

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO – MESTRADO E
DOUTORADO

Suzeline Ferreira

**(DES)ENCONTROS DOS CONHECIMENTOS FORMAIS E EXPERIENCIAIS NO
TRABALHO DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ENFERMAGEM**

Santa Cruz do Sul

2016

Suzeline Ferreira

**(DES)ENCONTROS DOS CONHECIMENTOS FORMAIS E EXPERIENCIAIS NO
TRABALHO DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ENFERMAGEM**

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 Mestra em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Moacir Fernando Viegas

Santa Cruz do Sul

2016

F383d

Ferreira, Suzeline

(Des)encontros dos conhecimentos formais e experienciais no trabalho de segurança do paciente na enfermagem / Suzeline Ferreira. – 2016.

93 f. : il. ; 30 cm.

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

Orientador: Prof. Dr. Moacir Fernando Viegas.

1. Segurança do paciente. 2. Serviços de saúde – Medidas de segurança. 3. Enfermagem do trabalho. I. Viegas, Moacir Fernando. II. Título.

362.1068

CDD:

Suzeline Ferreira

**(DES) ENCONTROS DOS CONHECIMENTOS FORMAIS E EXPERIENCIAIS NO
TRABALHO DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ENFERMAGEM**

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 Mestra em Educação.

Dr. Moacir Fernando Viegas

Professor orientador

Dr. Éder da Silva Silveira

Professor examinador – UNISC

Dr^a Cláudia Tirelli

Professora examinadora – UNISC

Dr^a Janete de Souza Urbanetto

Professora examinadora – PUCRS

Santa Cruz do Sul

2016

AGRADECIMENTOS

Chegado este momento de realização acadêmica, ao refletir sobre minha trajetória, penso ser relevante dedicar algumas linhas a pessoas que merecem o meu agradecimento juntamente com a retribuição de muito carinho.

Agradeço primeiramente ao meu noivo Jairo, por ter compreendido todos os meus momentos durante esta pesquisa, pela paciência dedicada a mim, pelo silêncio nos momentos de escrita e, por ter abdicado de suas vontades e principalmente ter se mostrado grande companheiro nas noites quentes e frias – do verão ao inverno, como em vários finais de semana.

Aos meus pais, que mesmo não achando necessário mais este investimento intelectual e profissional, me apoiaram e acreditaram no meu potencial. Vocês são sem dúvida meu espelho e inspiração. Obrigada por compartilharem desde as pequenas vitórias até as maiores angústias. A todos os demais familiares: irmãos, cunhados, sobrinhos e afilhados, o auxílio de vocês ao entender minhas ausências foi fundamental.

Colegas de trabalho e amigos de profissão, agradeço pelas conversas informais, por compartilharem comigo os ideais de uma enfermagem mais reconhecida e valorizada e acreditarem em um futuro onde a Segurança do Paciente seja objeto de trabalho de todos os profissionais da saúde.

Agradeço também à instituição sede da pesquisa por proporcionar que este estudo fosse possível e aos sujeitos que participaram pela disponibilidade e boa vontade.

Ao professor e orientador Moacir, agradeço pelo trabalho construído em conjunto durante o Mestrado em Educação. Sua sabedoria e experiência foram de grande valia.

“Todos nós um dia seremos pacientes”.

André Staffa Filho

RESUMO

O cenário atual dos estabelecimentos de saúde é composto por uma série de fatores em constante mutação, em que a busca por qualidade e segurança nos atendimentos tem sido um diferencial. No contexto dessa realidade, que envolve também renovação tecnológica constante, estão inseridos os trabalhadores da enfermagem, como esta pesquisadora. Justamente pela preocupação com este cenário e estar inserida nele, surge a intenção de pesquisar sobre o tema da segurança dos pacientes. Para tanto, buscamos compreender como está organizado o trabalho na enfermagem e as condições atuais em que este é desenvolvido. Cientes de que esta prática social ocorre concomitante à utilização e aplicabilidade de vários saberes, surge a problemática de pesquisa: de que maneira os trabalhadores da equipe de enfermagem percebem a articulação entre os conhecimentos formais e os conhecimentos da experiência nas atividades profissionais, em benefício da segurança dos pacientes, em um hospital de médio porte do interior do Rio Grande do Sul? Como objetivo principal buscamos descrever, compreender e analisar como os trabalhadores da equipe de enfermagem percebem a articulação entre os conhecimentos formais e experienciais na assistência prestada aos pacientes baseada no cuidado seguro. A pesquisa se desenvolveu como um estudo qualitativo, utilizando como instrumento entrevista semiestruturada realizada com técnicos de enfermagem e enfermeiros assistenciais membros do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) da instituição. A partir da tabulação das informações foram elegidas quatro categorias de análise, as quais discorrem sobre os conhecimentos formais e experienciais, o cuidado, a organização e a carga de trabalho e educação permanente em saúde. Concluímos que os sujeitos da pesquisa utilizam diversos conhecimentos para compor a sua prática de trabalho, configurando um movimento entre os conhecimentos formais e experienciais, que denominamos aqui de “encontros” e “desencontros”. Em cada atividade a ser desenvolvida, cada procedimento a ser executado, o profissional da enfermagem define os conhecimentos que serão utilizados e a melhor maneira de relacioná-los, de maneira dinâmica. Além disso, os profissionais de enfermagem identificam como positivas as intervenções educativas propostas pela instituição, acreditando que elas auxiliam no aprimoramento de suas atividades laborais voltadas a um cuidado seguro.

Palavras-chave: trabalho e educação; conhecimento formal e informal; educação e saúde; enfermagem; segurança do paciente.

ABSTRACT

The current scenario of health institutions is compound by a series of factors in constant mutation, in which the search for quality and safety in attendance has been a differential. In the context of this reality, which also involves constant technological renewal, they are inserted the nursing workers, like this researcher. Precisely for worrying with this scenario and being inserted it, that there is the intention to search on the subject of safety of patients. Therefore, we seek to understand how the health work is organized and how current conditions in which it is developed. Aware that this practice occur concomitant with the use and applicability of diverse knowledge, the research problematic arises: in which way the nursing team workers use their knowledge and experience in their professional activities, in benefit to the patient's safety in a medium-sized hospital located in the countryside of Rio Grande do Sul. As the main objective of this research we propose to describe, understand and analyze, as workers of the nursing staff perceive the relationship between the formal and experiential knowledge in patient care based on care insurance. The research was developed as a qualitative study using semi-structured interview as instrument performed with nursing technicians and nursing assistants: members of the Patient Safety Nucleus (NPS) of the institution. From the tabulation of information was elected four categories of analysis that discourse on formal and experiential knowledge, care, and organization and the workload and continuing education in health concluded that the research subject's employees use diverse knowledge to compose your work practice by setting a move between formal and experiential knowledge, which we call here the "agreement" and "disagreement". In each activity to be developed, each procedure to be executed, the nursing professional, in a dynamic manner decides which knowledge will be used and which the best method to relate them. Moreover, nursing professionals identify as positive educational interventions proposed by the institution, believing that they help in the improvement of their working activities related to safe care.

Keywords: work and education, formal and informal knowledge; education and health; nursing; patient safety.

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CBO	Cadastro Brasileiro de Ocupações
CME	Centro de Material Esterilizado
CTI	Centro de Terapia Intensiva
EA	Evento Adverso
EPS	Educação Permanente em Saúde
GRS	Grupo de Risco e Segurança
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
RIENSP	Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	Questão norteadora	14
1.2	Objetivo Geral	14
1.3	Objetivos Específicos	15
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1	Contextualizando o trabalho	16
2.2	O trabalho em saúde e na enfermagem	21
2.3	Conhecimentos e saberes no cotidiano do trabalho	30
2.3.1	Saberes da experiência e saberes formais.....	30
2.3.2	Compreendendo a transformação do conhecimento tácito em conhecimento explícito.....	36
2.3.3	Conhecimento formal e não-formal.....	38
2.4	Cenário atual do cuidado	41
2.5	Práticas educativas na enfermagem	48
2.6	Enfermagem e Segurança do Paciente	50
3	PERCURSO METODOLÓGICO	58
4	CONSIDERAÇÕES ACERCA DOS PILARES: SABERES, TRABALHO E SEGURANÇA DO PACIENTE	62
4.1	Utilização dos conhecimentos formais e experienciais na atividade assistencial de enfermagem	62
4.2	O cuidado como elemento propulsor da Segurança do Paciente	68
4.3	Consequências da organização e carga de trabalho da enfermagem na assistência segura	71
4.4	Educação Permanente para a Segurança do Paciente	77
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
	REFERÊNCIAS	84
	ANEXOS	88
	ANEXO A - Roteiro de entrevista com técnicos (as) de enfermagem.....	88
	ANEXO B - Roteiro de entrevista com enfermeiros (as) assistenciais.....	90
	ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	92

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, é grande a relevância midiática sobre a relação entre qualidade no cuidado e segurança do paciente, o que pode ser identificado através do destaque dado aos casos de falhas na área da saúde. Além disso, é crescente o número de ações judiciais visando reverter ou amenizar danos físicos e morais decorrentes de algum procedimento ou intervenção de saúde. Agregamos a estes fatos o conhecimento cada vez maior dos pacientes e familiares acerca das patologias e tratamentos, devido à facilidade de informação no mundo globalizado.

