda, assim, não é dividido dessa forma. (E12)

(...) Também é oferecido pelo hospital para ter um afastamento para participar, tenho que solicitar com antecedência para o meu funcionário e ele é liberado do horário dele de expediente sem perda de horas de folgas, então fica como se ele estivesse trabalhando, só que ele está numa atividade externa para técnico também; mas o que ocorre mais é para enfermeiro. (E7)

Hospital municipal

A AE, mesmo na dimensão instrumental, contribui para o trabalho em equipe no HM, pois os relatos mostram que pode promover a interação entre os profissionais e favorecer vínculo de proximidade e confiança entre eles, bem como a colaboração na equipe de enfermagem e na equipe multiprofissional.

(...) Nós estávamos com dificuldade em mudança de decúbito, então, a fisioterapia junto com a Educação Continuada fez um treinamento de posicionamento e de posicionamento e aspiração traqueal, orotraqueal. Foi trabalhado junto e isso uniu as equipes. Uniu. Influenciou na forma e melhorou o relacionamento entre as áreas. (...) Tirou um pouco aquele medo que tem de chegar perto daqueles profissionais. (...) Porque você vai trabalhar junto. É algo palpável, como se a pessoa tornasse mais palpável. (E11)

(...) O treinamento estimula a aproximação do enfermeiro com os auxiliares porque, a partir do momento que ele confia em você, o trabalho flui muito melhor, porque ele fala tudo o que está acontecendo a fim de um ajudar o outro, acho que tem sim. Mesmo sendo a medicação uma atividade bem prática. Um pode ajudar o outro (...) quando um tem dúvida, um ajuda o outro. (E11)

De forma contraditória, os relatos dos enfermeiros do HM apontam que, por um lado, a AE de trabalhadores colabora para o reconhecimento da interdependência dos trabalhos executados pelos diferentes profissionais da equipe, e por outro, assinalam que o resultado do trabalho da equipe depende do grau de dedicação de cada profissional, trazendo para o trabalho individual a responsabilidade sobre o desenvolvimento do PT.

(...) É tudo, medicação, curativo, boa dieta, mudança de decúbito e fazer com carinho, fazer realmente, você entra com a medicação certa, entra com a alimentação certa, com a dieta, faz o curativo com o produto certo e a mudança de decúbito, penso que tem tudo para ser um sucesso; para ter sucesso nisso depende do empenho de cada um da equipe. (E15)

(...) Como nós estamos falando, nós somos uma equipe. Para que o médico atue, precisa da Enfermagem; para que a Enfermagem atue, precisa da higiene, da copa, da manutenção, e todos eles como nós precisamos aprender também, como são os cuidados, como evitar acidente com o paciente. Isso é super importante. (E20)

Observa-se, segundo os depoimentos, que há conflitos tanto na equipe multiprofissional quanto na própria enfermagem, pela dificuldade de articulação entre os membros que compõem os grupos de trabalho. Contudo, não foi referida a AE como recurso para auxiliar no gerenciamento dos conflitos, mas sabe-se que, a EP tem uma perspectiva interprofissional que favorece a negociação do conflito, seja ele entre os profissionais ou na interação com o paciente e família.

Quanto ao público participante das ações educativas no HM, ocorrem as AE de caráter multiprofissional e as voltadas para a enfermagem. Nas que são para a enfermagem, há as que são planejadas para toda a equipe, e nessas a participação é obrigatória, e aquelas que são direcionadas para unidades específicas.

(...) Às vezes, há para o auxiliar junto com o enfermeiro, às vezes, só para enfermeiro. E tem o misto, é mais no geral, para os dois. Por exemplo, o curso que fiz de curativo (...) não é só enfermeiro que sabe de curativo, não! Você vai delegar a função. Se você não estiver aqui, se você prescreveu o curativo, é possível o auxiliar fazer. (...) Mas é importante que o auxiliar faça também, que saiba fazer um curativo. (...) No geral, os cursos que eu vejo são para todos. Curso de anotação, de aspiração, de curativo... Dificilmente tem um específico. (...) O curso que teve do SAE foi específico para o enfermeiro. O SAE não é para o auxiliar fazer. (E21)

(...) Nós procuramos fazer assim: a princípio os setores que mais se comprometem com aquela técnica, como a sondagem vesical de demora, todos os setores participaram, menos o berçário, mas todos os outros participaram. Dreno também, todos. Normalmente, são todos os profissionais envolvidos naquele procedimento. (E11)

5.8 FRÁGIL INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Buscou-se analisar as possibilidades de mudança na relação entre as AE de trabalhadores de enfermagem e o PT na perspectiva da integralidade da saúde. Contudo, ambos os hospitais apresentam uma frágil problematização da integralidade na assistência hospitalar, bem como da sua relação com as mudanças das práticas.

Hospital de ensino

No conjunto dos relatos dos enfermeiros do HE dois depoimentos expressam a preocupação em relação à necessidade do hospital adequar o atendimento à mudança do perfil da população da área de abrangência, que vem ocorrendo ao longo dos anos. Assim, expressam um dos sentidos atribuídos a integralidade que se refere a organização do serviço de acordo com as necessidades de saúde da população do território em que está inserido.

(...) No perfil epidemiológico diminuiu muito o nascimento (...) A taxa de natalidade diminuiu muito e aumentou muito a sobrevivência (...) há uma população de idosos, de pacientes de clínica médica que são crônicos. Está mudando muito o perfil da população. E nós estamos precisando fazer uma adaptação [referindo-se aos serviços que o hospital oferece]. (E1)

(...) nos últimos anos aumentaram as demandas de escolares e adolescentes (...) Fora outros problemas que, quando eu fui para a pediatria não existiam e que hoje a gente tem que estar se aprimorando porque aqui acontece tudo. A gente tem hoje problemas de psicose puerperal, que na pediatria eu nunca imaginei que ia ver. A gente já teve uma mãe que deu a luz, teve psicose puerperal e ainda por cima, tinha treze anos e veio para a pediatria. (...) às vezes temos pacientes psiquiátricos com alguns distúrbios não tão graves, porque daí teriam que ser internado no hospital psiquiátrico, mas que ficam na enfermaria. Já tivemos dependente químico aqui. Então são coisas assim que eu não via há quinze anos atrás e hoje a gente vê. Então, é interessante que vai mudando esse perfil. (E8)

Hospital municipal

Os relatos mostram que o HM realiza ações de promoção à saúde e de prevenção de agravos com o desenvolvimento de programas de saúde, como a mãe paulistana, mãe canguru, hospital amigo da criança, parto-humanizado, além de vacinas às mães, crianças e trabalhadores da instituição. Essas ações são reconhecidas pelos entrevistados como o foco central de atuação do hospital, uma vez que a assistência à maternidade é realizada desde a sua fundação.

(...) Agendamos visitas pela mãe paulistana para maternidade, então, elas vêm conhecer a maternidade às sextas-feiras. Vem uma *van*, passa nas unidades e trazem as gestantes (...) E no pré-parto pode ficar acompanhantes. Agora é lei isso. (...) Projeto da mãe-canguru. Então, se o bebê está tomando uma medicação, ele está aqui só para medicação e a mãe está no hospital, então ele fica com a mãe. (...) E o planejamento familiar que é super importante. Então, nós fazemos laqueadura e vasectomia. (E10)

(...) Tem a mãe-canguru, tem a mãe acompanhante. (...) O pessoal está fazendo um trabalho mais voltado, um atendimento mais global ao bebê; agora tem o pessoal da oftalmo. Tem isso também, já faz parto dentro da UTI neonatal, tem sempre um retorno, um acompanhamento dos recém nascidos de baixo peso, que passam pelo canguru e sempre têm um retorno antes de serem encaminhados aos postos de saúde. (E22)

As ações de promoção à saúde incluem a educação em saúde, contudo, os depoimentos mostram que são realizadas com base em uma concepção de educação como transmissão de conhecimentos do profissional para a paciente, sob a forma de aulas (...) *damos aulas para as mães, porque a maternidade aqui é o foco principal* (E13) e orientações, sem levar em consideração as vivências deles.

(...) A Enfermagem teria que fazer todo um trabalho com a família ou como cuidar do paciente e tudo, mas como eles estão aqui, o que fazemos? Nós orientamos os familiares quando vem à visita para ajudar (...) trabalhando com a mãe, como cuidar do bebê e cuidar de si mesmo. (E13)

Um dos enfermeiros entrevistados no HM faz referência ao encaminhamento do recém-nascido para a unidade básica de saúde de sua área de residência, o que mostra um dos sentidos atribuídos a integralidade da saúde que se refere à integração dos serviços de diferentes níveis de densidade tecnológica da rede de atenção à saúde.

(...) Às puérperas, orientação para amamentação, a importância da mãe estar amamentando o bebê por, pelo menos, seis meses, como amamentar, a higiene da mãe, como cuidar do bebê, do coto umbilical, então, o pessoal de enfermagem enfatiza mais essa parte. A vacinação da criança. Depois do nascimento a criança é encaminhada para o posto de saúde, para o pediatra; assim, a mãe tem o controle da criança, faz os exames específicos das crianças; então, a ênfase maior é na parte da maternidade. (E13)

Por fim, cabe destacar a referência à humanização, entendida como uma abordagem correlata à integralidade, que foi mencionada por todos os enfermeiros do HM relacionada à implantação da Política Nacional Humanização na Rede de Atenção e Gestão do SUS do Ministério da Saúde (Brasil, 2003).

(...) Da enfermagem é isso: é fazer um serviço de qualidade. E existe agora a humanização, que você trate o paciente diferente, porque quando me formei não era assim. Agora existe a parte humanizada, o acolhimento, há várias coisas englobadas agora no serviço. (...) Por exemplo: o banho do bebê já mudou, não é aquele banho, damos dentro da técnica, agora nós deixamos mais tempo imerso, temos mais cuidado de não ter impacto direto do bebê com a água, a gente cobre ele primeiro. A mãe participa, no caso, no alojamento conjunto, a mãe participa direto do primeiro banho do bebê, sendo orientada como se faz o banho, existe a hora zen que nós apagamos a luz do berçário, assim, nós deixamos essa hora “zen”. Há todo um serviço que o pessoal faz. Todos os auxiliares, enfermeiros estão envolvidos nessas ações. Em particular, no berçário. Essa é a parte da humanização que temos colocado. (E22)

5.9 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Também se buscou analisar as possibilidades de mudança na relação entre as AE de trabalhadores de enfermagem e o PT na perspectiva da EPS. Entretanto, os relatos dos enfermeiros dos dois hospitais estudados não apresentam nenhuma tematização dessa abordagem adotada pela política nacional de formação de trabalhadores conforme a Portaria GM/MS nº 1996/07 (Brasil, 2007).

Assim sendo, os resultados do estudo mostram que na percepção dos enfermeiros dos dois hospitais estudados há indicativos de mudança na relação entre AE e PT na perspectiva do trabalho em equipe. O mesmo não ocorre em relação à integralidade da saúde e à EPS.

Discussão dos Resultados

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 PROCESSO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS NOS HOSPITAIS ESTUDADOS

Nos dois hospitais estudados predominam ações voltadas à dimensão gerencial do PT do enfermeiro o que corrobora os resultados de várias pesquisas anteriores a começar pelos estudos clássicos de Almeida e Rocha (1986), Castellanos (1987) e Silva (1986), na década de 1980.

Os três estudos pioneiros analisam a dupla dimensão do PT do enfermeiro, assistencial e gerencial, e destacam a primazia do trabalho de gerência da assistência de enfermagem e das unidades hospitalares.

Silva (1986) aprofunda a análise do caráter ideológico do discurso das enfermeiras ao referirem o cuidado direto como essência e como objeto de seu trabalho e negarem a legitimidade e pertinência das atividades administrativas que desempenham. Ideológico, pois não problematizam a presença simultânea de ambos os tipos de atividades tomando em consideração o contexto de produção de serviços de saúde no país, tampouco se questionam sobre as condições em que a enfermagem é institucionalizada como profissão e sobre as condições concretas de trabalho das categorias que compõem a força de trabalho de enfermagem no Brasil.

Cabe observar que os resultados da presente pesquisa reiteram a presença marcante da dimensão gerencial no processo de trabalho do enfermeiro, porém com o reconhecimento dessa característica por parte dos enfermeiros entrevistados nos dois hospitais. O que configura situação diferente daquela que foi analisada por Silva (1986), no início dos anos 1980, e mostra que, transcorridas duas décadas e meia, no Brasil, o discurso dos enfermeiros que atuam nos hospitais públicos contempla o trabalho gerencial como parte de sua prática.

Literatura recente sobre PT do enfermeiro confirma a predominância da dimensão gerencial (Hausmann, Peduzzi, 2009; Lima et al. 2000; Lunardi, Lunardi Filho, Borba, 1994; Peduzzi, Anselmi, 2002; Rossi, Silva, 2005; Silva, Gomes, Anselmi, 1993). Os estudos analisam um conjunto de aspectos que permite compreender as características do trabalho do enfermeiro configuradas nas duas últimas décadas, bem como as contradições e tensões presentes nessa prática, cujos desdobramentos vão constituir o PT do enfermeiro nas décadas seguintes.

Esses aspectos referem-se, por um lado, à adoção de um modelo de gerência segundo os princípios taylorista/fordista e burocrático (Azzolin, Peduzzi, 2007; Lima, 1998; Lima, Almeida, 1999; Matos, Pires, 2006; Pires, Gelbcke, Matos, 2004; Willig, Lenardt, 2002) e à ausência de articulação entre ações de cuidado e ações gerenciais de enfermagem (Ferraz, 2000; Peduzzi, Anselmi, 2002).

Por outro lado, as referidas publicações apontam a indissociabilidade das dimensões assistencial e gerencial em enfermagem (Ferraz, 2000; Lima et al., 2000), o seu desdobramento na proposta de gerenciamento do cuidado (Azzolin, Peduzzi, 2007; Erdmann, Pinheiro, 1998; Ferraz, 2000; Hausmann, Peduzzi, 2009; Lima et al., 2000; Rossi, Silva, 2005; Willig, Lenardt, 2002), e o gradativo reconhecimento da articulação das ações de saúde executadas pelos diferentes profissionais, por parte dos enfermeiros (Lima, 1998; Lima et al., 2000; Rossi, Silva, 2005; Willig, Lenardt, 2002).

