

**UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL - UNISC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO - MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

Carolina Vivian da Cunha

**CUIDADO E PRÁTICAS EDUCATIVAS DOS(AS) TRABALHADORES(AS) DE
ENFERMAGEM DE UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA (CTI): UM ESTUDO
DE CASO**

Santa Cruz do Sul
2016

Carolina Vivian da Cunha

**CUIDADO E PRÁTICAS EDUCATIVAS DOS(AS) TRABALHADORES(AS) DE
ENFERMAGEM DE UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA (CTI): UM ESTUDO
DE CASO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação - Mestrado, Área de Concentração em Educação, Linha de Pesquisa em Educação, Trabalho e Emancipação, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Moacir Fernando Viegas

Santa Cruz do Sul
2016

C972c **Cunha, Carolina Vivian da**

Cuidado e práticas educativas dos(as) trabalhadores(as) de enfermagem de um centro de terapia intensiva (CTI): um estudo de caso / Carolina Vivian da Cunha. – 2016.

90 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade de Santa Cruz do Sul, 2016.

Orientador: Prof. Dr. Moacir Fernando Viegas.

1. Enfermagem de terapia intensiva. 2. Enfermeiros – Formação. 3. Educação em saúde. I. Viegas, Moacir Fernando. II. Título.

Bibliotecária responsável: Edi Focking - CRB 10/1197

Carolina Vivian da Cunha

**CUIDADO E PRÁTICAS EDUCATIVAS DOS(AS) TRABALHADORES(AS) DE
ENFERMAGEM DE UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA (CTI): UM ESTUDO
DE CASO**

Esta Dissertação foi submetida ao Programa de Pós-Graduação em Educação - Mestrado, Área de Concentração em Educação, Linha de Pesquisa em Educação, Trabalho e Emancipação, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Dr. Moacir Fernando Viegas

Professor orientador

Dr^a. Cheron Zanini Moretti

Professora examinadora – UNISC

Dr. Cesar Hamilton Brito de Goes

Professor examinador – UNISC

Dr^a. Naira Lisboa Franzoi

Professora examinadora – UFRGS

Santa Cruz do Sul
2016

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar esta pesquisa e no percurso dessa formação, vários obstáculos foram vencidos e muitos conhecimentos adquiridos, que me fazem ter consciência do pouco que sei, e do quanto posso aprender com todos os que estão a minha volta.

Muitas pessoas que compartilharam, contribuíram e estiveram comigo no decorrer da construção deste trabalho devo muito meu agradecimento. Primeiramente, quero expressar meu profundo agradecimento a minha mãe Eli Odete, pelo carinho, atenção e motivação em todos os momentos, estando ao meu lado sempre que precisava e também quando achava que não precisava, e por demonstrar e estimular a importância dos estudos, leituras e conhecimentos. A minha irmã Luciana, companheira de mestrado, me auxiliou a conhecer esse universo imenso que é a área de educação, as leituras, os(as) autores(as), parceira incansável de horas de conversas, partilhando momentos de alegrias e de muitas angústias, me ajudando em tudo o que precisei, se tornando essencial para a conclusão dessa pesquisa.

A minha amada filha Isabelle, que mesmo com seus 7 aninhos, às vezes ou na maioria das vezes não compreendendo o que se passava, participou de toda essa minha caminhada, é por ela que faço e vivencio isto, para uma educação mais saudável e com esperança de novos horizontes.

Agradeço aos profissionais de enfermagem, aqui cito os(as) técnicos(as) de enfermagem e enfermeiras do CTI, bem como os(as) gestores(as) do Hospital Ana Nery, pela recepção, acolhida e disponibilidade, permitindo o desenvolvimento desta pesquisa.

Agradeço ao professor Moacir Fernando Viegas, pela dedicação na orientação deste trabalho, e aos demais professores do Programa de Pós-Graduação em Educação da UNISC.

E, por fim, aos meus colegas da linha de pesquisa “Educação, Trabalho e Emancipação”, pelos encontros produtivos e por partilharem dos seus conhecimentos, assim como, os meus colegas da turma de mestrado.

RESUMO

A ampliação da formação dos(as) trabalhadores(as) de enfermagem é uma necessidade devido às mudanças ocorridas em função das descobertas da ciência sobre o uso da tecnologia no cuidado ao doente crítico em terapia intensiva. Sendo assim, a qualificação desses(as) profissionais e a produção de conhecimento devem fazer parte de um processo contínuo. A partir disso, e entendendo que o trabalho é um dos meios de formação em que o(a) trabalhador(a) está inserido(a) com suas atividades, o problema de pesquisa desse estudo é: como ocorrem os processos de formação dos(as) trabalhadores(as) de enfermagem na assistência prestada por esses(as) profissionais no Centro de Terapia Intensiva (CTI) de uma instituição hospitalar de médio porte, do Vale do Rio Pardo, no contexto das práticas educativas em serviço de saúde? A abordagem escolhida foi a qualitativa, do tipo estudo de caso, e as informações foram analisadas por meio da análise de conteúdo. Os(as) participantes foram duas enfermeiras assistenciais, um enfermeiro coordenador, quatro técnicas(os) de enfermagem e a gestora do Centro de Educação e Pesquisa (CEP) da instituição investigada. A coleta de informações ocorreu por meio de entrevista semiestruturada e anotações no diário de campo. Como resultado, foi possível confirmar que a formação do(a) trabalhador(a) é fundamental para o seu trabalho, pois o CTI é um ambiente que ensina e em que se aprende a todo o momento. Porém, há necessidade de ações educativas referentes à assistência de enfermagem e ao cuidado tecnológico realizado por todos(as) profissionais envolvidos(as). O estudo revelou ainda que as condições de trabalho não estão adequadas à demanda exigida pelo setor, causando sobrecarga e estresse no trabalho; que existem lacunas a serem preenchidas referentes à organização do trabalho nos processos da instituição e do CTI, como padronizações no atendimento e na prática do cuidado realizado pelos(as) profissionais. Por fim, que há poucas oportunidades de formação permanente no ambiente de trabalho, desencadeando pouco estímulo para participação no que se refere ao desenvolvimento e crescimento profissional e pessoal.

Palavras-chave: Educação e saúde; Trabalhadores(as) de enfermagem; Práticas educativas em saúde; Educação e trabalho; Cuidado.

ABSTRACT

The expansion of the formation of (the) employees (as) nursing is a necessity due to changes depending on the findings of science on the use of technology in the care of critically ill patients in intensive care. Thus, the qualification of those (as) professionals and knowledge production should be part of an ongoing process. From this, and understand that work is a means of training in which (a) worker (a) is inserted (a) with its activities, the research problem of this study is: how the nursing professional development process occur inside the Intensive Therapy Center (ITC) of a middle-sized institution located at the Vale do Rio Pardo, in the context of the educational practice in health service? The approach was qualitative, the case study type, and the data were analyzed using content analysis. The (the) participants were two clinical nurses, a nurse coordinator, four technical (the) nursing and the management of the Education and Research Center (CEP) of the institution investigated. Data collection occurred through semi-structured interviews and notes in field diary. As a result, it was confirmed that the formation of (a) worker (a) is fundamental to their work, because the ITC is an environment that teaches and you learn all the time. However, there is need for educational activities related to nursing care and technological care provided by all (the) professionals involved (as). The study also revealed that working conditions are not adequate to the demand required by the sector, causing overload and stress at work; that there are gaps to be filled relating to the organization of work in the processes of the institution and ITC, as standardization in service and practice of care provided by (the) professional. Finally, there are few opportunities for continuing education in the workplace, setting off little incentive to participate in regard to development and professional and personal growth.

Key-words: Education and health; Workers (the) nursing; Educational practices in health; Education and work; Care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Sujeitos participantes da pesquisa	55
--	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS

CAAE	Certificação de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Centro de Ensino e Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CTI	Centro de Terapia Intensiva
EC	Educação Continuada
EPS	Educação Permanente em Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HAN	Hospital Ana Nery
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
POP	Procedimento Operacional Padrão
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1	Organização do trabalho e contexto histórico na enfermagem.....	16
2.1.1	Divisão social do trabalho e relação de gênero no trabalho da enfermagem.....	21
2.1.2	O trabalho gerencial na enfermagem.....	28
2.2	O surgimento da Unidade de Terapia Intensiva - UTI.....	31
2.3	Processos educativos na saúde.....	35
2.3.1	Educação permanente e formação profissional em saúde.....	40
2.4	O cuidar e o trabalho em saúde.....	43
2.4.1	O cuidar na prática de enfermagem.....	47
3	ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	50
3.1	Caracterização da equipe de enfermagem do CTI.....	54
4	FORMAÇÃO DOS(AS) TRABALHADORES(AS) DE ENFERMAGEM: AS PRÁTICAS EDUCATIVAS E O CUIDADO NO CTI.....	59
4.1	Formação dos(as) trabalhadores(as) de enfermagem.....	61
4.2	Educação transformadora para o trabalho.....	66
4.3	As práticas educativas no ambiente hospitalar.....	69
4.4	Cuidar-educando em saúde: a enfermagem no CTI.....	74
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
	REFERÊNCIAS.....	82
	APÊNDICE A - Roteiro da entrevista semiestruturada com os(as) profissionais de enfermagem do CTI.....	87
	APÊNDICE B - Roteiro da entrevista semiestruturada com os(as) gestores(as).....	89
	APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	91

1 INTRODUÇÃO

A minha caminhada na área da saúde está diretamente relacionada à escolha e seleção da instituição investigada na dissertação. Constituí toda minha formação na área da saúde em instituições hospitalares, o que possivelmente me orientou e motivou no momento de construir a minha carreira profissional no âmbito hospitalar. Atuo profissionalmente como enfermeira assistencial, mais especificamente no Centro de Terapia Intensiva (CTI) adulto de uma instituição hospitalar de médio porte do Vale do Rio Pardo em Santa Cruz do Sul. Comecei a minha carreira profissional em 1999, como técnica de enfermagem, e por querer saber mais e ampliar meus conhecimentos, busquei aprimoramento com a graduação em Enfermagem na Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), concluída em 2005.

Ao longo da minha jornada em Santa Cruz do Sul, tive a oportunidade de atuar em várias áreas da saúde, primeiramente como técnica de enfermagem no Centro Cirúrgico e após a minha formação como Enfermeira, atuei no setor de auditora de contas de convênio. No ano de 2005, retornei a Cachoeira do Sul (cidade de origem), onde atuei no ambiente hospitalar, por um período muito curto. Contudo voltei para Santa Cruz do Sul, local onde resido e trabalho até os dias atuais. Também tive a oportunidade de supervisionar práticas para a graduação de Enfermagem, o que me possibilitou novas vivências profissionais, instigando-me a busca por conhecimento e aperfeiçoamento na área da saúde.

Ao ingressar no Programa de Pós-Graduação em Educação da UNISC, a primeira decisão tomada foi que a instituição estudada deveria ser a qual faço parte. Após conversas e orientações, mantivemos esta decisão, investigando especificamente o CTI, tanto pelo contexto em que estou inserida, quanto por ser um setor destinado aos cuidados com pacientes em situações críticas de saúde, cujos processos de trabalho exigem qualificação permanente das equipes.

Em um CTI, o atendimento é multiprofissional e está voltado para pacientes com comprometimento de suas funções vitais. O tratamento intensivo está direcionado para pacientes com potencial de recuperação e que necessitam de uma monitorização rigorosa e tratamentos mais invasivos, como conforto ventilatório entre outros.

Por conta da demanda hospitalar, ocorre uma rotatividade dos(as) profissionais de enfermagem no setor CTI. Acredita-se que isso ocorra porque o CTI é um setor

locado em um ambiente fechado, qual possui uma demanda de cuidado voltado à tecnologia, levando o(a) profissional a se sentir inseguro(a) quanto à assistência, caso não seja capacitado a manipular os equipamentos.

Outro aspecto a destacar é em relação ao perfil dos pacientes internados neste setor. A equipe de enfermagem se depara com pacientes que permanecem com o mesmo quadro clínico por um longo período e muitas vezes com doenças incuráveis, e essa situação gera, nos(as) profissionais que ali se encontram, sentimentos que podem ocasionar estresse psicológico acentuado, prejudicando seu desempenho ao executar suas funções, ocasionando um grande desgaste do(a) profissional, e pouca expectativa em relação a sua atuação, resultando na sua saída.

Por isso, o desenvolvimento dos(as) profissionais de enfermagem torna-se uma necessidade. Então, falar de formação consiste em desenvolver as práticas educativas, visando melhorar o processo de trabalho e o desempenho dos(as) profissionais da referida área, construindo estratégias na organização de suas práticas concretas no interior das equipes, aprimorando as suas competências e atualização permanente de suas capacidades, contribuindo nas suas experiências diárias da assistência realizada e na qualidade de vida no trabalho.

A qualificação adquirida nos momentos de formação criará oportunidades de formação de um grupo, desenvolvendo as potencialidades de cada um, e em conjunto com o conhecimento científico implicará em um atendimento unificado, de qualidade e com boas condições de trabalho.

Em um primeiro momento, antes de iniciar este estudo, contatou-se a gestora responsável pelo Centro de Ensino e Pesquisa (CEP) da instituição para possíveis esclarecimentos acerca do local. A gestora relatou que recentemente estavam reestruturando o CEP, visto que, até então, o Centro de Ensino e Pesquisa era chamado de Centro de Educação Permanente, em que como responsável era uma profissional do *endomarketing*. Esse profissional tinha como objetivo coletar as presenças nas capacitações realizadas pela instituição e receber e aprovar projetos de trabalhos acadêmicos, bem como novos colaboradores e estagiários de cursos na área da saúde e afins.

A partir dessa situação relatada, percebeu-se a necessidade de uma nova reestruturação nesse Centro, iniciando-se pela nomenclatura e após com novos integrantes, como médico, administrador, enfermeira e coordenadora dos recursos

humanos. Após a reestruturação, o propósito do CEP é desenvolver e aprimorar as capacitações e programas da instituição e atrair e reter talentos.

Sobre os(as) profissionais de enfermagem, estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2015), relata que a enfermagem, no país, é composta por 80% de técnicos(as) e auxiliares e 20% de enfermeiros(as). De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015), a área de saúde compõe-se de um contingente de 3,5 milhões de trabalhadores, dos quais cerca de 50% atuam na enfermagem (cerca de 1,7 milhão). No quesito mercado de trabalho, consta no estudo, 59,3% das equipes de enfermagem encontra-se no setor público, 31,8% no privado, 14,6% no filantrópico e 8,2% nas atividades de ensino.

Outro aspecto dessa pesquisa e relevante para o meu estudo trata-se do dado sobre a composição da equipe de enfermagem, em que consta ser predominantemente feminina, sendo composta por 84,6% de mulheres e 15% de homens. Essa situação é recente, datando-se o início da presença do homem na profissão Enfermagem na década de 1950, o que aconteceu em decorrência da grande influência do paradigma militar e religioso daquela época e pela necessidade da força física nas áreas da psiquiatria e ortopedia, também devido a separação dos(as) pacientes por sexo. Dessa maneira, o aspecto cultural provavelmente tenha influenciado significativamente a presença do homem na enfermagem e vindo a se firmar (FIOCRUZ, 2015)¹.

A pesquisa revela também o desejo dos(as) profissionais de enfermagem de se qualificarem. Muitos(as) trabalhadores(as) de nível médio (técnicos(as) e auxiliares) apresentam escolaridade acima da exigida para o desempenho de suas atribuições, com 23,8% possuindo nível superior incompleto e 11,7% com o curso de graduação concluído. Observa-se que os(as) profissionais preocupam-se em buscar o aprimoramento e aprendizagem de suas atividades para um melhor desempenho de suas funções e condições de trabalho.

O tema desta dissertação, como já dito, se organizou a partir da minha experiência profissional e inquietações acerca do trabalho no CTI, e após a delimitação do tema, título e as leituras realizadas, constitui-se como questão de pesquisa: como ocorrem os processos de formação dos(as) trabalhadores(as) de

¹ Pesquisa realizada pela FIOCRUZ e COFEN em 2015, sobre o perfil da enfermagem no Brasil. Fonte: Agência Fiocruz de Notícias. Disponível em: < <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem-no-brasil> > Acesso em: 20 de abril de 2016.

enfermagem na assistência prestada por esses profissionais no Centro de Terapia Intensiva (CTI) de uma instituição hospitalar de médio porte do Vale do Rio Pardo, no contexto das práticas educativas em serviço de saúde?

O objetivo geral foi o de analisar e compreender como se dão os processos de formação dos(as) trabalhadores(as) de enfermagem na assistência prestada por estes profissionais no Centro de Terapia Intensiva (CTI) de uma instituição hospitalar de médio porte do Vale do Rio Pardo, no contexto das práticas educativas em serviço de saúde.

Além disso, teve-se como objetivos específicos descrever, compreender e analisar as concepções dos(as) trabalhadores(as) de enfermagem sobre as práticas educativas em serviço de saúde realizadas pela instituição; identificar com que frequência são realizadas as práticas educativas; descrever e analisar as percepções que orientam as práticas educativas e como são construídos os temas a serem abordados.

Como metodologia, utilizou-se a pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso. Esse método constitui-se em aprofundar uma unidade - no caso, o CTI - bem como para compreendermos melhor os fenômenos individuais e os processos de trabalho dos(as) participantes envolvidos na temática escolhida. Na pesquisa qualitativa “todos os fenômenos são igualmente importantes e preciosos: a constância das manifestações e sua ocasionalidade, a frequência e a interrupção, a fala e o silêncio [...]”, permanecendo únicos todos os seus pontos de vista relevantes (CHIZZOTTI, 1995, p. 84).

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas, mediante um roteiro contendo questões sobre a problemática da pesquisa, com quatro técnicos(as) de enfermagem e duas enfermeiras assistenciais, no período de setembro a dezembro de 2015. O processo de análise e interpretação das informações foi orientado pelo referencial bibliográfico da análise de conteúdo.

Esta dissertação estrutura-se em quatro partes. O primeiro capítulo apresenta a delimitação do tema, assim como os demais aspectos iniciais da pesquisa.

O segundo capítulo, “Referencial Teórico”, apresenta quatro subtítulos. No primeiro subtítulo, “Organização do trabalho e contexto histórico na enfermagem”, contextualiza-se a organização do trabalho em saúde, a trajetória histórica da enfermagem e os aspectos envolvendo a divisão social e a relação de gênero no trabalho com a prática gerencial da enfermagem. O próximo subtítulo, “O surgimento

da Unidade de Terapia Intensiva - UTI”, contempla-se a história da UTI e as práticas envolvendo esse cenário. Após, no terceiro subtítulo, denominado “Processos educativos na saúde”, apresenta definições de educação, discorrendo também sobre educação permanente, políticas públicas de saúde e as práticas que envolvem a formação do(a) profissional em saúde e o último subtítulo, “O cuidar e o trabalho em saúde”, problematiza o cuidado, utilizando-se de autoras como Hirata e Guimarães (2012), contextualizando o trabalho de cuidar e o envolvimento desse cuidado com a prática de enfermagem, explicitados por Waldow (2010) e demais autores(as).

No terceiro capítulo, “Aspectos Metodológicos”, apresenta-se a opção metodológica que orientou a escrita deste estudo, e também a coleta, organização e análise das informações.

E, finalmente, o quarto capítulo, “Formação dos(as) trabalhadores(as) de enfermagem: as práticas educativas e o cuidado no CTI”, desenvolve-se a análise dos relatos realizados nas entrevistas com os(as) participantes da pesquisa, organizando-se a discussão em quatro categorias de análise: a) Formação dos(as) trabalhadores(as) de enfermagem; b) Educação transformadora para o trabalho; c) As práticas educativas no ambiente hospitalar e d) Cuidar-educando em saúde: a enfermagem no CTI.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Organização do trabalho e contexto histórico na enfermagem

A organização do trabalho e o desenvolvimento das práticas de saúde estão interligados às estruturas sociais das diferentes épocas e nações em que passaram, ou seja, o processo de trabalho em saúde é determinado por uma formação social específica de cada período histórico, caracterizando as relações de trabalho e a trajetória dessas práticas em saúde.

Faz-se necessário compreender a palavra trabalho, que tem muitos significados, dependendo do contexto em que o termo é utilizado. Muitas vezes vem carregado de emoção, lembrando dor, tortura, suor do rosto e fadiga. Em outros momentos, mais que aflição e fardo, designa a operação humana de transformação da matéria natural em objeto de cultura. Tudo isso é a humanidade em ação para sobreviver e se realizar, criando instrumentos, cujas vinculações com a natureza, embora inegáveis, se tornam opacas (ALBORNOZ, 1994).

Albornoz (1994) salienta a diversidade de significados da expressão trabalho, como o de esforço aplicado à produção de utilidades ou obras de arte. Para a autora, o trabalho do homem aparece cada vez mais nítido quanto mais claro for a intenção, a direção do seu esforço. O trabalho, nesse sentido, possui o significado ativo de muito esforço afirmado e desejado para a realização de seus objetivos e resultados.

Existem muitas teorias sobre o trabalho. Para Manacorda (1991, p. 43):

O trabalho ocupa um lugar central na proposta pedagógica marxiana e, como – no que se refere especificamente à pedagogia – é possível, talvez, com ou sem razão, iludir-se de que se sabe o que é ou possa ser ensino, é, no entanto, mais difícil ter ou acreditar ter uma ideia precisa sobre o que seja trabalho, apesar da secular experiência que dele se tem e, como acima de tudo, não parece que o conceito preciso de Marx sobre o trabalho tenha sido compreendido por muitos, eis que compreender o que propriamente seja esse trabalho torna-se pressuposto para toda justa interpretação e colocação histórica proposta.

O trabalho é uma identificação com o outro, nos inserindo em um grupo, nos igualando e nos diferenciando de outros indivíduos. É pela via do trabalho que eu significo algo para o outro e conseqüentemente o outro significa algo para mim. Somos um ser social, logo, nossa sobrevivência depende da possibilidade de

transformar o outro e de ser transformado por ele, nos condenando a realizar nova individualidade através do outro (CODDO, 1985).

Na medida em que, a qualidade do trabalho deixa de importar e a quantidade passa a ser considerada predominante, ocorre a eliminação das diferenças individuais de cada pessoa no seu trabalho. E dessa forma, o trabalho humano torna-se a única mercadoria que pode ser multiplicada sem exigir nova cota e aumento do preço. Ele é uma mercadoria capaz de ser explorada, pagando ao trabalhador pelo serviço desempenhado para sua sobrevivência e após vendendo esse produto pelo valor que ele tem (CODDO, 1985).