Em contrapartida, a rapidez das transformações tecnológicas e a concorrência do mercado de trabalho modificam constantemente o perfil de profissional esperado no mercado de trabalho. Para manter-se na disputa por alguma vaga, o indivíduo tem a necessidade de apresentar habilidades e competências para o cargo, com exigência de formação adequada e atualizada.

Todas estas questões fazem com que a temática da Segurança do Paciente torne-se conhecida da população em geral, e sempre é importante avaliar a maneira em que as informações são tratadas e divulgadas. O tema teve propulsão mundial após uma publicação realizada pelo Instituto Médico Americano, do livro “Errar é humano” em 1999, com dados alarmantes sobre eventos adversos (EA) relacionados a saúde.

O relatório apontou que cerca de 100 mil pessoas morreram em hospitais a cada ano vítimas de EAs nos Estados Unidos da América (EUA). Essa alta incidência resultou em uma taxa de mortalidade maior do que as atribuídas aos pacientes com HIV positivo, câncer de mama ou atropelamentos (BRASIL, 2013, p. 6).

Com isso, a Organização Mundial de Saúde – OMS lançou em 2004 a Aliança de Segurança do Paciente estimulando diversos países a trabalharem esta temática, e periodicamente lança desafios globais a serem atingidos a cada dois anos. No Brasil, a Anvisa foi precursora dos trabalhos na área por meio de ações de Farmacovigilância, Hemovigilância e Tecnovigilância, além da criação da Rede de Hospitais Sentinela. Em 2013, o Ministério da Saúde através da Portaria nº 529, lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente visando englobar ações neste sentido. Podemos dizer que ações sobre o tema são promissoras, mas ainda bastante insipientes em nosso país.

Não é possível estudarmos a Segurança dos Pacientes sem buscar compreender o contexto atual dos estabelecimentos de saúde e, principalmente, o cenário em que se encontram os diversos trabalhadores nesta área de atuação. Portanto, nesta pesquisa, analisamos esta temática no contexto em que está organizado o trabalho em saúde, mais especificamente o trabalho na enfermagem e as condições em que este é desenvolvido.

As instituições de saúde atuam no fornecimento de serviços, e por vezes sofrem com declínios no quadro de trabalhadores, dificuldades de adaptação dos mesmos e/ou problemas financeiros. Fatores estes que acabam afetando diretamente no quadro funcional.

Os profissionais de saúde assumem na rotina diária de trabalho a função de auxiliar na recuperação, preservar a vida e manter o bem-estar dos pacientes. Nestes momentos emerge a relação subjetiva com o trabalho, que está relacionada com a realização do indivíduo e com tudo o que espera de sua profissão. Nos colaboradores da saúde são comuns pensamentos de que estudaram para salvar vidas e ajudar o próximo.

Portanto, somente o comprometimento individual e os conhecimentos técnico-científicos não garantem uma assistência segura. Para atender a todo este contexto são necessários o envolvimento do profissional e de toda a equipe multiprofissional, aliados ao alinhamento dos processos da instituição visando facilitar e organizar a jornada de trabalho. Os serviços de saúde constituem ambiente de trabalho altamente complexo, e têm sido frequentemente comparados com o sistema de aviação e de usinas nucleares.

O nosso maior desafio é construir um modelo de assistência à saúde que seja ao mesmo tempo seguro e com custos compatíveis. A aviação é um exemplo excelente, na qual uma indústria de alto risco implementa uma coordenação e uma estratégia interligadas e eficientes para reduzir acidentes preveníveis, que tem como pilares: aprender com os erros, trabalhar na prevenção e evitar reincidências dos erros (FONSECA, PETERLINI, COSTA, 2014, p. 8).

A enfermagem ocupa uma posição privilegiada nas instituições de saúde, devido participar de toda a assistência prestada ao paciente, ou seja, durante 24h. Por este motivo é uma das categorias profissionais mais suscetíveis a cometer erros durante sua jornada de trabalho. Todavia, esta ocupação configura um trabalho que pode ser aprimorado se aliado a condutas mais coerentes e efetivas, favorecendo a

redução da incidência de eventos adversos que atingem os clientes. Práticas assistenciais bem treinadas e experimentadas podem fazer a diferença para uma assistência segura, por serem mais confiáveis.

O enfermeiro, em conjunto com a equipe de enfermagem e todos os outros profissionais que compõem o atendimento integral de saúde, têm a oportunidade de atender a todas às exigências de qualidade nas instituições hospitalares dentro de suas atribuições assistenciais. Deste modo, estudar a temática de Segurança do Paciente traz a oportunidade de conhecer tudo o que se pode fazer para interferir positivamente no atendimento prestado e, em contrapartida, não conhecer a temática pode prejudicar o planejamento da assistência de enfermagem.

Assim sendo, são necessárias ações educativas para aprimoramento dos conhecimentos destes profissionais no âmbito do trabalho. Eis a importância da Educação Permanente em Saúde (EPS), aliada aos conhecimentos formais trazidos por cada indivíduo em consonância com os saberes acumulados por experiências pessoais e profissionais. Esta relação dinâmica e dialética entre estes saberes compõem o foco central desta pesquisa, com o intuito de identificar esta diversidade de saberes no ambiente laboral e compreender como são utilizados e articulados pelos sujeitos.

Gradualmente as instituições de ensino e prestadoras de serviço começam a estudar e promover a segurança do paciente, tentando substituir a cultura de culpa dos profissionais que erram pela cultura educacional, de aperfeiçoamento. O que ocorre normalmente pelo estímulo a notificação, ou seja, tomar conhecimento dos incidentes que acontecem em cada realidade, estudá-los e aprender com estes, para posterior implementação de medidas de melhoria. Estas atitudes são indispensáveis e essenciais para a disseminação da cultura de segurança, já que o objetivo principal a que se propõem é prevenir erros e danos provenientes do cuidado prestado.

[...] Documentar os erros, analisar suas causas sistêmicas, gerar medidas de discussão em equipe sobre o tema, identificar soluções e tecnologias capazes de prevenir sua recorrência de maneira constante e compartilhada com o paciente e família é o que promove a criação e sustentação de uma cultura de segurança (FONSECA, PETERLINI, COSTA, 2014, p. 36-37).

Mesmo a segurança sendo um princípio fundamental do cuidado é necessário reforçar e divulgar que esta não é responsabilidade exclusiva da equipe de

enfermagem. Estes são com certeza os profissionais com maior tempo de dedicação ao cuidado, mas a segurança envolve todas as áreas e disciplinas, bem como todos os sujeitos e agentes neste processo.

Diante deste cenário e realidade dos setores da saúde, desenvolve-se a trajetória profissional desta pesquisadora, atuante na enfermagem há mais de dez anos. Tendo atuado como técnica em enfermagem, posteriormente como enfermeira e nos dias de hoje mais ligada à gestão de áreas específicas, passando por setores vistos como de assistência a pacientes críticos, como o Centro Cirúrgico e a Unidade de Terapia Intensiva, além de experiências em áreas como Controle de Infecção e Segurança do Paciente, tivemos a oportunidade de vivenciar as características de cada ambiente hospitalar.

Durante este período desempenhando funções na prática assistencial, percebemos muitas vezes as equipes tentando evitar desfechos desagradáveis no trabalho com os pacientes, na busca por um atendimento seguro e de qualidade. O que nem sempre é possível, devido a vários fatores, mas, principalmente, porque todos os indivíduos que atuam na área, como quaisquer seres humanos, são falíveis e passíveis de cometer erros.

O interesse na área de Segurança do Paciente surgiu de uma pesquisa que realizamos para o trabalho de conclusão de especialização em Auditoria em Saúde. Na ocasião, estudamos as interferências da segurança e qualidade no âmbito da auditoria. Coincidentemente, logo após surgiu a proposta profissional de criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), inicialmente como um grupo de trabalho sobre a temática. Aos poucos a afinidade com o assunto foi ficando cada vez mais evidente.

A expansão do grupo veio em conjunto com a dedicação dos demais profissionais, e pequenas conquistas foram acontecendo e desencadeando novas descobertas, estudos e propostas. Disseminar a cultura de segurança não é tarefa fácil, mas sempre foi o principal objetivo do grupo, hoje com cinco anos de caminhada, sob nossa coordenação. Esta abordagem está sendo inserida na instituição através de conversas com as equipes, reivindicações junto à administração, alteração de processos, implantação de rotinas e muitas capacitações. O grupo faz parte do núcleo regional da REBRAENSP (Rede Brasileira de Enfermagem em Segurança dos Pacientes), vinculado à rede estadual e nacional. Nos encontros predeterminados, acontecem trocas de experiências e

conhecimentos com os demais estabelecimentos de saúde, momento importante já que todos estão inseridos no mesmo contexto.

Diante do cenário exposto e buscando atender algumas inquietações enquanto profissional e pesquisadora, este estudo desenvolve-se sob quatro pilares importantes e de grande interferência para o foco central da Segurança dos Paciente e aqui já justificados: os conhecimentos utilizados pelos trabalhadores no ambiente laboral – de cunho formal e experiencial, a influência da organização e carga de trabalho da enfermagem ao prestar uma assistência eficaz, o cuidado humano relacionado com segurança dos indivíduos e as ações educativas voltadas para o aprimoramento dos colaboradores no âmbito do trabalho.