Assim, observa-se que o enfermeiro atuante nos serviços hospitalares defronta-se, no exercício cotidiano de seu trabalho, com um conjunto de desafios. Esses podem ser reconhecidos ou não pelos profissionais que atuam na rede hospitalar brasileira e, a depender disso, pode-se supor desdobramentos em, pelo menos, duas direções distintas.

De uma parte, a reprodução do modelo gerencial hegemônico taylorista/fordista e o aprofundamento da cisão entre assistência e gerência de enfermagem, bem como da cisão entre enfermeiros e trabalhadores de enfermagem de nível médio. De outra, o questionamento sobre o processo de trabalho e a implementação de mudanças com impactos no trabalho de

enfermagem que poderão ampliar o espaço do gerenciamento do cuidado e de articulação das ações da equipe de enfermagem e de saúde.

Vale ressaltar que as duas distintas perspectivas apontadas acima não são estanques e pré-determinadas, nem representam opções pessoais do profissional, mas indicam possibilidades em aberto que se definirão no bojo da dinâmica das interações sociais.

Na dimensão gerencial do PT do enfermeiro os resultados destacam o gerenciamento de recursos humanos e, neste, a presença do gerenciamento instrumental com base nas técnicas de dimensionamento de pessoal de enfermagem, processo seletivo, planejamento, avaliação de desempenho, dentre outras, e da abordagem comunicativa. Ou seja, os resultados mostram que os enfermeiros, em ambos os hospitais estudados, no que se refere, especificamente, à gerência de recursos humanos, mesclam o gerenciamento instrumental, pautado no arsenal técnico do campo da administração e da gestão em saúde e enfermagem, e comunicação e interação entre os profissionais das equipes.

Assim, no gerenciamento de recursos humanos de enfermagem os enfermeiros utilizam a comunicação como ferramenta de trabalho. A interação entre os profissionais é referida tanto a reuniões, como individualmente e permite, em especial, o gerenciamento de conflitos.

Sobre o gerenciamento de conflito, Ciampone e Kurcgant (2005) recomendam que a solução integrativa de problemas seja uma alternativa que procure satisfazer as exigências de ambas as partes envolvidas. A escolha mais favorável para a solução do conflito é decidida em conjunto e a confiança é fundamental nessa forma de conduzir o gerenciamento do conflito. A acomodação do conflito que visa harmonizar a situação, a dominação, cujo lado mais forte impõe a sua solução para o problema e a barganha/compromisso, e cada parte cede um pouco para a resolução do conflito, são outras estratégias gerenciais que podem ser adotadas para o tratamento dos conflitos existentes no cotidiano de trabalho.

No que se refere ao gerenciamento de recursos humanos, chama atenção a escassez de referência à supervisão de enfermagem, pois esta é reconhecida na literatura como importante ação gerencial que permite o

acompanhamento do trabalho executado pelo conjunto dos agentes de enfermagem, no sentido educativo, de articulação política e de controle (Silva M, 1991, 1997; Peduzzi et al., 2003; Peduzzi, Palma, 1996; Simões, Garrido, 2007). A supervisão é referida pelos enfermeiros apenas como apoio às AE de trabalhadores. Assim, busca garantir a implementação do que é abordado nessas atividades, tanto no sentido de controle da execução do trabalho conforme prescrito, como de ação complementar à AE para reiterar e reforçar o aprendizado.

Servo e Correia (2006) apontam que a enfermeira é responsável pelo planejamento e coordenação das ações da equipe de enfermagem que são realizadas na unidade. Assim, além de ser corresponsável pela assistência integral dos pacientes nos diferentes níveis de atenção à saúde, ela deve realizar essa supervisão de forma sistemática, contínua e permanente, considerando a realidade do contexto social em que estão inseridos o ambiente, os sistemas de informação, as pessoas e a interação entre a equipe bem como com os pacientes. Dessa forma, os autores referidos colocam a supervisão de enfermagem, como um processo educativo que busca a construção de espaços democráticos e a transformação das interações no trabalho de enfermagem.

Essa concepção educativa da supervisão vem sendo desenvolvida ao longo dos anos, transformando o conceito de supervisão fiscalizadora e punitiva (Cunha, 1991) para uma concepção mais próxima da EPS, na qual são realizadas avaliações periódicas do trabalho da equipe de enfermagem, com o intuito de identificar necessidades de AE para prevenir situações problemáticas, tendo como foco a melhoria da assistência prestada aos pacientes em todos os níveis de atenção à saúde: promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde (Servo, Correia, 2006).

Matumoto et al. (2005) colocam como desafio para a supervisão na atualidade, a construção do trabalho em equipe, com base em um processo de reflexão tanto das práticas com aos trabalhadores, como dos resultados que esperam alcançar. Esse processo viabiliza uma construção contínua de novas práticas no PT de enfermagem/enfermeiro, bem como dá suporte e

favorece a solidificação das AE na prática, quando considerada articulada tanto às AE quanto ao PT.

A dimensão gerencial do PT do enfermeiro difere nos dois hospitais no que se refere à presença da prática de gerenciamento participativo no HE. Neste serviço a gerência participativa vai em direção da mudança das relações entre AE e PT, em especial, por meio da participação dos trabalhadores em fóruns de decisão e da construção coletiva de instrumentos utilizados no cotidiano de trabalho.

No HE os fóruns de decisão são espaços nos quais são discutidos temas relativos ao processo de trabalho de enfermagem. A participação requer que os profissionais tenham um acúmulo/aprendizado que lhes permitam argumentar com propriedade e de forma pertinente ao tema, assim como escutar os demais e tomar em consideração seus argumentos numa postura que viabilize o diálogo. Há, também, a possibilidade do enfermeiro participar de grupos decisórios multiprofissionais da instituição, o que facilita a exposição de aspectos positivos e negativos que impactam o processo de trabalho de enfermagem na sua interface com os processos de trabalho das demais áreas profissionais, que articulados como práticas sociais configuram o processo de trabalho em saúde.

Também ocorre participação dos trabalhadores de enfermagem na construção coletiva de instrumentos que são utilizados pelos profissionais no seu cotidiano de trabalho.

O modelo de gerenciamento participativo corresponde às novas tendências de gestão que vêm se conformando a partir dos anos 80. Essas buscam a superação do modelo taylorista/fordista de organização do trabalho à medida que favorecem a participação dos trabalhadores nos processos decisórios, com transparência nas decisões e o compartilhamento de responsabilidades, bem como, estimulam a cooperação entre as equipes de trabalho, valorizam os trabalhadores, diminuem níveis hierárquicos e procuram desenvolver o autogerenciamento setorial (Campos, 2000; Cecílio, Mendes, 2004; Matos, Pires, 2006).

Destaca-se que no HE a gestão participativa inclui os trabalhadores de enfermagem de nível médio, tanto os técnicos como os auxiliares de

enfermagem, com representação nos fóruns de decisão e na construção de instrumentos de trabalhos. Entende-se que esse é um grande avanço no sentido de desenvolver relações mais igualitárias e valorizar a opinião dos profissionais de nível médio que estão presentes de forma expressiva nos cuidados aos pacientes internados e que, tradicionalmente, estão excluídos dos momentos reflexivos e decisórios do trabalho cotidiano nos hospitais.

As reuniões são consideradas como espaços de comunicação entre os profissionais nas duas instituições estudadas.

Nesse sentido, Dall'Agnol e Martini (2003) referem que as reuniões de trabalho fazem parte da vida organizacional e na enfermagem, geralmente, estão ligadas às discussões sobre o PT. É por meio das reuniões que os profissionais interagem, informam e são informados, dialogam, debatem, tomam decisões coletivas. Assim, as reuniões no trabalho não devem ser consideradas somente como uma ferramenta gerencial, mas também, como uma oportunidade de aprendizagem contínua, em prol da gerência, assistência e do ensino.

Matos e Pires (2009) apontam que as reuniões interdisciplinares são consideradas como espaços privilegiados de construção de democracia e visam à prestação de um cuidado mais integral, uma vez que são espaços de planejamento das atividades assistenciais dos pacientes elaborados pela equipe de saúde.

Também aparecem em ambos os hospitais as ações de gerenciamento de material e de gerenciamento das unidades.

O gerenciamento da unidade caracteriza-se, no HE, pelo acompanhamento dos indicadores, planejamento para o estabelecimento de metas dos setores e, no HM, pelo controle das ações e pela resolução de problemas e intercorrências.

No gerenciamento de materiais destacam-se, em ambos os hospitais estudados, as atividades de previsão, provisão e controle dos materiais. A literatura aponta a constante presença dos enfermeiros no gerenciamento de materiais por assumirem o gerenciamento das unidades e a coordenação das atividades assistenciais, sobretudo nos hospitais. Também destaca a participação dos enfermeiros com o SEC na promoção de capacitações

sobre o uso racional de materiais para evitar desperdícios e otimizar sua utilização (Castilho, Gonçalves, 2005).

Nesse sentido, a literatura também assinala dois aspectos em que a gestão de materiais deve estar atenta. Por um lado, o risco das ações serem executadas de forma burocrática, sem estabelecer relação com o cuidado, reduzindo-as ao preenchimento de documentação formal do serviço (Peduzzi, Anselmi, 2002) e, de outro, o reconhecimento do gerenciamento de material e de unidade como partes que compõem o gerenciamento do cuidado, por serem ações que podem promover a qualidade do cuidado de enfermagem e de saúde (Rossi, Silva, 2005).

Na dimensão assistencial do PT do enfermeiro em ambos os hospitais predominam atividades de passagem de plantão, admissão de pacientes, visita de enfermagem e SAE.

Contudo, especificamente, em relação à SAE, observa-se uma diferença marcante, pois no HE a SAE está ligada ao cuidado propriamente dito e ao gerenciamento do cuidado, e no HM, apenas ao gerenciamento do cuidado.

O gerenciamento do cuidado de enfermagem, segundo Rossi e Silva, (2005) representa o próprio cuidado de enfermagem, ou seja, o gerenciamento faz parte do cuidado de enfermagem e também é caracterizado pela intensa utilização de tecnologias leves, relacionadas à interação profissional — usuário. Já para Azzolin e Peduzzi (2007), Ferraz (2000), Hausmann (2006), Hausmann e Peduzzi (2009), Lima et al. (2000), o gerenciamento do cuidado é caracterizado pela interação e pela articulação das dimensões assistencial e gerencial do PT do enfermeiro, e exige deste um envolvimento nas inter-relações, utilização de suas potencialidades criativas e autonomia a fim de atender às necessidades do processo de trabalho, em especial, às necessidades de cuidado dos pacientes.

Os relatos permitem observar que no HE o enfermeiro participa do cuidado direto aos pacientes internados, visto que o dimensionamento de pessoal pressupõe a inserção desse profissional em atividades assistenciais, gerencias e de ensino de graduação. Porém, no HM a atuação dos enfermeiros concentra-se na organização da assistência de enfermagem,

pela escassez de recursos humanos e pela necessidade usual de cobertura de dois setores ao mesmo tempo. Assim, observa-se que as condições de trabalho estão relacionadas ao modo de organização do trabalho e a possibilidade de articulação das ações assistenciais e gerenciais do enfermeiro.

Nos dois hospitais estudados, os depoimentos permitem observar que cabe ao enfermeiro, sobretudo a coordenação do cuidado e aos profissionais de nível médio, técnicos e auxiliares de enfermagem, a execução das ações de cuidado direto. Essa coordenação do cuidado, que pode ser caracterizada como gerenciamento do cuidado, é apontada na literatura sobre o trabalho de enfermagem, por um lado, como importante ação do enfermeiro para a organização e articulação das ações assistenciais (Lunardi, Lunardi Filho, Borba, 1994; Silva, Gomes, Anselmi, 1993) e, por outro, como reiteração da divisão técnica e social do trabalho (Almeida, Rocha, 1986; Matos, Pires, 2006; Peduzzi, Anselmi, 2002).

No HE, a SAE é utilizada como ferramenta para o gerenciamento do cuidado, visto que foi consagrada como uma metodologia da assistência de enfermagem que também vem sendo adotada como instrumento gerencial.

Todavia, convém destacar que a SAE, como metodologia assistencial e ferramenta gerencial, também pode ser utilizada como recurso meramente burocrático. Neste caso é aplicada com ênfase no cumprimento de rotinas estabelecidas no serviço, sem um referencial de abordagem do paciente ou fundamentação teórica, apenas para o cumprimento de uma exigência da Resolução 272/2002 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2002) que determina que a SAE deva ser desenvolvida em toda instituição da saúde, pública e privada.

Nesse sentido, é considerada apenas como um instrumento gerencial, pois reduz a assistência de enfermagem à aplicação do instrumento da SAE, revelando uma frágil ligação ou conexão entre ambas as dimensões assistencial e gerencial do trabalho do enfermeiro (Azzolin, Peduzzi, 2007).

Também contribui para isso a sobrecarga de trabalho do enfermeiro, diante da qual o profissional tende a distanciar teoria e prática, a fim de responder às necessidades consideradas prioritárias e que configuram

situações de pressão no trabalho, dada sua vinculação imediata ao que é preconizado no modelo assistencial hegemônico, biomédico, no qual a primazia é ordem instrumental com base no saber técnico-científico.

Cabe destacar, uma vez mais, a importância da abordagem clínica e dos procedimentos técnicos, que devem ser executados com rigor e precisão, articulados a outras abordagens de cunho preventivo, educativo, comunicativo que igualmente compõem as necessidades de cuidado dos pacientes.

No HE a experiência de construção coletiva dos instrumentos da SAE expressa a adoção do modelo de gerenciamento participativo que inclui enfermeiros e trabalhadores de enfermagem de nível médio.

Assim sendo, a SAE, como uma forma de organizar o cuidado de enfermagem, é capaz de oferecer subsídios para o desenvolvimento de metodologias de trabalho em equipe, promover a autonomia do enfermeiro no trabalho, assegurar respaldo legal, continuidade e complementaridade das ações de enfermagem, bem como promover uma maior aproximação entre os profissionais e o usuário (Koerich et al., 2007; Nascimento et al., 2008).