A organização do trabalho tornou-se um importante instrumento da humanidade, configurando-se num dos maiores veículos para a evolução social, sendo especificamente humana. Surgiram estudos sobre a organização do processo de trabalho apoiados no progresso técnico-científico, estabelecendo uma relação entre a absorção de inovações tecnológicas e o crescimento economia, combinando habilidades da ciência e da tecnologia às necessidades humanas (LUNARDI FILHO; LEOPARDI, 1999).

Na análise que fez da organização capitalista do trabalho, Marx, conforme Cattani (1997), pesquisou detalhadamente a divisão do trabalho na manufatura e na fábrica, bem como a sua importância na dinâmica capitalista. Com o início da fase da manufatura capitalista na produção, surge, com a divisão técnica do trabalho, a separação entre trabalho de execução e trabalho de concepção, passando a ser atribuição do(a) empresário(a) ou de seus agentes a concepção do produto e da organização de todo o processo de trabalho, fazendo com que os produtores diretos realizassem os procedimentos de trabalho, tal qual prescrito pelos seus programadores. Cattani (1997, p. 65) explicita que:

para Marx, a divisão técnica do trabalho incrementa a produtividade (anteriormente louvada por Adam Smith) a favor do capital e fragmenta o trabalhador, impedindo o desenvolvimento integral de suas potencialidades, bem como intensifica o ritmo de trabalho, rebaixa o valor da força de trabalho e reduz a capacidade de os trabalhadores negociarem a seu favor as condições de troca e uso de suas habilidades.

Na produção de bens, o resultado do trabalho executado adquire formas diferenciadas, podendo-se aqui trazer o caso do trabalho em saúde, em que produção e consumo são simultâneos. Nesse caso, o produto final não é uma

mercadoria, porém seus próprios efeitos tornam-se mercadorias (LUNARDI FILHO; LEOPARDI, 1999).

Desse modo, a enfermagem, que tem como resultado de seu trabalho a produção de um serviço de saúde, a qual pode transformar-se artificialmente em mercadoria e ao sujeitar-se a todas as condições gerais em que o mercado de trabalho exige, torna-se uma profissão constituinte do sistema de produção geral, não mais caritativa, como o fora originalmente, levando as mesmas determinações igualitárias do trabalho em geral (LUNARDI FILHO; LEOPARDI, 1999).

Com isso, o trabalho de enfermagem foi se reorganizando e na sua trajetória histórica teve diversas influências, tornando-se marcantes aquelas advindas do paradigma religioso-militar.

Institucionalizada na Inglaterra no século XIX, através de Florence Nightingale e no Brasil no início do século XX, teve sua origem determinada muito antes, no seio da comunidade tribal primitiva, expressa pelo ato instintivo de cuidar, o qual era garantia da conservação da própria espécie. Só a partir da institucionalização, seu saber foi organizado e sistematizado, dando origem à Enfermagem moderna (GEOVANINI et al, 2002, p. 04).

A Enfermagem estabeleceu-se como profissão a partir de 1860, com a criação da primeira Escola de Enfermagem no Hospital St Thomas, em Londres, por Florence Nightingale. No Brasil, isso aconteceu a partir de 1890, com a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do Hospital Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro, que foi estimulada pela saída das irmãs de caridade desse Hospital, com atendimento direcionado a psiquiatria, passando a ser administrado exclusivamente por médicos psiquiátricos. Antes disso, a Enfermagem era desempenhada em âmbito doméstico e pelas irmãs de caridade, nas Santas Casas de Misericórdia (GEOVANINI et al, 2002).

O objetivo da Escola de Enfermagem era formar mão de obra qualificada para o cuidado de indivíduos com transtornos psiquiátricos internados no Hospital St Thomas, o currículo da Escola tinha como base a assistência hospitalar.

O final do Século XIX e início do Século XX foi marcado pelo fim da monarquia e surgimento da Primeira República. As condições higiênicas eram precárias, desencadeando epidemias como a febre amarela, cólera, entre outras. Tais problemas estavam relacionados às condições ambientais desfavoráveis e aos hábitos inadequados de higiene da população (GEOVANINI et al, 2002).

Diante disso, houve a necessidade urgente de saneamento das cidades brasileiras, com início da movimentação da reforma sanitária, primeiramente para a cidade do Rio de Janeiro, capital do país naquela época e em alguns portos.

O primeiro período do movimento sanitarista brasileiro ocorreu entre 1903 e 1909 no governo de Rodrigues Alves, comandado pelo médico Oswaldo Cruz, Diretor Geral de Saúde Pública.

As ações de saúde eram voltadas e concentradas no saneamento urbano, mediante o acesso às casas para eliminação de focos do mosquito transmissor da febre amarela, e combate às epidemias com o confinamento de enfermos em desinfetórios e a vacinação compulsória da população (HOCHMAN, 2006). Essas medidas ocorreram sem esclarecimentos e orientação à população, deixando a educação em outro plano. Com isso, o governo enfrentou forte resistência e grande revolta quanto à realização dessas ações.

Na década de 1910, o movimento sanitarista volta-se para o saneamento rural, a fim de levantar informações sobre condições de vida e saúde da população, com visitas pelo interior do país.

Inicia-se a preocupação com a educação sanitária, com o intuito de trazer progresso e modernização para o Brasil. Médicos sanitaristas, como Belisário Penna, em seus relatórios e em suas publicações nos meios de comunicação da época, indicavam para essa necessidade.

Em 1916, Penna insinuava a criação de um Ministério da Educação e Saúde (o qual foi fundado em 1930) com o intuito de nacionalizar os serviços de saúde pública e aproximar o saber médico e pedagógico. Dessa forma, a solução dos problemas brasileiros estava na educação sanitária, necessitando-se, assim, resgatar a população brasileira da degeneração em que se encontrava por meio da educação sobre os princípios de higiene (FREIRE; OLIVEIRA, 2011).

Diante dessas condições de saúde, em que o país se encontrava e devido a diversas influências nessa trajetória histórica, o perfil da enfermagem foi se moldando de maneira marcante ao paradigma religioso militar, necessitando de enfermeiras(os) com formação voltada para a saúde pública.

Para dar conta de toda essa transformação do hospital e saber médico, a assistência religiosa passou a ter suas atividades direcionadas ao cuidado com o corpo, objetivando favorecer a cura e controlar a doença, não sendo restrito somente ao conforto da alma do doente (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Em consequência destas transformações é que a enfermagem se institucionaliza enquanto profissão, não mais para ser executada exclusivamente por leigos despreparados e por religiosos, mas uma atividade que a partir de então exigiria um preparo técnico próprio para seu desempenho, cujo espaço foi o hospital, transformado em local de ensino e prática da medicina. O hospital aparece como necessário na medida em que se constitui em meio de consumo coletivo, fábrica de produzir serviços médicos, perdendo suas características originais de hospedaria para mendigos, velhos e vagabundos, utilizados pela sociedade como instrumento de repressão contra os violadores da ordem estabelecida (MELO, 1986, p. 42).

O trabalho em saúde passa a ser gradualmente realizado por diversas especialidades profissionais, através de grupos de indivíduos que se auxiliam entre si e em torno de um objetivo em comum que é a assistência ao paciente doente.

Desse modo, a organização do trabalho da enfermagem foi conduzida em três direções, que mesmo consideradas diferentes e com instrumentos diversos de trabalho, obtiveram um mesmo resultado final que era a recuperação individual dos corpos sociais.

A primeira foi no sentido de organizar o cuidado ao doente, realizando-se pela sistematização das técnicas de enfermagem, e essa organização do cuidado foi uma das primeiras manifestações realizadas pelo saber de enfermagem. A segunda, com a organização da purificação do ar e do ambiente, o que hoje se denomina como ambiente terapêutico, eliminando as impurezas por meio da limpeza, higiene, entre outros, e a terceira que foi de organizar os agentes de enfermagem por meio de treinamentos, utilizando-se de mecanismos e técnicas disciplinares e da hierarquia do micropoder hospitalar (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Após a organização de todo esse processo do cuidado humano, o trabalho em saúde passa progressivamente a ter um parcelamento hierárquico de autoridade e poder entre as diferentes categorias profissionais. A distribuição de autoridade fez-se pela subordinação dos executores aos mentores, constatando-se isso, nos trabalhos da enfermagem e da medicina, diferenciando-se entre as técnicas e as relações de poder no trabalho e das tendências dominantes na relação de produção.

A forma de organização do trabalho em saúde, apesar de ter especificidades, é também influenciada pelo macro contexto histórico institucional de cada país e pelos modelos de organização e gestão presentes em outras áreas da produção, bem como em outras atividades do setor de serviço. A hierarquia de trabalho e de saberes marca as diferenças de custo da força de trabalho e manifesta-se nas relações de trabalho resultando em tensões entre os diversos agentes, com conflitos explícitos ou não (PIRES; apud PEREIRA; LIMA, 2008, p. 131).

Ainda de acordo com Melo (1986), a própria diversidade de profissões resulta no desenvolvimento dos tipos individuais. O modo de produção capitalista, com seu avanço, máquinas inventadas, instrumentos de produção e trabalhadores(as) concentrados(as) num mesmo local, constitui-se em elementos inseparáveis entre si na divisão do trabalho.

O trabalho em saúde, numa visão histórico-social, nem sempre estabelece relações sociais harmoniosas com o trabalho médico. Uma vez que, a enfermagem tem uma autonomia relativa em suas atividades, atendendo as necessidades técnicas e sociais de saúde, mas “no âmbito das relações sociais, tanto a enfermagem como a medicina se sustentam mutuamente, ambas manifestam qualidades necessárias para o encaminhamento do processo mais geral do trabalho de assistência à saúde” com o foco principal que é o paciente (LUNARDI FILHO; LEOPARDI, 1999, p. 77).

Portanto, no processo de trabalho da enfermagem, tanto enfermeiros(as) como as demais categorias de profissionais de enfermagem, mesmo que desempenhem várias funções que dependam reciprocamente de determinações das práticas médicas, não devem ser vistos como subordinados(as) a tal prática realizada. Essas ações desempenhadas devem ser consideradas como complementares, mesmo apresentando maior ou menor grau de autonomia, estabelecendo dessa maneira, relações entre a organização das técnicas com a ideologia que subordina a sua prática.

2.1.1 Divisão social do trabalho e relação de gênero no trabalho da enfermagem

O entendimento sobre gênero tem sido constantemente debatido, representando um fator de instabilidade e de constante questionamento. Para Scott (1990, p. 14), o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder (SCOTT, 1990, p. 14).

Conforme Meyer; Waldow; Lopes (1998, p. 13 e 14) “trata-se do dilema que contrapõe, de um lado, a luta pela *igualdade*² (de direitos, de salários, de

² Grifo da autora.

oportunidades, etc.) e, de outro, a valorização da *diferença*³, ou seja, a afirmação de um ser feminino.” Então, falar das relações sociais é colocar no centro do problema a luta dos(as) dominados(as), os homens e as mulheres, relações de força e grupos de oposição.

A divisão social do trabalho se dá num ponto distante da história da humanidade, originando-se nas tribos, com a divisão natural do trabalho, em virtudes das diferenças nas famílias entre sexo e idade, com bases puramente fisiológicas, ocasionando-se nessa situação a primeira divisão entre homem e mulher para a concepção dos(as) filhos(as) (MELO, 1986).

Com o desenvolvimento do comércio e da indústria capitalista nas diversas cidades, ocorre a necessidade de contar trabalhadores(as), dividindo a sociedade em várias ocupações, em ramos de produção diferentes e separadas do sistema corporativo, exigindo, desse modo, para a sua manutenção, o desenvolvimento da população e do capital. Com o acúmulo do capital, os interesses individuais são negados, na prática, e a organização passa a centralizar-se somente do trabalho (MELO, 1986).

Assim, para Adam Smith, a divisão do trabalho seria a consequência necessária do comércio natural e necessário do homem, ou seja, o homem teria que satisfazer todas as suas necessidades, se vendo sem respostas e com isso possuiria todos os talentos, não podendo ser repartido com seus semelhantes (MELO, 1986).

De acordo com Smith, a divisão do trabalho compreendia uma especialização e uma consequência natural do bem-estar e da felicidade do homem e não como lucro ou acumulação de riquezas, mesmo que admitisse a divisão ser acumulação de capital. Para o autor, essa divisão estava baseada na propensão para a troca, considerada por ele uma característica essencialmente humana, limitando-se a mesma pelo próprio mercado (MELO, 1986).

Outros economistas abordaram esse tema em seus estudos. Dentre eles John Stuart Mill e Jean Baptiste Say, cujas ideias foram analisadas e criticadas por Marx. Eles consideravam que a divisão do trabalho é um meio prático e fácil de utilizar as

³ Grifo da autora.

forças humanas para a produção de riquezas sociais. Melo (1986, p. 28) nos traz que a divisão social do trabalho:

[...] transforma o trabalho em algo tão específico que se torna necessário que o produto do trabalho de um determinado trabalhador não tenha para ele nenhuma utilidade, e como tal o transforma em um potencial consumidor de coisas que já não pode mais produzir.

A divisão social do trabalho corresponde às características dos indivíduos e às várias profissões e formações econômicas, sendo todas, no entanto, principiadas de desigualdade social e da relação de gênero, já que são duas proposições indissociáveis que formam um sistema e que existem em todos os lugares, compreendendo a diversidade e a complexidade das práticas sociais de homens e mulheres (ALVES, 2013).

Nas sociedades pré-industriais da Europa Ocidental, as vidas das famílias eram caracterizadas pela integração entre as funções domésticas, essas realizadas prioritariamente pelas mulheres, e o trabalho produtivo realizado principalmente pelos homens em um único ambiente, no qual suas atividades eram diferenciadas sexualmente.

Tanto na ocupação da casa, com o trabalho doméstico, como na produção, auxiliando nos negócios, as mulheres encontravam-se presas a esse triplo trabalho que era o de criar os(as) filhos(as), cuidar do lar e dos negócios, apresentando assim uma condição de inferioridade e desigualdade perante a posição social do homem, já demonstrando uma divisão sexual do trabalho (ALVES, 2013).

Das profissões da área da saúde, a enfermagem foi uma das pioneiras na organização de suas práticas, dividindo-se em categorias distintas: enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem, auxiliar de enfermagem e atendente de enfermagem. A evolução na área de enfermagem tem sido marcada por uma crescente divisão do trabalho e um campo caracterizado como um verdadeiro grupo ocupacional feminino.

A divisão parcelada do trabalho na área de enfermagem, além de trazer uma alienação dos(as) trabalhadores(as) referente ao processo de trabalho, centraliza no interior da enfermagem as relações de dominação e subordinação entre seus responsáveis, em que a categoria de enfermeiros(as) encontra-se exercendo atividades nas áreas administrativa e de supervisão, controlando, assim, o processo de trabalho na enfermagem.

A enfermagem é uma ação, ou uma atividade realizada predominantemente por mulheres que precisam dela para reproduzir a sua própria existência e utilizam de um saber advindo de outras ciências e de uma síntese produzida por ela própria para apreender o objeto da saúde naquilo que diz respeito ao seu campo específico [...] visualizando o produto final, que é atender às necessidades sociais, ou seja, a promoção da saúde, prevenção de doenças e a recuperação do indivíduo, ou o controle da saúde da população. [...] Os agentes do trabalho de enfermagem, assim como aqueles portadores de necessidades de saúde, se relacionam com outros homens, através de seus produtos, na divisão social do trabalho. Não é, portanto um processo natural, bom ou mau, é necessariamente social e histórico (ALMEIDA; ROCHA, 1997, p. 18).

Com a diversidade e a institucionalização das profissões surge o cuidado ao doente. No período antes de Cristo, a prática era realizada por pessoas que possuíam conhecimentos e habilidades referentes ao cuidado. Na Roma Antiga, a enfermagem, assim como a medicina, era exercida por estrangeiros ou escravos, por ser algo que os romanos não poderiam realizar. Na Idade Média, esses cuidados aos doentes eram realizados por religiosos, e nos séculos XI e XII por militares a serviço da igreja (MELO, 1986).

Retomando aspectos sócio-históricos, podemos dizer que a enfermagem nasce como um serviço organizado pela instituição das ordens sacras. Coexiste com o cuidado doméstico às crianças, aos doentes e aos velhos, associado à figura da mulher-mãe que desde sempre foi curandeira e detentora de um saber informal de práticas de saúde, transmitindo de mulher para mulher. É a condenação desses saberes, especialmente para o controle social e religioso da sexualidade e da reprodução, que impõe questionamentos a sua legitimidade e mudanças no seu livre exercício. A marca das ordens religiosas impõe à enfermagem, por longo período, seu exercício institucional exclusivo e ou majoritariamente feminino e caritativo. O tardio processo de profissionalização atesta essas características e reproduz as relações de trabalho sob o peso hegemônico da medicina "masculina". Assim, a seletividade sexual, assentada em valores ideológicos religiosos, associa-se à seleção de grupos sociais a serem incorporados aos sistemas organizados de saúde em expansão, a partir dos avanços técnicos e tecnológicos do campo científico e da organização capitalista do trabalho (LOPES; LEAL, 2005, p. 2).

Como o cuidado ao doente era feito em casa e realizado quase sempre por mulheres, o trabalho de enfermagem estava, na sua origem, associando ao trabalho feminino, pouco valorizado socialmente e interligado ao trabalho doméstico, o qual era em parte desvalorizado por não ser remunerado, e quando remunerado era exercido por pessoas excluídas da sociedade, ou com menos estudo. Esse processo teve a influência de Florence Nightingale ao institucionalizar, na Inglaterra Vitoriana, em 1862, a enfermagem como uma profissão para as mulheres.

Dessa maneira, a divisão sexual do trabalho estrutura-se em uma tipologia de trabalhador/trabalhadora, é a percepção de cuidado de saúde à família, enquanto ação vista como feminina e considerada produto das qualidades naturais das mulheres, que oferece qualidade e lógica ao seu exercício no ambiente formal das relações de trabalho na saúde (ALVES, 2013).

Foram grandes as consequências para a enfermagem, do século XVI ao século XVII, com a Reforma Protestante. Esse período ficou conhecido como o “período negro da enfermagem”, com fechamento de hospitais e afastamento dos religiosos que ali atuavam, e “Caça as Bruxas”, com acusações a trabalhadores(as) devido ao ato de curar, na maioria das vezes realizado por mulheres, consideradas curandeiras e parteiras que serviam à população camponesa (MELO, 1986).

A caça às bruxas estabeleceu por um longo período o estigma de superstição às curandeiras, que ocasionou entre os séculos XVII e XVIII a solicitação dos barbeiros cirurgiões o direito de realizar partos, atividade até o momento exclusivo das mulheres parteiras.

A organização hospitalar, que se originou nas congregações religiosas, foi constituída por duas divisões: as chamadas de *matron*, que seriam para o elemento feminino responsável pelo serviço de enfermagem e a de *sister*, para as mulheres encarregadas das enfermarias. Nesse momento, iniciou-se a divisão social do trabalho composta pelos indivíduos que realizariam os cuidados de enfermagem, refletindo a hierarquia religiosa orientada por meio da organização militar, em uma instituição hospitalar Melo (1986, p. 37) destaca que:

[...] a organização dos serviços de enfermagem, mesmo dominada pelas instituições religiosas, possuiu duas categorias de serviçais: o coordenador e o executor do cuidado [...].

Assim, consoante a autora,

a divisão social do trabalho é inerente às diversas formações econômicas da sociedade, refletindo na prática da enfermagem, ainda que não tão explicitamente como na prática médica de então, a divisão entre o trabalho manual e intelectual, que não pode ser compreendida sem considerarmos suas relações políticas e ideológicas ao mesmo tempo.

Os serviços de saúde são, então, institucionalizados, estabelecendo normas visando à proteção da saúde da população, ocorrendo o desenvolvimento da ciência médica, reorganizando os hospitais com novos objetivos, direção médica e

agregando enfermeiros ao pessoal hospitalar, possibilitando uma nova ação do Estado na saúde (MELO, 1986).

Com os objetivos de coordenar cuidados, vigiar os doentes, separando-os para evitar contágios, surge um novo conceito dos hospitais, nos séculos XVII e XVIII, de um lugar onde se esperava a morte, torna-se um local de cura, de formação e aperfeiçoamento científico (MELO, 1986).

Os(as) leigos(as) voluntários(as) e trabalhadores(as) mal remunerados ficavam com a parte da limpeza da instituição, enquanto as religiosas coordenavam e supervisionavam todo o serviço do hospital, transformando esse, em local de ensino e prática da medicina. (MELO, 1986).

Com o desenvolvimento do trabalho de enfermagem e a profissão tornando-se institucionalizada, as tarefas ditas manuais passam a ser de atribuição da enfermagem, com amparo técnico, e o sistema de poder no interior do hospital passa a ser sob as ordens do médico, esse sendo responsável pela organização do hospital e possuidor do saber, ocasionado pela hierarquia homem-mulher.

A relação que existe entre as práticas médicas (tratamento) e as de enfermagem (cuidado) traduz, por exemplo, as ligações que existem entre natureza e legitimidade, entre gênero, classe e poder. [...] Esta conjunção define os conteúdos das primeiras – masculinas, científicas, portadoras de valores de verdadeira qualificação profissional – frente às segundas – associadas às “qualidades” femininas, empíricas, etc. [...] O diagnóstico e a terapêutica médica representam os atos-fim, [...] divisão do trabalho e de processos de trabalho, ditados, em parte, pelo saber médico, mas também pela gestão organizacional da saúde. [...], sustentam, de um lado, a hierarquia e os baixos níveis salariais da enfermagem e, de outro, os postos mais valorizados nesse aspecto e na estrutura de poder (LOPES; LEAL, 2005, p. 3).

A divisão do trabalho aperfeiçoa-se em consonância com a complexidade técnica, estabelecendo as tarefas entre as diversas categorias e auxiliando para a manutenção da hierarquia social. Concomitante ao desenvolvimento da assistência hospitalar, ocorre um crescimento do capitalismo e o setor de saúde se amplia, gerando assim acumulação do mesmo, no processo do setor saúde e aperfeiçoamento dos(as) profissionais de enfermagem.

Diante da necessidade de formar profissionais qualificados para o atendimento de enfermos em hospícios e hospitais civis e militares, em 1890, surge a Escola de Enfermeiros e Enfermeiras no Rio de Janeiro, Brasil. Até 1921, as escolas de enfermagem no Brasil só formavam “auxiliares de saúde”, sem a devida concepção de enfermagem como ciência.