Buscando compreender esta realidade e de que maneira a aprendizagem da equipe de enfermagem dentro do ambiente de trabalho e em suas relações interpessoais auxilia no desenvolvimento de novos conhecimentos em prol de um cuidado mais seguro e eficaz aos clientes, surge esta problemática de pesquisa.

1.1 Questão norteadora

No contexto da prática laboral hospitalar preocupada em dispensar um cuidado eficaz e seguro aos pacientes, perguntamos: de que maneira os trabalhadores da equipe de enfermagem percebem a articulação entre os conhecimentos formais e os conhecimentos da experiência nas atividades profissionais, em benefício da segurança dos pacientes, num hospital de médio porte do interior do Rio Grande do Sul?

1.2 Objetivo Geral

Descrever, compreender e analisar a maneira como os trabalhadores da equipe de enfermagem percebem a articulação entre conhecimentos formais e experienciais na assistência prestada aos pacientes baseada no cuidado seguro, em um hospital de médio porte do interior do Rio Grande do Sul.

1.3 Objetivos Específicos

Conhecer, identificar e analisar os conhecimentos dos profissionais de enfermagem que interferem no cuidado seguro dos pacientes e de que maneira estes conhecimentos se apresentam.

Verificar, descrever e analisar os benefícios da utilização destes conhecimentos em uma prática laboral para a Segurança dos Pacientes.

Identificar a existência de práticas educativas que contribuam para o aprimoramento de condutas em prol da segurança dos pacientes.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Contextualizando o trabalho

À palavra “trabalho” podem ser atribuídos vários significados, além da variedade de sinônimos que podem ser usados para referenciá-lo, como: labor, ofício, ocupação, labuta, emprego, entre outros. Junto com esta diversidade de palavras, vem toda sua significação. Albornoz, em seu livro denominado “O que é trabalho?” Reflete sobre a questão:

Em português, apesar de haver *labor* e *trabalho*, é possível achar na mesma palavra *trabalho* ambas as significações: a de realizar uma obra que te expresse, que dê reconhecimento social e permaneça além da tua vida; e a de esforço rotineiro e repetitivo, sem liberdade, de resultado consumível e incômodo inevitável (ALBORNOZ, 1994, p. 9).

Independente da época histórica – escravagista, feudal ou industrial – há uma característica comum: trata-se da subordinação de quem vive do trabalho prestado a alguém. Nos três períodos citados, existia uma necessidade de que os trabalhadores vendessem sua força de trabalho em troca de um salário para sua sobrevivência – o que Wood (2003, p. 170) denomina de “disciplina econômica”. Atualmente ainda se acredita ser um ato de exercício da cidadania o trabalhador vender/trocar suas habilidades e virtudes por um salário.

É inegável a importância do trabalho na sociedade e vida dos indivíduos. De maneira geral, ele vem se modificando, se adequando, aperfeiçoando e se desenvolvendo conforme o contexto em que está inserido. Culturalmente tem o poder de dignificar o indivíduo, pois em muitas comunidades o homem só tem valor se é útil a sociedade, ou seja, se desenvolve alguma atividade trabalhista. Neste sentido, mesmo quando resultado de um cenário histórico específico, o ócio ou a preguiça são bastante condenados, como no final do século XVIII, conforme Wood (p. 170, 2003) relata:

[...] ao passo que nos países em que a escravidão não existia, os cidadãos, obrigados a trabalhar para garantir a própria sobrevivência, não tinham tanta disponibilidade para se empregar [...]. [...] Na realidade, o cidadão encontrava poucos empregos, tinha pouco a fazer; a falta de ocupação logo o tornava indolente.

A vadiagem e o ócio ainda hoje são extremamente mal vistos, talvez por serem momentos propícios para reflexões profundas e não interessar ao sistema econômico em que estamos imersos. No entanto, é relevante relacionar o capitalismo hoje predominante com o surgimento da burguesia, para compreendermos como esta relação influencia no que entendemos por trabalho.

Os mais bem-sucedidos entre tais comerciantes empregavam trabalhadores – artesãos, carregadores, marinheiros, artistas, criados domésticos, e aos poucos se estabelece uma hierarquia baseada no dinheiro e um mercado onde os produtos agrícolas podem ser vendidos por dinheiro. Tais burgos, cujo surgimento na história medieval europeia bem como na modernidade latino-americana é fácil de reconhecer e acompanhar, são o nascedouro desta classe – a burguesia, que ainda no mundo de hoje é a classe dominadora em nossas sociedades capitalistas, sendo quem determina em grande parte as formas pelas quais se realiza hoje o trabalho (ALBORNOZ, 1994, p. 20-21).

Portanto, na sociedade capitalista, o trabalhador é visto na maioria das circunstâncias como mercadoria do mundo do trabalho, ou seja, apenas como parte necessária para o acontecimento da produção e lucratividade. Fato este, observado e descrito por Marx já em 1844:

[...] o trabalhador afunda até um nível de mercadoria, e uma mercadoria das mais deploráveis; que a miséria do trabalhador aumenta com o poder e o volume de sua produção; que o resultado forçoso da competição é o acúmulo de capital em poucas mãos, e assim uma restauração do monopólio da forma mais terrível [...] (MARX, 1844, p. 89).

Partindo dos pressupostos da Economia Política, que entende a execução do trabalho como uma perversão do trabalhador e a objetificação como uma servidão ao objeto e a alienação, poderíamos dividir a sociedade capitalista em duas classes: os possuidores de propriedades e os trabalhadores sem propriedades. Deriva deste fato a relação inversa entre a desvalorização do mundo humano e a valorização do mundo das coisas. Quer dizer que o trabalhador fica mais pobre e mais barato à medida que cria e produz mais. Conforme Codo (1985, p. 18), “aqui o trabalho se volta contra o seu criador, quem produz riqueza colhe miséria”.

O trabalhador torna-se escravo do objeto, porque quanto mais ele produz, mais se faz necessário que continue aumentando a produção, inclusive como meios de subsistência. Por isso, podemos afirmar que a relação mais importante do trabalho é a relação do trabalhador com a produção, mas em contraponto, este não tem controle sobre ela.

[...] Sob dois aspectos, portanto, o trabalhador se converte em escravo do objeto: primeiro por receber um objeto de trabalho, isto é, receber trabalho, e em segundo lugar por receber meios de subsistência. Assim, o objeto o habilita a existir primeiro como trabalhador e depois como sujeito físico. O apogeu dessa escravização é ele só poder manter-se como sujeito físico na medida em que um é trabalhador, e de ele só como sujeito físico poder ser um trabalhador (MARX, 1844, p. 92).

Atualmente, a produção através da linha de produção faz com que o homem produza muitas unidades do mesmo objeto, mas na verdade não sabe fazer nenhuma sozinho. O indivíduo não tem compreensão do produto final de sua atividade, que está inserida em um contexto extremamente fragmentado. Entramos então, na questão da alienação do trabalho, e de que maneira atinge o trabalhador.

[...] produz, mas não domina a técnica de produção. Aquele conhecimento a que eu me referi continua existindo, só que ao invés de você se apropriar dele, foi ele que se apropriou de você. Quem diria, o trabalho, que é o meio de se dominar o mundo, dominou você (CODD, 1985, p. 17).

A alienação do trabalho traz sofrimento ao trabalhador já que não permite o desenvolvimento de suas energias mentais e físicas. Nenhum usa sua criatividade ou seu raciocínio, bem como ninguém domina todo o processo - foram transformados em força de trabalho. Portanto, o homem pratica um trabalho forçado, não tem controle sobre a produção e nem sobre seu ritmo de trabalho:

[...] a mercadoria empresta um ritmo de produção e troca seu trabalho pelo preço dessa produção. [...] O que significa que a mercadoria impõe um ritmo de trabalho, rouba a decisão do homem sobre o tempo gasto no seu trabalho (CODD, 1985, p. 25).

Diante do exposto, porque ainda acreditamos no trabalho como algo essencial ao indivíduo e tratado com tal *status* social que os sobreviventes através do ócio chegam a ser marginalizados? Os homens para viver precisam fazer história e para tal precisam satisfazer as necessidades de produção e da vida material. O trabalho seria então, um meio para satisfazer outras necessidades, e o meio de vida do homem, o que o torna vivo.

Em outras palavras, o trabalho é também uma via de identificação com o outro, nos insere num grupo, numa espécie, nos iguala e nos diferencia dos outros; pela via do trabalho eu significo algo para o outro e o outro significa algo para mim (CODD, 1985, p. 33).

Albornoz (1994, p. 24) ressalta que “o indivíduo moderno encontra dificuldade em dar sentido à sua vida se não for pelo trabalho”, e completa, citando Hannah Arendt, quando esta afirma que “cada vez mais temos uma alma operária”. Codo (1985, p. 12) também discursa sobre a interação social do indivíduo que trabalha: “através do trabalho você se iguala e se diferencia de si e do outro em uma ciranda quase mágica, se exercita socialmente, transforma o outro e é transformado por ele”.