O desenvolvimento e a implantação da SAE, tomando-se por base um gerenciamento participativo e de um programa previamente planejado, podem conduzir a equipe de enfermagem à reflexão sobre o seu cotidiano de trabalho, e seu modo de agir, com oportunidade de trocas de experiências entre os profissionais, levando-os a sentirem-se valorizados, comprometidos e corresponsáveis pela implementação da prática assistencial e sua melhoria contínua nas instituições hospitalares (Castilho, Ribeiro, Chirelli, 2009; Koerich et al., 2007).

Ainda, especificamente, quanto à SAE, também merecem ser ressaltadas as diferenças das condições de trabalho entre os dois hospitais estudados, já referidas acima, visto que o HE tem um quadro de pessoal de enfermagem dimensionado de forma a considerar a aplicação da SAE, estímulo da gerência de enfermagem para tal e capacitação dos profissionais. Condições ausentes no HM à exceção do estímulo da gerência de enfermagem.

Na dimensão assistencial do PT do enfermeiro os resultados mostram que, em ambos os serviços pesquisados, prevalece a intervenção instrumental, com ênfase na execução de procedimentos pautados nos saberes técnico-científicos, o que inclui a aplicação da SAE que é uma metodologia de assistência de enfermagem e tal como as demais técnicas fundamenta-se cientificamente.

Este achado corrobora os resultados de outras pesquisas empíricas sobre PT de enfermagem/enfermeiro que observam o predomínio da execução de procedimentos (Matos, Pires, 2002; Ribeiro, 2009; Tanaka, 2008; Tanaka, Leite, 2008). Estudo recente de Ribeiro (2009) desenvolvido em hospital público na região central do país, mostra que o PT dos auxiliares e técnicos de enfermagem está centrado na realização das técnicas, e o dos enfermeiros, no controle dos agentes e das rotinas institucionais.

O destaque para a lógica instrumental das ações de enfermagem e de saúde busca chamar atenção para a necessidade de integrar à técnica a abordagem comunicativa, social e cultural do cuidado aos pacientes e familiares. Com isso, entende-se que o modelo de cuidado integral de enfermagem aplicado no HE, pode se articular e complementar-se à abordagem da integralidade da saúde.

Os resultados mostram de forma consistente que, em ambos os hospitais pesquisados, o PT do enfermeiro apresenta as dimensões gerencial e assistencial. Contudo, o mesmo não ocorre em relação ao que poderia se considerar como dimensão educativa e de pesquisa, visto que a referência às atividades de educação e de investigação estão presentes como ações complementares ao núcleo do trabalho do enfermeiro que é assistencial e gerencial, ou mesmo estão ausentes.

No HE as AE aparecem sobretudo relacionadas aos alunos de graduação de enfermagem, portanto, de forma articulada aos objetivos do serviço que são o tripé ensino, pesquisa e assistência. Porém, os relatos mostram que essas atividades ocupam um espaço menor na execução do trabalho cotidiano dos enfermeiros, não no sentido valorativo, mas de volume ocupado no conjunto das ações.

Nesse sentido, entende-se que as AE com alunos são complementares às ações assistências e gerências e são executadas com a mesma lógica que enfatiza a abordagem instrumental, técnico-científica.

Os alunos de graduação no HE, por sua vez, também fazem contribuições técnico-científicas sob a forma de atualizações para os profissionais das unidades onde fazem estágio. Essa participação dos alunos nas atividades da enfermagem se, por um lado, reitera a primazia instrumental do PT do enfermeiro, por outro, torna o processo ensino-aprendizagem participativo.

Simões e Garrido (2007) apontam que a supervisão clínica em enfermagem, refere-se a uma interação profissional entre um profissional qualificado e o educando, centrada na formação, no trabalho e no desenvolvimento emocional. Busca a reflexão das práticas e o aprendizado sistemático dos saberes, bem como o desenvolvimento das competências clínicas.

Os autores acrescentam que o supervisor de estágio deve utilizar algumas estratégias a fim de alcançar esse desenvolvimento. Assim, o profissional que está supervisionando o estágio deve clarificar e esclarecer dúvidas, prestar atenção na comunicação verbal e não-verbal do aluno, encorajá-lo diante das situações que se colocam na prática, servir de espelho para que o aluno possa debater as especificidades do problema e fazer um raciocínio mais claro, opinar e apresentar ideias sobre o que está sendo discutido, ajudar a encontrar soluções para os problemas, ter a habilidade de negociação ponderando pontos positivos e negativos das soluções propostas para determinados problemas da prática, orientar o aluno no estágio, e estabelecer critérios no planejamento do estágio e das atividades a serem desenvolvidas, e condicionar o aluno a ter uma atitude diretiva no cumprimento das orientações realizadas.

O HM difere do HE quanto às AE com alunos de graduação de enfermagem, pois essas não são referidas.

No HE também aparecem AE de trabalhadores de enfermagem, embora com uma presença frágil no cotidiano de trabalho dos enfermeiros,

que mostram, majoritariamente, ter a expectativa de que as ações educativas sejam de responsabilidade do SEC.

No HM, as enfermeiras fazem raras menções à AE de trabalhadores e, igualmente ao HE têm a expectativa de que seja de responsabilidade da única enfermeira que atua no SEC. Essa profissional também apresenta um depoimento frágil no que se refere ao planejamento e execução de AE de trabalhadores de enfermagem, desenvolvendo-as, em especial, junto com a enfermeira da CCIH. Alguns depoimentos expressam, embora de forma minoritária por referência ao conjunto dos relatos, a expectativa de realização de um número maior de AE de trabalhadores de enfermagem no próprio cotidiano de trabalho.

Assim, os resultados mostram uma contradição no que se refere às AE de trabalhadores, pois evidencia que essas não compõem o PT cotidiano dos enfermeiros nos hospitais, embora os profissionais reconheçam a necessidade de desenvolvê-las no dia-a-dia das unidades, para incrementar o bom desempenho das equipes de enfermagem e melhorar a qualidade da assistência.

Entende-se que a separação entre as ações assistenciais e gerências do PT do enfermeiro e as AE de trabalhadores de enfermagem, está relacionada com a introdução da estratégia do agente multiplicador no HE que, em parte, permite uma recomposição e rearticulação da AE de trabalhadores no PT do enfermeiro.

As ações educativas com os pacientes e familiares não foram referidas nas duas instituições estudadas. Chama atenção a ausência das atividades educativas voltadas aos pacientes e familiares, visto terem sido referidas apenas por dois enfermeiros, um de cada hospital pesquisado, uma vez que as ações de enfermagem buscam ter os pacientes como foco central do trabalho.

Com base na revisão da literatura, Almeida (2009 p.30) analisa que a educação em saúde é ferramenta do processo de trabalho assistencial de enfermagem/enfermeiro e que sua utilização está *modelada pela forma de organização estrutural da sociedade e dos sistemas sociais abrangidos, tem*

um formato de conjunto de normas e regras que apresentam como intenção o alcance de determinado produto previamente definido.

Ainda segundo a autora, a educação em saúde constitui-se em um instrumento da assistência integral, que permeia todas as atividades assistenciais e exige capacitação específica e periódica dos profissionais de saúde. Paschoal, Mantovani e Méier (2007) acrescentam que a ação educativa deve ser inserida em todas as ações gerenciais, assistenciais dos enfermeiros, tornando os profissionais mais críticos, envolvidos e capacitados para produzirem mudanças nas práticas.

As duas referências sobre a educação em saúde aos familiares feitas pelos enfermeiros entrevistados apontam a uma educação sob a forma de orientação, que remete à transmissão do saber do profissional para o paciente e familiar.

Esse resultado vai ao encontro do que Almeida (2009) aponta sobre a educação em saúde realizada pelos profissionais da saúde, que a executam de modo tradicional, sendo a palestra mencionada como atividade símbolo dessa atuação. Por isso, faz-se necessário compreender as especificidades da educação em saúde e qual é o impacto nos pacientes, a fim de poder promover mudanças na ação educativa bem como nos resultados esperados.

Os resultados da pesquisa trazem evidências de que a atividade de acompanhamento dos alunos de graduação e a AE de trabalhadores de enfermagem são realizadas pelos enfermeiros, que assumem a respectiva responsabilidade profissional, mas não compõem o núcleo do processo de trabalho do enfermeiro, ou seja, não caracteriza o seu trabalho no HE. As ações nucleares em torno das quais os enfermeiros organizam seu cotidiano de trabalho e os objetos de trabalho que se ocupam, constituem o núcleo duro de seu PT e estão voltadas para a dupla dimensão: assistencial e gerencial.

As atividades de pesquisa foram referidas apenas pelas enfermeiras do HE, porém, também como atividades complementares dadas as características de ensino da instituição. Vale destacar que não compõem o

seu PT no hospital que é eminentemente assistencial e gerencial. No HM não são referidas atividades de pesquisa.

Os resultados deste estudo corroboram com a interpretação de que o PT do enfermeiro compõe as duas dimensões, assistencial e gerencial, com articulação entre ambas. Torna-se claro que as ações de cuidado e de gerenciamento do cuidado são a expressão de duas dimensões indissociáveis no trabalho do enfermeiro.

A sua indissociabilidade remete a uma característica da prática de enfermagem que, desde a sua origem, no processo de institucionalização da enfermagem como profissão em meados do século XIX, constituiu-se como prática profissional com a execução interligada de ações de cuidado, de organização e controle do cuidado, e dos seus agentes (Almeida, Rocha, 1986, Castellanos, 1987; Garlet et al., 2006; Gustavo, Lima, 2003; Lima et al., 2000; Rodrigues, Lima, 2004; Rossi, Silva, 2005; Silva, 1986).

Entretanto, é preciso reconhecer que a presença da característica de indissociabilidade das duas dimensões do PT do enfermeiro não se instala de forma fixa e estanque, mas dinâmica e contraditória, justamente por se constituir como prática social. Nesse processo histórico, o trabalho do enfermeiro contempla contradições e tensões que acarretam uma atuação cotidiana nos serviços hospitalares cujas ações assistenciais e gerenciais ocorrem de forma articulada ou dicotômica.

As tensões estão presentes, dentre outros aspectos, nas condições de trabalho e na estrutura organizacional. Assim, observa-se que no HE a infraestrutura em termos do quadro de profissionais de enfermagem, dimensionado de forma a contemplar o tripé dos objetivos institucionais, ensino, pesquisa e assistência, e de recursos materiais, tem efeitos no trabalho dos enfermeiros.

Efeitos que podem ser observados na aplicação da SAE, que se refere tanto à execução do cuidado direto ao paciente como ao gerenciamento do cuidado; na experiência de gerenciamento participativo, presente na implementação de fóruns compartilhados de tomada de decisão entre enfermeiros e trabalhadores de enfermagem de nível médio; e na prática de agente multiplicador das capacitações e na atuação do SEC.

Nesses aspectos o HE diferencia-se do HM que conta com uma infraestrutura menor, em relação aos recursos humanos de enfermagem e recursos materiais, e, em consequência, com condições de trabalho menos favoráveis ao desempenho articulado das dimensões assistencial e gerencial do PT do enfermeiro.

6.2 RELAÇÕES EXISTENTES ENTRE AS ATIVIDADES EDUCATIVAS DE TRABALHADORES E O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO

Os resultados da pesquisa evidenciam que nos dois hospitais estudados prevalece a concepção conservadora de AE de trabalhadores de enfermagem, pois é realizada com ênfase na racionalidade técnico-científica e com destaque para a primazia dos procedimentos técnicos.

Esse enfoque da AE de trabalhadores também expressa a concepção de EC, visto que enfatiza e valoriza os fundamentos técnico-científicos da assistência, com a principal finalidade de melhoria na realização dos procedimentos, bem como a capacitação e atualização técnica dos trabalhadores (Ceccim, 2005a; Mancia, Cabral, Koerich, 2004; Pedroso, 2005; Peduzzi, et al., 2003; Peduzzi et al., 2009; Souza, Roschke, 2003).

No que se refere às relações existentes entre AE de trabalhadores e PT dos enfermeiros, os resultados permitiram identificar que no HE há uma relação de interdependência da assistência com as atividades de ensino com alunos de graduação e pesquisa. Essa interdependência expressa pela maioria dos entrevistados, responde aos objetivos do HE em relação ao ensino de graduação, pesquisa e assistência.

Em relação ao ensino dos alunos de graduação em enfermagem, os enfermeiros do HE referem que assumem a responsabilidade pelo estágio, e que há o envolvimento tanto dos técnicos quanto dos auxiliares na formação do aluno. Assim, ter o aluno no campo não deve ser sinônimo de “mais trabalho” ou um ônus a mais para o profissional, mas, sim, a oportunidade

de troca de conhecimentos, reflexão, participação, aprendizado mútuo. Além disso, o envolvimento de toda a equipe de enfermagem na formação do aluno mostra que esse hospital está estruturado e organizado para receber esses alunos.

Apesar de o ensino não caracterizar o PT do enfermeiro como um processo de trabalho específico, tal como interpretado pelos autores que advogam a existência de quatro subprocessos no trabalho do enfermeiro: assistir, gerenciar, educar e pesquisar, (Peres, Ciampone, 2006; Silva, 1986; Tanaka, 2008; Tanaka, Leite, 2008) e analisado anteriormente, alguns enfermeiros do HE atuam como supervisores de estágio e assumem a respectiva responsabilidade pelos alunos, junto com o docente responsável pelo ensino teórico-prático.

O estágio dos alunos contempla o desenvolvimento das competências do enfermeiro do campo, ou seja, são ensinadas ao aluno de graduação as ações que compõem a dimensão assistencial do processo de trabalho do enfermeiro, com ênfase na realização dos procedimentos, bem como a dimensão gerencial, focada na elaboração de escalas de serviço e coordenação da equipe.

Esse resultado possibilita analisar que a atividade teórico-prático do aluno com o enfermeiro permite ao aprendiz entrar em contato com a dupla dimensão do PT do enfermeiro: assistencial e gerencial que é preconizado na literatura (Almeida, Rocha, 1986; Azzolin, Peduzzi, 2007; Castellanos, 1987; Ferraz, 2000; Garlet et al., 2006; Gomes et al., 1997; Gustavo, Lima, 2003; Hausmann, Peduzzi, 2009; Lima et al., 2000; Peduzzi, 2002; Peduzzi, Anselmi, 2002; Rossi, Silva, 2005).