Em 1949, cria-se uma comissão de currículo para apresentar um parecer específico determinando as funções que cada profissional desempenharia, passando o ensino de enfermagem a compreender as categorias de “Curso de Enfermagem” e “Auxiliar de Enfermagem”.

A divisão do trabalho na enfermagem desenvolve-se no século XX, quando o avanço tecnológico, ao lado das políticas de saúde, sob o capitalismo, ampliam a divisão social do trabalho e criam novas categorias encarregadas do cuidado direto ao doente. Entretanto, o enfermeiro com curso superior se apropria do trabalho de supervisão e controle, solidificando o seu papel de trabalhador intelectual da enfermagem, dono de um saber que inicialmente é sobre as técnicas profissionais e, mais tarde, com a institucionalização do ensino, reveste-se de uma complexidade, que se resume em saber administrar, supervisionar e ensinar, garantindo uma posição privilegiada deste elemento na divisão social do trabalho (MELO, 1986, p. 54).

As categorias eram compostas pelos(as) profissionais que realizavam o trabalho manual, exercido pelos(as) atendentes e auxiliares, e o trabalho intelectual, exercido pelos(as) enfermeiros(as), gerando uma distribuição de funções que no ano de 1955 regulamentou o exercício da enfermagem profissional, oficializando a divisão do trabalho existente na profissão e exigindo cada vez mais habilidades diferenciadas dos(as) trabalhadores(as) da saúde nos serviços hospitalares, multiplicando assim, as categorias de enfermagem e a divisão do trabalho entre elas.

Em 1966, surge o curso técnico de enfermagem, como uma proposta governamental que prioriza o ensino profissionalizante de nível médio.

Com a proliferação de novas categorias, a divisão do trabalho na enfermagem continua ampliando-se. Tais categorias se justificam, portanto, na medida em que atendem aos interesses do mercado, da organização dos serviços de saúde, mas principalmente aos interesses do Estado, qualquer que seja o argumento utilizado pelo discurso oficial [...]. No entanto, todas as categorias que emergiram com o desenvolvimento capitalista, estão subordinadas à enfermeira como profissional de qualificação superior. Após ter se transformado em profissional assalariada sob o modo de produção capitalista, a enfermeira procura, através do manuseio e domínio de técnicas cada vez mais complexas, revestidas de um caráter científico, na prática, o controle sobre as demais categorias que executam o cuidado ao doente (MELO, 1986, p. 82).

Enfermeiros(as) e técnicos(as) trabalham interligados em uma ampla variedade de ambientes, como unidades de saúde, escolas, universidades, serviços hospitalares, entre outros. Na rede hospitalar, encontram-se profissionais da saúde presente nas 24 horas de todos os 365 dias do ano. Os(as) enfermeiros(as) têm formação universitária e exercem todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhes

a direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem; consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem; consulta de Enfermagem, prescrição da assistência de Enfermagem; cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida; cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica. [...] execução e avaliação da programação de saúde; prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública [...] execução do parto; prevenção e controle sistemático de infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral, entre outras atribuições (COREN-RS 2015/1⁴).

Os técnicos(as) de enfermagem exercem atividades de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participam no planejamento da assistência de enfermagem, incumbindo-lhes, especialmente:

participar da programação da assistência de Enfermagem; executar ações assistenciais de Enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro; participar da orientação e supervisão do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar; participar da equipe de saúde (COREN-RS, 2015/1).

Incluem-se também os(as) auxiliares de enfermagem, que exercem igualmente atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo atividades auxiliares de enfermagem sob a supervisão, bem como a participação nos processos de tratamento, competindo-lhes: “observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas; executar ações de tratamento simples; prestar cuidados de higiene e conforto ao doente; participar da equipe de saúde” (COREN-RS, 2015/1).

Em suma, o desenvolvimento da enfermagem resultou das forças produtivas, da constituição social e do regime político vigente na época, de acordo com os fatos históricos expostos anteriormente. Compreender a divisão social do trabalho de enfermagem é relacioná-la com a militarização, com a questão do trabalho feminino e com o caráter das múltiplas categorias na enfermagem, cuja finalidade foi servir ao modo da produção capitalista e não especificamente ao cuidado do doente (MELO, 1986).

2.1.2 O trabalho gerencial na enfermagem

Uma das principais ações do processo de trabalho do(a) profissional de enfermagem, além do aspecto assistencial e educacional, é o gerenciamento na

⁴Revista publicada pelo COREN-RS – 2015/1 – relatando as funções exercidas por cada categoria dos(as) profissionais da enfermagem. Disponível em: <<http://www.portalcoren-rs.gov.br/revista/index.html#/201501/14-15>>. Acesso em: 05 de maio de 2016.

organização do trabalho. Esse gerenciar a assistência significa estar em constante evolução em relação aos aspectos éticos e os recentes processos, tratamento e tecnologias à disposição.

Na atualidade, gerenciar a prática de enfermagem é também perceber a importância das políticas públicas e institucionais para a realização dos projetos em longo e curto prazo, reorganizando os recursos materiais e humanos, promovendo continuamente a qualidade na relação entre equipe e clientes, buscando avaliar, inserindo-se no contexto e na implantação de novos recursos tecnológicos (MALAGUTTI et al, 2009).

A gestão, pelos administradores, refere-se ao processo que determina e orienta caminhos a serem seguidos por uma empresa para a realização de seus objetivos, compreendendo um conjunto de análises, decisões, comunicação, liderança, conflitos, motivação, avaliação, controle e muitas outras atividades. É por meio da gestão, com os seus processos administrativos, que se busca o planejamento, organização, controle e decisão dos recursos de uma empresa, visando sempre atingir os objetivos desejados, e esses processos englobam a relação de poder entre capital e trabalho, objetivando o aumento da produtividade (GARAY apud CATTANI, 1997).

A ciência da gestão das empresas teve seu início nas escolas de administração, originando-se na chamada Administração Científica, cujos principais representantes são Frederick Taylor, Henri Fayol, Henry Ford e Henry Gantt. Tais autores procuraram desenvolver uma ciência do trabalho com o propósito de selecionar e treinar pessoas, com incentivo financeiro, valorizando a força física, separando o trabalho intelectual do manual, obtendo ganhos e crescimento das empresas. Garay apud Cattani (1997, p. 103) destaca que

o crescimento das empresas em tamanho e complexidade e com a necessidade, cada vez maior, de a classe capitalista em garantir a disciplina dos trabalhadores, buscaram-se modelos de organização racional que conduzissem à maior eficiência, sendo essa uma das preocupações básicas da então criada Abordagem Estruturalista da Administração. Um dos modelos utilizados foi o desenvolvido por Max Weber, a Burocracia, baseado na dominação racional-legal, no caráter hierárquico e na impessoalidade da administração.

Em decorrência disso, surgiram várias formas de administração, entre elas a por objetivos, que visava cada vez mais à organização racional da atividade humana, com tendência ao alcance das metas desejadas. Outra, por sua vez, preocupava-se com a análise do processo decisório e dos limites da racionalidade,

com as motivações humanas, os estilos de lideranças, sistemas de administração, levando a uma discussão entre conflitos organizacionais existentes tanto individuais quanto em grupo (GARAY apud CATTANI, 1997).

Com isso, surge o gerenciamento em instituições de saúde, consideradas também como empresas, coordenado por administradores com formação ou não, todavia com objetivos em comum em relação a outras empresas que seriam o de organização do trabalho e os recursos humanos.

O processo de produção de saúde dessas instituições está centralizado no controle das doenças em escala social e também em recuperar a força de trabalho incapacitada, o trabalho de enfermagem caracterizando-se pelo cuidado dos indivíduos e por novos modelos gerenciais exigidos pelo mercado, como assistência e gestão em torno do papel do(a) enfermeiro(a).

A prática do enfermeiro vem evoluindo e sofrendo transformações na tentativa de se adaptar às novas exigências apresentadas de acordo com cada contexto histórico, social, político e econômico. Líderes, pesquisadores e legisladores têm papel importante no rumo e direcionamento destas mudanças. Estas transformações que afetam a forma de gerir as instituições de saúde, muitas vezes questionando a eficácia do modelo tradicional de gestão, acabam por impactar também o papel e as novas demandas dos enfermeiros, tanto na esfera da assistência direta quanto na gestão. Se, antes, o enfermeiro era o “enfermeiro chefe do setor”, hoje o mercado exige que ele exerça papel de “gestor da unidade estratégica de negócios”, com entendimento do todo, e não somente da parte tradicional que lhe cabe, a enfermagem. Exige também que o enfermeiro tenha participação no gerenciamento dos custos envolvidos no processo do cuidar e mostre evidências de que aquela prática escolhida para aquele determinado paciente apresenta o melhor custo-efetividade (MALAGUTTI et al, 2009, p. 41 e 42).

Assim, no processo gerencial do trabalho de enfermagem, o(a) enfermeiro(a), que é quem coordena o setor situado dentro de uma instituição de saúde, tem como objetivo, além da organização do trabalho, dimensionar os recursos humanos, auxiliando nas escolhas dos(as) profissionais, e são encarregados(as) em direcionar os(as) técnicos(as) de enfermagem, para atuarem em determinado setor e realizarem as atividades propostas pela empresa.

Para a execução desse processo, é utilizado um conjunto de instrumentos técnicos próprios da gerência, ou seja, o planejamento, o dimensionamento de pessoal de enfermagem, o recrutamento e seleção de pessoal, a educação continuada e/ou permanente, a supervisão, a avaliação de desempenho e outros. Também utilizam-se outros meios ou instrumentos de força de trabalho, os materiais, equipamentos e instalações, além dos diferentes saberes administrativos (PEDUZZI; FELLI, 2005, p. 7).

Portanto, os gerenciamentos realizados por trabalhadores(as) de enfermagem dependerão de como serão as formas de organização dos trabalhos. A responsabilidade com a assistência de enfermagem prestada aos cidadãos poderá ser individual ou institucional, de acordo com o histórico e as mediações realizadas durante o processo na empresa, observando as políticas sociais de saúde, os seus modelos assistenciais e as condições de trabalho oferecidas pela instituição (PEDUZZI; FELLI, 2005).

O profissional de enfermagem gestor, qualquer que seja o nível de responsabilidade que exerça na instituição e dentro da organização dos processos de saúde, precisa ter uma visão da empresa como um todo, desde a inserção no mercado como também no local em que está inserido, contudo deve compreender que para o sucesso dessa organização, a enfermagem não atua sozinha. Os processos assistenciais e de atendimento ao paciente não devem ser fragmentados, como ocorre atualmente. Os indicadores de atendimento ao paciente ficam subordinados a departamentos distintos que por vezes não compreendem a real situação (MALAGUTTI et al, 2009).

É preciso visão, liderança e coragem para romper esse paradigma, que atinge diretamente não só a qualidade gerencial do(a) enfermeiro(a), mas, principalmente, a assistência de enfermagem prestada diretamente ao paciente e a família. A harmonia entre o(a) enfermeiro(a) e a instituição na qual atua é primordial para a sua integração no grupo de gestão estratégica da organização da assistência de enfermagem, viabilizando a sua capacidade administrativa, que não pode jamais perder o foco no paciente.

2.2 O surgimento da Unidade de Terapia Intensiva - UTI

O Centro de Terapia Intensiva (CTI) é o local de estudo escolhido para esta pesquisa. O CTI e a UTI são setores que cuidam de todos os tipos de problemas graves, criticamente enfermos, porém com chances de recuperação e ambos podem ser encontrados em hospitais de médio a grande porte.

O cuidado de pacientes críticos teve início em 1854, na guerra da Crimeia, com Florence Nightingale, como observamos no capítulo anterior. Nessa época, a mortalidade era muito grande entre os hospitalizados (em torno de 40%), e quando Florence partiu para Scutari, subúrbio asiático de Constantinopla (hoje Istambul), juntamente com 38 voluntárias, entre elas leigas e religiosas provindas de hospitais

diferentes, a mortalidade decresce para 2%. Após, os soldados fazem de Florence seu anjo da guarda, tornando-a imortalizada como a “Dama da Lâmpada”, por atender aos doentes com uma lanterna na mão (ABRAHÃO, 2010).

Passados alguns anos, viu-se a necessidade de criação de um setor especializado no atendimento aos pacientes críticos, sendo chamado de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O modelo inicial de uma UTI teve como precursor o Doutor Walter Edward Dandy, na Society Critical Care and Medicine (SCCM), nos Estados Unidos, no Hospital Johns Hopkins. A unidade era constituída de três leitos pós-operatórios neurocirúrgicos em 1914 (ABRAHÃO, 2010).

O primeiro médico intensivista foi Peter Safer. Ele nasceu na Áustria e migrou para os Estados Unidos após permanecer no Campo de concentração nazista. Na década de 1950, formou-se médico anestesista, estimulando os atendimentos de urgência e emergência (ABRAHÃO, 2010).

Naquela época elaborou o ABC primário⁵ e criou a técnica de ventilação boca a boca e a massagem cardíaca externa. Peter Safer contava com voluntários da sua equipe, que recebiam uma mínima sedação para seus experimentos.

A primeira UTI cirúrgica foi criada em 1962, em Baltimore, nos Estados Unidos, na Universidade de Pittsburgh, com a primeira disciplina de “medicina de apoio crítico”. Peter Safer, como últimas contribuições, elaborou projetos de ambulâncias de UTI de transporte e fundou a Associação Mundial de Medicina e Emergência, além de ter fundado a SCCM em 1972, do qual foi presidente (ABRAHÃO, 2010).

As primeiras UTIs no Brasil foram instaladas na década de 1970, e sua finalidade era concentrar pacientes com alto grau de complexidade em um local adequado no hospital, tendo sua infraestrutura própria, com provisão de equipamentos e materiais, além da capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento do trabalho com segurança. No contexto hospitalar, a UTI caracteriza-se, para Abrahão (2010, p. 18), como:

[...] uma unidade reservada, complexa, dotada de monitorização contínua que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos. Fornecem suporte e tratamento intensivo, propondo monitorização contínua, vigilância por 24 horas, equipamentos

⁵ ABC primário: é uma sequência de medidas, aplicadas inicialmente no atendimento a vítimas em Parada cardiorrespiratória, sendo Airway (abertura das vias aéreas), Breathing (duas ventilações de resgate) e Circulation (checar pulso). Lembrando que nos dias atuais esta abordagem está atualizada. Disponível em: < <http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/21274/suporte-basico-de-vida-para-profissionais>>. Acesso em: 18 de abril de 2015.

específicos e outras tecnologias destinadas ao diagnóstico e ao terapêutico. Ameniza o sofrimento, independentemente do prognóstico do paciente. Dispõe de assistência médica e de enfermagem especializada, cujos profissionais são chamados de intensivistas. Além da equipe médica e de enfermagem, oferece atendimento multiprofissional e interdisciplinar, constituído por fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais.

Existem UTIs que atendem grupos específicos, conforme a faixa etária e especialidades, estando elas divididas como Neonatal, Pediátrico, Adulto e Especializada. Todo hospital de nível terciário, com capacidade superior ou igual a 100 leitos, deve dispor de um setor de tratamento intensivo correspondendo a no mínimo 6% dos leitos totais da instituição (ABRAHÃO, 2010).

A Portaria nº 3.432/MS/GM, de 12 de agosto de 1998, informa a importância na assistência das unidades que realizam tratamento intensivo nos hospitais do país, e a necessidade de se estabelecerem critérios de classificação, de acordo com a incorporação de tecnologia, especialização de recursos e a área física disponível (ABRAHÃO, 2010, p. 19).

A estrutura física da UTI precisa estar em acordo com o planejamento e o projeto desse setor, deverão estar construídos conforme o perfil de pacientes internados na instituição, nas patologias atendidas, admissão e encaminhamento de pacientes, fluxo de funcionários e visitantes, necessidades como a instalação de profissionais de apoio, como o posto de enfermagem, o armazenamento dos materiais e equipamentos utilizados nesse setor, além daqueles requisitos burocráticos, educacionais e administrativos. Além disso, necessita conter ventilador de transporte e cilindro portátil de oxigênio, como também, ter manutenção e qualidade dos equipamentos (ABRAHÃO, 2010).

Nos dias atuais, o que encontramos são UTIs equipadas e com tecnologia sendo fechadas por falta de repasses do governo e de profissionais médicos e da enfermagem. Ademais, listas imensas de pacientes do SUS aguardando leito vago para dar continuidade ao seu tratamento e até mesmo manter-se vivo.

Centros de terapias intensivas são locais que precisam ser muito bem avaliados, tanto pelo grau de complexidade, como pela necessidade para a recuperação dos pacientes gravemente doentes, levando ao dimensionamento de pessoal e gerenciamento adequado do setor.

Em relação ao dimensionamento de pessoal, os trabalhadores a serem admitidos necessitam de perfil adequado ao setor, que deverá ser realizado através

de um planejamento estratégico, devido a suas implicações gerenciais e assistenciais, também dependerá da planta física de cada UTI, característica da instituição, capacidade de pessoal e a quantidade e a qualidade dos equipamentos (ABRAHÃO, 2010).

Por ser um setor de alta complexidade e possuir pacientes críticos de várias especialidades, a qualificação e a capacitação dos(as) profissionais da equipe de enfermagem em UTI são indispensáveis para o bom desempenho das atividades, bem como da assistência prestada aos pacientes internados nesse local. Abrahão (2010, p. 36) coloca que:

Os profissionais devem ter preparo para lidar com pacientes graves e instáveis, com pacientes confusos ou incapazes de se comunicarem, com a alta rotatividade dos pacientes; além do contato com a morte que frequentemente causa as sensações de aproximação e separação que não são facilmente suportadas pela equipe. Os enfermeiros são responsáveis por zelar pelos pacientes, funcionários, familiares e têm responsabilidade sobre equipamentos em uso e sua interpretação junto ao paciente.

O trabalho de liderança e responsabilidade é imprescindível na tomada de decisão pelo(a) enfermeiro(a). Precisa ser baseado em conhecimentos técnico-científicos, tornando-se essencial para a liderança da equipe de enfermagem, além de estar treinado e apto para atender e manejar o paciente e equipamentos necessários (ABRAHÃO, 2010).

Devido a oscilações de mudanças do estado geral dos pacientes que ocorrem na UTI, como também emergências, o trabalho comportamental deve ser desenvolvido com a equipe, estimulando-se discussões interdisciplinares. O treinamento diário da equipe de enfermagem torna-se necessário nesse processo.

O(a) enfermeiro(a) será um educador(a), e orientará sobre mudanças de rotinas e como proceder em determinada situação, observando assim, qual a necessidade principal da equipe e com isso realizar treinamentos que auxiliarão para um atendimento mais tranquilo e com maior agilidade, desenvolvendo em cada um o seu potencial.

Para Knobel (2006), o treinamento em UTI é dividido em três fases. A primeira fase ocorre no momento, em que o funcionário é admitido na instituição, com a realização de um treinamento admissional com orientações específicas da UTI. A próxima fase seria o acompanhamento do trabalho do(a) profissional, por meio de uma avaliação direta do funcionário pelo(a) enfermeiro(a) da UTI, e por último e

muito importante, o treinamento contínuo da equipe de enfermagem no setor. Nesse, os(as) profissionais seriam treinados(as) continuamente sobre novos procedimentos e tecnologias, como também teriam uma revisão de técnicas específicas do setor.

É necessário conhecimento específico e diferenciado, tornando-se imprescindível ter autoconfiança e desenvolver um trabalho organizado, para que o(a) enfermeiro(a) tenha condições de liderar a equipe e consequentemente prestar uma assistência de enfermagem adequada ao paciente grave.

2.3 Processos educativos na saúde

A educação está extremamente presente na totalidade histórica e social e auxilia no processo de incorporação de novos grupos e de indivíduos, na própria prática social da sociedade, na forma de costumes, ideias, valores e conhecimentos. Em uma sociedade capitalista, a educação se estabelece como manifestação na produção frente às relações de classe (CURY, 2000).

Logo, compreender a educação em suas diversas modalidades é colocá-la referida ao processo de produção, às relações sociais e políticas. A educação auxilia a reprodução das relações de produção por meio da forma e força de trabalho, difundindo um modo de pensar próprio dominante, que seriam as práticas sociais e escolares. É por essa via que Cury (2000, p. 63) diz que:

os temas de ensino implicam o posicionamento, a intencionalidade e a implantação de uma problemática (ou pseudo-problemática) que se conjuguem com os vínculos estabelecidos entre a classe dominante e as ideias dominantes. E é por isso que a dominação não se expressa como tal. Sua presença se faz na definição da política que organiza o poder central e na análise das relações de classe.

Na sociedade de classes, a educação intermediará a relação entre as classes. Marx sugeriu que a reprodução da relação capitalista também é um modo de intermediar, em uma maneira mais ampla, porque seleciona uma maneira de ver as relações sociais. Para Cury (2000, p. 67) essa insistência nas relações sociais tem um sentido:

é através delas que a educação se articula com o todo e é através delas que a educação coopera mediata, mas ativamente para (re)produzir relações sociais, elaborando e difundindo a luta entre as concepções de mundo. Contudo, a concepção do mundo, que se vê como momento teórico de uma nova prática social, sai de seu estado meramente teórico para buscar sua realização como condição necessária, embora não suficiente, para guiar a ação transformadora.

A educação é uma totalidade de contradições, aberta a todas as relações, que se intermediam entre si, através das relações de produção, relações sociais e relações político-ideológicas. Tornando-se conjunto totalizante dessas relações, a educação busca uma compreensão global do fenômeno educativo (CURY, 2000).

Essas contradições e suas relações com a educação tornam-se fundamentais para compreendê-la, sendo representadas de modo dialético e com uma visão de conjunto, em um momento como participante da prática social global em seus vários elementos (CURY, 2000).

Essa prática social global em que a educação está inserida e historicamente estudada, torna-se fundamental para se refletir sobre o desenvolvimento e necessidade de se organizar processos educativos para os(as) profissionais de saúde.

Ao se realizar uma retrospectiva sobre a educação dos(as) profissionais de saúde, verifica-se que a preocupação de proporcionar processos educativos aos trabalhadores acontece desde a “III Conferência Nacional de Saúde” em 1963, exigindo-se como forma de evitar o desajustamento técnico em relação aos recursos do meio e a saída do técnico do local de trabalho (FARAH, 2003).

Nas seguintes Conferências Nacionais de Saúde, abrangendo a I e II Conferências Nacionais de Recursos Humanos para a Saúde (1986 e 1993), observou-se a necessidade de educação continuada para os(as) profissionais de saúde em serviços, o que, gradualmente, foi se tornando inevitável, como maneira de envolver os recursos humanos capazes de perceberem as necessidades desses serviços e os problemas de saúde da população (FARAH, 2003).