É na busca pela significação do trabalho, que os profissionais acabam, de certa maneira, “burlando as regras”, agindo em desconformidade com os protocolos pré-estabelecidos, pois o trabalho concreto, a atividade prática do trabalho, não está posta como foi concebida e nem prevista quando foi organizada. Este ponto, alimenta o limiar entre prazer e sofrimento no trabalho, já que em diversos momentos, para atender as necessidades que surgem no cotidiano profissional, são necessárias condutas divergentes daqueles esperadas.

Há sempre imprevistos, bloqueios, disfuncionamentos, incidentes em todo o tipo de trabalho. O que está prescrito é o que designamos sob o nome de tarefa. O que concretamente fazem os trabalhadores é a atividade. Resumindo, trabalhar é constantemente ajustar, adaptar, reparar, arranjar. Aquele que não sabe fazer batota ou que não o tenta fazer é um mal profissional. Porque aquele que se limita a uma execução estrita das prescrições peca por excesso de zelo. Nenhuma empresa, nenhuma oficina, nenhuma organização pode funcionar se as pessoas se limitarem à execução dos procedimentos oficiais (DEJOURS, 2013, p. 11).

A relação entre sofrimento e prazer no trabalho é um campo de pesquisa científica recente. A distância entre o que foi estabelecido previamente, prescrito, com o que foi realizado, efetivo, é minimizada com a utilização de habilidades e conhecimentos dos próprios trabalhadores.

Quando este consenso é menos identificado, ocorre o sofrimento decorrente das atividades laborais. O que igualmente ocorre quando o indivíduo dotado de várias habilidades e aptidões se dá conta que também necessita buscar novos conhecimentos, visto que o cotidiano está em constante transformação.

No entanto, no âmbito de trabalho em saúde, principalmente na prestação de serviços como o cuidado, é impossível que um indivíduo compreenda todas as habilidades e competências, até porque estas mudam de acordo com a necessidade dos clientes, situação de saúde e contexto social encontrado. É necessário se adaptar e reinventar os modos de ação no trabalho.

Trabalhar é principalmente falhar. Mas é também em seguida mostrar-se capaz de encaixar o falhanço, tentar de outra forma, falhar de novo, voltar à obra, não abandonar, pensar nisso fora do trabalho, aceitar certa invasão da preocupação com o real e com a sua resistência, mesmo no espaço privado (DEJOURS, 2013, p. 13).

Aliado a este contexto, estão os vários requisitos do mercado de trabalho e competitividade profissional, visto que cada vez mais são acrescentadas novas atribuições e tarefas, no nosso caso, ao enfermeiro, exigindo desenvolvimento e destreza em novos campos e áreas de atuação como gestão de pessoas e de conflitos, liderança, auditoria e atividades burocráticas.

Assim, no trabalho de enfermagem, inserido no modelo atual do capital cujo foco está na poli-Valência, na flexibilidade, nos resultados e na exigência de altos níveis de performance, há uma forte tendência a não valorizar a contribuição deste trabalhador, com fortes impactos sobre a sua saúde (TRAESEL, MERLO, 2011, p. 42).

Por vezes em contraponto ao sofrimento, em outras em conjunto, o prazer é outro sentimento atribuído ao trabalho. Sendo em muitos casos motivo de significação de atividade laboral para o trabalhador. Este, é comumente relacionado ao reconhecimento pelas ações desempenhadas. O julgamento para o reconhecimento pode ser por autoridade, do chefe com o seu subordinado, ou do subordinado avaliando por sua concepção o chefe, entre colegas e seus pares, ou ainda dos beneficiários da assistência, dos usuários do serviço.

A retribuição simbólica esperada toma normalmente a forma do reconhecimento. Na sua dupla acepção: reconhecimento no sentido de gratidão pelo serviço prestado; e reconhecimento no sentido de julgamento sobre a qualidade do trabalho realizado (DEJOURS, 2013, p. 13).

É este julgamento, que se for positivo, proporciona prazer relacionado ao trabalho ao sujeito, pois configura um status de como está sendo visto pela sociedade. Caso contrário, se for negativo, entende-se como desencadeador de sofrimento, já que o indivíduo no desempenho de suas atividades, mesmo que por vezes as tenha desenvolvido respondendo a todas as atribuições, não tenha atendido as exigências e expectativas.

O ciclo continua quando este reconhecimento, fonte do prazer, gera competitividade e concorrência entre os profissionais, desencadeando sofrimento. O que acontece muito através dos planos de carreira e programa de desenvolvimento

individual, nos quais o reconhecimento surge através de premiações, gratificações e/ou recompensas, geradas em grande parte por avaliações individuais. Dejours (2013, p. 21), problematiza esta questão ao afirmar que “[...] a avaliação individualizada não mede o trabalho! No melhor dos casos, mede o resultado do trabalho”.

No geral, percebemos a necessidade de aprimoramento dos estudos sobre o contexto do trabalho, que implicam a necessidade da imersão na realidade e a apropriação de várias áreas do conhecimento: educação, saúde física, mental e emocional, ergonomia e ergologia, engenharias e segurança. Mas, essencialmente, que as ações realizadas visem promover os conhecimentos já existentes dos trabalhadores e suas experiências.

2.2 O trabalho em saúde e na enfermagem

Da mesma maneira que o trabalho em geral, o trabalho em saúde tem um amplo histórico, e foi se modificando e reestruturando com o passar dos anos, se moldando às inovações tecnológicas e descobertas científicas nessa área.

É sabido que as práticas de saúde são tão antigas quanto à humanidade, visto que se configuram essenciais para a sobrevivência. Independentemente da localização geográfica, todos os povos primitivos e primeiras civilizações contribuíram com suas doutrinas, crenças e dogmas, conforme podemos acompanhar no quadro abaixo, elaborado por esta autora, baseando-se nas ideias propostas por Geovanini et. al (2010).

Assíria e Babilônia	Nestas localizações, a medicina era baseada em credices e magias, e a cura acontecia como milagre de Deus. Não se tem registros de hospitais e nem do trabalho da Enfermagem.
China	Cuidavam dos doentes com plantas medicinais vendidas pelos sacerdotes. Construíram hospitais, conheciam a cirurgia, a anestesia com ópio e tratavam as doenças de pele. Foram os únicos a descrever ações que mais tarde iriam representar um diagnóstico (ver, sentir, observar, indagar).
Egito	Nos tratamentos, as receitas deveriam ser utilizadas em conjunto com fórmulas mágico-religiosas. Também utilizavam interpretação de sonhos para a cura.
Índia	Contribuíram para o desenvolvimento da enfermagem e medicina como profissões. Construíram hospitais onde tratavam de forma lúdica os enfermos. Deixaram testemunhos de vários procedimentos e, através destes, foram os únicos que citam os enfermeiros.
Japão	Utilizavam muito hidroterapia para a cura. Favoreciam e estimulavam a eutanásia.
Grécia	Os conhecidos “profissionais da cura” eram sacerdotes e cirurgiões

	barbeiros. Hipócrates deu uma versão mais científica a Medicina. Utilizavam recursos da natureza para tratamento e recuperação, como: ar puro, água pura, massagens, banho de sol.
Roma	Destacavam-se pela preocupação com higiene e saúde pública, percebida através de construções com esgotos, aquedutos, banhos públicos. A Medicina estava aliada ao religioso, mágico e popular.

Durante muito tempo, o trabalhador com habilidades para lidar com os males do corpo e da alma tinha um *status* importante perante a sociedade, e era, por vezes, tido como santo ou iluminado, pois seu objeto de trabalho era o corpo humano. O que fica explícito na citação a seguir:

Na sua dimensão particular, o trabalho em saúde aparece como um trabalho nobre, em que a maioria das ações desempenhadas tem cunho predominantemente intelectual. Seu objeto de trabalho e o produto final ocupam o mesmo espaço: o corpo do indivíduo, que deve ser trabalhado de forma a possibilitar a permanência ou à volta a normalidade (GEOVANINI, *et. al*, 2002, p. 145).

A conduta dos “responsáveis pela cura” jamais era questionada, tanto nos casos em que obtinham sucesso, quanto nos casos com resultados negativos e/ou inesperados. O desfecho era resultado sempre do portador da enfermidade, conforme segue:

Nos grupamentos humanos primitivos, o curador de doenças reunia diversas funções. A doença era enfocada como posse de maus espíritos, e a ação do curador era dirigida no sentido de afastar o mal aplicado à fúria das divindades. O misticismo era, na época, a ênfase do conceito de saúde, e o resultado dos tratamentos estava diretamente relacionado à aceitação ou não dos rituais por parte dos espíritos. Não era colocado em jogo o poder ou a competência do curador, e o insucesso era atribuído a problemas místicos do doente (GEOVANINI, *et. Al*, 2002, p. 283).

Ainda conforme escritos do autor acima, na sociedade primitiva os estabelecimentos que recebiam e acolhiam pessoas doentes não tinham nenhum tipo de preparo específico para atendê-los e muito menos tratá-los assistencialmente. Eram oferecidos abrigo, consolo e alguns cuidados domésticos como higiene e alimentação – e ainda estes, precários. Este panorama foi suscetível para a proliferação de pragas e pestes, sendo favorável também para a criação e disseminação das casas de saúde – os hospitais.