Retomando a análise anterior, ambas as dimensões do PT do enfermeiro podem ser desenvolvidas com diferentes graus de articulação ou mesmo de forma dicotômica, o que reflete a divisão do trabalho de enfermagem na qual os momentos de concepção do cuidado cabem aos enfermeiros, e de execução do próprio cuidado, aos técnicos e auxiliares de enfermagem (Almeida, Rocha, 1986; Matos, Pires, 2006; Peduzzi, Anselmi, 2002).

Assim como as atividades assistenciais e gerenciais, também as atividades de ensino dos graduandos em enfermagem são orientadas pela lógica instrumental, isto é, com enfoque nas técnicas e seus fundamentos técnico-científicos, o que faz com que o ensino acadêmico reitere o modelo biomédico praticado no hospital, com ênfase nos procedimentos e na recuperação da saúde.

Por outro lado, no HE observa-se sua parceria com a IES que contribui para aproximar teoria e prática, que muitas vezes são consideradas e desempenhadas de modo fragmentado. Essa parceria da IES com o HE é um exemplo a ser seguido no sentido de unir mais a prática ao que é ensinado na academia. Isso reflete em benefícios tanto para a prática, pois a IES traz atualizações e inovações, bem como a prática oferece ao aluno as condições necessárias para que ele aplique o que ele aprendeu em sala de aula.

A mudança no direcionamento do ensino de alunos de graduação é uma necessidade apontada por Ceccim (2005b), Ceccim e Feuerwerker (2004), Figueiredo (2003), Ricaldoni (2004), Ricaldoni e Sena (2006), Salum e Prado (2000), Silva et al. (2003) e Tavares (2006). Os autores referem ser necessário que as escolas preparem os alunos para serem capazes de refletirem sobre a sua prática diária e problematizar as diferentes situações que se apresentam no PT. E assim, serem capazes de tomarem o trabalho como fonte de capacitação e promoverem transformações na prática profissional e na organização atual do trabalho.

A formação dos alunos de graduação nas diferentes áreas da saúde valendo-se dos princípios do SUS vem ao encontro das Portarias da política de EPS (Brasil 2004; 2007) bem como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) (Brasil, 2005) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE) (Brasil, 2008), que pressupõem e estimulam a integração entre a formação profissional e os serviços da rede de atenção à saúde.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) propõe que seja feita uma transformação da atenção à saúde, da organização das ações, dos serviços e das práticas pedagógicas, na busca

por uma articulação entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições de ensino, a fim de propiciar a formação e o desenvolvimento da perspectiva do SUS (Brasil, 2004).

Para isso, sugere integrar, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da EPS, e estimular a cooperação entre as instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde a fim de alcançar os princípios do SUS para a atenção à saúde (Brasil, 2007).

O Programa PRÓ-SAÚDE tem como objetivo central o incentivo à transformação do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, a fim de alcançar uma abordagem integral do processo saúde-doença. E para isso, sugere uma reorientação na formação dos profissionais de medicina, enfermagem e odontologia, na perspectiva da EPS, para o atendimento das necessidades da população e operacionalização do SUS (Brasil, 2005).

Aponta, também, a necessidade de uma maior interação entre as instituições formadoras dessas áreas, bem como dos serviços, para o alcance de uma melhor resolutibilidade da atenção prestada à população. Além desses pontos, o programa traz a necessidade de incorporação de uma abordagem integral do processo saúde-doença e da promoção de saúde nas áreas de medicina, enfermagem e odontologia e a ampliação da duração da prática educacional na rede pública de serviços básicos de saúde (Brasil, 2005).

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde — PET-Saúde—, instituído pela Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008, que considerou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento de trabalhadores na área da saúde, entre outros, e foi resultado da cooperação entre os Ministérios da Educação, com as contribuições do Programa de Educação Tutorial, e o Ministério da Saúde, tem a missão de ordenar a formação de profissionais de saúde (Brasil, 2008).

Dessa parceria obteve-se a proposta da rede de serviços públicos de se tornar cenário de prática para os estudantes dos cursos oferecidos na área da saúde (Brasil, 2008).

Assim, toda a rede de atenção à saúde deveria ser qualificada para o ensino e dispor de infraestrutura, de pessoal e de material, entre outros, para poder operar, simultaneamente, como rede de atenção e de ensino em saúde, como propõem esses programas e a política de EPS (Ceccim, 2005b).

Contudo, na realidade dos serviços públicos brasileiros, o financiamento não é adequado, o que sucateia-os, diminui os salários dos trabalhadores, torna inadequadas as condições de trabalho (Matos, Pires, 2002) e, conseqüentemente, o serviço não consegue preparar-se para desenvolver ações de ensino, como prevê a política da EPS. Esse contexto é evidenciado no HM, o qual não dispõe de recursos, tanto humanos, quanto infraestrutura material e física para realizar atividades de ensino. Além disso, também não há um estímulo para que os enfermeiros desenvolvam o ensino de alunos de nível médio ou superior, visto não compor o objetivo do hospital.

Assim, convém destacar o investimento diferenciado que é feito nos hospitais de ensino, pois tem impacto/efeitos positivos tanto no serviço como na formação dos alunos. Entende-se que esse investimento deve continuar, porém, deve ser estendido aos outros serviços nos diferentes níveis (atenção básica e especializada) para qualificar toda a rede de atenção à saúde, como referem Ceccim (2005b), Santos e Andrade (2008).

O investimento em recursos humanos e materiais, e a introdução do ensino formal nos serviços, por um lado, poderia trazer renovações aos PT de enfermagem e promover o crescimento dos profissionais. Por outro lado, poderia favorecer o desenvolvimento de conhecimento técnico-científico e uma prática de qualidade, e auxiliar na formação dos alunos segundo os princípios do SUS, como já acontece no HE.

Assim, é possível compreender que os hospitais-escola, além de estarem vinculados a uma IES, têm um dimensionamento de pessoal melhor por terem em sua filosofia institucional o ensino e a pesquisa, além da

assistência, o que não acontece com os hospitais estaduais e municipais. Porém os hospitais de ensino não deveriam funcionar como ilhas dentro da rede, mas como modelos de serviços com um investimento adequado e uma filosofia institucional voltada para o tripé ensino, pesquisa e assistência, e para os princípios do SUS, tanto os profissionais, quanto os usuários e os serviços são beneficiados.

Além da interdependência entre ensino, pesquisa e assistência observada no HE, a análise das relações existentes entre AE de trabalhadores e PT dos enfermeiros também mostra, agora, nos dois hospitais estudados, uma estreita vinculação entre a AE de trabalhadores e PT de enfermagem apoiada na lógica instrumental, da primazia técnica.

A AE de trabalhadores de enfermagem está articulada ao PT de enfermagem, pois busca responder às suas necessidades técnicas a fim de melhorar a assistência prestada. Nessa perspectiva, os relatos mostram que as AE são realizadas com a finalidade de resolver problemas, falhas ou erros técnicos, bem como auxiliar na incorporação de novos materiais, equipamentos ou procedimentos ao trabalho de enfermagem. Além disso, a AE ajuda a evitar que haja uma automatização do processo de trabalho, uma vez que busca desenvolver o sentido técnico-científico das práticas e a padronização das ações, e a uniformização dos conhecimentos da equipe de saúde e de enfermagem.

Um exemplo dado por enfermeiros das duas instituições sobre um problema da prática é a infecção hospitalar. Para os enfermeiros é importante realizar uma AE para a equipe de enfermagem e de saúde sempre que os índices de infecção hospitalar aumentam nos serviços. Segundo os enfermeiros, essas taxas diminuem depois que a AE é realizada e mantém-se baixa por certo período.

Assim, a AE de trabalhadores de enfermagem assume o caráter instrumental, focada nas ações que podem resolver esse problema, como AE sobre lavagem de mãos, utilização de aventais privativos, aprimoramento das técnicas de sondagem vesical e cuidados com a entubação orotraqueal. Nessa perspectiva, a AE dos trabalhadores de enfermagem assume a concepção de EC, que é uma ferramenta para promover o desenvolvimento

das competências e assegurar a qualidade da assistência de enfermagem (Salum, Prado 2000; Silva, Conceição, Leite, 2008).

A comunicação entre os trabalhadores no cotidiano pode representar um processo educativo conjunto dos trabalhadores de enfermagem e de saúde, estimulando o envolvimento de todos os trabalhadores para a resolução dos problemas, num esforço coletivo.

Souza e Padilha (2002) destacam que o cuidado de enfermagem é desenvolvido em um local onde diferentes profissionais atuam e exercem alguma ação sobre o paciente, por isso é importante estabelecer um diálogo efetivo, tanto entre a equipe quanto com o paciente e seus familiares, pois a conversa com o paciente permeia todo o cuidado, tanto de enfermagem quanto da equipe interprofissional, e permite a identificação de outras necessidades de atenção à saúde.

Embora a maioria dos enfermeiros entrevistados não reconheça a AE de trabalhadores de enfermagem como parte que integra o seu cotidiano de trabalho, refere que a AE de trabalhadores e enfermagem tem melhor resposta quando é realizada no próprio local de trabalho. Vários autores analisam a pertinência de execução da AE de trabalhadores no próprio local de atuação (Figueiredo, 2003; Peduzzi et al., 2009; Ricaldoni, 2004; Ricaldoni, Sena, 2006; Silva et al., 2003; Tronchin et al., 2009).

Nesse sentido, Tronchin et al. (2009) destacam que a AE realizada no próprio local de atuação, remete à concepção de EPS, pois permite supor que as AE sejam planejadas e executadas de forma mais próxima às necessidades do cotidiano de trabalho e às necessidades de saúde dos pacientes.

Figueiredo (2003), Ricaldoni, 2004; Ricaldoni e Sena (2006), e Silva et al. (2003) apontam que as AE realizadas no ambiente de trabalho devem ser contextualizadas na realidade que se apresenta, a fim de, realmente, promoverem transformações na prática em saúde, por meio de discussões conjuntas e participativas sobre os problemas reais do trabalho cotidiano. Dessa forma, concebem o trabalho como princípio educativo, e a educação em serviço como prática para a implementação de mudanças nos serviços, inclusive no setor saúde.

Todavia, realizar a AE dos trabalhadores no cenário de trabalho, por um lado aproxima e estreita a relação entre a AE e o PT, resultando em uma atividade contextualizada, que utiliza o próprio cotidiano de trabalho como suporte para que a AE seja desenvolvida. Por outro, torna-se penoso ao PT, pois há dificuldade na liberação dos trabalhadores para participação das AE.

Assim, a realização da AE durante o período de trabalho gera uma tensão no cotidiano de trabalho da equipe de enfermagem. Essa tensão, por um lado, reflete a concepção de que a AE não está articulada ao PT visto que é entendida como ação externa ao trabalho, e é cobrada do enfermeiro, pois como enfermeiro, como coordenador da equipe de enfermagem, é responsável pelo gerenciamento das ações assistenciais e também responde, de forma direta e indireta, pelas AE direcionadas à sua equipe de trabalho.

Por outro lado, a tensão aparece quando as condições de trabalho em que os trabalhadores estão inseridos não são favoráveis, especialmente, em relação ao número reduzido de recursos humanos, a participação deles nas AE sofre influência direta, pois, muitas vezes os trabalhadores de enfermagem priorizam as atividades assistenciais em vez de participarem da AE.

Diante dessa realidade, a estratégia referida pelos enfermeiros entrevistados para facilitar a participação dos trabalhadores nas AE programadas é a sua realização em vários dias e horários, com curta duração, a fim de que os trabalhadores se organizem e estruturem a escala de cobertura, se a AE for dentro do horário de trabalho.

Para Silva e Peduzzi (2009), entre outros autores, as AE, quando possuem uma curta duração, assumem a ênfase na pedagogia tradicional, que compromete a reflexão dos trabalhadores sobre seu processo de trabalho, dificulta a apropriação de novos conhecimentos e reitera o modelo hegemônico biomédico no trabalho da enfermagem.

Nessa metodologia de ensino, a AE dos trabalhadores é realizada sob a forma de transmissão de conhecimentos, o que leva o profissional a reproduzir de forma acrítica o conhecimento que recebeu, sem que haja um estímulo à reflexão de sua prática e, por consequência, resulte em

transformação das práticas (Ceccim, 2005a; Freire, 2001; Mancia, Cabral, Koerich, 2004; Pedroso, 2005; Peduzzi, et al., 2003; Peduzzi et al., 2009; Souza, Roschke, 2003).

Os resultados mostram que o HE, em especial, ainda utiliza a estratégia do agente multiplicador. Essa alternativa tem dois objetivos: levar todos os trabalhadores de enfermagem a receberem a AE e que ela possa ser realizada no melhor momento, definido pelo multiplicador, sem causar prejuízos à dinâmica da unidade. Esse multiplicador pode ser qualquer profissional contido nas categorias de enfermagem, não sendo atribuição somente do enfermeiro.

Para Bicudo, Silva e Cunha (2004), o agente multiplicador é uma estratégia de descentralização das AE de trabalhadores concentradas no SEC. Consiste numa metodologia em que o agente é capacitado pelo SEC em relação ao tema a ser desenvolvido. Depois o agente multiplicador realiza a AE em sua unidade de origem.

Segundo as autoras, o multiplicador deve atender ao seguinte perfil: ter bom preparo técnico-científico, ter certo preparo pedagógico, ter postura ética e profissional, ter boa comunicação e entrosamento com sua equipe e gostar de ensinar. As autoras colocam que essa estratégia, além de desenvolver o caráter educativo dos enfermeiros e é uma tendência da EC nas organizações de saúde.

A participação dos trabalhadores de nível médio nessa estratégia de multiplicação das informações é uma forma de valorização desses trabalhadores, que também possuem um saber que pode contribuir para a melhoria do trabalho em equipe e da assistência prestada.

No HM não existe a estratégia de capacitar um agente da equipe de enfermagem para ser multiplicador da AE. Contudo, a estratégia do multiplicador, também pode ser adotada pelo HM, por se configurar em uma alternativa para aproximar a AE do cotidiano de trabalho, sem que haja prejuízo na dinâmica da unidade e permitir que o profissional multiplicador desenvolva a sua habilidade educativa. Em especial, para os enfermeiros que deveriam utilizá-la como ferramenta gerencial, em relação às AE dos

trabalhadores de enfermagem, e assistencial, em relação à educação em saúde para os pacientes e seus familiares, no seu PT.