Mas os serviços, ao proporem esses processos educativos que, na verdade, não passam de meros treinamentos preocupados em aumentar a produtividade ou a adequação dos profissionais aos programas verticais, sejam eles nacionais, estaduais ou municipais, estão preocupados apenas com o aprimoramento das técnicas, desvinculadas da prática concreta dos trabalhadores de saúde. As metodologias utilizadas nestes treinamentos reproduzem os conhecimentos através da transmissão que pouco contribui para as mudanças desejadas no setor, não propiciando aos profissionais a qualificação técnica desejada e nem a formação de cidadãos. A inversão do modelo fica cada vez mais distante, na medida em que esses treinamentos não desenvolvem o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e o atendimento das necessidades de assistência à saúde da população (FARAH, 2003, p. 2).

Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Lei nº 8080/90, compreendeu-se a organização de processos educativos para se implantar e

implementar o SUS, com vistas ao modelo assistencial preconizado e também para atender ao Artigo 200, regulamentando “que é função dos municípios ordenar e formar os recursos humanos” para que possam atuar no SUS. Com isso, surge uma grande responsabilidade e preocupação dos municípios de buscarem parceria para essa nova tarefa, que é de capacitar os seus profissionais de acordo com os princípios e diretrizes do SUS para que sejam exercidos no modelo assistencial de saúde proposto.

Para podermos acompanhar os avanços científicos, sem dúvida os profissionais educadores da saúde devem estar em constante construção do conhecimento, atualizando-se, conhecendo e estudando para repassar e difundir as mais recentes informações que existem e aperfeiçoando suas habilidades (MATTOS et al, 2013).

Quando as informações necessárias para tomada de decisão tornam-se a favor da própria saúde, o conceito de educação em saúde fixa-se no de promoção da saúde, ampliando intensamente a atuação do profissional para além do seu trabalho que era o de curar, reduzir agravos e dos riscos de adoecer, para um instrumento de uma meta maior, que seria através das práticas dialógicas e transformadoras (MATTOS et al, 2013).

Sobretudo, as práticas também se transformariam em viabilizadoras por meio de roteiros normatizadores de como o(a) profissional deveria atuar, e, como consequência, um estilo normatizador junto à população, transformando-se num movimento educativo dialógico, contribuindo para a execução das tarefas e das generalizações do processo (SILVA et al., 1989).

A educação em serviço foi o primeiro conceito a ser operacionalizado, de acordo com o que sugere o histórico das Conferências Nacionais de Saúde, como forma de alinhamento dos(as) profissionais às necessidades de saúde nos serviços públicos, principalmente nas décadas de 1960 e 1970. Para Silva et al (1989, p. 10), “educação em serviço é um conjunto de práticas educacionais planejadas com a finalidade de ajudar o funcionário a atuar mais efetiva e eficazmente, para atingir diretamente os objetivos da instituição”.

Muitos serviços de saúde, ao capacitar seus profissionais, utilizam desse tipo de educação, que tem como finalidade principal os interesses da instituição, não se preocupando ou deixando para outro momento os interesses dos profissionais. Dessa maneira, os treinamentos são mais usados, pois o foco está voltado mais

para as técnicas, habilidades, do que para os conhecimentos teóricos a serem adquiridos.

Por outro lado, a educação continuada apareceu como uma das estratégias para a capacitação de grupos de profissionais de saúde inseridos nos serviços. Compreendendo-se a Educação Continuada (EC) como:

[...] um processo que impulsiona a transformação da organização, criando oportunidades de capacitação e de desenvolvimento pessoal e profissional, dentro de uma visão crítica e responsável da realidade, resultando na construção de conhecimentos importantes para a organização, para a profissão e para a sociedade (PERES; LEITE; GONÇALVES, 2005, p. 139-140).

Nesse conceito, a educação continuada beneficia tanto o indivíduo que participa de todo o processo educativo, como também a instituição a qual ele faz parte (SILVA et al, 1989).

Como forma de proporcionar ações educativas aos profissionais da saúde, o Ministério da Saúde criou, no ano de 2003, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Fez-se necessária essa criação, devido à demanda de formação de profissionais na área e a necessidade de consolidação do SUS, preconizando desde sua criação a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde.

O objetivo dessa política nacional é a formação e desenvolvimento dos profissionais da saúde - em todos os níveis educacionais - dando ênfase especialmente à formação em serviço e à mudança dos(as) trabalhadores(as) e de seus perfis subjetivos (BRASIL, 2007).

Essas ações constituem-se nas capacitações e adaptação do indivíduo numa situação profissional específica, que poderão ser realizadas de médio a longo prazo, por meio do aperfeiçoamento e crescimento pessoal, tendo como resultado o aumento do conhecimento teórico e prático, desenvolvendo o profissional na realização do seu trabalho e também na formação pessoal, abordando-se mais profundamente em um tópico específico (PERES; LEITE; GONÇALVES, 2005).

O desenvolvimento e o crescimento do conhecimento ocorrem consonantes com as informações que obtemos e também o padrão estabelecido nas relações que nos cercam. Esse padrão se constitui do conhecimento, valores e compromissos que se compartilha entre um grupo de profissionais, conforme a sua categoria, etnia, gênero, entre outros. É por meio desse conhecimento que aprendemos, analisamos

e compreendemos a realidade, e “nossos valores – o paradigma sob o qual nosso conhecimento está pautado - é que orientarão a forma como interpretamos o mundo” (MEYER; WALDOW; LOPES, 1998, p. 54).

Para os observadores ocidentais, a criação do conhecimento surge da visão de uma máquina de “processamento de informações”. Essa visão vem de tradições administrativas ocidentais, de Frederick Taylor a Hebert Simon, tratando-se assim de um conhecimento chamado “explícito”, considerado algo formal e sistemático: “esse conhecimento pode ser expresso em palavras e números, sendo facilmente compartilhado e comunicado sob a forma de dados brutos, fórmulas científicas, procedimentos codificados ou princípios universais”, ou seja, é visto como sinônimo de um código de computador, uma fórmula química ou um conjunto de regras gerais (NONAKA; TAKEUCHI, 1997, p. 7).

No entanto, as empresas japonesas têm uma forma diferente de entender o conhecimento. Para elas, o conhecimento expresso em palavras e números é apenas a ponta do *iceberg*. Elas veem também o conhecimento “tácito”, que seria algo dificilmente visível e exprimível. Esse conhecimento é altamente pessoal e difícil de formalizar, dificultando sua transmissão e compartilhamento com os outros. Esse tipo de conhecimento “está profundamente enraizado nas ações e experiências de um indivíduo, bem como em suas emoções, valores ou ideais, incluindo-se nessa categoria de conhecimento as conclusões, *insights* e palpites subjetivos” (NONAKA; TAKEUCHI, 1997, p. 8).

Para os autores, o conhecimento tácito pode ser segmentado em duas dimensões. A primeira é a dimensão técnica, a qual abrange um tipo informal e difícil de definir: são habilidades capturadas no termo “*Know-how*”. Por exemplo, um artesão que produz artes maravilhosas com suas mãos, porém é incapaz de articular princípios técnicos ou científicos ao que sabe fazer: “e a outra dimensão é a cognitiva, que consiste em esquemas, modelos mentais, crenças e percepções tão fixadas que os tomamos como certos. Refletindo, assim, nossa imagem da realidade (o que é) e nossa visão do futuro (o que deveria ser)” (NONAKA; TAKEUCHI, 1997, p. 8).

É essa distinção entre ambos os conhecimentos que traz a chave para a compreensão das diferenças entre as abordagens ocidental e a japonesa. Como já visto anteriormente, o conhecimento explícito pode ser facilmente processado por um computador. Todavia, “a natureza subjetiva e intuitiva do conhecimento tácito

dificulta o processamento ou a transmissão deste conhecimento adquirido por qualquer método sistemático ou lógico”. Pois, para que possa ser comunicado e compartilhado dentro da organização, o conhecimento tácito terá que ser convertido em palavras e números, em que qualquer um possa compreender (NONAKA; TAKEUCHI, 1997, p. 8).

Com isso, um dos pontos positivos e relevantes do conhecimento tácito é que com ele sugere-se uma perspectiva totalmente diferente de organização.

Dentro deste contexto, compartilhar a mesma compreensão a respeito do que a empresa representa, que rumo está tomando, em que tipo de mundo quer viver, e como transformar esse mundo em realidade torna-se muito mais importante do que processar informações objetivas. Conclusões, *insights* e palpites altamente subjetivos é parte integrante do conhecimento. O conhecimento também abrange ideais, valores e emoções, bem como imagens e símbolos. Estes elementos flexíveis e qualitativos são essenciais para a compreensão da visão japonesa do conhecimento (NONAKA; TAKEUCHI, 1997, p. 8).

Então, criar novos conhecimentos significa quase que literalmente recriar a empresa e todos dentro dela em um processo contínuo de autorrenovação organizacional e pessoal, devendo ser construído por si mesmo e muitas vezes exigindo uma interação intensiva e trabalhosa entre os membros da organização.

Tal autorrenovação organizacional está interligada com a necessidade de capacitação dos profissionais, no caso do nosso estudo, os trabalhadores de enfermagem. Dessa maneira, se reduzirão custos e erros e fará com que as pessoas participem das decisões, dos resultados e do futuro da empresa.

Assim, é necessário e essencial reajustar os objetivos e expectativas da empresa com os indivíduos envolvidos nesse processo de organização. Para isso, as empresas investem no desenvolvimento dos(as) profissionais para que desempenhem sua função adequadamente, facilitando o alcance desses objetivos e dos seus resultados esperados, proporcionando aos indivíduos uma maior satisfação no trabalho e nas atividades executadas por eles, contribuindo para melhores resultados (PERES; LEITE; GONÇALVES, 2005).

2.3.1 Educação permanente e formação profissional em saúde

Atualmente, é indiscutível para a maioria das organizações a necessidade de desenvolver seus profissionais através de uma educação participativa e reflexiva com integração ensino-serviço. A formação profissional caracteriza-se por todos os processos educativos que permitam ao indivíduo obter e desenvolver conhecimentos

teóricos, técnicos e operacionais relacionados à produção de bens e serviços, sejam esses processos desenvolvidos nas escolas ou nas empresas (CATTANI, 1997).

Nessa perspectiva, em 2003, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), devido à demanda de formação de profissional na área e a necessidade de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), objetivando a formação e desenvolvimento dos profissionais.

A PNPES foi instituída em fevereiro de 2004, com a Portaria GM/MS nº 198 (BRASIL, 2004), como estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor, buscando atender os propósitos da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

Em 2005, iniciou-se um processo de avaliação acerca dessa política e que resultou na formulação e substituição, em agosto de 2007 pela Portaria GM/MS nº 1996 (BRASIL, 2007), que dispõe sobre as diretrizes para a sua implementação, enfatizando a necessidade de descentralização nos processos de aprovação, execução e financiamento dessa política; fortalecimento das instâncias gestoras, do controle e dos compromissos presentes no pacto pela saúde; criação de uma gestão participativa para as decisões e ações da educação na saúde; foco nas especificidades e necessidades locais e regionais e o fortalecimento do papel da instância estadual na gestão, coordenação e acompanhamento da política.

Com esse propósito, a Educação Permanente em Saúde (EPS) deve ter como objetivo aproximar os(as) profissionais, as necessidades e a realidade coletivas de saúde,

onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que já têm (BRASIL, 2007a).

A EPS deve ser compreendida como instrumento de ensino-aprendizagem que auxilia na qualificação das ações de saúde de seus aprendizes, procurando sempre alternativas e resoluções para os problemas de saúde vivenciados pelos trabalhadores(as) em conformidade com as suas realidades.

Para Hadadd (1990), citado por Farah (2003, p. 4), a educação permanente em saúde,

[...] busca alternativas e soluções para os problemas reais e concretos do trabalho habitual privilegiando o processo de trabalho como eixo central da aprendizagem e enfatizando a capacidade humana de criar conhecimento novo, a partir da discussão e análise conjuntas e participativas dos problemas reais, de suas causas e das implicações que as alternativas de solução têm na busca da transformação da prática de saúde, objetivo essencial do ato educativo.

Essas ações educativas têm como propósito melhorar a qualidade de vida humana em todas as dimensões pessoais e sociais, ajudando na formação integral da pessoa e na sociedade (FARAH, 2003).

Com essa formação integral, e a partir da construção de conhecimentos adquiridos com a prática de ensino-aprendizagem, da realidade e da experiência vivida pelos indivíduos envolvidos, enfrentando os problemas do dia-a-dia no trabalho, ocorrerão as mudanças necessárias para o desenvolvimento completo do(a) profissional. Assim, a educação permanente em saúde se apoiará

no conceito de 'ensino problematizador' (inserido de maneira crítica na realidade e sem superioridade do educador em relação ao educando) e de 'aprendizagem significativa' (interessada nas experiências anteriores e nas vivências pessoais dos alunos, desafiante do desejar aprender mais), ou seja, ensino-aprendizagem embasado na produção de conhecimentos que respondam a perguntas que pertencem ao universo de experiências e vivências de quem aprende e que gerem novas perguntas sobre o ser e o atuar no mundo (CECCIM; FERLA apud PEREIRA; LIMA, 2008, p.162).

A produção de conhecimentos e a formação dos(as) profissionais de saúde têm permanecido distantes à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado. "As instituições formadoras têm gerado modelos essencialmente conservadores, centrados em aparelhos e sistemas orgânicos e tecnologias altamente especializadas, dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico" (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 49).

Com as novas tecnologias e as novas maneiras de organização do trabalho, a formação profissional qualificada deve ser compreendida como expressão e campo da luta das forças em jogo. É necessário ter claro que a tecnologia não pode ser considerada um fator neutro nas relações entre capital e trabalho. Por conseguinte, as qualificações e a formação profissional são resultantes das relações que se constroem entre os diversos agentes envolvidos no processo de produção. Para Deluiz (1995, p. 170), as qualificações devem ser entendidas, portanto,

como expressão das relações sociais, e resultantes do embate entre o capital (por meio das estratégias da gerência do controle da mão-de-obra e extração da mais-valia) e o trabalho (traduzido pela busca de intervenção no processo de escolha dos métodos de gestão do processo produtivo e da força de trabalho). As qualificações profissionais expressam, portanto, uma relação política, uma relação de poder, cujo movimento se dá no cerne do processo de produção de bens e serviços e cujos contornos variam historicamente, de país para país.

A formação profissional abrange aspectos de produção de subjetividade, da criação de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS: “a formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir dos processos de trabalho” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 43).

Por isso, a formação geral deve conduzir os(as) trabalhadores(as) à compreensão do processo de produção do conhecimento, da ciência como produto histórico-cultural, do seu papel na sociedade, os usos da tecnologia, as implicações econômicas, políticas e sociais e suas consequências sobre o trabalho humano. A educação geral torna-se fundamental para que as pessoas coordenem os códigos simbólicos de uma sociedade científica e tecnológica, não como objetos, mas sim como sujeitos que fazem parte do processo de compreensão do mundo social e cultural (DELUIZ, 1995).

2.4 O cuidar e o trabalho em saúde

O trabalho de cuidar envolve diversas atividades e também diferentes maneiras de realização. Alguns cuidados requerem muita aprendizagem e qualificação específica. As tarefas do ato de cuidar virão da interação e do empenho que o cuidador(a) tem com a pessoa a ser cuidada.

Para se tornar um ser de cuidado, um cuidador, o ser precisa, primeiro, ter experienciado o cuidado, ou seja, ter sido cuidado. A capacidade de cuidar está, portanto, relacionada ao quanto e como o ser foi cuidado. Através do cuidado, percebe-se a existência de outros além do que se é; o outro dá o sentido do Eu. [...] o cuidado qualifica nossos relacionamentos com os outros e, o que é mais importante, permite que o outro cresça e desenvolva (WALDOW, 2004, p. 19).

O cuidado (*care*)⁶ pode ser compreendido como ações que abarcam tudo o que realizamos para manter, prosseguir e refazer nosso mundo de tal forma que

⁶ No decorrer do texto optou-se por utilizar, por vezes, o termo *care*, que significa: “Cuidado, solicitude, atenção ao outro”, todas essas palavras ou expressões são traduções livres do termo inglês *care*. O *care* é dificilmente traduzível porque é polissêmico. Cuidar do outro, preocupar-se,

possamos viver bem dentro das possibilidades que o mundo oferece. Segundo Tronto (1993), citado por Soares (2010, p. 3 e 4) “esse mundo compreende o nosso corpo, nós mesmos e nosso ambiente, todos os elementos que nós buscamos a associar uma rede complexa em suporte à vida”.

As atividades realizadas no trabalho de cuidar do(a) outro(a) assumem diferentes dimensões. O ato de cuidar depende de quem é a pessoa a ser cuidada, se é uma criança, pessoa idosa ou com limitações. Essas diferenciações tornam-se determinantes para o tipo de interação que será estabelecido no trabalho de cuidar e também podem exigir uma qualificação específica.

No mundo contemporâneo, o envelhecimento da população é algo crescente, trazendo impactos ao *care*. No Brasil, a estimativa é que, num futuro próximo, a sociedade se classificará como “idosa” e isso poderá se tornar um problema, em razão de que trarão muitos desafios relacionados à família, à aposentadoria, à pobreza, às casas destinadas aos idosos e principalmente um desafio constante da promoção da saúde e de formação em geriatria e gerontologia (HIRATA, 2014).

Sendo assim, para Zelizer (2012, p.18), as relações de *care* incluem todo o tipo de atenção realizada às pessoas, seja constante ou intensa, que tem por objetivo a melhora do bem-estar do indivíduo necessitado, e:

que tem, numa extremidade, o cuidado da manicure num salão de beleza ou o breve conselho telefônico num *hotline* de ajuda psicológica, e na outra, os laços estabelecidos ao longo de uma vida inteira entre uma mãe e sua filha, ou ainda, o devotamento de um velho empregado.

Muitos são os conflitos e as confusões que surgem em torno das relações entre as cuidadoras e as famílias pelas quais trabalham, essa problemática, de uma forma geral, engloba todos os trabalhos de *care*. A autora apresenta várias maneiras de compreender o *care*: *mundos hostis*, *comércio em toda parte* e *relações bem ajustadas*.

De acordo com *mundos hostis*, quando se mistura o *care*, o dinheiro só pode criar problemas, é preciso, então separá-los tanto quanto possível, sobre tudo quando o *care* acontece no seio das famílias. De acordo com *comércio em toda parte*, ao contrário, basta olhar mais de perto para se ver que as relações de *care* são pura e simplesmente formas especiais de

estar atento às suas necessidades, todos esses diferentes significados, relacionados tanto à atitude quanto à ação, estão presentes na definição do *care*. Esse, ademais, pode ser considerado simultaneamente enquanto prática e enquanto atitude, ou disposição moral” (HIRATA; GUIMARÃES, 2012, p. 1). O termo *care* será compartilhado ao longo da discussão com outros conceitos, como trabalho e gênero.

relações comerciais e que o problema é, antes de mais nada, o de definir o preço justo. A um e outro, *relações bem ajustadas* responde que há uma interação permanente entre o *care* e as considerações econômicas, e que o conjunto só funciona quando os dois estão bem afinados (ZELIZER, 2012, p. 20).

O último tipo de *care* citado no excerto acima, as “*relações bem ajustadas*”, não garante que a interação do *care* com a economia sempre estará bem: “os maus arranjos e as transações econômicas que por elas transitam trazem prejuízo às relações econômicas, enquanto bons arranjos facilitam as relações e se traduzem em uma colaboração mais eficaz” (ZELIZER, 2012, p. 23).

O que se pretende com as relações (de laços íntimos de empregador com a empregada) não é eliminar a ligação que se tem com a cuidadora, mas o de criar combinações entre as questões econômicas e as relações do *care*, tornando as relações mais satisfatórias, justas e produtivas. Para Molinier (2012, p. 29 e 30) o trabalho de *care* designa:

não somente atividades especializadas nas quais a preocupação com os outros ocupa um lugar explicitamente central, como, por exemplo, o trabalho das enfermeiras e auxiliares de enfermagem, mas também atividades menos profissionalizadas e associadas à noção de “cuidado” no sentido curativo do termo: o conjunto de atividades domésticas realizadas no seio da família e a delegação desta a babás, empregadas, faxineiras. Mais amplamente *care* designa também uma dimensão presente em todas as atividades de serviços. Considere-se aqui a noção de servir como “dar atenção a”.

Dessa forma, o *care* está além do conceito do ato de cuidar, que lembra doenças, ou tratamento delas. O *care* está ao lado das atividades, da vida, da saúde e das interdependências, em que somos todos beneficiários e usuários. Assim, torna-se imprescindível uma compreensão mais clara do *care work* remunerado e o *care* não remunerado, aqueles dos membros da família, podendo-se dizer que:

o trabalho de *care* é muito difícil de definir; sobretudo porque há uma dificuldade muito grande exatamente de separar emoção e cognição, [...]. Amor, o afeto, as emoções não parecem ser do domínio exclusivo das famílias, assim como o cuidado, o fazer, a técnica não parecem ser do domínio exclusivo das cuidadoras, das acompanhantes, das auxiliares remuneradas. [...] não há uma divisão, não há uma dissociação entre o fazer, o técnico, o cuidado [...] (HIRATA, 2014, p. 32 e 33).

Com isso, o trabalho de *care* não pode ser dissociado entre emoção e fazer, considerados dois aspectos do cuidado, uma vez que as emoções são construídas e formadas conforme a cultura, valores e convicções existentes nas sociedades.

Um aspecto elementar a considerar é o gênero do trabalho de cuidar, existindo uma grande divisão sexual nesse tipo de trabalho, em que aos homens ficam as

tarefas que exigem ser agressivo e “frio”, e para as mulheres cabem as tarefas que exigem a delicadeza, a pureza, a sensibilidade, entre outras. Essa divisão sexual foi e tem sido construída socialmente, em que o *care work*⁷ ou trabalho de *care* é realizado principalmente por mulheres, pois historicamente e culturalmente o cuidar é uma tarefa desenvolvida pelo gênero feminino, ocasionando uma grande desvalorização e desigualdade do *care*. Hirata (2010, p. 45) destaca que, em relação à desigualdade das necessidades de cuidados, tanto Tronto quanto as teóricas francesas do *care*,

como Paperman, Laugier e Molinier, partem de uma tese central de que todas as categorias de pessoas envolvidas no *care* são vulneráveis e de que, na realidade, todos nós somos vulneráveis em algum momento das nossas vidas. Então, o *care* deveria ser dissociado de idade e de gênero, isto é, deveria dizer respeito a homens e mulheres, e não apenas às pessoas que cuidam como ofício e são remuneradas para cuidar. O *care* deveria atingir todas as pessoas da sociedade, porque a sociedade toda precisa de *care*.