Toda a atenção dispensada era no sentido de curar, ou seja, tratar a doença já instalada. Não existiam ações preventivas de nenhuma espécie. Nesses ambientes ainda não estava definido e especificado, quem seria o profissional

responsável por prestar o atendimento e como isso seria feito, ocorrendo então, de maneira aleatória e diversificada. A seguir um breve relato dos estabelecimentos da época:

Paixão nos mostra que os hospitais da antiga Índia tinham regulamentos que exigiam das pessoas que cuidavam dos doentes bom trato pessoal, uso de roupas brancas, e boas maneiras na relação com os enfermos. Existiam músicos, contadores de histórias e poetas que se ocupavam da distração dos doentes. A música servia como agente importante no relaxamento das tensões emocionais do doente. Os contadores de histórias falavam de fábulas que proporcionavam um retorno aos valores culturais e às relações do doente com suas fantasias existenciais. A poesia falava do sentimento humano, da natureza e da integração do doente com o universo (GEOVANINI, *et. al*, 2002, p. 283).

Talvez este autor faça alguma das primeiras citações sobre trabalho multiprofissional e interdisciplinar, hoje mundialmente difundido. Cada um entendendo o seu papel como importante para o processo de reestabelecimento da doença em busca da cura, contudo, respeitando o trabalho e as habilidades do próximo.

Realidade diferente da encontrada na Europa, e bem provavelmente na América, quando a doença também era culpa exclusivamente do indivíduo portador e, muitos leigos, aliados a um período de extremo fervor religioso, procuram ao assistir os enfermos, praticar atos de caridade. Conforme Geovanini (2010, p. 14) “os primeiros hospitais foram inicialmente destinados aos monges e, só mais tarde, surgiram outros, para atender os estrangeiros, pobre e enfermos [...]”.

Neste contexto de precárias condições de higiene, que se sobressaem ao acúmulo de pacientes e miscelânea de população, devido a guerras e epidemias recorrentes, surgem os primeiros relatos sobre o profissional de enfermagem:

Enquanto os hospitais da Europa eram dirigidos por ordens religiosas, além de caracterizados morredouros e amontoados de pobres doentes, os cuidados dispensados aos enfermos tinham um ar de serviço de caridade. Passavam como uma dádiva concedida aos enfermos, em nome da graça de Deus e do espírito de sacrifício e quem os executava. Não havia vínculo que caracterizasse como profissional a atividade; os enfermeiros eram pessoas procedentes de camadas pobres da população, trabalhavam em troca de proteção, alojamento e alimentação (GEOVANINI, *et. al*, 2002, p. 283).

Neste período, ainda não ocorre nos hospitais uma prática médica concreta, e a prática de enfermagem está relacionada ao trabalho como caridade, por forte

motivação religiosa e cristã, ou seja, se caracteriza extremamente como prática leiga. Ambas as práticas (medicina e enfermagem) estão ainda desvinculadas de conhecimentos científicos.

Foi um período que deixou como legado uma série de valores que, com o passar dos tempos, foram aos poucos, legitimados e aceitados pela sociedade como características inerentes à Enfermagem. A abnegação, o espírito de serviço, a obediência e outros atributos desse tipo vieram consolidar-se como a herança dessa época remota, dando à Enfermagem, não uma conotação de prática profissional, mas de sacerdócio (GEOVANINI et al., 2010, p.15).

Portanto, todo ser humano, em algum momento da vida, acaba praticando o cuidado com pessoas próximas e afins, baseado em experiências próprias ou no aprendizado do senso comum. Historicamente estamos acostumados com o cuidado familiar e doméstico, praticado com os ensinamentos provavelmente passados de geração em geração.

Cada um a seu tempo aprendeu que, para combater os males do corpo, deveria utilizar os recursos de que dispunha, com base na experiência. Sempre deparamos com a mãe que atende seu bebê enfermo e realiza mil cuidados para socorrê-lo. Nossos olhos se acostumaram a focá-la nessa lida, o que sugere imaginá-la realmente como a primeira enfermeira da humanidade (PADILHA, BORENSTEIN, SANTOS, 2011, p. 40).

Com a aceleração do desenvolvimento mundial e exigências por maior produção para sobrevivência, os indivíduos acabaram ficando cada vez menos tempo em suas casas, sem conseguir acompanhar quem precisasse de maior dedicação e cuidados. Este contexto social acabou influenciando no surgimento dos profissionais e serviços de saúde, e está relatado a seguir:

À medida que os membros da família exercem, cada vez mais, algum tipo de trabalho fora do lar, tornam-se, cada vez menos aptos e disponíveis a cuidarem uns dos outros, [...] para excluir responsabilidades onerosas, o cuidado de uns para com os outros torna-se cada vez mais institucionalizado. [...] Aí neste espaço é que se insere o trabalho dos profissionais de saúde, na sua forma atual, consoante às exigências e necessidades geradas pelo progressivo avanço do modo de produção a que está submetida e se submete a maior parte da população (FILHO, LEOPARDI, 1999, p. 68).

Assim foi ocorrendo a profissionalização do cuidado e todas as transformações no que se refere ao tratamento e manutenção da saúde.

Concomitantemente começam a surgir as categorias profissionais da saúde, ficando este campo mais amplo e diversificado.

Tornando-se trabalho, o cuidado humano em relação a saúde adquire características particulares, embora assimile a estrutura geral nas relações de produção. O trabalho em saúde passa a ser, progressivamente, desenvolvido por diferentes ramos de especialidades profissionais, nas quais diferentes grupos de indivíduos cooperam entre si (FILHO, LEOPARDI, 1999, p. 69).

Toda esta reflexão é importante para desmistificar o trabalho da enfermagem desde o seu surgimento. É nítida através das descrições bibliográficas a relação entre esta categoria profissional e o cuidado. As demais áreas de atuação em saúde também tratam do corpo, das doenças, dos sintomas e inclusive atuam na prevenção. Porém, nenhuma outra profissão tem esta intimidade com o cuidar e esta característica e especificidade tão difundida.

[...] a enfermagem tem uma relação muito próxima com a evolução dos cuidados materiais e deve ter coexistido com estes a todo momento. É uma ciência ligada estritamente com a arte de cuidar. E esse cuidado, por sua vez, está relacionado com o conceito de saúde e doença. Segundo a enfermeira francesa Françoise Collière os cuidados existiram desde que surgiu a vida, uma vez que os seres humanos deles necessitam para sua sobrevivência (PADILHA, BORENSTEIN, SANTOS, 2011, p. 40).

Como vemos, o trabalho em enfermagem está intimamente ligado com o cuidado e historicamente marcado pela caridade. Para compreendermos o contexto atual do trabalhador de enfermagem, é interessante nos remetermos ao passado da profissão.

A História é uma ciência que nos auxilia a entender o presente ao lançar um olhar retrospectivo ao passado, permitindo observar a construção, a constituição e o desenrolar dos fatos. Para realizar esse estudo, ela recorre a Arqueologia. Esta, por sua vez, realiza seus estudos baseada em registros de pedras, objetos, instrumentos, inscrições (hieroglíficas ou cuneiformes), papiros, livros e documentos. Assim, para resgatar a História da enfermagem, também se faz uso desses instrumentos. Os povos da Antiguidade nos legaram escritos poupados da fúria do tempo, que lançam luz sobre a luta do homem contra o mal físico, a doença (PADILHA, BORENSTEIN, SANTOS, 2011, p. 40).

Durante muitos anos a prática da Enfermagem foi negligenciada. O cuidado foi praticado por sacerdotes, feiticeiros, mulheres com conhecimentos no preparo de ervas, entre outros. Portanto, “já neste período, os hindus exigiam inúmeras

qualidades daqueles que pretendiam cuidar de doentes, como: asseio, habilidade, inteligência, pureza e dedicação, entre outras” (GEOVANINI, 2010, p. 12).

Relacionada ao ambiente insalubre dos hospitais, conhecidos por amontoados de indivíduos em pequenos leitos, a Enfermagem entra em decadência e sofre importante crise. As conhecidas enfermeiras, que trabalhavam sem nenhum conhecimento formal, exerciam tarefas essencialmente domésticas por vezes utilizado como moeda de troca por abrigo e comida. Todos esses fatos culminaram no desprestígio do serviço.

Posteriormente, a enfermagem foi relacionada durante anos às práticas religiosas e, pode-se dizer que foram através destas iniciativas se buscou melhorar as condições dos hospitais e do pessoal. Através deste modelo, começou a ser estruturado o profissional de enfermagem atual.

Tal concepção da enfermagem permanece por muitos séculos, exercida por religiosas que não possuíam conhecimentos próprios que pudessem fundamentar suas atividades, enquanto no mesmo século, com o desenvolvimento das cidades, transforma-se o caráter das atividades médicas em prática técnico-profissional, cuja profissionalização era até então combatida pela Igreja. Na prática urbano-corporativa, a medicina é constituída como profissão e não como sacerdócio, mas o mesmo não se dá com a enfermagem (MELO, 1986, p. 35).