A articulação da AE pensada com base no PT torna a AE mais próxima da realidade vivida pelos profissionais no contexto do trabalho, favorece a aplicação prática do que foi ensinado e ressalta-se que para a AE acontecer, são necessárias condições estruturais concretas, especialmente, de recursos humanos e materiais, e traz aspectos da concepção de EPS.

A AE foi relatada pelos enfermeiros dos hospitais estudados como uma ação que deve ser realizada periodicamente, para que seu conteúdo não seja esquecido ou modificado com o tempo. Os entrevistados concordam que as ações educativas dos trabalhadores de enfermagem não podem ser realizadas uma única vez, isoladamente.

Essa colocação dos enfermeiros traz a concepção de que a AE de trabalhadores deve ser um processo contínuo e permanente nas instituições, o que remete ao conceito de EPS. Dessa perspectiva, a realização periódica da AE de trabalhadores de enfermagem é uma forma de combater a tendência à mecanização das ações, bem como adaptar e reduzir a automatização das práticas. Assim, a AE assume característica da EPS e como faz parte do educar o refazer a AE, a EPS deve fazer parte do trabalho cotidiano da enfermagem.

Os enfermeiros de ambos os serviços hospitalares estudados, também relataram que é necessário, além da realização periódica das AE, que haja uma supervisão de enfermagem para dar suporte para que a AE possa ser incorporada pelo trabalhador. Assim sendo, a supervisão deve tanto garantir a execução da AE na prática conforme preconizado, como o supervisor deve estar junto com os profissionais e esclarecer suas dúvidas no cotidiano de trabalho (Silva M, 1997).

O caráter educativo da supervisão auxilia na reflexão e discussão do cotidiano de trabalho com os trabalhadores, além de viabilizar a construção contínua de novas práticas no PT de enfermagem. A literatura destaca que a educação é uma das características centrais da supervisão em enfermagem e na saúde, em razão da complexidade técnica e comunicativa da assistência, que requer um constante apoio ao trabalhador no plano pessoal,

grupal e institucional (Peduzzi et al., 2003; Peduzzi et al., 2003; Peduzzi, Palma, 1996; Silva M, 1991, 1997; Simões, Garrido, 2007).

O sentido que o trabalhador dá ao seu processo de trabalho é determinante para que suas ações sejam automatizadas ou não. Nesse sentido, foi possível identificar que a AE também tem o objetivo de atribuir um sentido às atividades realizadas pelos trabalhadores na sua prática diária, e que esse sentido ajuda a evitar que as ações sejam realizadas de forma automática e mecânica.

Os relatos permitem apreender que o sentido a que se referem os enfermeiros diz respeito ao sentido técnico do procedimento, ou seja, que os trabalhadores tenham o conhecimento técnico-científico que fundamenta as suas atividades. Quando os trabalhadores fundamentam suas ações, elas passam a se apropriar de outro sentido no contexto do trabalho, o que tende a evitar ou minimizar a automatização das ações.

Nesse sentido, a AE deve considerar as experiências de cada trabalhador para resgatar nele o sentido que atribui às ações de cuidado que executa. O reconhecimento desse sentido impacta diretamente sobre suas ações, sobre as relações com o paciente e sobre a qualidade da assistência que ele presta. Quando a AE não leva em consideração o saber já acumulado pelo trabalhador corre o risco de não haver uma mudança no sentido que o trabalhador dá ao seu cotidiano de trabalho, e isso o conduz à realização automática de suas ações.

O sentido é reconhecido ou modificado tomando-se por base um processo reflexivo sobre as práticas cotidianas. Assim, Souza e Roschke (2003) apontam que o trabalho é como um elo que une e articula o desempenho e o conhecimento do trabalhador, valendo-se do qual se origina um novo saber, e a aprendizagem é como uma dinâmica contínua de ação–reflexão–nova ação e de valorização da participação do trabalhador na ação educativa.

Nesse sentido, Figueiredo (2003) ressalta que AE no trabalho deve desenvolver os potenciais do trabalhador com base na visão dele sobre a realidade em que está inserido e das situações reais de trabalho vivenciadas por ele. O reconhecimento da problemática existente na sua prática, a

problematização e a mobilização dos conhecimentos adquiridos permitem que haja uma ação–reflexão–ação que identifica as possíveis formas de transformações do processo de trabalho.

É característica do trabalho de enfermagem ter ações ligadas à assistência que são rotineiras e repetitivas, especialmente, para os auxiliares e técnicos de enfermagem, que executam o cuidado mais direto aos pacientes com ênfase nos procedimentos técnicos.

Considerando que a execução de técnicas predomina no PT dos profissionais de enfermagem de nível médio, há um alto risco de que as ações desses trabalhadores sejam automatizadas. O desafio da AE é permitir que haja um processo de reflexão e envolvimento do profissional sobre o seu cotidiano de trabalho, para que os procedimentos técnicos sejam contextualizados segundo as necessidades de cuidado de cada paciente.

O problema da automatização ou mecanização da ação é que o objeto de trabalho da enfermagem é composto pelas necessidades de cuidado de enfermagem de cada paciente, necessidades essas que são singulares, de cada pessoa e em cada momento, dentro de um contexto social.

O trabalho da enfermagem é, majoritariamente, composto por procedimentos técnicos, que necessitam de uma padronização para que sejam realizados segundo os princípios científicos. Nesse sentido, observa-se nos dois hospitais estudados que a AE de trabalhadores de enfermagem ajuda a uniformizar o conhecimento e a padronizar as ações que são desenvolvidas no cotidiano de trabalho.

A padronização auxilia na organização do trabalho, visto se tratar de trabalho coletivo, executado por diferentes membros da equipe de enfermagem, que necessitam seguir uma orientação única que representa o trabalho prescrito.

Além disso, a constante incorporação de novas tecnologias ao trabalho faz com que seja necessária uma uniformização tanto do conhecimento, quanto das ações. A padronização das ações, por meio da AE, também permite a atuação dos profissionais em diferentes setores, o

que se constitui como uma estratégia gerencial e facilita o PT da enfermagem, quando há a necessidade de cobertura intersetorial.

Essa abordagem vai ao encontro da concepção de EC, que tem seu foco nos treinamentos, cujo objetivo é favorecer o desenvolvimento do trabalhador e torná-lo mais eficaz na sua atuação profissional (Peduzzi et al., 2003), o que é importante tanto para o profissional, quanto para o paciente, pois recebe os cuidados, e para a instituição, que pode contar com o profissional em diferentes unidades.

Davim, Torres e Santos (2000) completam a concepção de que a EC tem por finalidade assegurar a boa qualidade dos cuidados prestados aos pacientes, por meio de atividades sistematizadas e qualificadas, levando os trabalhadores de enfermagem a terem um bom desempenho no trabalho.

A linguagem comum desenvolvida com base na uniformização do conhecimento e da padronização das ações é predominantemente instrumental, técnica, nos dois hospitais estudados. Está relacionada às atualizações técnico-científicas dos procedimentos, além de favorecer o desenvolvimento de uma linguagem comum entre a equipe de enfermagem e interprofissional, bem como entre os profissionais e os pacientes e seus familiares.

A aproximação da AE ao PT torna a educação uma ferramenta de preparação para mudanças a serem introduzidas nas práticas, tanto gerenciais, quanto assistenciais. Porém os resultados dos dois hospitais mostram que essas mudanças foram referidas no sentido instrumental, ou seja, mudança de fluxo, incorporação de uma técnica nova, ou de um material ou equipamento novo ao PT de enfermagem.

Essa mudança, que acontece com foco no procedimento, é uma resposta ao modelo clínico de assistência nos dois hospitais, como já foi dito anteriormente, por isso, as mudanças que a AE proporciona no PT também assumem um caráter mais instrumental.

Os resultados mostram que nos dois hospitais a AE realizada tem uma estreita relação entre AE e PT de enfermagem, uma vez que as AE partem de um problema concreto da prática, é elaborada com o foco na falha

ou erro a ser resolvido, é executada junto aos trabalhadores, a fim de que resulte em melhoria da qualidade da assistência.

6.3 POSSIBILIDADES DE MUDANÇA NA RELAÇÃO ENTRE ATIVIDADES EDUCATIVAS DE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM E PROCESSO DE TRABALHO NA PERSPECTIVA DO TRABALHO EM EQUIPE, INTEGRALIDADE DA SAÚDE E EDUCAÇÃO PERMANENTE

Com base nos resultados, buscou-se conhecer as possibilidades de mudança na relação PT e AE.

Mudança, para Silva F (1991), é um processo ou ato em que há alguma alteração, modificação ou transformação em uma determinada situação, que pode ocorrer de forma lenta e gradativa, ou abrupta e radical.

A mudança pode acontecer em três dimensões: comportamental ou expressiva, que diz respeito às relações interpessoais, desempenho do indivíduo, coordenação da equipe; tecnológica no que se refere aos novos métodos de trabalho, introdução de novos equipamentos e procedimentos; e institucional ou estrutural, relacionada à filosofia institucional, estrutura organizacional, forma de organização e divisão do trabalho, entre outros.

Diante dos resultados, o gerenciamento participativo se configura em uma possibilidade de mudança nas relações entre o PT e a AE de trabalhadores, especialmente, por meio da construção coletiva de instrumentos de trabalho e a tomada de decisão coletiva, que envolvem os diferentes profissionais de enfermagem.

A gestão participativa é uma ferramenta do gerenciamento de recursos humanos que, além de corresponsabilizar os trabalhadores com o seu processo de trabalho, os tornam mais comprometidos tanto com a execução das atividades, como com os resultados obtidos, pois parte de um processo de reflexão dos trabalhadores sobre o seu cotidiano do trabalho.

Essa forma de gerenciar os recursos humanos está ligada à proposta de organização do trabalho que o HE adotou como sendo o modelo de trabalho em equipe, tanto de enfermagem, quanto interprofissional, que inclui os trabalhadores de enfermagem de nível médio nos fóruns de decisão e na construção de instrumentos de trabalhos. Esse é um grande avanço no sentido de desenvolver relações mais igualitárias e valorizar a opinião dos profissionais de nível médio, e resultar em mudanças no PT.

Esse resultado vem ao encontro do que Campos (2000), Cecílio e Mendes (2004), Matos e Pires (2006) colocam sobre a necessidade de mudanças do próprio modelo de gerência e da organização do trabalho de enfermagem nos dias de hoje, com a participação dos trabalhadores nos processos decisórios, o compartilhamento de responsabilidades, e o estímulo à cooperação entre as equipes de trabalho.

Outra possibilidade de mudança nas relações entre a AE e PT de enfermagem nos hospitais estudados é representada pela integração da equipe por meio da AE de trabalhadores.

Nos resultados dos dois hospitais, a AE de trabalhadores possibilita a construção de uma linguagem comum da equipe de enfermagem e interprofissional, pois estimula as conversas entre os profissionais sobre as ações que compõem o trabalho cotidiano. A AE também melhora as relações entre os profissionais, pois promove a interação e torna as relações mais igualitárias, o que abre espaço para a participação em discussões interprofissionais.

Para Souza e Padilha (2002), a comunicação entre os profissionais de saúde é um instrumento de trabalho de enfermagem que está inserida na equipe de saúde, e amplia a ação de enfermagem para além da rotina técnica, possibilitando ao trabalhador uma reaproximação dele com seu próprio processo de trabalho e estímulo à interação com o outro.

Lucena et al. (2006), Pereira, Assis, Reis (1999), Ribeiro, Pires e Blank (2007) apontam a necessidade da construção de um novo olhar sobre as questões que envolvem a saúde na busca de ações que facilitem a integralidade da assistência, com a construção de um novo modelo de assistência em saúde, no qual agregam os valores propostos pelo SUS e

buscam a recomposição do trabalho em equipe, a fim de deslocar a assistência ao indivíduo, focada na doença, para integrar considerar todo o contexto social do processo de saúde-doença que envolvem os indivíduos.

Ceccim (2005a), Cecílio e Mendes (2004), Cecílio e Merhy (2003) analisam a mudança do modelo de saúde no hospital para o modelo de atendimento integral, mas apontam que isso requer uma mudança tanto na cultura institucional, no PT e na educação no trabalho, além de alterações também na formação dos profissionais de saúde com base nos princípios do SUS.

Os resultados também mostram que, no HE há uma desigual participação dos enfermeiros nas AE dos trabalhadores de enfermagem, em detrimento dos profissionais de nível médio. Isso era esperado, uma vez que há um grande estímulo da gerência na participação em eventos científicos.

Por outro lado, esse predomínio dos enfermeiros como público participante das AE revela a divisão do trabalho de enfermagem, em que as diferenças técnicas entre os trabalhos parcelares (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) transmutam-se em desigual valor social dos respectivos trabalhos reiterado na oportunidade desigual de participação dos trabalhadores nas atividades educativas, como constatado por Silva e Peduzzi (2009) na fase exploratória da pesquisa.

A possibilidade de mudanças nas relações entre a AE e o PT da perspectivada integralidade é muito frágil nos dois hospitais, visto que esse tema não é problematizado nos depoimentos dos enfermeiros. Há o relato de duas enfermeiras do HE apontando a necessidade de adequação dos serviços prestados em virtude da mudança do perfil da população de área de abrangência, e no HM há o destaque para os programas de saúde que o hospital desenvolve que vão em direção da promoção, prevenção e recuperação da saúde, além da integração com a rede de serviços do SUS.

Esse resultado remete ao que Tronchin et al. (2009) obtiveram na análise das AE de trabalhadores de saúde nos hospitais da região estudada, pois observaram que as ações educativas reiteram a frágil presença de concepções sobre integralidade e trabalho em equipe, uma vez que há uma

ênfase nas AE voltadas para profissionais de nível superior de forma individual em detrimento às dirigidas para a equipe de saúde de nível médio.

Silva e Peduzzi (2009) também constataram que o foco central das AE de trabalhadores de enfermagem, na região de estudo, é a recuperação da saúde, sendo realizadas poucas AE com foco na promoção e prevenção da saúde nessa região.