Nesse contexto, a análise dos conteúdos do trabalho do *care*, no plano metodológico, deveria ir além da perspectiva de gênero. A valorização do *care* de um ponto de vista científico não significa imaginar e enaltecer os seus conteúdos, porém inscrever seus relatos de maneira teórica e busca de mais igualdade, pois os menos privilegiados têm mais necessidades e não dispõem de dinheiro e nem tempo para cuidar de si mesmos (MOLINIER, 2012).

Outra questão importante associada à divisão sexual do trabalho é a relação entre o trabalho de cuidar, a família e o trabalho doméstico, implicando na profissionalização do *care* em vários níveis, como explicitados a seguir.

O primeiro deles inicia-se no recrutamento de empregadas domésticas, que muitas vezes trabalham sem registro e, conseqüentemente, sem reconhecimento por sua atividade profissional. Outras são as cuidadoras que tiveram seu registro somente em 2002, na Classificação Brasileira de Ocupações, mas que, mesmo realizando suas funções, não têm todos os seus benefícios e direitos, trabalhando muitas vezes em dia de folga, não recebendo como deveriam (HIRATA, 2010).

No caso do Brasil, o terceiro nível de profissionalização é o de auxiliar de enfermagem ou de técnico de enfermagem, que recebem mais que os cuidadores. Os(as) cuidadores(as) estão sendo substituídos por auxiliares de enfermagem e técnicos(as) de enfermagem, porque esses profissionais podem exercer

⁷ *Care Work*: designa o trabalho assistencial realizado por mulheres (HIRATA, 2010).

determinadas funções, de acordo com o Conselho Regional de Enfermagem (COREN), como: ministrar medicações, realizar curativos, verificação dos sinais vitais, punção de acesso venoso periférico, entre outras funções para as quais a cuidadora e o cuidador não estejam reconhecidos oficialmente, fazendo com que trabalhem em casas de famílias, se sujeitando ao não reconhecimento de sua profissão e à desvalorização salarial. O nível mais alto de profissionalização do cuidado é o de enfermeiras e enfermeiros, devido à formação e ao diploma de nível superior (HIRATA, 2010).

O *care*, enfim, é um trabalho social, no qual o cuidar durante muitas horas, por muitos dias, sem descanso, nos turnos diurnos e noturnos, sem nenhuma folga, leva ao esgotamento físico e psíquico, além de ocasionar dores musculares e outros problemas de saúde ao profissional, estendo-se assim, a problemática do *care* ao autocuidado. A pessoa cuidadora se esquece de si mesma, ficando nesse produtivismo em termos de tempo e uso do tempo, contradizendo a ética do próprio *care*.

Portanto, para que o ato de cuidar seja bem realizado, o(a) trabalhador(a) coloca em prática as qualificações que desempenha, sejam elas de menor ou maior valorização, bem como a organização do trabalho com quem está sendo cuidado. As pessoas que são cuidadas possuem um papel primordial no trabalho de cuidar, tornando-se geradoras de fontes de desafios e emoções constantes.

2.4.1 O cuidar na prática de enfermagem

Cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Para Boff (2001), o cuidar representa uma atitude de ocupação, de responsabilização, de preocupação e de envolvimento com o outro. Cuidar é um modo de estar com o outro, em momentos especiais da vida dos indivíduos e das suas relações sociais, dentre essas o nascimento, a promoção, a prevenção, a recuperação da saúde e a própria morte (SOUZA; SARTOR; PRADO, 2005).

Nesse aspecto, o cuidado humano é visto como o ideal moral na enfermagem. A enfermagem é, por princípio, a arte de cuidar, com uma visão de assistência integral, na sua totalidade, do corpo humano, ou seja, assistir aos pacientes no controle da sua dor, atentando para os problemas psicológicos, sociais e espirituais com acolhimento a todas as diferenças, sendo interpretados e experienciados o

viver e o morrer e as práticas de cuidar em ambos os processos, tornando o cuidar, além de arte, um conhecimento. Para Horta (1979, p. 29), a enfermagem

é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais.

Nesse viés, Waldow (2010, p. 25) diz que o “cuidado consiste de empenhos transpessoais de ser humano para ser humano no sentido de proteger, promover e preservar a humanidade, auxiliando pessoas a encontrarem significado na doença, sofrimento e dor, bem como na existência”. É ainda auxiliar a outra pessoa a conhecer a si mesma, obtendo controle e autocura, independentemente das situações e circunstâncias externas.

No trabalho da enfermagem, o processo de cuidar caracteriza-se como uma prática de relações do ser cuidado e cuidador. Os fatores ou condições internas compreendem ambas as partes, ser cuidado e cuidador, como qualidades e ações expressas por competência, disponibilidade, conhecimento, entre outros. Já em relação aos fatores ou condições externas, podemos considerar a estrutura e ambiente da instituição, o apoio técnico, administrativo, os recursos humanos e materiais.

Assim, o cuidado pode ou não ocorrer, ou, como entendo, o “cuidado autêntico”, aquele em que se disporá das condições (internas e externas) e que resultaria do processo de cuidar [...], o cuidar abrange as nossas ideias que agora coloco no processo de cuidar. No entanto, o processo de cuidar, compreendendo uma gama de fatores, engloba o cuidar enquanto comportamento/ação de forma mais individual, cuidadora – ser cuidado. Esse cuidar envolve conhecimento, valores e habilidades e é constituído na relação cuidadora - ser cuidado (MEYER; WALDOW; LOPES, 1998, p. 74).

O cuidar na enfermagem é um sistema organizado e abstrato que utiliza do conhecimento na prática, caracterizando-se por ações e comportamentos de cuidar. Nesse contexto, está envolvido o desenvolvimento das atividades de enfermagem que se representa por conhecimento, habilidades, destreza manual, criatividade, sensibilidade, pensamento crítico, julgamento e capacidade de tomada de decisão.

A prática de enfermagem se desenvolve no selecionar prioridades e traçar um plano de cuidados, buscando uma assistência humanizada. Porém, os sistemas estão se reorganizando devido ao mundo mais complexo, competitivo e tecnológico, distanciando a equipe de saúde da pessoa a ser cuidada.

Para Meyer; Waldow; Lopes (1998), a prática de enfermagem com ênfase na doença, na cura e em suas ações, ocupa gradativamente a maior parte do tempo com procedimentos terapêuticos e com tecnologias que permitem um melhor tratamento, contudo afastam cada vez mais o ser que cuida do ser cuidado.

Diante dessas considerações, entende-se que parte dos(as) profissionais de enfermagem fazem a diferença em sua prática ao cuidar das pessoas, desenvolvendo suas atividades de maneira que mantenham um comprometimento com o cuidado, favorecendo a recuperação do indivíduo doente, valorizando o seu próprio ato de cuidar, rompendo com os paradigmas do tecnicismo e da impessoalidade dentro dos ambientes de cuidado.

Sendo ou não em serviços de saúde, o cuidado transforma o ambiente, sensibiliza o ser humano, constrói relações sociais inseridas nas mais diversas condições culturais e auxilia os outros a encontrarem possibilidades para lidar com as diferenças.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este capítulo estrutura e organiza a opção metodológica que orienta a escrita deste estudo, apresenta também a caracterização do campo de pesquisa e dos sujeitos envolvidos, a coleta, organização e análise das informações obtidas.

O local escolhido para a pesquisa requer tecnologias avançadas. Logo, está em constante crescimento e mudanças, exigindo assim formação contínua sobre os procedimentos realizados pelos profissionais atuantes no ambiente.

Definiu-se como metodologia a pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso, por ser um método investigativo, e adequado a compreender o contexto do setor envolvido na pesquisa, bem como as características associadas ao processo de coleta de informações e a análise dos mesmos.

A abordagem qualitativa é utilizada, em geral, nas pesquisas relacionadas com as ciências humanas e sociais. Chizzotti (2003, p. 78) diz que:

a pesquisa qualitativa é uma designação que abriga correntes de pesquisa muito diferentes, onde adotam métodos e técnicas de pesquisa diferentes dos estudos experimentais, e estas diferenças partem do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito, ou seja, o objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações.

Os sujeitos da pesquisa são membros da equipe de enfermagem de um CTI, escolhidos aleatoriamente, compreendendo quatro técnicas(os) de enfermagem dos turnos manhã, tarde e noite, e duas enfermeiras(os) assistenciais, respectivamente dos turnos manhã e tarde, todos com no mínimo seis meses de atuação no setor. Também, fizeram parte do estudo o Enfermeiro Coordenador do CTI e a Gestora responsável pelo Centro de Ensino e Pesquisa (CEP) da instituição, local destinado a realizar atividades de formação das equipes de trabalho. O tamanho da amostra relaciona-se diretamente à quantidade de profissionais atuantes no CTI, que no total são 20.

As entrevistas foram realizadas segundo a demanda do setor e a disponibilidade de cada participante, de forma voluntária, não interferindo nas atividades exercidas pelos mesmos, como também na dinâmica de trabalho da instituição. As identidades dos participantes foram preservadas, conforme previsto no termo de consentimento livre e esclarecido e o rigor ético da pesquisa com seres humanos, cada participante recebeu o termo antes do início da pesquisa.

A instituição que serviu como local para coleta de dados é considerada um Hospital de Médio Porte e está inserida no Vale do Rio Pardo. Atualmente, esta instituição está consolidada como um centro de referência em Oncologia para as regiões do Vale do Rio Pardo, Centro Serra e algumas cidades da região carbonífera. A instituição possui Declaração de Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal, além de Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde. Também possui registro no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente de Santa Cruz do Sul e no Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON). Possui 98 leitos, cerca de 430 colaboradores distribuídos nos turnos manhã, tarde e noite, e 245 médicos que fazem parte do corpo clínico. Na instituição, são atendidos pacientes conveniados, particulares e do Sistema Único de Saúde nas diversas especialidades da área da saúde.

O setor onde foi realizada a coleta de dados é considerado um local de alta complexidade e que admite pacientes potencialmente graves, necessitando de cuidado intensivo e conhecimento qualificado dos(as) profissionais da saúde. O local conta com sete leitos, sendo apenas dois coletivos, e todos equipados de acordo com o perfil do paciente e a demanda do setor.

A equipe da CTI é composta por 16 Técnicos(as) de Enfermagem, 04 Enfermeiras Assistenciais, ambos divididos nos turnos manhã, tarde e noites e 01 Enfermeiro Coordenador de Área que trabalha em turno integral.

Triviños (1987) destaca que a pesquisa qualitativa não admite visões isoladas, parceladas ou estanques. A pesquisa se desenvolve em interação dinâmica, ou seja, a coleta de dados num instante deixa de ser, e é análise de dados, tornando-se veículo para novas buscas de informações, se reformulando constantemente. As ideias em uma entrevista podem, em um determinado momento, necessitar novos encontros com os sujeitos da pesquisa, aprofundando ou explorando o mesmo ou novo tópico do estudo.

Os métodos de pesquisa utilizados foram o diário de campo e a entrevista semiestruturada, sendo o diário de campo utilizado ao longo de toda a pesquisa. Para Minayo (2007, p. 295), “no diário de campo devem ser escritas impressões pessoais que vão se modificando com o tempo, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas [...]”. Portanto, registraram-se comportamentos relativos às entrevistas realizadas com os sujeitos,

bem como as conversas informais e situações que poderiam contribuir para a pesquisa.

Foi elaborada uma entrevista semiestruturada, a qual foi aplicada individualmente com cada participante. As entrevistas (Apêndices A e B) foram previamente agendadas, de acordo com a disponibilidade das(dos) técnicas(os) de enfermagem e enfermeiras(os) assistenciais, realizando-as no local e horário de trabalho. As entrevistas se deram em turnos e duração diferenciados, não ultrapassando uma hora de duração. O ambiente escolhido para a realização foi uma sala da enfermagem.

Cada sujeito foi devidamente informado e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), a pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sob o nº de Certificação de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 43179015.3.0000.5343.

As entrevistas foram elaboradas de maneira que cada trabalhador(a) expusesse sua opinião em relação a sua formação no trabalho da assistência realizada no CTI, envolvendo seus conhecimentos e experiências sobre o tema proposto. Com o consentimento dos sujeitos, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, também procurei observar e estar atenta aos sinais não verbais que cada sujeito expressava no decorrer da realização.

A coleta de informações aconteceu no período de setembro a dezembro de 2015, sendo que as anotações do diário de campo se deram durante minhas atividades realizadas na instituição e em situações consideradas pertinentes, como reuniões do CTI.

Após a coleta de informações, realizei a organização, seleção e em seguida analisei as informações. Primeiro transcrevi as entrevistas, organizando-as em dois grupos, primeiramente dos(as) gestores(as) (Enfermeiro Coordenador do CTI e CEP) e em seguida dos(as) técnicos(as) de enfermagem e enfermeiras assistenciais. Em seguida, as respostas foram selecionadas e divididas em categorias norteadoras. Como eixo central foi definido a categoria de formação dos(as) trabalhadores(as) de enfermagem, sendo que as práticas educativas em serviços de saúde e educação no trabalho auxiliaram como tópicos na busca de respostas.

Para preservar a identidade de cada sujeito entrevistado(a) da pesquisa, os mesmos serão nominados(as), como Enf1 e Enf2 para as enfermeiras assistenciais,

e para os técnicos(as) de enfermagem serão utilizados Tec1 e assim sucessivamente, por ordem aleatória. Para os demais participantes, as siglas utilizadas são Cep, para a responsável do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição, e EnfCoord para o enfermeiro coordenador do setor.

Outro documento utilizado foi o manual contendo o Procedimento Operacional Padrão (POP) que os(as) profissionais de enfermagem utilizam para a realização das atividades no CTI. No manual, encontram-se todos os procedimentos de enfermagem, desde o atender ao telefone até a realização de procedimentos invasivos, como, por exemplo, punção de acesso venoso periférico. O material está disponível no setor, destinado à consulta quando há dúvidas na realização de alguma atividade. Foi necessário utilizá-lo como documento de análise, pois durante as entrevistas foram realizados relatos de alguns sujeitos sobre o manual.

O processo de análise e interpretação das informações foi orientado pelo referencial bibliográfico da análise de conteúdo. Chizzotti (1995, p. 98) nos traz que a análise de conteúdo nos auxilia a “compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas”, encontradas nos relatos dos participantes.

Na minha experiência enquanto pesquisadora, ter uma postura de distanciamento em relação aos assuntos abordados não foi tarefa fácil. Porém, considero que fazer parte do contexto, enquanto trabalhadora, e do setor no qual foi realizada a pesquisa, auxiliou no processo, e creio que ao longo da coleta de dados fui desenvolvendo um olhar crítico.

Acredito que, ser pesquisadora durante o horário do meu trabalho foi muito significativo, pois proporcionou experiências que puderam ser utilizadas na minha análise, procurando compreender as situações vivenciadas envolvendo a equipe de enfermagem e a assistência realizada no setor. Ressalto que, tive autorização do coordenador imediato do setor e da direção da instituição hospitalar para a realização da pesquisa.

No próximo subtítulo, traz-se informações profissionais e pessoais sobre os(as) participantes envolvidos na pesquisa.

3.1 Caracterização da equipe de enfermagem do CTI

As características dos(as) profissionais de enfermagem que trabalham na instituição e no CTI seguem um perfil definido pelo estabelecimento. Na seleção dos(as) profissionais, a instituição considera a necessidade de que eles devem ter um conhecimento do CTI, do perfil dos pacientes e adequado treinamento para lidar com instabilidades hemodinâmicas, assim como habilidade para atuar em ambiente fechado e interesse em aprender, definindo assim o(a) profissional a ser contratado. Segundo o enfermeiro coordenador do setor,

O primeiro perfil que se procura no técnico de enfermagem é aquela pessoa que está disposta a aprender, mesmo que apreensiva com o que vai encontrar, e que tenha paciência e tranquilidade durante sua assistência (EnfCoord).

E para o Enfermeiro, segue mais ou menos a mesma linha. Como o enfermeiro será o líder e quem irá conduzir a equipe, primeiramente ele vai para a unidade de internação e depois para o CTI. Na unidade de internação o enfermeiro é avaliado frente às condutas realizadas com um paciente grave, se conseguiu desenvolver suas funções até o final com tranquilidade, e se teve início, meio e fim de toda a situação (EnfCoord).

A diferenciação entre as categorias de trabalho pode ser explicada, em razão de que é o(a) enfermeiro(a) que será o(a) líder e que conduzirá a equipe de enfermagem no seu turno e em determinada situação. Assim, ao enfermeiro(a) de CTI é imprescindível conhecimento teórico-científico para que tenha capacidade de tomar decisões, trabalho em equipe e iniciativa, estando apto a atender as oscilações do estado geral dos pacientes e a manejar os equipamentos com segurança.

Quanto aos(as) técnicos(as) de enfermagem, desempenham funções que envolvem todos os cuidados integrais aos pacientes, como promover o conforto e minimizar a dor, contemplando manuseio e conhecimento dos equipamentos e demais tarefas específicas do setor, necessitando de um constante aprimoramento da sua prática técnica e de seus conhecimentos científicos.

Segue abaixo, um quadro em que consta a idade, o cargo, o tempo de atuação na instituição e o tempo de atuação no CTI dos(as) participantes da pesquisa.

Quadro 1: Sujeitos Participantes da Pesquisa

	Enf1	Enf2	Tec1	Tec2	Tec3	Tec4	Cep	EnfCoord
Idade	29	27	22	45	25	26	49	28
Cargo	Enf.	Enf.	Tec. Enf	Tec. Enf	Tec. Enf	Tec. Enf	Gestora CEP	Enf. Coord. CTI
Tempo de atuação na Instituição	10 anos	3 anos	3 anos	19 anos	2 anos	5 anos	19 anos	8 anos
Tempo de atuação no CTI	2 anos	1 ano	10 meses	14 anos	2 anos	5 anos	—	1 ano

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

São poucos os(as) profissionais que foram contratados diretamente para o CTI, constatando-se apenas dois: Tec3 e Tec4, os demais vieram de outras funções ou setores da instituição⁸. Seguem-se as falas dos(as) trabalhadores(as) que exemplificam essa questão:

Primeiramente, eu acredito que fui trabalhar no CTI por causa da minha experiência e por gostar de trabalhar em ambiente fechado, [...] e também por que começou a ter muita rotatividade de enfermeiras neste setor (Enf1).

Eu fui trabalhar no CTI, realmente, porque não tinha ninguém para ir e me colocaram, [...] e depois de alguns meses vieram me dizer que eu continuaria no setor, por possuir pós-graduação em emergência, trauma e CTI e ali seria mais bem aproveitada (Enf2).

A escolha desses(as) profissionais possivelmente é explicada pelo fato de ser um ambiente fechado, ao contrário das demais unidades de internação, e por ser um local considerado complexo e desafiador, onde os pacientes em terapia intensiva requerem um cuidado especial, por se encontrarem totalmente dependentes e seus sinais vitais necessitando ser monitorados por aparelhos com sinais sonoros durante 24 horas, exigindo assim maior qualificação e conhecimentos específicos, como manejo dos equipamentos e atendimento aos pacientes graves.

Percebe-se também, pelos relatos, que a contratação pode ter ocorrido considerando prioritariamente a experiência do(a) trabalhador(a), quando o(a)

⁸ Vale ressaltar que o(a) funcionário(a) Cep não tem “tempo de CTI” por não ser da área da enfermagem.

profissional apresenta conhecimento das rotinas do setor, como manejar equipamentos, entre outros, e também por seleção. Nesse último caso, o(a) profissional apresenta-se somente com a formação do seu curso, com conhecimento superficial na área de CTI (já que um curso de Enfermagem qualifica para todas as áreas hospitalares e não em uma particular), sem aprofundamento específico em terapia intensiva, mas com o perfil e as características adequadas ou esperadas para atuação neste setor.

A experiência de um profissional pode ser reconhecida pelo domínio dos procedimentos e equipamentos e também pelas informações que possui sobre as rotinas do setor, podendo esse profissional com mais experiência acolher o(a) profissional recém-admitido(a), transmitindo-lhe as informações necessárias.

Contudo, esse método de acolhimento do(a) profissional recém-admitido(a) pelo(a) profissional com experiência, apresenta vantagens e desvantagens. Esta prática de acolhimento tem como vantagem a inserção e adaptação do funcionário no setor, auxiliando-o na execução das suas atividades e assistência realizada. Então, o atualizar-se deve fazer parte do cotidiano tanto para o(a) profissional recém-admitido, quanto para o(a) profissional com experiência, no intuito de promover ações educativas que proporcionem rotinas direcionadas para o contexto do CTI, e assim desenvolvendo as pessoas com pouca experiência e agregando aquelas com mais experiências no trabalho, por meio de construção de conhecimento, realinhando e aprendendo as rotinas específicas do setor e entre outros cuidados realizados conforme a complexidade dos pacientes.

Eu era o único que tinha experiência em UTI de todos que iriam atuar neste setor. Portanto, eu auxiliaria os demais colegas nas informações das rotinas do setor e demais funções que iríamos desempenhar (Tec2).

O CTI sempre foi um local que gostaria de trabalhar, e como me formei no técnico e já fazia parte do hospital..., surgiu a vaga, fiz os testes e fui selecionada, mas não tinha experiência neste setor... fui aprendendo com os meus colegas (Tec1).

Vale ressaltar a importância do trabalho em equipe, tanto para o acolhimento do(a) profissional recém-admitido(a), como também para atuar em setores como o CTI, auxiliando-se mutuamente no desempenho das funções. Desse modo, deve-se possibilitar momentos de reflexão da prestação da sua assistência aos pacientes em

situações críticas de saúde com processos educativos no trabalho, analisando a construção, estruturação e transformação das práticas de saúde.

Outra informação relevante sobre os(as) participantes, é em relação ao tempo de serviço no CTI. Dentre os(as) entrevistados(as), o Tec2 é o(a) profissional mais experiente na equipe de enfermagem do CTI, com início da sua formação como auxiliar de enfermagem e após técnico de enfermagem. Apesar de apresentar mais anos de experiência, o Tec2 atua no turno da noite, o que é um impeditivo de um tempo maior de contato com os demais profissionais que atuam no diurno, o que, por sua vez, poderia proporcionar trocas de experiências significativas, já que o Tec2 vivenciou mudanças consideráveis em seus anos de atuação na instituição.