Relatos bibliográficos mostram que no início do século XIX o trabalho realizado pela enfermagem começa a ser dividido entre chefes de enfermagem - *ladies* ou *matron* - que dirigiam o serviço; e enfermeiras encarregadas dos cuidados assistenciais nas enfermarias – *nurses* ou *sister* - que executavam o trabalho.

A dicotomia entre o trabalho manual e o trabalho intelectual, como reflexo das transformações econômicas e políticas que marcaram a queda do feudalismo e o surgimento do mercantilismo, é caracterizada na Enfermagem pela divisão social que, nos hospitais, era dirigido pela *matron* e executado pela *sister* (GEOVANINI, 2010, p. 20).

Este panorama da enfermagem permanece até a Revolução Industrial, quando, com o desenvolvimento do capitalismo, começam a surgir movimentos de reformas valorizando os profissionais dos hospitais e serviços oferecidos. O hospital aparece como meio de consumo coletivo. Em consequência destas transformações, a enfermagem se institucionaliza enquanto profissão.

É dentro deste novo hospital – muitos deles especializados em consequência do desenvolvimento da medicina – que ocorre a reforma da enfermagem, consubstanciada na separação da prática religiosa à prática técnico-profissional, uma exigência básica para contribuir na modificação da qualidade e dos resultados da assistência prestada (MELO, 1986, p. 42).

O surgimento da Enfermagem Moderna – que mantém o caráter de divisão técnica e social do trabalho - tendo como ícone Florence, acontece em conjunto com a mudança de hierarquia dentro do hospital, quando o poder de administração passa da Igreja para o médico. É o médico que detém o monopólio do saber, o poder de cura através da Medicina Moderna. Mantém-se, portanto, a fragmentação da assistência.

Esta forma de divisão deu-se, principalmente, em atenção às diferenças de classe e para possibilitar a expansão dos interesses capitalistas no setor saúde no decorrer do tempo, e à medida que ocorreram os avanços técnico-científicos e a consequente parcelização da medicina, em suas várias especialidades, a enfermagem foi chamada a incorporar inúmeras funções manuais, antes do domínio da medicina, tidas, porém, como subordinadas ao trabalho médico (FILHO, LEOPARDI, 1999, p. 74).

Inicia-se então uma transformação lenta nos serviços de saúde, com o surgimento dos cursos de formação, bastante relacionados com as pesquisas científicas na área, e prenunciando uma importante evolução.

Florence nasceu no dia 12 de maio de 1820, em Florença na Itália, mas era filha de ingleses. Mesmo sem o conhecimento sobre microorganismos (eles ainda não tinham sido descobertos), tinha grande preocupação com higiene e limpeza. Tinha inteligência incomum para a época e dominava várias línguas.

[...] Florence Nightingale (1820-1910) é convidada pelo Ministro da Guerra da Inglaterra, para trabalhar junto aos soldados feridos em combate na Guerra da Criméia (1854-1856) e que, por falta de cuidados, morriam em grande número nos hospitais militares, chamando a atenção das autoridades inglesas (GEOVANINI et. al. 2010, p. 25).

Seus ensinamentos perpetuam até os dias de hoje. Como fazia parte da elite inglesa, começou a selecionar criteriosamente (moral e intelectualmente) suas candidatas a atuarem com ela. Como a Enfermagem tinha uma imagem bastante negativa, era necessário reconstruir a imagem profissional perante a sociedade. Por tudo isso, a Enfermagem continuava a obedecer a princípios e ordens. Assim como Hipócrates, defendia o foco central da saúde no doente e não da doença.

As concepções teórico-filosóficas da Enfermagem desenvolvidas por Florence Nightingale apoiaram-se em observações sistematizadas e registros estáticos, extraídos de sua experiência prática no cuidado aos doentes e destacavam quatro conceitos fundamentais: ser humano, meio ambiente, saúde e Enfermagem. Esses conceitos, considerados revolucionários para sua época, foram revistos e, ainda hoje, identificam-se com as bases humanísticas da Enfermagem [...] (GEOVANINI et al., 2010, p. 25-26).

Como percebemos, os conceitos criados por Florence, continuam embasando a profissão na contemporaneidade. Continua sendo um desafio tratar o indivíduo como um todo, no conceito mais amplo de saúde, e enxergá-lo no contexto do ambiente em que vive. A Enfermagem segue prestando assistência integral ao ser humano, devendo manter o cuidado para não o tratar como patologias, número de leitos, etc.

Florence enfatizou em seus dois livros, *Notas sobre Hospitais* (1858) e *Notas sobre Enfermagem* (1859), que a arte da Enfermagem consistia em cuidar tanto dos seres humanos sadios quanto dos doentes, entendendo como ações interligadas da Enfermagem o triângulo cuidar-educar-pesquisar. Entendeu, também, que a cura não resultava da ação médica ou de Enfermagem, mas que era um privilégio da natureza; portanto, as ações de Enfermagem deveriam visar à manutenção do doente em condições favoráveis à cura para que a natureza pudesse atuar sobre ele. Considerou que o conhecimento e as ações de Enfermagem são diferentes das ações e dos conhecimentos médicos, uma vez que o interesse da Enfermagem está centrado no ser humano sadio ou doente e não na doença e na saúde propriamente ditas (GEOVANINI et al., 2010, p. 26).

Após a guerra, Florence criou a primeira escola de Enfermagem, que após foi difundida e serviu de modelo para as demais escolas fundadas, criando o estilo “nightingaleana”, que formavam duas categorias: as *ladies* e as *nurses*. Nestas escolas, o médico ainda era a única pessoa qualificada para ensinar e tanto nas aulas, como na prática hospitalar, decidia o que poderia passar para as enfermeiras. Isto foi sendo transformado e modificado somente com a ascensão tecnológica e o desenvolvimento das práticas médicas. Enquanto os médicos ficam com a parte intelectual correspondente a diagnósticos, hipóteses, prescrição e tratamento; vai delegando atividades práticas e manuais para a equipe de enfermagem executar (GEOVANINI et al., 2010).

Lógico que não podemos ser ingênuos e deixar de relacionar este panorama com a relação de poder e *status* do profissional da medicina, fato antigo que hoje se relaciona com a polêmica envolvendo a Lei do Ato Médico. Malagutti e Miranda (2011, p. 86) relatam que “havia um dilema na época: preparar o profissional para

torná-lo competente e ao mesmo tempo enfrentar o receio de que isso induzisse o enfermeiro a se tornar prepotente e pretender a ‘cura por sua conta’”. Compreendendo esta visão, conseguimos analisar criticamente a posição hierárquica das profissões hoje.

Outra particularidade que persiste nos dias de hoje é o fato das atribuições do enfermeiro e do técnico de enfermagem se confundirem na prática e no ambiente de trabalho, ora por déficit de pessoal, ora por despreparo dos mesmos e incapacidade técnica. Realidade explanada pelos autores Malagutti e Miranda (2011, p. 85): “Florence Nightingale e Anna Nery prestam, na maioria das vezes, os cuidados mais complexos e administram os demais cuidados, por não existirem enfermeiros suficientes para ‘o cuidar direto’”.

A história da Enfermagem no Brasil é bastante relacionada com Anna Nery, principalmente no período em que ainda não existiam as classes profissionais bem definidas, o que atualmente corresponde aos níveis técnico e superior. No entanto, a personagem acima referida era conhecida como enfermeira, assim como outras figuras que sem o conhecimento científico necessário se aventuraram a cuidar dos doentes e aliviar sofrimentos. Personalidades de coragem que merecem todo nosso respeito.

No Brasil, também os doentes eram cuidados como ato de caridade cristã por religiosos ou como obrigação, por escravos e índios, e não dentro de uma perspectiva profissional, com direito à remuneração. Tais pessoas eram consideradas pejorativamente atendentes de enfermagem ou cuidadores, e não enfermeiros. Foram autoridades ou a literatura que lhes deu o título de enfermeiros (as), como no caso de Francisca de Sande, Frei Fabiano de Cristo, Anna Nery e Maria José Barroso, chamada pelos soldados de Maria Soldado, a negra que cuidou dos combatentes feridos na Revolução Constitucionalista de 1932, em São Paulo (OGUISSO; CAMPOS, 2013, p. 51-52).

Com a expansão comercial e industrial do Brasil, assim como ocorreu em outros países, o governo assume a assistência à saúde. Cenário propício para a criação das escolas de enfermagem, que iniciaram suas atividades no mesmo formato estruturado na França, Inglaterra e Estados Unidos. A primeira escola de Enfermagem do Brasil teve formação em conformidade com escolas da França e foi criada no Rio de Janeiro em 1980 – hoje pertence à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Após, declarada a I Guerra Mundial (1914), a Cruz Vermelha passou a preparar voluntárias para cuidar dos feridos. A Escola de

Enfermagem Anna Nery foi criada por Carlos Chagas, diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1923 com ensino através de enfermeiras americanas enviadas até o país (GEOVANINI et al., 2010).