A presente pesquisa buscou identificar e analisar as possibilidades de mudanças nas relações entre a AE de trabalhadores e PT de enfermagem também da perspectiva da EPS, contudo essa abordagem não foi tematizada pelos enfermeiros nos dois hospitais estudados. Os resultados mostram que a concepção de EPS somente aparece associada ao reconhecimento da pertinência de realização das AE de trabalhadores de enfermagem no próprio local de trabalho.

Esse resultado corrobora com as análises apresentadas tanto pelos documentos oficiais sobre a política de EPS no país (Brasil, 2004, 2007), como pela literatura recente sobre o tema EPS (Ceccim, 2005a; Mancia, Cabral, Koerich, 2004; Pedroso, 2005; Peduzzi et al., 2003; Peduzzi et al., 2009; Souza, Roschke, 2003).

As referidas publicações destacam a necessidade de repensar e ressignificar as AE de trabalhadores de saúde, no sentido de lhe atribuir maior resolutividade diante das necessidades de saúde dos usuários dos serviços e da população dos respectivos territórios, bem como ampliar a autonomia dos próprios usuários e dos trabalhadores.

A ausência da EPS como ferramenta de mudança das práticas de saúde e de enfermagem, também reitera a interpretação de que a educação não constitui um processo de trabalho específico dos enfermeiros, pois é utilizada apenas como instrumento e não como âmbito de problematização da prática ou como esfera específica de atuação.

Nesse sentido, concorda-se com a análise de Almeida (2009) ao destacar que a educação não é inerente à formação técnica do enfermeiro, embora as ações educativas sejam inerentes ao seu processo de trabalho. Nesse contexto, a referida autora aponta que a educação em saúde constitui

instrumento do trabalho assistencial e a EC, igualmente, instrumento do trabalho gerencial.

Assim, nos dois hospitais estudados há indicativos de mudança nas relações entre AE de trabalhadores e PT de enfermagem na perspectiva do trabalho em equipe, e não da integralidade e da EPS. O que põe à mostra a necessidade de ampliar o trabalho em equipe na direção daquilo que melhor lhe dá suporte e o justifica, que é a proposta de mudança das práticas na direção da atenção integral à saúde. O mesmo ocorrendo com a EPS que busca questionar o cotidiano de trabalho por dentro da própria prática, almejando a sua transformação na direção da atenção integral, interprofissional e interdisciplinar.

Por fim, destaca-se que o tripé integralidade, trabalho em equipe e EPS está orientado para a atenção às necessidades de saúde dos pacientes e no que se refere, especificamente, à enfermagem, está voltado para as necessidades de cuidado dos pacientes, o que colocado em foco, efetivamente, possibilitará as mudanças da prática de enfermagem e das práticas de saúde.

Considerações Finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da pesquisa mostram a necessidade de repensar a prática de educação de trabalhadores de enfermagem inseridos em serviços hospitalares, considerando os princípios e diretrizes da política pública de saúde no país — o SUS. Este se encontra em processo de construção e consolidação, com base na concepção de saúde como direito de cidadania e das concepções de integralidade da saúde que remete ao trabalho em equipe e a EPS.

Contudo, reconhecem-se as limitações do presente estudo, em particular, a realização da pesquisa de campo, exclusivamente, apoiada nos depoimentos dos enfermeiros entrevistados, pois essa opção não permitiu a triangulação da coleta de dados por meio de diferentes técnicas e da análise do material empírico.

Essa opção metodológica ocorreu por ocasião do desenho da pesquisa considerar as dificuldades da aplicação da técnica de observação em relação ao objeto de estudo — as AE de trabalhadores de enfermagem. Entretanto, ao término da pesquisa identifica-se a restrição da coleta às entrevistas semiestruturadas como limitação.

Entretanto, como referido acima, a pesquisa alcançou responder aos objetivos específicos propostos, de modo que apresenta contribuições sobre o processo de trabalho do enfermeiro em serviços hospitalares, das concepções desses profissionais sobre as relações existentes entre PT e AE de trabalhadores de enfermagem, e sobre as possibilidades, ainda restritas, de mudanças dessas relações.

O processo de trabalho dos enfermeiros nos dois hospitais públicos estudados é constituído de duas dimensões complementares — assistencial e gerencial —, que ora estão articuladas, ora cindidas de forma dicotômica.

As duas dimensões do trabalho do enfermeiro estão integradas na prática do HE à medida que o profissional realiza atividades de cuidado de enfermagem e de gerenciamento do cuidado, com foco nas necessidades individuais do paciente. A singularidade das necessidades de cuidado de

enfermagem são identificadas e atendidas mediante a aplicação da SAE, que é, assim, simultaneamente instrumento assistencial e gerencial. Além da SAE, no HE utiliza-se outra ferramenta que estimula a articulação das dimensões assistencial e gerencial, a implementação do cuidado integral como modelo de organização do trabalho de enfermagem.

Contudo, os resultados do estudo mostram de forma consistente e contundente a frágil presença da concepção e abordagem da integralidade da saúde, preconizada pelo SUS, nos hospitais públicos estudados.

Assim, faz-se necessário ampliar a discussão sobre o modelo de cuidado integral de enfermagem, de modo a contemplar também a integralidade nos seus diferentes sentidos. Ou seja, no sentido da apreensão ampliada e contextualizada das necessidades de saúde dos pacientes; da articulação das ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, e no sentido da integração dos hospitais à rede de atenção à saúde, em especial, à rede básica e de serviços especializados, bem como da intersectorialidade e da integração das equipes interprofissionais e interdisciplinares.

Sobre a dimensão assistencial, observam-se as necessidades de superar o modelo biomédico que na enfermagem enfatiza os procedimentos técnicos, e construir um modelo de trabalho de enfermagem que considere o cuidado integral de enfermagem à integralidade da saúde — o que poderia ser colocado como horizonte ou como ideia reguladora para o processo de trabalho de enfermagem.

Sobre a dimensão gerencial destaca-se a presença do gerenciamento participativo no HE, que configura uma mudança marcante por referência ao predomínio do modelo taylorista/fordista tanto na gestão específica da área de enfermagem como nos serviços de saúde do país.

As intensas críticas ao modelo de administração clássica que burocratiza e fragmenta as ações de cuidado à saúde e enfermagem, reconhecem-se uma importante alternativa no modelo de gestão participativa que, por sua vez, deve ser estimulado diante das dificuldades que ele próprio impõe a todos os sujeitos envolvidos no processo da perspectiva do

SUS — gerentes, trabalhadores e usuários/população da área de abrangência.

Ainda da perspectiva do SUS, em especial, tendo em vista a proposição da integralidade, trabalho em equipe e EPS, merece menção a necessidade de estender a prática de gerenciamento participativo também ao trabalho cotidiano dos enfermeiros em relação às AE dos trabalhadores de enfermagem, tanto no HE como no HM, pois em ambos os hospitais, as AE de trabalhadores têm ênfase na abordagem técnica e instrumental tanto das necessidades de saúde dos pacientes quanto na resolução de problemas e falhas dos trabalhadores na execução do trabalho cotidiano.

Há, portanto, a necessidade de aproximar mais efetivamente as AE de trabalhadores do cotidiano de trabalho de enfermagem/enfermeiro para que tanto os enfermeiros como os auxiliares e técnicos de enfermagem, participem da definição de necessidades e da implementação de espaços de troca e de aprendizado, sobretudo com base na reflexão sobre o PT de enfermagem/enfermeiro.

Destaca-se a pertinência de que o enfermeiro contemple atividades educativas de trabalhadores e atividades de supervisão na dimensão gerencial do seu PT e utilize a EPS/EC como ferramenta gerencial junto com os trabalhadores.

No HM faz-se necessária uma mudança mais ampla da dimensão gerencial do processo de trabalho dos enfermeiros, pois de uma parte está, igualmente, centrado na intervenção técnica e, de outra, não foram identificados traços que remetem ao gerenciamento participativo, mas apenas a reiteração do modelo usual de gerência de enfermagem e saúde, com características taylorista/fordista.

Os resultados da pesquisa também evidenciam que há uma estreita relação entre PT de enfermagem/enfermeiro e AE de trabalhadores de enfermagem, embora essa relação tenha um caráter instrumental, com ênfase na abordagem técnica. Essa reitera a exclusiva legitimidade técnico-científica, que pressupõe a antecendência da ciência sobre a prática e acarreta a primazia da execução de procedimentos e de controles.

Isso tende a deixar em segundo plano ou, até mesmo, a dificultar que o trabalho de enfermagem contemple outras esferas de necessidades de cuidado que dizem respeito ao âmbito comunicativo, social e cultural do processo saúde-doença e da vida dos pacientes e familiares.

A relação estreita entre PT e AE de trabalhadores de enfermagem pautada na primazia da técnica e no modelo biomédico, que configura um PT ‘procedimento-centrado’ ao invés de ‘usuário-centrado’, coloca para os dois hospitais estudados, a necessidade de mudança na perspectiva da integralidade da saúde, do trabalho em equipe de enfermagem e saúde, interprofissional e da EPS.

Os resultados da pesquisa mostram uma mudança em curso na relação entre PT e AE de trabalhadores de enfermagem, em particular, com a utilização do trabalho em equipe, visto que os relatos apontaram a potência da AE para ajuda a integrar a equipe, tanto multiprofissional, quanto de enfermagem.

Convém destacar neste momento, a experiência de Brum (2009) durante o seu mestrado, no qual foram viabilizadas mudanças no cotidiano de trabalho da enfermagem por meio da pedagogia de Roda de Conversa em um hospital universitário. Esta metodologia propõe uma AE em uma Roda de Conversa partindo de uma aprendizagem significativa, na qual os trabalhadores criam e recriam situações do trabalho problematizando-as. Esta estratégia valoriza os saberes e fazeres de cada ator social e do coletivo, envolvidos no cuidado em saúde e propicia um espaço de escuta e diálogo para os trabalhadores, no qual suscitam questões relativas ao cotidiano de trabalho bem como do cuidado, além de conversas que favorecem o trabalho em equipe e a integralidade, uma vez que se discutem em conjunto ações que levam à mudança das práticas assistenciais. Concorde-se com Brum (2009) ao referir que esta experiência traz contribuições para o trabalho da enfermagem, à medida que sugere novas possibilidades de AE de trabalhadores e uma reinvenção das práticas de saúde no contexto hospitalar.

Finalizando, vale destacar, mais uma vez, as diferenças que os relatos permitem observar entre os dois hospitais públicos estudados. No HE

identifica-se uma prática de AE de trabalhadores de enfermagem mais consolidada que se entende estar relacionada à sua infraestrutura e condições de trabalho.

Nesse sentido, assinala-se que no HE o planejamento do quadro de profissionais de enfermagem está baseado em estudos de dimensionamento de pessoal, considerando o tripé de instituição de ensino. O hospital conta com um SEC estruturado com recursos humanos, materiais e físicos para o seu funcionamento, que implementou a estratégia de agente multiplicador para ampliar o alcance de suas ações.

Além disso, no HE ocorre o reconhecimento da interdependência entre ensino, pesquisa e assistência, que corresponde aos objetivos do serviço; a prática, mesmo que não hegemônica, do gerenciamento participativo; e a articulação entre as dimensões assistencial e gerencial do PT dos enfermeiros com os profissionais aplicando a SAE por intermédio de cuidados diretos e do gerenciamento do cuidado.

Nesse sentido, entende-se que as condições de trabalho mais restritas do HM, estão relacionadas às características identificadas no processo de trabalho dos enfermeiros, que mostra menor articulação entre as dimensões assistencial e gerencial por referência dos enfermeiros do HE.

Cabe esclarecer que a limitação das condições de trabalho no HM refere-se ao quadro de trabalhadores de enfermagem que não contempla as ações educativas tanto dos trabalhadores como de ensino de graduação e educação profissional; à existência de SEC com um único enfermeiro atuando, portanto, isolado e solitário na sua difícil tarefa; e à ausência de reconhecimento formal do hospital como espaço de ensino e pesquisa, ou seja, de formação e construção de conhecimento.

Assim sendo, a pesquisa evidencia as relações existentes entre o PT de enfermagem, o modo como são executadas as AE dos trabalhadores e as condições de trabalho nos respectivos hospitais. O que leva a defender que toda a rede pública de atenção à saúde deva ser equipada com infraestrutura e com espaços participativos de debate e construção de mudanças do modelo de atenção, na perspectiva da integralidade.

No que tange, especificamente, aos trabalhadores de enfermagem, além do seu engajamento em mudanças do modelo de organização do trabalho de enfermagem, articulando os cuidados integrais à integralidade da saúde, advoga-se pela necessidade de construção de mudanças também na direção do trabalho em equipe e da EPS, como concepções correlatas à integralidade da saúde.

Referências Bibliográficas

8 REFERÊNCIAS

Almeida AH. Educação em saúde: análise do ensino na graduação em enfermagem no estado de São Paulo [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2009.

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

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

Almeida MCP. A pesquisa como parte do processo de trabalho da(o) enfermeira(o). In: Anais do 6º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem; 1991 jul. 29-ago-1; Rio de Janeiro, BR. Rio de Janeiro: ABEn-Seção-RJ; 1991. p. 53-8.

Azzolin GMC, Peduzzi M. Processo de trabalho gerencial e processo de enfermagem na perspectiva de docentes de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm 2007;28(4):549-55.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

Becker HS. Métodos de pesquisa em ciências sociais. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC; 1994. Estudo de praticantes de crimes e delitos; p.153-178.

Bicudo AMC, Silva MCM, Cunha ICKO. Percepção das enfermeiras que atuam como agentes multiplicadores no treinamento da equipe de enfermagem. Acta Paul Enf 2004;14(3):305-10

Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES n. 3, de 07 novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. In: Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Brasília; 2001. Seção 1. p.1-6.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional e Educação Permanente em Saúde e dá outras providências [legislação na

internet]. Brasília; 2007. [citado em 2010 jan. 24]. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizartexto.cfm?idtxt=27031>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.198, 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 em 2010 jan. 24]. Disponível em: <http://www.saude.pb.gov.br/site/geab/portaria198.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília; 2003. [citado em 2010 jan. 27]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-saúde. [legislação na internet]. Brasília; 2005. [citado em 2010 jan. 10]. Disponível em: www.abem-educmed.org.br/pro_saude/publicacao_pro-saude.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. [legislação na internet]. Brasília; 2008. [citado em 2010 jan. 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. In: Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Bioética. Brasília; 1996. 4(2 Supl):15-25.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Aprender SUS: O SUS e os cursos de graduação na área da saúde. Brasília; 2004.