A atuação do entrevistado Tec2 sempre aconteceu em ambiente hospitalar, e segundo ele, é o que pretende fazer até sua aposentadoria. Com seus vários anos de experiência na área de enfermagem, e especificamente no CTI, desde a sua inauguração, ao longo dos seus 14 anos de atuação no setor, relatou várias mudanças ocorridas nessa área, e que vem se adaptando.

Da época que eu comecei para hoje, se modificaram muito, pois venho de uma época que só tinha dois monitores e que contávamos em microgotas as infusões. Hoje se utiliza bomba de infusão no lugar do microgotas e temos outros equipamentos específicos do setor. Foi um grande avanço, e conforme as inserções das inovações venho me adaptando a todas essas transformações e me readequando sempre quando necessário (Tec2).

O fato de se adaptar as situações é uma questão importante, pois o cuidado de enfermagem está interligado com as tecnologias, com permanentes modificações, alterando padrões de comportamento e exigindo cada vez mais formações adequadas para a realização das atividades.

Outro aspecto importante é em relação ao gênero. Dos(as) 8 participantes entrevistados(as), 2 são do gênero masculino e 6 são do gênero feminino. Com essa informação, ilustra-se a primazia feminina no cuidado da saúde, demonstrando assim, que mesmo na atualidade, existe a dominação do gênero feminino quando relacionado ao ato de cuidar. A busca de explicações significativas sobre essa questão, parte da profissionalização da enfermeira, que historicamente passa pela noção de cuidado de saúde, ação que foi predominantemente realizada por mulheres, mas que aos poucos se torna necessária a desmistificação.

A intenção deste subtítulo foi o de explicitar aspectos referentes à seleção, tempo de serviço e à formação dos(as) entrevistados(as). Percebe-se que para atuar no CTI é necessário estabelecer critérios para seleção, que partem desde o atuar em ambiente fechado, como estar preparado para situações inesperadas, que necessitam de tranquilidade para o andamento do processo. Além disso, a experiência torna-se um aliado no cuidado e do profissional recém-admitido, mas as formações das práticas devem ser orientadas e reavaliadas constantemente.

4 FORMAÇÃO DOS(AS) TRABALHADORES(AS) DE ENFERMAGEM: AS PRÁTICAS EDUCATIVAS E O CUIDADO NO CTI

Para responder ao questionamento realizado nesta pesquisa, que é como ocorrem os processos de formação dos(as) trabalhadores(as) de enfermagem na assistência prestada por estes profissionais no CTI em uma instituição hospitalar de médio porte do Vale do Rio Pardo, organizou-se a discussão em quatro categorias de análise: a) Formação dos(as) trabalhadores(as) de enfermagem; b) Educação transformadora para o trabalho; c) As práticas educativas no ambiente hospitalar e d) Cuidar-educando em saúde: a enfermagem no CTI.

Atualmente, no mundo competitivo e globalizado em que estamos inseridos, as exigências de qualificação e desempenho dos(as) profissionais tendem a aumentar conforme a demanda tecnológica e científica, e são cada vez mais seletivas e específicas segundo o perfil do setor, exigindo assim constante aprimoramento das técnicas, dos cuidados e de todo o processo de trabalho realizado. Para dar conta disso, são necessárias mudanças, atualizar conhecimentos e adquirir rotinas novas, tornando-se indispensável a formação dos(as) trabalhadores(as) de enfermagem, por meio de discussões de suas práticas durante o seu trabalho, propiciando um maior entendimento do contexto e das informações disponibilizadas pela instituição.

Assim, devemos lembrar que a formação dos indivíduos está interligada com as discussões sobre as relações entre trabalho e educação, ou seja, as relações entre aprendizagem e o desenvolvimento, proporcionado pela formação, permite estabelecer uma análise crítica do mundo que os cerca. A formação que se realiza junto ao sistema educacional, para Deluiz (1995, p. 174), configura-se como:

um dos aspectos do processo de socialização, e além de preparar os indivíduos para sua futura inserção no mundo do trabalho cumpre outras funções sociais que ultrapassam as necessidades do sistema produtivo.

No entanto, segue a autora,

A formação do trabalhador não se restringe, entretanto, ao aparelho escolar, mas ocorre em diferentes espaços de atuação, como empresas, sindicatos, instituições de formação profissional, movimentos sociais e outros. É um processo totalizador que abrange não apenas a esfera das relações dos indivíduos com o trabalho e com a produção, mas o conjunto da vida em sociedade e das relações humanas.

Nesse sentido, as ações educativas em saúde tornam-se fundamentais para os(as) trabalhadores(as), pois esses são incentivados a participar de todo o

processo, propiciando assim, ensino aprendizagem no local de trabalho, transformando o(a) profissional.

Um aspecto relevante relatado pelos(as) participantes foi a característica do setor onde trabalham. Eles colocam que o CTI apresenta alta rotatividade dos pacientes, todos são graves e muitos deles inconscientes, confusos e incapazes de se comunicar, tornando o ambiente de trabalho complexo, apresentando situações desencadeantes de estresse, influenciando negativamente na qualidade da assistência prestada, questão apresentada na categoria “educação transformadora para o trabalho”.

No subtítulo seguinte, a formação dos(as) trabalhadores(as), a abordagem será em torno do trabalho organizacional e da experiência em trabalhar no CTI. Nesse tópico, contempla-se o processo e a organização do trabalho, assim como a influência desses nos processos de aprendizagem e as competências dos(as) profissionais nessa dinâmica.

Ao relatarem a experiência de trabalhar no CTI, os(as) participantes, em seus depoimentos, trouxeram que consideram um ambiente diferenciado, desafiador e de muito aprendizado, conseguindo acompanhar a evolução do paciente desde sua internação até o desfecho final, observando suas práticas enquanto trabalhadores(as) e a dinâmica em que o setor se encontra. Considerando esse contexto, discute-se como é esse aprender no CTI e quais as metodologias presentes.

Nos tópicos “as práticas educativas no ambiente hospitalar” e “cuidar-educando em saúde: a enfermagem no CTI”, discorre-se sobre as práticas educativas em saúde e o cuidado de enfermagem no CTI. O cuidado é a característica essencial da área de enfermagem, mas cabe a cada profissional a maneira como o cuidado será realizado na assistência prestada. As inovações tecnológicas que atualmente influenciam diretamente no cuidado realizado, podem ocasionar sérias limitações sobre as práticas de saúde. Para enfrentar as dificuldades, tem-se buscado estratégias baseadas nos princípios da educação no trabalho e na integralidade do cuidado. Os(as) entrevistados(as) relataram que a tecnologia influencia na sua assistência de maneira positiva quando bem utilizada.

No título a seguir apresenta-se o eixo principal da análise das informações, na busca de compreender quais ações educativas são realizadas e como essas são proporcionadas aos trabalhadores(as) do CTI.

4.1 Formação dos(as) trabalhadores(as) de enfermagem

A educação não é sinônimo de transferência de conhecimento pela simples razão de que não existe um saber feito e acabado, suscetível de ser captado e compreendido pelo educador e, em seguida, depositado nos educandos. Freire (1996, p. 57) afirma que “quanto mais se exercitem os educandos no arquivamento dos depósitos que lhes são feitos, tanto menos desenvolverão em si a consciência crítica de que resultaria a sua inserção no mundo, como transformadores dele, como sujeitos”. Assim, a educação precisa ser reinventada e a participação dos sujeitos no processo de aprendizagem deve estar permeada de conhecimentos, informações e oportunidades para aprender e desenvolver-se.

Para garantir a qualidade da assistência nas instituições de saúde é necessário inserir ações educativas nos processos de trabalho, para a melhoria constante do atendimento e desenvolvimento dos trabalhadores, possibilitando estratégias de autoaprendizagem e experiências no seu desempenho.

Quando o(a) trabalhador(a) é convidado(a) e estimulado a participar da elaboração dos processos que faz parte, a refletir e aperfeiçoar sua prática, além de desenvolver novas relações e aproximações com chefia e subordinados e/ou com outros colegas de áreas afins, inicia uma troca de experiências que propicia o processo de aprendizagem no local de trabalho.

Sabe-se que a busca pela formação influencia na aprendizagem, produzindo e organizando conhecimentos, no entanto, como se observa na fala abaixo, ainda existem lacunas a serem preenchidas, como padronizações no atendimento e na assistência de enfermagem realizada por todos os(as) profissionais envolvidos(as):

[...] o que tenho aprendido muito é em relação aos protocolos que pertencem mais a mim e ao meu grupo, pois quando vamos atualizá-los temos que buscar bibliografias referentes àquela atividade. [...] e o que eu percebo é que faltam muitas capacitações referentes a rotinas novas, entre outras coisas mais específicas de cada clínica, como também a padronização de atendimento referente aos cuidados de enfermagem sobre a assistência realizada com os pacientes, necessitando ser repassado a todos os funcionários, sendo que no momento está precária (Enf1).

O Procedimento Operacional Padrão (POP) é um documento normativo para a enfermagem. Para produzi-lo é necessário compreender o contexto em que eles são utilizados e os processos de trabalho da instituição em que serão inseridos. A

utilização desses protocolos auxilia na qualificação dos profissionais, reduz riscos e aumenta a segurança da assistência de enfermagem. Segundo Scartezini (2009), um dos princípios importantes para a padronização dos processos de trabalho de enfermagem é: “só se padroniza aquilo que é necessário padronizar”. Assim, antes de iniciar com os POPs, é necessário realizar um levantamento para conhecer os principais processos de trabalho da instituição.

Com isso, observa-se no relato a existência desses protocolos e que os mesmos encontram-se atualizados, na qual essa atualização é uma maneira de estar aprendendo, pois para a realização é necessário buscar referenciais teóricos, por meio de literaturas nos livros, artigos, entre outros disseminando assim, conhecimento entre os(as) profissionais responsáveis. Porém, existe a necessidade de expandir esses processos padronizados de forma sistemática e participativa entre os(as) profissionais de enfermagem, difundindo as informações e unificando o atendimento realizado.

Por conseguinte, é importante propiciar oportunidades de aprendizagem individuais e em equipe referentes a assuntos pertinentes ao desenvolvimento das atividades e rotinas diárias de cada setor, segundo a padronização instituída. Tendo dessa forma, uma igualdade de atendimento e de cuidado realizados com os pacientes, pois assim auxiliaria na compreensão do trabalho prestado e reduziria o sofrimento psíquico dos(as) profissionais, moderando, dessa maneira, problemas como rotinas de enfermagem desalinhadas, sobrecarga de trabalho entre os turnos, acumulação de escalas de serviço e desgaste físico.

Oportunidades de aprendizagem individuais e em equipe, como se percebe no relato abaixo, são geradoras de produção de conhecimento e desenvolvimento do trabalho. Parte da organização hospitalar, incentivar o(a) profissional para a realização de formação, seja ela dentro ou fora da instituição, por meio da liberação do(a) trabalhador(a) na sua escala de trabalho, proporcionando tempo e estimulando o(a) profissional, auxiliando-o financeiramente e assim desenvolvendo-o na dinâmica da formação a ser realizada:

Eu participo de formações sempre quando tem programada, mas ultimamente não tem tido esses momentos, e que eu participei foi no início do ano, [...] acredito que devido à crise financeira, [...] quando tem capacitações e treinamentos a princípio são obrigatórios. Claro que são realizados convites para estas capacitações, mas se espera que todos venham,

pois é importante para eles e também para adquirir conhecimentos e desenvolver um bom trabalho, tirando as dúvidas (Tec2).

Porém, conforme relatam os sujeitos a seguir, em anos anteriores, quando a situação econômica do Brasil era melhor, ainda assim não havia muitas formações para os(as) profissionais de enfermagem. As formações realizadas vinham ao encontro do que a instituição pretendia no período, isto em 2014, ofertando-se somente o que geraria retorno direto à organização e não necessariamente refletia diretamente a prática do(a) trabalhador(a).

No geral tem pouca capacitação para os funcionários, e este ano foi dito que em função da crise é para evitar fazer muitas capacitações na instituição para não gerar muito banco de horas para os funcionários, [...] mas, nos anos anteriores também não tinham muitas formações (Enf1).

[...] faz tempo que não participo de capacitações, e as que eu participava eram com assuntos voltados para o hospital, como por exemplo, capacitações sobre o regimento interno para os colaboradores, que teve em novembro de 2014 e também combate a incêndios, sendo obrigatória a participação e não apresentava tema voltado para a assistência que realizo desde que eu entrei, há 2 anos (Tec3).

Ao considerar a formação como ação educativa, percebe-se que existe uma preocupação do(a) profissional em saber se a maneira como está realizando as atividades é a melhor, contribuindo para a qualidade da assistência, como no relato abaixo:

Eu sinto necessidade de aprender algo, justamente quando tem a diferença no trabalho realizado. Se eu faço de uma forma e o outro faz de outro jeito eu tenho necessidade de saber qual é o mais eficaz, o que tem benefício, otimiza o tempo e que dá mais qualidade para este atendimento, para poder desempenhar o melhor (Enf2).

Em uma ação educativa, construir determinados conhecimentos, produz modificações naquilo que está se desenvolvendo, gerando transformações nas práticas realizadas, ainda mais quando os(as) profissionais estão inseridos(as) em um ambiente, onde se ensina (e aprende-se) bastante na prática como a terapia intensiva, como relatado pelo sujeito a seguir:

Tenho necessidade em conhecer mais... conhecimento em relação às rotinas novas ou materiais e situações que não

acontecem sempre, [...], sinto muita falta desta formação, especificamente de uma transformação no meu trabalho, pois o CTI ensina bastante (Tec1).

O “ensinar bastante” que o CTI proporciona, relatado pelo(a) participante, é significativo. Porém, é necessário rever a formação dos(as) profissionais de enfermagem desse setor, investindo em capacitações permanentes, dada sua importância para melhorar as condições e a carga de trabalho, influenciando na qualidade e humanização da assistência realizada, melhorando a qualidade de vida de toda a equipe.

A empresa pode colaborar com tal prática, por exemplo, por meio da realização de um curso de capacitação em cuidados intensivos ao paciente crítico, abordando assuntos como a humanização em terapia intensiva, as rotinas específicas do CTI, a assistência de enfermagem aos pacientes, com especificações das diferentes especialidades (neurologia, cardiologia etc), bem como questões envolvendo pacientes com diagnóstico de morte cerebral para toda a equipe de enfermagem do CTI, estimulando a sua participação com folgas extras e liberação do(a) profissional no seu turno. Também, podem estabelecer uma escala dos(as) profissionais de enfermagem mais flexíveis, de acordo com a demanda e os pacientes que se encontram no período, por meio da realização da assistência do cuidado, com apenas um paciente por turno de trabalho, reduzindo assim a sobrecarga e todo o sofrimento e estresse que o trabalho requer, estando associados ao envolvimento com pessoas por um longo período de tempo.

Estimular os(as) profissionais com estratégias de ensino e aprendizagem nos processos formativos de suas práticas em relação a sua assistência, resulta em um atendimento qualificado, mas o que se observa na fala do sujeito é o quanto isto é deficiente no CTI:

Eu acho que deveria ter mais formação em relação as nossas atividades diárias, desde a admissão do paciente, até cuidados básicos, como sinais vitais, entre outras assistências específicas direcionadas para os pacientes internados no CTI, porque sempre aparece um paciente diferente e tu não sabe o que vai fazer [...] eu sempre acho que temos que saber mais [...] (Tec3).

Nesse processo, nota-se, no relato abaixo, que a ausência do coordenador e a falta de reconhecimento como profissionais de enfermagem, para além das ferramentas de trabalho, são determinantes na formação para o trabalho no CTI:

Em relação à formação no CTI, o que eu acho que deveria melhorar, em primeiro lugar, é a coordenação [estar] mais presente, olhar mais para os técnicos, não só como instrumento de trabalho; realizar capacitações para que o pessoal se sinta mais seguro na hora de acompanhar o médico em um procedimento, na hora de realizar um procedimento específico do técnico e principalmente para saber o porquê está fazendo [...] (Tec4).

Assim, há a necessidade dos gestores proporcionarem aos(as) profissionais de enfermagem a possibilidade de observar e refletir sobre o meio social em que estão inseridos, tornando-os(as) participantes de todo o trabalho. Para isso, acredita-se que a troca de informações e técnicas deve acontecer nas equipes, estabelecendo dinâmicas, tais como discussões de caso, de atendimento realizado, de condutas estabelecidas frente a um determinado acontecimento entre outros, tendo como principal finalidade o crescimento pessoal e profissional, conscientizando assim cada um acerca de suas atribuições e inserindo formações que incentivem o seu autodesenvolvimento. A instituição poderia auxiliar por meio da redução de carga de trabalho, não sobrecarregando o(a) profissional na sua atividade, proporcionando a realização dessas discussões de caso, possibilitando assim esses momentos de aperfeiçoamento.

É preciso considerar que, muitas vezes, nos locais de trabalho se criam e se desenvolvem importantes relações interpessoais. Essas interações influenciam diretamente nos processos de trabalho. A convivência diária com o outro não é tarefa fácil e conviver durante a sua jornada de trabalho sem compreender o comportamento de cada um se torna mais difícil.

Para isso, ocorre a necessidade de envolver os(as) profissionais tanto nas suas tarefas individuais quanto em grupo, pois os seres humanos envolvidos em suas tarefas laborais com comprometimento e responsabilidade favorecerão no resultado do trabalho e nas relações interpessoais.

Além disso, é necessário inserir o ser humano no seu ambiente de trabalho, objetivando uma melhor qualidade de vida e também atualização sobre todos os processos. Uma das alternativas para esse desenvolvimento seria a educação permanente, pois nesse processo ocorre à busca de alternativas e soluções dos problemas vivenciados pela equipe de enfermagem no setor, e ao enfrentar a realidade em que se encontra, influenciarão no processo de reflexão e transformação de suas práticas, complementando com a aquisição de

conhecimentos com assuntos pertinentes ao setor e diretamente ao profissional. Para que isso aconteça, deve-se oportunizar no trabalho momentos e ambientes de formação, desenvolvendo com essa estratégia suas próprias habilidades e melhorias na sua prática, provocando melhores condições no trabalho, sendo necessário esse processo educativo ser contínuo e com retroinformação conforme a dinâmica estabelecida no CTI.

4.2 Educação transformadora para o trabalho

Historicamente, à palavra “trabalho” pode ser atribuído vários significados, todavia, independente da época – escravagista, feudal ou industrial – há uma característica comum. Trata-se da subordinação de quem vive do trabalho a quem detém os meios de produção. Assim, parece que o conhecimento e o pensar são exclusividade de uma classe, sendo os trabalhadores responsáveis apenas pela execução.

O sistema capitalista, além de determinar as formas de trabalho, determina também as questões relativas à formação dos trabalhadores. Dessa forma, é importante destacar os papéis que a educação, especialmente a básica, vem desenvolvendo quando relacionada ao mundo do trabalho.

O trabalho e a formação humana são elementos indissociáveis. Ramos (2010, p. 98) destaca que:

Ontologicamente, o ser humano precisa aprender a produzir sua própria existência, o que nos leva a concluir que a produção do homem é, ao mesmo tempo, a formação do homem; isto é, um processo educativo. A origem da educação coincide, então, com a origem do próprio homem. Mas esse aprendizado se modifica juntamente com as mudanças pelas quais passam as formas de trabalho, de produção da existência, de sorte que a relação entre o trabalho e a educação é tanto ontológica quanto histórica.

No que se refere à formação profissional, a grande preocupação tem estado centrada na ideia capitalista de produtividade e flexibilização do trabalho, que conseqüentemente produz um sentido de adaptação do trabalho ao capital, a educação, dessa maneira, contribui para a adaptação ao modo de produção (FRIGOTTO, 2008).

Um dos desafios da escola atual é como trabalhar com um público que chega a escola com conhecimentos de mundo, práticas, com condições diversas de aprendizagem, que estão na escola e não no mundo de trabalho, o qual é exigente e discriminador. É preciso ultrapassar a formação com conteúdos que não se

relacionam com as vivências dos sujeitos, além de romper com a insistência em técnicas tradicionais de ensino.

Seguindo esse pensamento, Frigotto (2009) resgata a teoria sobre o trabalho como princípio educativo, porque é com esse processo educativo que o ser humano produz a si mesmo, a resposta às necessidades básicas, na ação mútua com o mundo e a natureza, mas também e não separadamente as necessidades sociais, culturais, estéticas, lúdicas, intelectuais, afetivas e artísticas. Construindo um processo educativo na condução das novas gerações a entender o caráter cada vez mais inacessível da sociedade capitalista centralizada na competição, consumo, desperdício e violência.

A ideia de que o trabalho é um local de formação humana pode ser ilustrada no depoimento a seguir, que se refere ao setor de terapia intensiva da instituição, onde a pesquisa foi realizada, porém, neste relato percebe-se que o(a) profissional realiza esta busca individualmente, reforçando a ideia de “mercadoria” :

A experiência de trabalhar no CTI é muito diferenciada, muito boa e muito gratificante. É um local onde ocorreu e ocorrem muitas transformações, fazendo com que eu sempre continue buscando conhecimento e renovações em relação à assistência prestada por mim ao paciente internado neste setor [...] (Tec2).

Além de ser gratificante, o reconhecimento pelo trabalho é outro aspecto mencionado, conforme relatado abaixo:

Trabalhar no CTI é gratificante. Nós somos muito reconhecidos pelos pacientes e médicos também. Claro que têm alguns contratemplos de vez em quando, mas acho que somos muito reconhecidos aqui, fazendo com que nosso atendimento seja realizado de maneira prazerosa (Tec4).

O reconhecimento do trabalho realizado nas organizações hospitalares torna o ato de trabalhar um fator de satisfação pessoal, impulsionando e mobilizando as práticas de cuidado pelos(as) profissionais, provocando muitas vezes transformações no seu processo de trabalho, interferindo diretamente na qualidade da assistência à saúde prestada.

O processo de trabalho da enfermagem em terapia intensiva e o confrontar-se com oscilações constantes e alta rotatividade dos pacientes graves implica a priorização de procedimentos. Nessa perspectiva, a formação na área da saúde, deve superar as tradições, indo além de cursos e treinamentos isolados e voltados

para os problemas imediatos dos serviços, tendo como base, não somente a demanda da instituição, “que exigem cada vez mais um trabalhador(a) treinado e preparado(a) para o mercado competitivo e gerador de capital, mas sim uma educação permanente voltado para a assistência multidimensional” (SARRETA, 2009, p. 177).