No século XIX, enfermeiras americanas basicamente cuidavam de doentes nos hospitais provendo alimentação, cuidados de higiene pessoal e do ambiente das enfermarias, além de administração de medicamentos. Criaram rotinas hospitalares para facilitar a execução das prescrições médicas, persuadindo esses profissionais a trazerem os pacientes para os hospitais em vez de deixá-los aos cuidados das famílias em suas casas. No campo hospitalar, a enfermagem encontrou seu lugar, simbolizando uma moderna solução para os problemas do cuidar de pessoas, embora ainda como atividade doméstica. Somente com educação formal específica as mulheres tiveram, enfim, oportunidade de realizar um trabalho útil e remunerado, que as libertariam da dependência familiar (OGUISSO; CAMPOS, 2013, p. 51).

Podemos perceber a postura inovadora e inteligente dos profissionais da época, que vagarosamente foram comprovando a eficácia do trabalho de enfermagem e conquistando confiança para que os necessitados ficassem aos seus cuidados. Isso tudo, mesmo com recursos escassos e conhecimento científico raso. A evolução do serviço da enfermagem também se relaciona com a independência profissional e financeira das mulheres, visto que a classe era composta exclusivamente por este gênero – o que também persiste atualmente.

As orientações e tratamento coletivo embasadas em ações preventivas são historicamente recentes. Aliados a essa nova proposta de pensar saúde, está o trabalho da equipe multiprofissional, bastante difundido na Saúde Pública e ainda experimental em hospitais devido hierarquias e *status* de classes profissionais resistentes, como os autores descrevem:

[...] Mesmo a Saúde Pública se insere nessa lógica. Ao ter como objetivos atingir o coletivo dos indivíduos, o faz com base no corpo biológico, e suas ações, ainda que diferentes as da Medicina curativa, o são no aspecto puramente quantitativo – ao invés de serem direcionadas a um indivíduo, o são a vários.”(GEOVANINI, *et. al*, 2002, p. 145).

2.3 Conhecimentos e saberes no cotidiano do trabalho

2.3.1 Saberes da experiência e saberes formais

Com a crise do capitalismo em meados de 1970 na Europa, aconteceram mudanças sociais e econômicas que acabaram valorizando a subjetividade no

trabalho. A partir disto, começou a pensar-se em capacidades humanas no trabalho até então desconsideradas, como a criatividade, capacidade de organização e cooperação, comunicação, posturas ativas, flexibilidade, entre outros.

Ao se considerar a influência do trabalho em todos os âmbitos da vida do ser humano, determina-se a relevância de uma abordagem que considere os aspectos subjetivos do trabalhador, compreendidos em seu âmbito mais amplo, considerando seus saberes e valores como elementos fundamentais de reconstrução individual e coletiva do e no trabalho (SANTOS, CAMPONOGARA, 2014, p. 150).

Podemos considerar como eixo central das questões norteadoras quando se pensa e analisa o mundo do trabalho, aquela que tem sido uma categoria importante para ambos os autores destacados, bem como para qualquer pesquisador que se dedique a analisar e buscar compreender este complexo ambiente: a experiência. Com a Revolução Industrial e a Revolução Burguesa, o capitalismo foi propulsor de muitas destas alterações. Marx, pesquisador de extrema relevância sobre a temática, justifica a importância da categoria abordada.

Para Marx, a experiência não é aquilo em que se desdobra o conceito, a experiência é produção da história humana pela produção material. Tradição muito rica e muito importante, mas, ao mesmo tempo, atribuindo uma dimensão cada vez mais totalizadora à experiência, impodimos novamente o problema de sua função formadora, pois tanto em Hegel quanto em Marx, dizer que a experiência é formadora é uma tautologia (SCHWARTZ, 2010, p. 39).

Através desta visão, o professor e filósofo Yves Schwartz iniciou na França estudos que posteriormente chamou de Ergologia, pensando no trabalho sempre como uma relação com o indivíduo que o executa, o trabalhador. Esta perspectiva teórica considera o trabalho como atividade humana e reconhece o trabalhador como agente de si, apto a fazer escolhas e se manifestar enquanto sujeito no espaço laboral. Ou seja, a ação do trabalhador “não é somente produzir, mas transformar a si mesmo” (SANTOS, CAMPONOGARA, 2014, p. 150).

Vendramini é uma das autoras que apresenta essa discussão sobre o conceito de experiência, iniciando por considerações bastante objetivas sobre o trabalho na atualidade:

Analisar o significado do reconhecimento de saberes do/no trabalho impõe, em primeiro lugar, pensar sobre o contexto do trabalho na atualidade. Ele está associado, em primeiro lugar, à sobrevivência, num contexto em que não há trabalho ou emprego para todos, em que trabalhar significa ser explorado, em que uma grande maioria dos trabalhadores não têm qualificação, em que pouco se aprende em muitas atividades, ou se aprende algo meramente referente à atividade em si, um conhecimento técnico, imediato, prático (VENDRAMINI, 2006, p. 123-124).

Em conformidade com esta linha de pensamento, temos aqui a intenção de estudar a analisar a experiência imersa no ambiente da pesquisa e através do foco central de investigação com nossos sujeitos, o trabalho. Esta experiência do trabalhador pode estar bastante vinculada à produtividade, mas também à “experiência do corpo”, ou seja, a influência sentida e sofrida pelo indivíduo através do processo de trabalho.

Uma Experiência do modo de produzir que pode tornar-se, no conhecimento do trabalhador, uma Experiência que permite acelerar e enriquecer o processo de produção da própria Experiência de trabalho. [...] Uma Experiência relacionada com a influência das condições de trabalho sobre a saúde (geralmente em sentido negativo mas não necessariamente). Enquanto que os dois primeiros tipos de Experiência interessam à organização do trabalho e são memorizados, este último tipo nem sempre tem sido objeto de interesse para a memória da organização (ODDONE, 2007, p. 52).

Assim, justifica-se também o significado desta abordagem para esta pesquisadora. Como nos demais locais de trabalho, o ambiente laboral da saúde se desenvolve através da experiência dos sujeitos, colocada em prática nos seus fazeres diários.

Fato que relacionamos com a perspectiva de Schwartz, onde podemos citar a experiência como um saber fazer, diferente do saber teórico. Ele próprio reflete sobre os pensamentos de Kant – para o qual a experiência não é formadora, ou seja, ela nos dá algo, mas não nos permite pensar – e Marx – que defende a experiência como formadora, numa visão de dimensão totalizadora.

Quando frequentamos as situações de atividade e, notadamente, a atividade de trabalho, acredito que podemos dizer que toda situação de trabalho é, sempre em parte, e esse *em parte* é sempre imprevisível (quer dizer que não podemos jamais antecipar a proporção), aplicação de um protocolo e experiência ou encontro de encontros (SCHWARTZ, 2010, p. 42).

No ambiente das instituições de saúde, podemos facilmente relacionar com os acontecimentos “imprevisíveis” citados anteriormente. Dentro do hospital não conseguimos antecipar e prever a grande maioria das situações, fato este que exige da equipe, além do conhecimento científico necessário, a aplicação de normas pré-estabelecidas e a experiência adquirida por todos os envolvidos.

Mesmo reconhecendo estas características do trabalho atual, não podemos esquecer que esta atividade laboral é feita por sujeitos, é uma ação humana. Marx já reconhecia esta mudança radical da aprendizagem no trabalho ocasionada pelos maquinários com a grande revolução burguesa, através da criação do trabalho coletivo, controlado pelo homem.

Neste sentido, a aprendizagem não é mais fruto de uma relação entre mestre e aprendiz, em que o aprendiz aprendia fazendo, e não mais limitada ao contexto das oficinas, mas é algo universal, produzido socialmente (VENDRAMINI, 2006, p.124).

Apoiada na obra de Thompson, Vendramini (2006, p. 126) afirma que a experiência “compreende a resposta mental e emocional, seja de um indivíduo ou de um grupo social, a muitos acontecimentos interrelacionados ou a muitas repetições do mesmo tipo de acontecimento”.

Thompson também se dedica ao estudo das experiências cotidianas, analisando o modo de vida do trabalhador e os modos de produção. Ressalta a experiência como uma categoria de suma importância para qualquer pesquisador por se referir às respostas de um indivíduo ou um grupo, de muitos acontecimentos e repetições de um mesmo evento.

Thompson buscou em seus trabalhos historiográficos dar voz a homens e mulheres esquecidos nas análises de historiadores marxistas afinados com as teorias estruturalistas. Para tal, buscava perceber através da luta de classes a formação de experiências históricas do operariado inglês do século XVIII. O conceito de experiência serviria para Thompson, como um modelo unificador das ações dos trabalhadores (JUNIOR, 2011, p. 2).

Na sua concepção, a experiência é o vivido, o que acontece e os sentidos a isso atribuídos. Para tal propõe dois tipos de experiência, chamada por alguns de seus seguidores como experiência I e II, ou experiência vivida e experiência percebida.

Thompson (1981a, p. 405-406) distingue entre experiência I – experiência vivida – e experiência II – experiência percebida. Muitos epistemólogos e sociólogos contemporâneos, diz Thompson, quando ouvem a palavra “experiência” identificam-na imediatamente à experiência II, a experiência percebida. Isto é, movem-se na direção do que Marx denominou consciência social. Como consequência, afirmam que a “experiência II” é um meio imperfeito e falsificador, corrompido por interferências ideológicas (MORAES, MULLER, 2003, p. 340).