Brum LM. A pedagogia da roda como dispositivo de educação permanente em enfermagem e a construção da integralidade do cuidado no contexto hospitalar [dissertação]. Rio Grande do Sul: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

Campos CMS. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde). [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2004.

Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: HUCITEC; 2000.

Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto Contexto Enferm* 2006;15(4):679-84

Carmona LMP, Laluna MCMC. "Primary nursing": pressupostos e implicações na prática. *Rev Eletrônica Enfermagem* 2002; 4(1);12-17.

Castellanos BEP. O trabalho do enfermeiro: a procura e o encontro de um caminho para o seu estudo: da abordagem mecânico-funcionalista à pesquisa emancipatória. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1987.

Castellanos BEP. Os desafios da enfermagem para os anos 90. In: *Anais do 4º Congresso Brasileiro de Enfermagem*; 1989 set. 2-7; Florianópolis, BR. Florianópolis: ABEn-Seção-SC; 1989. p. 147-169.

Castilho NC, Ribeiro PC, Chirelli MQ. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. *Texto & Contexto enferm* 2009;18(2):280-9.

Castilho V, Gonçalves VLM. Gerenciamento de recursos materiais. In: Kurcgant P, organizadora. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.157-170.

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2004;14(1):41-65.

Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*. 2005b;9(16):161-77.

Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Cien Saude Colet*; 2005a; 10(4):975-86.

Cecílio LCO, Mendes TC. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? Saúde e soc. 2004;13(2):39-55.

Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003 p. 197-210.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 113-25.

Ciampone MHT, Kurcgant P. Gerenciamento de conflitos e negociações. In: Kurcgant P, organizadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 54-65.

Ciampone MHT, Peduzzi M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. Rev Bras Enferm 2000; 53(Esp):143-7.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN – 272/2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras [legislação na Internet] Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP), 2002 [citado em 2007 jul. 15]. Disponível em: <http://www.portal.cofen.org.br>.

Correia VS, Servo MLS. Supervisão da enfermeira em unidades básicas de saúde. Rev Bras Enferm 2006; 59(4):527-31.

Cunha KC. Supervisão em enfermagem. In: Kurcgant P, organizadora. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU, 1991. p. 117-32.

Dall'Agnol CM, Martini AC. Reuniões de trabalho: mais que uma ferramenta administrativa, um processo educativo. Texto Contexto Enferm. 2003;12(1):89-96.

Davim RMB, Torres GV, Santos SR. Educação continuada em enfermagem: conhecimentos, atividades e barreiras encontradas em uma maternidade-escola. Rev Lat Am Enfermagem. 2000; 7(5):43-9.

Erdmann AL, Pinheiro PIG. Gerenciamento do cuidado em enfermagem: questionando estratégias. *Cogitare Enferm* 1998; 3(1):89-96.

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.

Ferraz CA. As dimensões do cuidado de enfermagem: enfoque organizacional. *Acta Paul Enf*. 2000; 13(Esp): 91-7.

Figueiredo MAG. A educação permanente no processo de trabalho de enfermagem no hospital de ensino de Juiz de Fora [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2003.

Freire P. Educação e mudança. 24ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra. 2001.

Garlet ER, Trindade LL, Lima MADS, Bonilha ALL. A resignificação dos processos gerenciais nas práticas do cuidado em enfermagem. *Online Brazilian Journal of Nursing* 2006; 5(3):1-10

Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23ª ed. Petrópolis: Vozes; 2004. p.67-80.

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. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho; p.229-50

Gustavo AS, Lima MADS. Idealização e realidade no trabalho da enfermagem em unidades especializadas. *Rev Bras Enferm* 2003;56(1):24-7

Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(supl2): 331-6.

Hausmann M, Peduzzi M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm* 2009; 18(2):258-65.

Hausmann M. Análise do processo de trabalho gerencial do enfermeiro em um hospital privado no município de São Paulo: possibilidades para o gerenciamento do cuidado [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Kantorski LP, Jardim VMR, Coimbra VCC, Oliveira MM, Heck RM. A integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão no município. *Texto Contexto Enferm* 2006;15(3):434-41.

Kaplan CD, Korf D, Sterk C. Temporal and social contexts of heroin-using populations: an illustration of the snowball sampling technique. *J Nerv Ment Dis* 1987;175(9):566-74.

Kirchhof ALC. O trabalho da enfermagem: análise e perspectivas. *Rev Bras Enferm* 2003;56(6):669-73.

Koerich MS, Backes DS, Nascimento KC, Erdmann AL. Sistematização da assistência: aproximando o saber acadêmico, o saber-fazer e o legislar em saúde. *Acta Paul Enferm* 2007; 20(4):446-51.

Liedke ER. Processo de trabalho. In: Cattani AD, organizadores. *Trabalho e tecnologia: dicionário crítico*. Petrópolis: Vozes; 1997. p.181-3.

Lima JC, Binsfeld L. O trabalho do enfermeiro na organização hospitalar: núcleo operacional autônomo ou assessoria de apoio ao serviço médico? *Rev Enferm UERJ* 2003;11:98-103.

Lima MADS, Almeida MCP. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. *Rev Gaúcha Enferm*.1999; 20(Esp):86-101.

Lima MADS, Gustavo AS, Coelho DF, Schmitz AV, Rosa RB. Concepções de enfermagem sobre seu trabalho no modelo clínico. *Rev Bras Enferm* 2000; 53(3):343-54.

Lima MADS. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998.

Lucena AF, Paskulin LMG, Souza MF, Gutiérrez MGR. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(2):292-8.

Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Borba MR. Como o enfermeiro utiliza o tempo de trabalho numa unidade de internação. Rev Bras Enferm 1994;47(1):7-14.

Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. Ciência & Saúde Coletiva. 2007; 12(2):335-42.

Magalhães AMM, Juchem BC. Primary nursing: adaptando um novo modelo de trabalho no serviço de enfermagem cirúrgica do hospital de clínicas de Porto Alegre. Rev Gaúcha Enferm 2000; 21(2):5-18.

Mancia JR, Cabral LC, Koerich MS. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. Rev Bras Enferm 2004; 57(5):605-10.

Marx K. O capital: crítica da economia política. 14 ed. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil; 1994. Processo de trabalho e o processo de produzir mais valia; p.201-23.

Marx LC. Competências gerenciais na enfermagem: a prática do sistema de primary nursing como parâmetro qualitativo da assistência. São Paulo: Comunicação, 2000. Primary nursing.115-28

Matos E, Pires D. A organização do trabalho de enfermagem na perspectiva dos trabalhadores de um hospital escola. Texto Contexto Enferm 2002;11(1):187-205.

Matos E, Pires D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm 2006; 15(3):508-14.

Matos E, Pires DEP. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. Texto Contexto Enferm 2009;18(2):338-46.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saúde Pública 2004; 20(5):1411-6.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem se definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2001. p. 39-64.

Matumoto S, Fortuna CM, Mishima SM, Pereira MJB, Domingos NAM. Supervisão de equipes no programa de saúde da família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* 2005; 9(16):9-24.

Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC – ABRASCO, 1994. O processo da pesquisa, as questões teóricas e metodológicas. p.15-54.

Merhy EE, Feuerwerker LCM, Ceccim RB. Educación permanent em salud: uma estratégia para intervir em la micropolítica del trabajo em salud. *Salud Colectiva* 2006;2(2):147-60.

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. p.71-112

Minayo MCS. O desafio de conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2004a. Fase exploratória de pesquisa; p.89-104.

Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e cientificidade. 23ª ed. Petrópolis: Vozes; 2004b. Ciência e cientificidade. p. 9-29.

Mishima SM, Villa TCS, Silva E, 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. 251-96.

Nascimento KC, Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. *Rev Esc Enferm USP* 2008;42(4):643-8.

Neto O C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 23ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2004. p. 51-66.

Nietsche EA, Backes VMS, Ferraz F, Loureiro L, Schmidt SMS, Noal HC. Política de educação continuada institucional: um desafio em construção. *Rev Eletr Enf [periódico na Internet]*. 2009 dez. [citado em 2009 dez 23]; 11(2):341-8. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revists/v11/n2/v11n2a15.htm>

Paschoal AS, Mantovani, Méier MJ. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(3):478-84.

Pedroso VG. Aspectos conceituais sobre educação continuada e educação permanente em saúde. Mundo saúde 2005; 29(1):89-93.

Peduzzi M, Anselmi ML, Gaidzinski RR, Molesni, JO. Características do contexto de trabalho da enfermagem. Formação 2003;3(7):7-21.

Peduzzi M, Anselmi ML. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre o planejamento e execução do cuidado. Rev Bras Enferm 2002; 55(4):392-8.

Peduzzi M, Ciampone MHT. Trabalho em equipe e processo grupal. In: Kurcgant P, organizadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 108-124.

Peduzzi M, coordenadora. Análise dos processos educativos de trabalhadores e equipes de saúde e de enfermagem: características, levantamento de necessidades e resultados esperados [relatório de pesquisa na Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007a. [citado 2007 jul. 15]; Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/observatório/observatorio/relstorios/re1092.pdf>>.

Peduzzi M, Guerra DAD, Braga CP, Lucena FS, Silva JAM. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de unidades básicas de saúde em São Paulo. Interface – Comunic Saúde Educ. 2009; 13(30):121-34.

Peduzzi M, Palma JJJ. A equipe de saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: HUCITEC; 1996. p. 234-50

Peduzzi M, Schraiber LB. A pesquisa na área da saúde de recursos humanos em saúde no Brasil. Rev Interface 2000; (7):49-52. (Notas Breves).

Peduzzi M, Schraiber LB. Workshop: mapeamento de projetos de pesquisa e intervenção sobre recursos humanos em saúde, no âmbito nacional. Interface – Comunic Saúde Educ. 2000; 4(7):149-52. (Notas Breves).

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre o trabalho e interação [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, 1998.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev. Saúde Pública, 2001b;35(1):103-9.

Peduzzi M. Laços, compromissos e contradições existentes nas relações de trabalho da enfermagem. In: Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2001a; out. 9-14; Curitiba-BR. Curitiba:ABEn-Seção-PR; 2001.

Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. Rev. Trabalho, Educação e Saúde 2002; 1(1):75-91.

Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população [livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2007b.

Pereira ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Cad. Saúde Publica 2003;19(5):1527-34.

Pereira MJB, Assis MMA, Reis MCG. O modelo assistencial de saúde e o atendimento de enfermagem prestado à mulher com vistas ao aleitamento materno (AM). Rev Bras Enferm 1999;52(3):423-36.

Peres AM, Ciampone MHT. Gerência e competências gerais do enfermeiro. Texto Contexto Enferm. 2006; 15(3):429-9.

Pires D, Gelbcke FL, Matos E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. Trabalho, Educação e Saúde 2004;2(2):311-25

Pinho LB, Santos SMA, Kantorski LP. Análise do processo de trabalho da enfermagem na unidade de terapia intensiva. Texto Contexto Enferm, 2007;16(4):703-11

Ribeiro AC. O trabalho do enfermeiro: a relação entre o regulamentado, o dito e o feito, no cotidiano do hospital. [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2009.

Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no programa de saúde da família. *Cad. Saúde Pública* 2007; 20(2):438-46.

Ricaldoni CAC, Sena RR. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem* 2006; 14(6):837-42.

Ricaldoni CAC. Educação permanente em enfermagem na área hospitalar: uma ferramenta para a qualidade da assistência [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2004.

Rocha PK, Prado ML, Wal ML, Carraro TE. Cuidado e tecnologia: aproximações através do modelo de cuidado. *Rev Bras Enferm* 2008; 61(1):113-6.

Rodrigues FCP, Lima MADS. A multiplicidade de atividades realizadas pelo enfermeiro em unidades de internação. *Rev Gaúcha Enferm* 2004;25(3):314-22

Rossi FR, Silva MAD. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. *Rev Esc Enferm USP* 2005; 39(4):460-8.

Salum NC, Prado ML. Educação continuada no trabalho: uma perspectiva de transformação da prática e valorização do trabalho(a) de enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2000; 9(2):298-311.

Sanna MC. Os processos de trabalho em enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(2):221-4.

Santos L, Andrade LOM. Rede interfederativa de saúde. IN: Silva SF, organizador. *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde*. Campinas: IDISA:CONASEMS, 2008. p. 35-65.

Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MI, Castanheira ER, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde coletiva* 1999; 4(2):221-42.

Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. Rev Saúde Pública 1995b; 29(1): 63-74.

Schraiber LB. Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. Saúde Deb. 1995a; (47):28-35.

Servo MLS, Correia VS. Supervisão e a educação permanente da força de trabalho em enfermagem. Diálogo & Ciência 2006; ano IV. (8):2-11.

Silva A, Peduzzi M. Caracterização das atividades educativas de trabalhadores de enfermagem na ótica da educação permanente. Rev Eletr Enf [periódico na Internet].2009 out. [citado em 2009 out 05]; 11(3):518-26. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a08.htm>.

Silva ACN, Abjaud MAC, Figueiredo MAG, Fonseca MA, Resgalla RM, Pereira SA et al. Educação em serviço: repensando a prática. REME Rev. Min. Enferm. 2003; 7(1):73-8.

Silva EM, Gomes ELR, Anselmi ML. Enfermagem: realidade e perspectiva na assistência e no gerenciamento. Rev Latino Am Enfermagem 1993;1(1):59-63.

Silva AL, Ciampone MHT. Um olhar paradigmático sobre a assistência de enfermagem: um caminhar para o cuidado complexo. Rev Esc Enferm USP 2003;34(4):13-23

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. Supervisão do trabalho de enfermagem 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. São Paulo: Cortez; 1986. O fetichismo da enfermagem. p. 95-131.