Percebe-se que o fato de trabalhar em terapia intensiva proporciona ao profissional o entendimento de todo o processo de trabalho, podendo assim atuar em qualquer outro setor:

[...] trabalhando no CTI tu consegue dominar todo histórico de saúde do paciente, tem como saber o porquê das situações estarem acontecendo; eu consigo acompanhar a evolução do paciente e o atendimento que irei realizar [...]. E também eu sempre percebi que o enfermeiro de CTI consegue trabalhar em qualquer setor (Enf1).

O papel da(o) enfermeira(o) em terapia intensiva consiste em obter a anamnese do paciente realizando o exame físico completo, executando o tratamento prescrito, apoiado numa fundamentação teórica. Mas essas funções também devem ser desempenhadas pelas(os) enfermeiras(os) nas unidades de internação. A diferença é que, nessas últimas, devido à demanda e maior fluxo de pacientes, o atendimento torna-se rápido, não conseguindo acompanhar diretamente a evolução do paciente, apresentando pouco conhecimento dos seus aspectos individuais, ficando a qualidade do cuidado realizado com várias limitações.

O conhecimento faz-se necessário nas organizações de trabalho, tornando-se uma oportunidade de aprendizagem e formação de trabalho em equipe, e que o aprimoramento do(a) profissional propicia uma transformação de forma ampla de si mesmo e do local onde está inserido. Quando cada um sabe sua função no atendimento, e se o(a) profissional está capacitado(a) a não fazer do seu trabalho uma rotina, este último ocorrerá de maneira mais eficaz e segura, segundo se percebe no relato a seguir.

[...] o CTI é uma área onde você tem oportunidades de aprendizado e conhecimento. Formando trabalho em equipe, você entende qual sua função como enfermeira, a do médico, e do técnico de enfermagem... está mais clara aqui do que nos outros setores, prestando assim uma assistência eficiente ao paciente grave (Enf2).

A organização hospitalar influencia nos processos de aprendizagem no trabalho dos(as) profissionais e também, claro, no funcionamento do setor. Observa-se na fala a seguir que o CTI objeto do estudo é considerado bem estruturado, mas que a participação para o desenvolvimento e crescimento profissional é pouco estimulada no ambiente de trabalho.

No geral, a organização no CTI é bem dividida. Cada um tem suas tarefas, mas com pouca participação nas decisões [...]. Nós enfermeiras assistenciais estamos sempre conversando sobre melhorias da organização dos processos de trabalho no setor, trocando ideias e levando para a coordenação, mas nem sempre nossas ideias são ouvidas ou acatadas, mas a gente tenta [...] (Enf1).

Pode-se constatar que existe uma lacuna referente aos assuntos pertinentes à organização do trabalho nos processos do setor, nomeadamente nas relações entre as(os) enfermeiras(os) assistenciais e a coordenação.

A participação no processo de tomada de decisões no trabalho é condição fundamental para o desenvolvimento das atividades realizadas pelas(os) trabalhadoras(es) de enfermagem. Martinez; Paraguay (2003) ressaltam que esta questão é premente, principalmente em setores nos quais o trabalho é fragmentado e precisa ser ao mesmo tempo organizado e em equipe.

A participação pode sinalizar um sujeito mais autônomo, considerado como sujeito, reduzindo relações conflituosas, auxiliando e reconhecendo o(a) profissional na realização das atividades propostas e na valorização do trabalho prestado, permitindo a todos boas condições de trabalho, sem sobrecarregar, com tarefas extras a sua função, e a ninguém da equipe. Além, de acontecer um aprendizado coletivo e também reflexão sobre a prática.

4.3 As práticas educativas no ambiente hospitalar

Partindo do fato de que a aprendizagem se realiza no cotidiano do trabalho, as práticas educativas no ambiente hospitalar também se enquadram na PNEPS. As propostas lançadas pela PNEPS visam desenvolver a capacidade dos(as) trabalhadores(as) da área para responder às necessidades de saúde das pessoas e das populações, qualificar a gestão setorial loco regional e aprofundar o controle social em causa para transformar as práticas profissionais e a organização do

trabalho, a partir da própria problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004).

Tais questões aplicam-se também ao cotidiano hospitalar, em que o aprender e o ensinar tornam-se algo cada vez mais necessário, tendo suas ações norteadas pelo conhecimento e desenvolvimento técnico-científico, oferecendo condições que viabilizem o desenvolvimento das potencialidades pessoais e profissionais.

A aprendizagem tem estimulado também, a sensibilidade para as virtualidades formadoras do trabalho, sobretudo para a formação dos(as) trabalhadores(as) e seus processos: “entretanto não caímos no miúdo buscando inserir o trabalho nas políticas educacionais; estamos antes de mais nada buscando no trabalho, na produção da existência, da cultura, dos valores, das linguagens... elementos para uma melhor compreensão da formação humana” (ARROYO, 1998, p. 143).

Dessa forma, o objetivo desta seção é descrever e analisar as concepções dos(as) trabalhadores(as) de enfermagem sobre as práticas educativas em serviço de saúde realizadas pela instituição.

A EPS é um processo que objetiva promover o desenvolvimento integral dos(as) profissionais nos diversos setores, buscando aprendizagem significativa nos acontecimentos do trabalho. Para o(a) entrevistado(a), cuja fala apresenta-se a seguir, nota-se que a educação é significativa para os(as) profissionais da instituição, uma vez que proporciona aos mesmos uma uniformização de suas práticas. Acrescenta, que há a necessidade de planejamento em relação à padronização das práticas, com o objetivo de organização das atividades realizadas pelos(as) profissionais:

Eu acho muito importante as práticas educativas e deveria ter muito mais, [...] e que estas práticas se padronizassem na instituição com temas diversos, porque eu vejo que no CTI é feito de uma maneira, na clínica de outra e assim por diante (Enf1).

Além disso, para os(as) entrevistados(as), a formação no trabalho pode contribuir para a constituição de um perfil da instituição e ajudar o(a) profissional a desenvolver o seu trabalho de acordo com o esperado pelo hospital em cada setor. Logo, cabe à instituição proporcionar incentivos, desde financeiros, assim como a liberação do(a) profissional para realização das formações, sejam elas no local de trabalho ou em outro estabelecimento, investindo em discussões relacionados ao

processo e qualidade do(a) profissional no trabalho, já que o conhecimento adquirido irá refletir diretamente na prática exercida pelo(a) profissional.

Assim, buscando atender às necessidades da organização e dos(as) profissionais, reavalia-se e dá-se o retorno das ações relacionadas ao trabalho e à dinâmica do setor com tempo pré-estabelecido, visto que isso permitirá avaliar o processo, viabilizando as ideias sugeridas:

[...] o perfil hoje que a instituição traz é que todos têm que saber todos os setores, então hoje eu estou aqui no CTI e vou para outro setor; se não for me passado alguma mudança de rotina daquele local, vou acabar não fazendo porque não foi transmitido, sobrecarregando o colega do turno oposto. Por isso a grande necessidade dessa educação no trabalho ser repassada a todos os colegas de todos os turnos, e ser retomada depois de seis meses para saber como ficou... um feedback [...] (Enf2).

O aprendizado contínuo auxilia da mesma forma, os ingressantes no ambiente hospitalar, posto que proporciona a esses integração, entendimento e confiança na realização de suas práticas, como se percebe no relato:

[...] especialmente o pessoal novo, que chega e vem sem conhecimento algum, e com uma visão diferente da instituição. Que nem tu me perguntaste antes, se estou estudando, não..., mas estou sempre me reciclando. Um dia eu já fui que nem eles, morria de medo de instalar um soro (Tec2).

Em situações de incertezas, as ações e escolhas demandam decisões. Destaca-se a importância para a educação permanente, pois assim o profissional poderá se desenvolver, aprendendo constantemente, vinculando a teoria com a prática, evitando equívocos que muitas vezes ocorrem pela falta de conhecimento, como observa-se na fala abaixo:

Eu considero muito importante as práticas educativas na instituição, ainda mais aqui no CTI, porque eu acho sempre bom a gente dar uma reciclada... mesmo achando que sabemos muita coisa, sempre [se] aprende. Acho que se todo mundo fosse capacitado não teria tantos erros, tanta falta de humanização. Acho que tudo isso pode ser evitado (Tec4).

Podemos observar que nos relatos o termo “reciclar” está muito presente. Na busca de identificar o significado da palavra, encontramos no dicionário *reciclar* – como *verbo transitivo direto* é submeter (algo) a reciclagem, a uma série de processos de mudanças ou tratamento para reutilização, e como *verbo transitivo*

direto e pronominal é promover a reciclagem ('formação') de (alguém ou de si próprio); atualizar (-se), requalificar (-se)⁹. Nesse sentido, "reciclar", para os(as) entrevistados(as), remete à atualização e qualificação de suas práticas como profissionais no setor, devido à demanda tecnológica e aos pacientes graves que se encontram no cenário do cuidado de enfermagem no CTI e a todo o processo de trabalho que estão inseridos.

Quando questionados(as) em relação as formações específicas sobre o CTI, os(as) participantes relatam que em anos anteriores desenvolviam ações formativas pertinentes à prática diária, mas que nos dias atuais o foco tem sido "treinamentos" com os técnicos responsáveis pelos equipamentos novos. Afirmam também, que fazem parte do grupo de psicologia do setor, em que o trabalho do grupo tem como objetivo aprender a lidar com sentimentos produzidos em determinadas situações de trabalho:

De momento não tem formação específica do setor, mas antigamente tinha... sobre cuidados com o dreno de tórax era realizado uma prática sobre como atender em uma parada cardiorrespiratória, [...], porque se via a importância de capacitar todos... agora estão deixadas de lado as coisas (Tec4).

O que tem voltado realmente para o CTI é o grupo de psicologia que é um projeto que começou no CTI, onde se viu a necessidade, por ser um setor que os pacientes iam a óbito e isto afetava muito a equipe, [...] mas na parte de assistência de enfermagem não tem treinamento específico. O que acontece é que quando chega um equipamento novo, os técnicos responsáveis pelo equipamento realizam um treinamento de como manusear, para todos os funcionários do CTI (Enf1).

É possível perceber que as ações educativas são insuficientes para a demanda exigida pelo setor. Os treinamentos realizados pelos responsáveis, acerca dos equipamentos novos, apenas instruem quanto a aspectos técnicos, não se preocupando com um saber mais elaborado e detalhado, apresentando um embasamento técnico-científico do equipamento a ser utilizado. Por outro lado, percebemos que existe uma preocupação em relação aos sentimentos dos(as)

⁹Significado da palavra "Reciclar". Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portuguesportugues&palavra=reciclar>>. Acesso em: 12 de maio de 2016.

profissionais de enfermagem que atuam no CTI, já que o lidar com a morte pode interferir no trabalho e no ambiente de trabalho.

Além de não haver formação sobre conhecimentos específicos na terapia intensiva, nota-se que os(as) novos funcionários(as) admitidos frequentemente recebem um aprendizado de outro funcionário com pouca experiência, por um curto período, alguns utilizando métodos como anotações em cadernetas, ocasionando com isso, pouca formação nos aspectos referentes às condições críticas dos pacientes.

Não existe treinamento específico para o CTI. O que tem é um acompanhamento quando o funcionário entra, fica com outro colega por um período, aprendendo as rotinas e atividades, em torno de uma semana ou menos, até atuar sozinho. Esses acompanhamentos que têm hoje em dia são muito superficiais... é um [funcionário] novo ensinando um novo, muitas vezes (Tec 2).

Para a aprendizagem ocorrer, é necessário utilizar-se de vários métodos. A educação no trabalho oferece múltiplas oportunidades de crescimento na formação profissional e pessoal, vinculando-as à compreensão do conjunto de conhecimentos que formam as competências socioculturais e técnico-científicas.

Alega-se que há uma crise econômica no Brasil, podendo esta ser o reflexo do pouco investimento na educação, no entanto, o que ocorre é que segundo relatado pelo sujeito, a “crise” restringe ainda mais as possibilidades de práticas educativas no trabalho:

Eu acredito que deve ter mais momentos de educação no trabalho. Hoje em dia reduziu bastante o número de capacitações. Hoje o mercado vem com muitas cobranças em questão de banco de horas, manter as contas em dia e aí nós acabamos fazendo restritamente o que é necessário. [...] e o que tem gerado isso é a crise em que a instituição se encontra (EnfCoord).

Contudo, observa-se, na fala a seguir, que mesmo com toda essa situação, existe preocupação quanto ao assunto, sendo necessário muitas vezes se reinventar e experimentar outras maneiras de intervenção nas práticas de saúde:

[...] enfim, [as] reuniões se reduziram devido ao banco de horas, por gerar valores [...], mas não que justifique a ausência completa dessas formações. Tivemos que remodelar muita coisa para não ter acúmulo de horas dos funcionários. Temos

que pensar e usar a criatividade para ter mais condições de educar (Cep).

Dessa forma, existe consenso nos relatos dos(as) profissionais de enfermagem com relação ao fato de considerarem importantes as atualizações para o desempenho de suas atividades. Com isso, novas formas de aprender, atualizar, qualificar-se e gerar conhecimentos podem e devem sempre que possível ser realizados para os(as) trabalhadores(as) de enfermagem, sob um olhar minucioso dos(as) gestores, os quais são responsáveis por apoiar e estimular o desenvolvimento dos(as) profissionais, com consequentes melhorias para os serviços de saúde.

4.4 Cuidar-educando em saúde: a enfermagem no CTI

O CTI surgiu da necessidade de oferecer suporte avançado de vida a pacientes criticamente doentes e que possuam chance de recuperação. Para Salomé (2011, p. 161-162), “o exercício da enfermagem em UTI implica assistir pessoas hemodinamicamente instáveis, visando não somente à sua estabilidade, como também o atendimento de possíveis intercorrências, as quais necessitam de cuidados intensivos prolongados”. Também para o mesmo autor, lidar com equipamentos de alta tecnologia, rotinas que requerem maior agilidade, constante ambiente de tensão e a iminência de morte, como é o caso de um setor UTI, leva o profissional a um desgaste físico e emocional, tornando fatores desencadeantes de estresse no ambiente, influenciando na assistência realizada aos pacientes.

O cuidado humano, assim como a tecnologia é uma realidade construída socialmente. Nesta perspectiva, o cuidado de enfermagem, com o desenvolvimento da tecnologia, passou a valorizar o aprimoramento das técnicas e procedimentos que necessitavam de máquinas e aparelhos para a sua realização, os(as) profissionais de enfermagem passaram a ter que estar capacitados(as) para manusear ventiladores mecânicos artificiais, monitores multiparâmetros, entre outros equipamentos.

Com essa inserção tecnológica, as práticas educativas no trabalho acabam enfraquecendo quando o seu foco principal, que deveria ser as pessoas e as relações sociais, passam a privilegiar as tecnologias, os métodos e seus conteúdos, ocorrendo a necessidade de uma reflexão da equipe envolvida no processo.

Nesse sentido, reflete-se sobre em que medida as práticas educativas influenciam na qualidade da assistência de enfermagem, do ponto de vista dos(as) trabalhadores(as) do CTI, assim como as implicações da tecnologia.

O CTI é um setor permeado constantemente pela tecnologia no atendimento ao paciente. O lidar diário com esses equipamentos auxilia nas atividades e no cuidado realizado pelos(as) profissionais, envolvendo-os no cuidado com o paciente e também sendo usado em outros setores, como nota-se no relato abaixo:

Eu acho que as tecnologias estão sempre ao nosso favor e são muito bons. Acredito quem vêm para auxiliar em nossas atividades e principalmente no cuidado que realizamos nos pacientes. Auxilia muito no teu trabalho, pois não te prejudica, não te machuca isto... no caso do elevador de pacientes portátil, que é um aparelho novo que chegou e vem sendo usado em todos os setores. E pode melhorar cada vez mais as tecnologias (Tec1).

Ao utilizarmos a tecnologia como instrumento dos(as) cuidadores(as) e educadores(as) para o cuidado, as informações e conhecimentos devem estar presentes em todos os(as) profissionais envolvidos(as), repercutindo no manuseio desses equipamentos e no cotidiano do trabalho e formação para um cuidado tecnológico:

Acho que ao adquirir essas tecnologias, como monitor multiparâmetro... tem que avaliar o que vai ser realmente utilizado, pois muitas vezes se tem algo inovador, mas que os próprios médicos nem sabem manipular ou até avaliar. Deve ser avaliado o perfil de profissional que eu tenho, se eu tenho como explicar tudo, como é que funciona, se vai ser utilizado no paciente, para depois escolher os materiais a serem investidos (Enf2).

Percebe-se a necessidade de se questionar a utilização das tecnologias para a manutenção da vida do paciente, pois colocar à disposição equipamentos que não serão utilizados ou cujo manuseio é desconhecido, leva a uma situação de limites que acaba interferindo na prestação do cuidado. Deve-se estabelecer uma relação e interação do(a) profissional com a tecnologia, dentro das possibilidades do setor e perfil dos(as) pacientes internados(as), promovendo práticas de cuidado a favor da vida.

No CTI, temos a tecnologia ao nosso lado, nos auxiliando no cuidado de pessoas doentes. Porém, existem profissionais que baseiam a prática do cuidado

apenas na tecnologia, esquecendo-se do cuidado humanizado, contribuindo para a geração de um ambiente hostil, como se percebe nas falas:

A tecnologia ajuda muito, é um avanço [mas] também um problema, pois devemos saber utilizar essas ferramentas que hoje temos em nossas mãos, saber para que elas servem e como utilizá-las. [...]. Só não podemos deixar de desassistir o ser humano, nunca esquecer isso, pois às vezes a máquina falha (Tec2).

Essa questão da tecnologia melhorou muito [...] nos monitores, [mas] prejudica, de forma que, por exemplo, o paciente está com uma arritmia, tu olha o monitor e não te preocupa em olhar o paciente, em verificar o pulso manualmente, contando um minuto, sentindo o pulso, [...] e a formação nova que está vindo não tem essa visão de olhar o paciente como um todo e não só o monitor [...] (Tec4).

A ideia da utilização da robotização/mecanização de práticas de cuidados nas ações de enfermagem precisa ser melhor discutida, porque a prática do(a) profissional é além das tecnologias, ou seja, faz-se necessário repensar a questão de humanização em saúde, visualizando o(a) paciente de forma diferenciada, preocupando-se em assisti-lo como todo.

Apesar disso, sabe-se que a tecnologia apresenta dimensões importantes para a qualidade da assistência de enfermagem, todavia deve-se saber utilizá-la, o ideal é aprender permanentemente. No relato a seguir, essa ideia está explicitada, ou seja, o trabalho é um local de formação, enriquecedor e o “relembrar” possibilita momentos nos quais o cuidar associa-se ao educar.

Um bom exemplo é uma paciente que internou e precisou de marcapasso. Fazia muito tempo que não tinha aqui, foi como relembrar os cuidados do marcapasso e como lidar com esse tipo de situação. [...] foi intenso, muito enriquecedor, relembrar... (Tec2).

A construção do conhecimento e a compreensão de que as competências socioculturais e técnico-científicas ocorrem com o avanço intenso das tecnologias estão diretamente vinculadas. O conjunto desse conhecimento pode ser melhor compreendido se houver desenvolvimento de ações específicas e pertinentes aos profissionais de enfermagem, possibilitando ao trabalhador(a) uma discussão do seu papel em todo o processo.

Com as novas tecnologias, há a necessidade de formação dos(as) trabalhadores(as) e de novas formas de organização do trabalho. Segundo Deluiz (1995),

o progresso e o uso intensivo da tecnologia, baseada na microeletrônica e nos métodos de informação e de automação, acarretaram, nas duas últimas décadas, mudanças drásticas no processo produtivo, na organização do trabalho, nas relações sociais e, conseqüentemente, nos níveis de emprego e qualificações profissionais (p. 15).

Desse modo, a aprendizagem e o desenvolvimento profissional se tornam desafios imprescindíveis. Interagir, mediar e favorecer a reflexão é um compromisso de quem, antes de ensinar, permite-se aprender. E quando os(as) profissionais de enfermagem percebem essa necessidade, tem-se todo o encanto que envolve o ensinar e o aprender, visto que os(as) profissionais sentem-se inseridos(as) no processo de cuidar e educar em saúde.

Finaliza-se este capítulo com a ideia de Freire, quando diz que devemos acompanhar a dinamicidade com que os fatos ocorrem no mundo, que devemos explorá-los. Podemos dizer que nós profissionais de enfermagem somos constantes alunos na busca da realização de um atendimento qualificado, humanizado e porque não diferenciado. A mudança é difícil, mas não impossível.

Estar no mundo sem fazer história, sem por ela ser feito, sem fazer cultura, sem “tratar” sua própria presença no mundo, sem sonhar, sem cantar, sem musicar, sem pintar, sem cuidar da terra, das águas, sem usar as mãos, sem esculpir, sem filosofar, sem pontos de vista sobre o mundo, sem fazer ciência, ou teologia, sem assombro em face do mistério, sem aprender, sem ensinar, sem idéias de formação, sem politizar não é possível (FREIRE, 2001, p. 48).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A Educação é a arte de acender uma chama, não a de encher um vaso.”

(Sócrates)

As práticas educativas no ambiente hospitalar é algo interligado e inseparável ao trabalho e a formação dos(as) profissionais de enfermagem, e a educação deve ser considerada como um exercício coletivo de valorização das experiências e da criatividade individual, tornando o educar em saúde um processo dinâmico com grande potencial de transformação da realidade, dos significados partilhados, e da valorização da troca de saberes e fazeres da equipe de enfermagem em suas produções no trabalho e no cotidiano que os cerca.

Dessa forma, por meio das entrevistas realizadas com os(as) profissionais de enfermagem do CTI, objetivou-se analisar e compreender os processos de formação dos(as) trabalhadores(as), relacionando-os ao seu cuidado diário, na possibilidade de compor estratégias de melhorias para o seu desenvolvimento profissional e pessoal no seu cotidiano de trabalho, por meio da identificação da existência dos problemas. Compreendendo, assim, os distintos aspectos relacionados às práticas educativas em saúde e sua relação com a assistência prestada aos pacientes.

Seguindo esse viés, para realizar a pesquisa, considerou-se importante quatro categorias: formação dos(as) trabalhadores(as) de enfermagem; educação transformadora para o trabalho; as práticas educativas no ambiente hospitalar e cuidar-educando em saúde: a enfermagem no CTI.