Silva EM, Gomes ELR, Anselmi ML. Enfermagem: realidade e perspectiva na assistência e no gerenciamento. Rev Lat Am Enfermagem. 1993;1(1):59-63

Silva MF, Conceição FA, Leite MMJ. Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem. *O Mundo da Saúde* 2008;32(1):47-55

Silva SF, Magalhães Jr HM. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. IN: Silva SF, organizador. *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde*. Campinas: IDISA:CONASEMS, 2008. p. 69-85.

Silva VEF. Mudanças em enfermagem. In: Kurcgant P, organizadora. *Administração em enfermagem*. São Paulo: EPU, 1991. p. 223-237.

Silva VEF. O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação de trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador [tese]. São Paulo: Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, 1996.

Simões JFFL, Garrido AFS. Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2007; 16(4):599-608.

Souza A, Roschke MA. Educación continua y aprendizaje a lo largo de la vida: valoración de sus contribuciones para el desempeño individual y organizacional. In: *Caderno de currículo e ensino*. 2ª ed. Rio de Janeiro: LCE/NUTES/UFRJ. 2003; 3(6):7-29.

Souza LNA, Padilha MICS. A comunicação e o processo de trabalho em enfermagem. *Texto Contexto* 2002;11(1):11-30

Souza MF. Abordagens do cuidado na enfermagem. *Acta Paul Enf* 2000;13(esp 1):98-106

Tanaka LH, Leite MMJ. Processo de trabalho do enfermeiro: visão de professores de uma universidade pública. *Acta Paul Enferm* 2008;21(3):481-6.

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.

Tavares CMM. A Educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. *Texto Contexto Enferm* 2006; 15(2):287-295.

Terra MG, Camponogara S, Silva LC, Girondi JBR, Nascimento K, Radünz V, Santos EKA. O significado de cuidar no contexto do pensamento complexo: novas possibilidades para a enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2006;15(esp):164-9.

Thiollent MJM. Crítica metodológica, investigação social e enquete operária. São Paulo: Polis; 1982. O processo de entrevista; p.79-99.

Triviños ANS. Introdução á pesquisa em ciências sociais; a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1992. Alguns temas no desenvolvimento de uma pesquisa; p.91-115.

Tronchin DMR, Mira VL, Peduzzi M, Ciampone MHT, Mello MM, Silva JAM, et al. Educação permanente de profissionais de saúde em instituições públicas hospitalares. *Rev Esc Enferm* 2009; número especial 2. No prelo.

Valadares GV, Viana L. A globalização, as formas de organização do trabalho e a enfermagem. *Esc Anna Nery R Enferm* 2005;9(1):116-23.

Vecina Neto GV, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007;12(4):825-39

Willig MH, Lenardt MH. A prática gerencial do enfermeiro no processo de cuidar. *Cogitare Enferm* 2002; 7(1):23-9.

Apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE 1: CARTA DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO NÍVEL DOUTORADO

Ao Sr (a) _____
responsável da instituição _____

Vimos solicitar a vossa autorização para a coleta de dados da pesquisa intitulada “Análise da relação entre os processos de trabalho e as atividades educativas de trabalhadores de enfermagem em uma região do município de São Paulo”, Esta pesquisa tem por objetivo geral caracterizar as relações existentes entre os processos de trabalho e os processos educativos dos trabalhadores de enfermagem em serviços de saúde de uma região do Município de São Paulo. Para tanto, os objetivos específicos são; a) analisar as atividades educativas de trabalhadores de enfermagem desenvolvidas em serviços de saúde de uma região do Município de São Paulo; b) analisar as concepções dos enfermeiros sobre relações existentes entre as atividades educativas dos trabalhadores de enfermagem e o processo de trabalho de enfermagem; c) analisar as possibilidades de mudança na relação entre as atividades educativas dos trabalhadores de enfermagem e seus processos de trabalho na perspectiva de integralidade, do trabalho em equipe e da educação permanente. O levantamento de dados junto aos enfermeiros indicados será realizado por meio de entrevista em base em roteiro.

Salientamos o caráter científico do estudo proposto e asseguramos o sigilo sobre as informações coletadas, de modo que não haverá identificação da instituição nem dos sujeitos de pesquisa que conceder entrevista. Também nos comprometemos a apresentar ao serviço os resultados da pesquisa por meio de relatório.

Desde já asseguramos nosso comprometimento de retorno dos resultados da pesquisa à instituição sob a forma de relatório.

_____. ____/____/____.

Assinatura de consentimento do responsável: _____

Assinatura do Pesquisador / Doutoranda

Assinatura do Orientador

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos desta pesquisa, favor entrar em contato com: - Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP – Tel: 3061-7548 -Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 Cerqueira César; - Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde – Tel: 3218-4043 – R.General Jardim, 36, 2ºA. .

Obs. 1 via do responsável da instituição e 1 via da pesquisadora.

APÊNDICE 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO NÍVEL DOUTORADO**

Eu, _____

Pertencente à instituição _____

Autorizo a utilização das informações por mim fornecidas por meio de entrevista gravada para a realização da pesquisa intitulada “Análise da relação entre os processos de trabalho e as atividades educativas de trabalhadores de enfermagem em uma região do município de São Paulo”, Esta pesquisa tem por objetivo geral caracterizar as relações existentes entre os processos de trabalho e os processos educativos dos trabalhadores de enfermagem em serviços de saúde de uma região do Município de São Paulo. Para tanto, os objetivos específicos são; a) analisar as atividades educativas de trabalhadores de enfermagem desenvolvidas em serviços de saúde de uma região do Município de São Paulo; b) analisar as concepções dos enfermeiros sobre relações existentes entre as atividades educativas dos trabalhadores de enfermagem e o processo de trabalho de enfermagem; c) analisar as possibilidades de mudança na relação entre as atividades educativas dos trabalhadores de enfermagem e seus processos de trabalho na perspectiva de integralidade, do trabalho em equipe e da educação permanente. O levantamento de dados junto aos enfermeiros indicados será realizado por meio de entrevista em base em roteiro.

Tenho conhecimento do caráter científico do estudo proposto, no qual minha colaboração é estritamente voluntária, sendo-me assegurado retirar este consentimento em qualquer fase da investigação, sem nenhuma penalização ou prejuízo à minha pessoa ou instituição.

Estou ciente de que não haverá identificação pessoal ou institucional, e que as informações fornecidas serão confidenciais.

_____. ____/____/____.

Assinatura de consentimento do entrevistado: _____

Assinatura do Pesquisador / Doutoranda

Assinatura do Orientador

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos desta pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP – Tel: 3061-7548 -Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 Cerqueira César. - Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde – Tel: 3218-4043 – R.General Jardim, 36, 2ºA. .

Obs. 1 via do sujeito de pesquisa e 1 via da pesquisadora.

APÊNDICE 3: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ROTEIRO DE ENTREVISTA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO NÍVEL DOUTORADO

Nº Entrevista: _____

I – Identificação do entrevistado

Nome do profissional _____

Idade: _____ Sexo: _____ Ano de conclusão da graduação: _____

Escolaridade: Possui Pós-Graduação: () sim () não

Se sim:

Especialização: área: _____

Mestrado: área: _____

Doutorado: área: _____

Livre-Docência: área: _____

Serviço de saúde em que está inserido: _____

Unidade que atua: _____ Há quanto tempo: _____

Função: _____ Há quanto tempo: _____

II – Roteiro de entrevista

1. Conte como foi a sua trajetória profissional até o trabalho atual.
2. Quais os objetivos deste serviço de saúde?
3. Quais objetivos do trabalho desenvolvido pela enfermagem neste serviço de saúde/
4. Quais as principais ações que a enfermagem realiza para atingir estes objetivos? (Pedir para o entrevistado descrever as ações realizadas em um dia típico de trabalho da enfermagem)

5. Como a gerência de enfermagem pode auxiliar (influenciar) os trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem) a executar o seu trabalho de assistência e cuidado de enfermagem?
6. Como são formulados os programas/atividades educativas de trabalhadores de enfermagem nesta instituição?
7. Com que objetivos são desenvolvidas essas atividades educativas de trabalhadores de enfermagem neste serviço?
8. Qual a relevância dos processos educativos para resolver os problemas concretos da prática?
9. Como as atividades educativas podem auxiliar no trabalho em equipe?
10. Há critérios para a definição de participação dos trabalhadores de enfermagem nas atividades educativas?
11. Quais são as estratégias utilizadas para que estes trabalhadores possam participar das atividades educativas?
12. Quais as condições que o serviço oferece aos trabalhadores para que coloquem em prática o aprendizado adquirido nas atividades educativas em serviço?

ANEXOS

ANEXO 1: PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Fone.: 3061-7548 - Fax.: 3061-7548
C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail.: edipesq@usp.br

São Paulo, 28 de maio de 2008.

Ilm.^a Sr.^a
Adriana Marques da Silva

Ref.: Processo nº 729/2008/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto **“Análise da relação entre os processos de trabalho e as atividades educativas de trabalhadores de enfermagem em uma região do município de São Paulo”**, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado 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,

Maria Fat. Fernandes
Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO 2: PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

1

São Paulo, 22 de julho de 2008.
PARECER Nº 181/08 – CEP/SMS
CAAE: 0087.0.162.196-08

Para
Profª Adriana Marques Silva
Sr(a) Pesquisadora
I- Identificação.

- 1- **Título:** Análise da relação entre processos de trabalho e as atividades educativas de trabalhadores de enfermagem em uma região do município de São Paulo.
- 2- **Pesquisadora responsável:** Profª Adriana Marques Silva;
orientadora Dra. Marina Peduzzi.
- 3- **Tipo de Projeto:** Doutorado – Escola de Enfermagem-USP (Área: Administração em Serviços)

II- Súmula do Projeto e Objetivos.

- 1- **Objetivo Geral:** Caracterizar as relações existentes entre os processos de trabalho e os processos educativos de trabalhadores de enfermagem em serviços de saúde.

2- Objetivos específicos:

- Analisar as atividades educativas de trabalhadores de enfermagem desenvolvidas naqueles serviços.
- Analisar concepções dos enfermeiros sobre relações existentes entre aquelas atividades educativas e o processo de trabalho de enfermagem.
- Analisar as possibilidades de mudança na relação entre tais atividades e o trabalho, na perspectiva da integralidade, da educação permanente e do trabalho em equipe.

3 – Resumo:

A autora justifica o tema do trabalho dado que "cada vez mais o mercado de trabalho exige profissionais mais capacitados, tanto técnica quanto cientificamente, visto a crescente tecnologia em saúde e o grande número de oferta de trabalhadores lançado no mercado de trabalho pelas instituições formadoras". Aponta dois problemas que envolvem a profissão: dificuldade de "absorção pelo mercado de trabalho em grandes centros urbanos" e "desafio do desenvolvimento dos processos educativos em serviço, tanto para receber e capacitar esses novos profissionais, que muitas vezes não têm vivência prática da profissão e, manter os trabalhadores mais antigos atualizados e adaptados às novas tecnologias".

Colocada a questão, a doutoranda apresenta revisão da literatura (sobre educação permanente) e justificativa do estudo. Aponta que seu projeto faz parte de "uma pesquisa principal intitulada 'Análise dos processos educativos de trabalhadores e equipes de saúde e enfermagem; características, levantamento de necessidades e resultados esperados' que se enquadra na produção de GP cadastrado no CNPq.

Apresenta objetivos (acima item II - 1 e 2), referencial teórico, metodologia, cronograma, referências bibliográficas.

No "Caminho Metodológico", apresenta seu ponto de partida (ou hipótese) de que o processo de trabalho está diretamente relacionado às atividades educativas em serviço, por outras palavras, "o cotidiano do trabalho gera as necessidades de educação permanente que devem ser desenvolvidas nos serviços".

Sua pesquisa terá "abordagem qualitativa" e será realizada "em 2 serviços de saúde da rede pública de uma região do município de São Paulo". Descreve a região (a qual conta com cerca de 400 mil habitantes) e os serviços de saúde, e também o trabalho prévio realizado (não está nomeada claramente qual é essa região na parte relativa ao "Cenário do Estudo").

Buscará as concepções dos enfermeiros sobre as relações entre processos educativos e processos de trabalho.

Sujeitos: gerentes principais da enfermagem e os enfermeiros indicados (pela técnica "bola-de-nave") em 2 hospitais gerais da região estudada (1 público municipal e outro de ensino), uma vez que concentram um nº significativo de atividades educativas e de trabalhadores de enfermagem da região.

Justifica o método.

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

2

PARECER Nº 181/08 – CEP/SMS
CAAE: 0087.0.162.196-08

A coleta de dados será feita através de entrevista semi-estruturada (anexa modelo) com os sujeitos acima. O número de enfermeiros entrevistados será definido pelo critério de "saturação".
As entrevistas serão submetidas à análise de conteúdo.

III- Avaliação.

A proposta se enquadra perfeitamente na linha do programa ao qual a doutoranda está vinculada. A pesquisa está apresentada de modo completo.

As páginas de rosto estão adequadamente preenchidas, apresenta cronograma (que indica finalização em 2010); apresenta orçamento detalhado e informa que os gastos (cerca de R\$ 2700,00) correrão por sua conta. Apresenta currículos e anexa modelo de entrevista. Assina compromisso de informar resultados (que consta também do projeto e do pedido de autorização para pesquisa).

Não é multicêntrico, não envolve uso de medicamentos, não envolve risco (direto ou indireto: comprometimento do cargo, dado que informa a possibilidade da desistência).

Apresenta 2 anexos (TCLE):

- 1) Pedido de autorização para as entrevistas no local (onde garante a não identificação da instituição a ser estudada).
- 2) TCLE propriamente dito: adequado, garante os direitos dos entrevistados, redigido como convite.

IV. Parecer do CEP: Projeto **APROVADO**

Como procedimento adotado por este Comitê de Ética em Pesquisa, solicitamos a Inclusão, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do seguinte: qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - Rua General Jardim, 36 - 8º andar - Telefone: 33972464 - e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br.

Lembramos que este parecer não basta para que seu estudo possa se realizar na unidade de saúde, é necessária também a permissão da autoridade administrativa.

Salientamos os seguintes aspectos a serem considerados pelo pesquisador:

1. O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - item IV.1f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento livre e esclarecido, na íntegra por ele assinado (item IV.2.d)
2. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente,

Iara Coelho Zito Guerriero
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretaria Municipal da Saúde - CEP/SMS