Realizar esse movimento entre essas categorias foi uma tarefa desafiadora, pois venho da área da saúde, com conteúdo mais assistencial. Além disso, este estudo foi a minha primeira inserção na área da pesquisa em educação, tendo assim um contato significativo com teorias e leituras mais complexas e reflexivas.

Primeiramente, ao longo da minha pesquisa, deparei-me com momentos surpreendentes. Um deles foi em relação aos trabalhadores(as) de enfermagem com mais tempo de experiência profissional, que apesar dos longos anos de atuação na instituição, ainda preocupam-se em estar constantemente aprendendo e qualificando-se, considerando assim, a necessidade de formação permanente.

Além disso, também se observou a preocupação que esses(as) profissionais têm em relação àqueles que estão iniciando a sua trajetória na instituição e no local de trabalho, e que quem está envolvido no processo de aprender novos conhecimentos, os adquire.

Sendo assim, na área da enfermagem, a preparação do pessoal para a prestação de serviço tem sido uma estratégia para a melhoria do cuidado em saúde. Ademais, as atividades de aprendizagem contínua permitem a integração do(a) profissional à função, ao contexto da organização e a transformação do seu potencial em comportamentos objetivos, conhecimentos e habilidades a partir da reflexão sobre a realidade em que está inserido, mas que por meio das análises não vem acontecendo (GUIMARÃES; GODOY apud SANTOS et.al., 2006).

Para isso, os(as) profissionais de enfermagem, em meio aos avanços tecnológicos, permeados por uma variedade de instrumentos e técnicas, têm realizado esforços no sentido de incorporar a tecnologia ao seu processo de trabalho como ferramenta para a mudança nos ambientes. Essa mudança requer do(a) profissional uma “constante atualização, visão crítica e reflexiva do mundo do trabalho, concomitante à adequação das tecnologias à sua realidade, em benefício da qualidade do cuidado e das interações pessoais no ambiente” (GUIMARÃES, MARTIN; RABELO, 2010, p. 28).

A atualização cotidiana das práticas educativas em saúde é um grande desafio. Contudo, como apoio a essas práticas, insere-se a necessidade da construção de relações e processos que vão do interior das equipes atuantes e agentes, às práticas organizacionais, “envolvendo a instituição e/ou o setor da saúde, às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, visto que esses setores também têm sua implicação nas políticas as quais se inscrevem os atos de saúde” (CECCIM, 2005, p. 161).

Então, a instituição deveria proporcionar capacitações voltadas para o CTI e também estimular os(as) profissionais de enfermagem a manter-se atualizados, participando de programas de formação para a aquisição de conhecimentos, com práticas educativas voltadas à assistência de enfermagem, com embasamento científico, buscando a qualidade de serviço na instituição.

Além disso, na maioria das vezes a qualidade de vida do(a) profissional no trabalho não é considerada pelas organizações em relação aos avanços tecnológicos e ao crescimento econômico. Ocorre assim, a necessidade de resgatar

e possibilitar aos trabalhadores(as) melhores condições de trabalho, dentro e fora da instituição, por meio de modificações na jornada, ritmo e carga do trabalho, com a adequação do quantitativo do pessoal e a valorização do(a) profissional.

Ressalta-se a importância de formações específicas no CTI, pois, nas entrevistas analisadas, percebe-se que são insuficientes para a demanda do setor, e que se verifica a necessidade de estabelecer um *feedback* dessas ações educativas, uma vez que a falta do *feedback* dificulta o planejamento pessoal, organizacional e na comunicação entre as equipes. Destaca-se ainda, a relevância do grupo de psicologia realizado com os(as) profissionais, no entanto existe a necessidade de ir além desse grupo, já que há uma lacuna no que se refere ao desenvolvimento integral dos(as) profissionais.

O desafio dos(as) profissionais de saúde está na ligação do conhecimento adquirido com a sua prática diária, com o conhecimento técnico-científico embasando os seus procedimentos, e após isso, os atualizando e remodelando conforme a dinâmica do setor e o contexto da situação, contribuindo para a qualidade e valorização do cuidado em terapia intensiva.

A pesquisa evidencia, também, a falta de reconhecimento dos(as) profissionais pela instituição e pelo gestor, e dessa forma, mostra-se a necessidade de estratégias institucionais para minimizar o efeito de fatores relacionados com o número insuficiente de profissionais para a demanda de pacientes no CTI, e como proposta a inserção da educação permanente visando a capacitação dos(as) trabalhadores(as).

Portanto, como resultado, foi possível confirmar que a formação do(a) trabalhador(a) é fundamental para o seu trabalho, pois o CTI é um ambiente que ensina e em que se aprende a todo o momento. Porém, há necessidade de ações educativas referentes à assistência de enfermagem e ao cuidado tecnológico realizado por todos(as) profissionais envolvidos(as). O estudo revelou ainda que as condições de trabalho não estão adequadas à demanda exigida pelo setor, causando sobrecarga e estresse no trabalho; que existem lacunas a serem preenchidas referentes à organização do trabalho nos processos da instituição e do CTI, como padronizações no atendimento e na prática do cuidado realizado pelos(as) profissionais. Por fim, que há poucas oportunidades de formação permanente no ambiente de trabalho, desencadeando pouco estímulo para

participação no que se refere ao desenvolvimento e crescimento profissional e pessoal.

Estimular os(as) profissionais a aprender deve estar incorporado nos gestores e esses servirem de provocadores de aberturas de “gavetas”¹⁰, proporcionando práticas específicas e possibilidades de uma mudança na formação do cuidado em saúde, ou seja, uma análise em profundidade por aqueles envolvidos com o tema.

Partindo do fato de que o processo do conhecimento é algo inacabado, acredita-se que novos estudos se farão necessários e que o educar em CTI é interminável e o desenvolvimento de pessoas é essencial para aprimoramento das competências e qualidades de cada profissional.

¹⁰ “Gavetas”: Escrever é abrir gavetas, inclusive as mais internas e secretas. GUSMÃO, R. C.; CECCIM, R. B.; DRACHLER, M. De L. *Tematizar o impacto do Programa de Educação pelo trabalho em saúde: abrir gavetas, enunciar perguntas, escrever*. Interface (Botucatu) – Comunicação, Saúde, Educação. Vol 19, Suppl. 1, 2015, p. 695-707. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v19s1/1807-5762-icse-19-s1-0695.pdf>>. Acesso em: 13 de maio de 2016.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, Ana Lucia C. L. A unidade de terapia intensiva. In: CHEREGATTI, Aline Laurenti org. *Enfermagem em unidade de terapia intensiva*. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010.
- ALBORNOZ, Suzana. *O que é trabalho?* 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, S. M. M. *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1997.
- ALVES, Ana Elizabeth Santos. *Divisão sexual do trabalho: a separação da produção do espaço reprodutivo da família*. *Trabalho, Educação e Saúde*. v. 11, n. 2. Rio de Janeiro. Maio-Agosto 2013, pp. 271-289. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462013000200002> Acesso em: 19 de abril de 2016.
- ARROYO, Miguel G. Trabalho – educação e teoria pedagógica. In: FRIGOTTO, Gudêncio (Org.). *Educação e crise do trabalho: perspectivas de final de século*. 2. Ed. Petrópolis: Vozes, 1998.
- BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 20 de abril de 2015.
- BRASIL. Leis, Decretos, etc. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial, 19 de setembro de 1990.
- BRASIL. Portaria GM/MS nº 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. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1340913272_cibr067_04.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde*. Brasília, D.F., 2007 a. 56p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da PNPE e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.saude.pb.gov.br/site/geab/portaria2007.pdf>>. Acesso em: 20 de abril de 2015.
- CATTANI, Antonio David (Org.). *Trabalho e tecnologia: dicionário crítico*. Petrópolis, Vozes; Porto Alegre, Editora da Universidade Federal do rio Grande do Sul, 1997.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. Ver. Ampl. Rio de Janeiro: EPSJV. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>>. Acesso em: 20 de abril de 2015.

CECCIM, Ricardo Burg. *Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário*. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, n.16, p.161-77, setembro 2004/fevereiro 2005. Disponível em: <<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaoopermanente.pdf>>. Acesso em: 10 de abril de 2015.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. *O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social*. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 14 (1): 41-66, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=pt>. Acesso em: 28 de abril de 2015.

CHIZZOTTI, Antônio. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

CODO, Wanderley. *O que é Alienação*. 2.ed. São Paulo: Brasiliense, 1985. (Coleção Primeiros Passos)

CURY, Carlos Roberto Jamil. *Educação e Contradição*. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

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

FARAH, Beatriz Francisco. *Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções*. *Revista APS*, v. 6, n. 2, p. 123-125. julho-dezembro 2003. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Tribuna.pdf>>. Acesso em: 23 de abril de 2016.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

_____. *Pedagogia da autonomia*. São Paulo: Paz e Terra, 2001.

FREIRE, L. Q. B.; OLIVEIRA, I. B. *Reforma e educação sanitária na Penna de Belisário – primeira república do Brasil (1916 – 1925)*. *Temporalidades – Revista Discente – UFMG*. v. 3, n. 2, p. 63 – 77, 2011. Disponível em: <www.fafich.ufmg.br/temporalidades/pdfs/06p63.pdf>. Acesso em: 22 de abril de 2016.

FRIGOTO, Gaudêncio. Teoria e práxis e o antagonismo entre a formação politécnica e as relações sociais capitalistas. In: CAMPELLO, Ana Margarida; RAMOS, Marise (orgs). *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 7, suplemento, p. 67-82, 2009.

_____. *Educação e crise do trabalho: perspectivas de final de século*/ Gaudêncio Frigotto (org). *Coleção Estudos Culturais em Educação*. 9 ed. –Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

GARAY, Angela. Gestão. In: CATTANI, A. D. (org.) *Trabalho e tecnologia: dicionário crítico*. Petrópolis, Vozes; Porto Alegre, Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1997, p. 101-107.

GEOVANINI et al. *História de enfermagem: versões e interpretações*. 2 ed. Rio de Janeiro: Reivinter, 2002.

GUIMARÃES, E. M. P. ; GODOY, S. C. B. . Telenfermagem: uma iniciativa de educação permanente em Enfermagem. In: SANTOS, A. F. et al. (Org.). *Telessaúde: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente*. Belo Horizonte/MG: UFMG, 2006, v. 1, p. 95-110. Disponível em:

<<https://books.google.com.br/books?id=xkYSQqtR4MsC&printsec=frontcover&hl=pt-BR#v=onepage&q&f=false>>. Acesso em: 22 de março de 2016.

GUIMARÃES, E. M. P. ; MARTIN, S. H.; RABELO, F. C. P. *Educação permanente em saúde: reflexões e desafios*. Ciencia y Enfermería XVI (2), v. 16, p. 25-33, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n2/art_04.pdf>. Acesso em: 21 de março de 2016.

HIRATA, Helena. Teorias e práticas do care: estado sucinto da arte, dados de pesquisa e pontos em debate. In: FARIA, Nalu; MORENO, Renata (Org.). *Cuidado, trabalho e autonomia das mulheres*. São Paulo: SOF (Sempre Viva Organização Feminista), 2010. 80 p. (Coleção Cadernos Sempreviva, Série Economia e Feminismo,2)

HIRATA, H. O trabalho de cuidado. In: OLIVEIRA, J. A.; MATSUO, M. *O trabalho emocional e o trabalho de cuidado*. I Seminário de Sociologia da Fundacentro. São Paulo, SP: Fundacentro, 2014.

HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A.(Orgs). Introdução. In:_____. *Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. São Paulo: Editora Atlas. 2012, p. 1-11.

HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. (Saúde em debate; 113)

HORTA, Wanda de Aguiar. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU, 1979. 99 p.

KNOBEL, Elias. *Terapia intensiva: enfermagem*. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. *A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira*. *Cadernos Pagu* (24), janeiro-junho 2005, pp. 105-125. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf>>. Acesso em: 22 de abril de 2016.

LUNARDI FILHO, W. D.; LEOPARDI, M. T. *O trabalho da enfermagem: sua inserção na estrutura do trabalho geral*. Rio Grande: [s. n.], 1999.

MALAGUTTI, W. et al. *Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado*. Rio de Janeiro. Editora Rubio, 2009.

MANACORDA, Mario A. *Marx e a pedagogia moderna*. São Paulo: Cortez, 1991.

MARTINEZ, Maria Carmen; PARAGUAY, Ana I. B. B. Satisfação e saúde no trabalho – aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de psicologia social do trabalho*, São Paulo, v. 9, p. 59-78, 2003.

MATTOS, Magda de et al. *Enfermagem na educação em saúde*. 1. ed. Curitiba: Prismas, 2013. 255p.

MELO, C. *Divisão social do trabalho e enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1986.

MEYER, D. E.; WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M. *Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6. ed. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de Educação Popular e Saúde*, Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília, DF. 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_de_educacao_popular_e_saude.pdf>. Acesso em 10 de abril de 2015.

MOLINIER, P. Ética e trabalho do care. In: HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. *Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. São Paulo: Editora Atlas. 2012.

NONAKA, Ikujiro; TAKEUCHI, Hirotaka. *Criação do conhecimento na empresa: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação*. 16. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 1997.

PEDUZZI, M. e FELLI, V. E. A. O trabalho gerencial de enfermagem. In: KURCGANT, Paulina (Org.) *Gerenciamento na enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 198p.

PERES, H.; LEITE, M. e GONÇALVES, V. Educação continuada: recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento, e avaliação de desempenho profissional. In: KURCGANT, Paulina (Coord.). *Gerenciamento na enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p. 139 – 156.

PIRES, D. E. Divisão técnica do trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. Ver. Ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/divtectrasau.html>>. Acesso em: 21 de abril de 2015.

RAMOS, Marise. *Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, UFRJ. 2010.

SALOMÉ, Geraldo Magela. Face oculta do cuidar: assistência prestada pelos profissionais de enfermagem numa unidade de terapia intensiva. In: SILVA, G. T. R.; EPÓSITO, V. H. C. *Educação e saúde: cenários de pesquisa e intervenção*. São Paulo: Martinari, 2011.

SARRETA, F. O. *Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS*/ São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SILVA, M. J. P. et al. *Educação continuada: estratégias para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem*. Rio de Janeiro: Marques – Sariva, 1989.

SOUZA, M. de L. de; SARTOR, V. V. de B.; PRADO, M. L. do. *Subsídios para uma ética da responsabilidade em enfermagem*. Texto e Contexto Enfermagem. 2005; 14(1): 75-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000100010>. Acesso em: 28 de maio de 2016.

SCOTT, Joan. *Gênero: uma categoria útil de análise histórica*. Educação e Realidade, Porto Alegre, 16 (2): 5-22, jul/dez, 1990.

SOARES, Angelo. *As emoções do “Care”* (versão preliminar). Colóquio Internacional. *O que é o “care”?* emoções, divisão do trabalho, migrações. Université de Québec. à Montréal, Canadá. Universidade de São Paulo, 26 e 27 agosto de 2010.

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

WALDOW, Vera Regina. *Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem*. 3. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

WALDOW, Vera Regina. *O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

ZELIZER, V. A economia do care. In: HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. *Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. São Paulo: Editora Atlas. 2012.

APÊNDICE A - Roteiro da entrevista semiestruturada com as(os) profissionais de enfermagem do CTI

Data: _____ / _____ / _____

1. DADOS PESSOAIS:

- 1.1 Idade: _____ 1.2 Sexo: _____
 1.3 Estado civil: _____ 1.4 Nº de filhos: _____
 1.5 Naturalidade: _____ 1.6 Onde mora – (cidade, bairro)
 1.7 Quanto tempo de moradia em Santa Cruz do Sul: _____
 1.8 Porque veio morar em Santa Cruz do Sul? _____

2. FORMAÇÃO PROFISSIONAL:

- () Técnico (a) de Enfermagem – onde/quando/por quê
 () Enfermeiro (a) – onde/quando/por quê?

Está estudando? O que/onde/por que

2.1 Possui Pós-graduação:

() Não () Sim Qual: _____

2.2 Que outros cursos possui? E na área da saúde?

3. TRABALHO

3.1 Trabalhou em outros lugares antes de trabalhar no HAN? Quais?

3.2 Locais em que trabalha? Quais os horários e a carga horária em cada um deles? Você se sente adaptado a este horário de trabalho (**Tempo de trabalho, horários, ritmos, descanso, etc.**)? Justifique. Você consegue compatibilizar trabalho e vida privada? Como? Sente dificuldades quanto a isso?

3.3 O que a levou a trabalhar no HAN? Como foi o processo seletivo (candidatou-se, foi selecionada, havia uma vaga, etc.)?

3.4 A quanto tempo está no HAN?

3.5 Tempo de atuação no setor CTI no HAN: _____ Porque foi trabalhar nesse setor?

3.6 Em geral, como você descreveria a experiência de trabalhar no CTI?

3.7 Como são as condições de trabalho no CTI (**Ambiente físico, instalações e equipamentos, Recursos materiais e técnicos, Companheirismo, Organização geral do trabalho, e familiar e Participação nas decisões organizacionais**)?

4. FORMAÇÃO NO TRABALHO:

4.1 Quais os momentos de formação em que você participa no HAN? Fale um pouco de cada um (se tiver). Periodicidade, duração, responsáveis. A participação é obrigatória? O que ocorre nessas formações?

4.2 Considera importantes e necessárias as práticas educativas na instituição? Justifique.

4.3 Tem acompanhamento após admissão no HAN?

4.4 Especificamente para o CTI existem alguma formação? Qual?

4.5 Em que momentos do trabalho você acha que está aprendendo? Tu achas que aprende trabalhando? Esse lugar (CTI) ensina? Como? Dê exemplos.

4.6 Considerando o trabalho que realiza, que necessidades você sente em relação a formação? Em geral e no CTI?

4.7 Você acredita que hoje é necessário mais ou menos momentos de educação no trabalho? E no hospital, você percebe que esses momentos ocorrem cada vez mais ou cada vez menos? Porque você acha que isso está acontecendo?

4.8 E os cursos, aperfeiçoamentos em outras instituições e regiões, há estímulo e liberação do HAN? Quais?

4.9 Você participa de reuniões? Quais (**Periodicidade, tempo...**)? O que você aprende nesses encontros?

4.10 Em que momentos ou situações do trabalho você sente necessidade de aprender algo mais?

4.11 O que você poderia sugerir, em termos de formação no trabalho, ao HAN?

4.12 Sabemos o quanto a tecnologia vem avançando e tornando-se algo necessário durante a assistência ao paciente. Como você vê isso? E o quanto essa questão implica no seu atendimento?

APÊNDICE B - Roteiro da entrevista semiestruturada com as(os) gestores(as)

Data: ____/____/____

1. DADOS PESSOAIS:

1.1 Idade: _____ 1.2 Sexo: _____

1.3 Função: _____

1.4 Tempo de atuação na instituição: _____

1.5 Escolaridade: _____

1.6 Estado civil: _____

1.7 Naturalidade: _____

1.8 Onde mora – (cidade, bairro)

1.9 Quanto tempo de moradia em Santa Cruz do Sul: _____

1.10 Porque veio morar em Santa Cruz do Sul?

2. FORMAÇÃO PROFISSIONAL:

() Enfermeiro (a) – onde/quando/por quê? () Outro. Qual?

Está estudando? O que/onde/por que

2.1 Possui Pós-graduação:

() Não () Sim Qual: _____

2.2 Que outros cursos possui? E na área da saúde?

3. TRABALHO:

3.1 Locais em que trabalha?

3.2 Qual o seu trabalho no HAN?

3.3 A quanto tempo está no HAN?

4. FORMAÇÃO NO HAN:

4.1 O que pensa a respeito das práticas educativas em saúde?

4.2 Que ações/práticas são realizadas na instituição para a formação dos trabalhadores de enfermagem?

4.3 Especificamente para o CTI existe alguma formação? Qual?

4.4 Os novos trabalhadores de enfermagem após sua admissão possuem acompanhamento quanto a sua formação? Quais medidas são realizadas?

4.5 Como você avalia as necessidades de formação e a metodologia a ser utilizada com estes profissionais? Isso é feito apenas por você ou em conjunto com outras pessoas? Quais?

4.6 É estimulada a participação dos profissionais da enfermagem em cursos de aperfeiçoamento entre outros? Como? Quais e em que?

4.7 Você acredita que hoje é necessário mais ou menos momentos de educação no trabalho? E no hospital, você percebe que esses momentos ocorrem cada vez mais ou cada vez menos? Porque você acha que isso está acontecendo?

4.8 Além do que já é realizado, o que você pensa que poderia ser feito, em termos de formação no trabalho, ao HAN? E especificamente no CTI?

**APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido
“Cuidado e práticas educativas dos(as) trabalhadores(as) de enfermagem de
um CTI: um estudo de caso”**

No setor Centro de Terapia Intensiva (CTI) mais especificamente no trabalho realizado pela enfermagem, a formação profissional através da educação em saúde é muito importante, pois são esses profissionais que desenvolvem diretamente as ações e tarefas específicas, que por muitas vezes são vitais para o paciente, como a promoção e recuperação da saúde do mesmo, além de que esse setor exige resultados otimizados e tem sempre a disposição tecnologias de ponta que necessitam de eficiência e agilidade no processo.

Portanto, o objetivo desta pesquisa é analisar e compreender como se dão os processos de formação dos(as) trabalhadores(as) de enfermagem na assistência prestada por estes profissionais no CTI, de uma instituição hospitalar de médio porte do Vale do Rio Pardo, no contexto das práticas educativas em serviço de saúde.

A coleta de dados se dará por meio de roteiro da entrevista semiestruturada com as(os) Técnicas(os) de Enfermagem e Enfermeiras(os) Assistenciais que queiram responder.

O único desconforto que poderá ocorrer é o afastamento de sua rotina de trabalho por algum momento para responder o roteiro da entrevista semiestruturada.

Os benefícios esperados serão de práticas educativas nos serviços em saúde para aprimoramento dos processos e da assistência prestada por estes profissionais. Os resultados da pesquisa serão apresentados à instituição participante, no intuito de retribuir informações que possam contribuir para a melhoria na assistência hospitalar, valorizando os profissionais atuantes nesta instituição e também o aprimoramento intelectual dos mesmos.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informada, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;

A Pesquisadora Responsável por este Projeto de Pesquisa é **Carolina Vivian da Cunha**, Fone: **(051) 81834686** e o Professor Orientador é **Dr. Moacir Fernando Viegas**, Fone: **(051) 81179040**.

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: **(051) 3717 7680**.

Data ____ / ____ / ____

Nome e Assinatura do Voluntário

Nome Assinatura do Responsável pela
obtenção do presente Consentimento