Ao ignorar a experiência vivida, enfatizando somente a experiência percebida, podemos relacionar com o que foi denominado por Marx de consciência social. Este fato desconsidera a experiência própria, única de cada indivíduo. Portanto, a experiência, ao ser percebida, favorece uma análise e reflexão dos seres. São as ações e o sentido a elas atribuído, o que acontece porque os seres humanos são racionais e refletem sobre o que acontece consigo e ao seu redor.

A experiência I está em eterna fricção com a consciência imposta e, quando ela irrompe, nós, que lutamos com todos os intrincados vocabulários e disciplinas da experiência II, podemos experienciar alguns momentos de abertura e de oportunidade, antes que se imponha mais uma vez o molde da ideologia. Dessa forma, a experiência, “sem bater na porta”, constitui e nega, opõe e resiste, estabelece *mediações*, é espaço de prática, intervenção, obstaculização, recusa, é processo de formação de identidades de classe e, poderíamos acrescentar, de gênero, de geração, de etnias. Processos dialeticamente articulados que ela, a experiência, expressa de forma privilegiada (MORAES, MULLER, 2003, p. 341).

Somente assim, por ser vivida e refletida, a experiência tem o poder de transformar e por isso pode ser emancipatória. É estimulante pensar na experiência como possibilidade e oportunidade de transformação. Esta reação permanente entre matéria e pensamento, Thompson denomina de diálogo entre o ser social e a consciência social.

O que queremos dizer é que ocorrem mudanças no ser social que dão origem à *experiência* modificada; e essa experiência é *determinante*, no sentido de que exerce pressões sobre a consciência social existente, propõe novas questões e proporciona grande parte do material sobre o qual se desenvolvem os exercícios intelectuais mais elaborados (THOMPSON *apud* VENDRAMINI, 2006, p. 126)

O trabalho se constitui como fonte de aprendizagem através de uma construção individual e coletiva. Muitos dos saberes conhecidos são gerados pelo convívio, na prática do trabalho; são socializados e reinventados no exercício laboral.

Neste sentido, a aplicabilidade da experiência no cotidiano do trabalho em saúde, e especificamente na enfermagem é comum e rotineira. A relação entre teoria e prática acontece no desenvolvimento das atividades e procedimentos durante todo o período de trabalho, e vai sendo aprimorada nas trocas de conhecimento entre os membros da equipe.

Para apreender os saberes constituídos no trabalho, é preciso considerar a forma de trabalho na atualidade, as formas anteriores e as perspectivas apontadas por Marx de um trabalho com base na livre associação entre os trabalhadores; assim como considerar os modos de aprendizado presentes nas diferentes formas históricas do trabalho. “Nosso conhecimento não fica (esperamos) por isto aprisionado nesse passado. Ele nos ajuda a conhecer quem somos, porque estamos aqui, que possibilidades humanas se manifestam, e tudo quanto podemos saber sobre a lógica e as formas de processo social (THOMPSON, *apud* VENDRAMINI, 2006, p. 128).

Tanto no ambiente laboral como na vida em sociedade ou através do convívio familiar, o indivíduo oportuniza trocas de experiências e valores, pois o ser humano está em constante evolução. Independentemente do local, as experiências sempre o acompanham, interligando pensamentos, procedimentos e atitudes.

Pois as pessoas não experimentam sua própria experiência apenas como ideias, no âmbito do pensamento e de seus procedimentos, ou (como supõem alguns praticantes teóricos) como instinto proletário etc. Elas também experimentam sua experiência como sentimento e lidam com estes sentimentos na cultura, como normas, obrigações familiares e de parentesco, e reciprocidades, como valores ou (através de formas mais elaboradas) na arte ou nas convicções religiosas. Essa metade da cultura (e é uma metade completa) pode ser descrita como consciência afetiva e moral (THOMPSON, 1981, p. 189).

É através destas vivências, reflexões acerca de suas práticas e aprendizados consequentes, que a experiência tem o poder de transformar. A práxis diária, embasada nos conhecimentos teóricos nos oportuniza refletir, e é exatamente por isso que a experiência pode ser emancipatória.

O que queremos dizer é que ocorrem mudanças no ser social que dão origem à *experiência* modificada; e essa experiência é *determinante*, no sentido de que exerce pressões sobre a consciência social existente, propõe novas questões e proporciona grande parte do material sobre o qual se desenvolvem os exercícios intelectuais mais elaborados (THOMPSON, *apud* VENDRAMINI, 2006, p. 128).

Sabemos da ampla variabilidade dos espaços possíveis para novas experiências, e o quanto o trabalho pode proporcionar experiências emancipadoras.

Sempre relacionado ao contexto coletivo, pessoas com objetivos comuns em busca de algo que as identifique, incluindo suas bagagens passadas e perspectivas futuras.

No entanto, é necessário distinguir a experiência dos saberes formais, e novamente é importante nos remetermos ao contexto em que estes são elaborados, quais as relações que permeiam o trabalho e os tipos de saberes produzidos.

2.3.2 Compreendendo a transformação do conhecimento tácito em conhecimento explícito

A criação do conhecimento organizacional é há tempos bastante praticada no oriente. Porém, no ocidente apenas há alguns anos vem sendo estudada e praticada. Todavia, ainda sempre tendo como base experiências de sucesso de empresas japonesas. Para todo este importante processo acontecer, é importante o reconhecimento de algo crucial em todas as organizações – o conhecimento humano. Apesar da grande maioria de pesquisas na área serem oriundas da administração, conceitos importantes podem ser aproveitados e socializados com as demais áreas do conhecimento. Podemos então, de acordo com Nonaka e Takeuchi, classificar o conhecimento humano em dois tipos:

Um é o conhecimento explícito, que pode ser articulado na linguagem formal, inclusive em afirmações gramaticais, expressões matemáticas, especificações, manuais e assim por diante. Esse tipo de conhecimento pode ser então transmitido, formal e facilmente, entre os indivíduos. Esse foi o modo dominante de conhecimento na tradição filosófica ocidental. Argumentamos, contudo, que o conhecimento tácito, difícil de ser articulado na linguagem formal, é um tipo de conhecimento mais importante. É o conhecimento pessoal incorporado à experiência individual e envolve fatores intangíveis como, por exemplo, crenças pessoais, perspectivas e sistemas de valor (NONAKA, TAKEUCHI, 1997, p. XVII).

No entanto, não se tem a presunção de achar um ou outro mais importante. Acredita-se na relevância da relação dialética entre os dois, na interação dinâmica de ambos para a criação de conhecimento organizacional que pode ser definido como “a capacidade de uma empresa de criar novo conhecimento, difundi-lo na organização como um todo e incorporá-lo a produtos, serviços e sistemas” (NONAKA, TAKEUCHI, 1997, p. 1).

Para que isto ocorra, são imprescindíveis 3 elementos: o indivíduo, o grupo e a organização. Com o crescente interesse pelo tema do conhecimento, escritores

especialistas em temas empresariais relatam a importância do conhecimento em um contexto que denominam de “sociedade do conhecimento”.

Cada qual a seu modo, todos anunciam a chegada de uma nova economia ou sociedade, à qual se referem como “sociedade do conhecimento”, segundo Drucker, e que se distingue do passado pelo papel-chave que o conhecimento desempenha nela. Drucker argumenta em seu último livro que, na nova economia, o conhecimento não é apenas mais um recurso ao lado dos tradicionais fatores de produção – trabalho, capital e terra – mas sim o único recurso significativo atualmente. Ele afirma que o fato de o conhecimento ter se tornado o recurso, muito mais do que apenas um recurso, é o que torna singular a nova sociedade (NONAKA, TAKEUCHI, 1997, p. 5).

O reconhecimento da importância do conhecimento tácito traz para a organização implicações relevantes, pois se refere a uma perspectiva totalmente diversa: “não a de uma máquina de processamento de informações, mas de um organismo vivo” (NONAKA, TAKEUCHI, 1997, p. 8).

O que põe em dúvida a premissa mundialmente difundida nas empresas de que o conhecimento pode ser transmitido através da educação continuada, capacitações e treinamentos. E, em contrapartida, enfatiza a necessidade do aprendizado a partir da experiência – através de tentativas e erros. Portanto, para a construção do conhecimento organizacional é necessário um processo individual de renovação, para posteriores resultados coletivos.

Trata-se de um processo altamente individual de alta renovação organizacional e pessoal. O compromisso pessoal dos funcionários e sua identificação com a empresa e sua missão tornam-se indispensáveis. Nesse sentido, a criação do novo conhecimento envolve tanto ideais quanto ideais. [...] Criar novos conhecimentos significa, quase que literalmente recriar a empresa e todos dentro dela em um processo contínuo de auto-renovação organizacional e pessoal. Criar novos conhecimentos também não é apenas uma questão de aprender com outros ou adquirir conhecimentos externos. O conhecimento deve ser construído por si mesmo, muitas vezes exigindo uma interação intensa e laboriosa entre os membros da organização (NONAKA, TAKEUCHI, 1997, p. 10).

Para que ocorra a criação do conhecimento e a transformação do conhecimento tácito em explícito é essencial a interação dos agentes que compõem esta organização, como já citamos: indivíduo, grupo e empresa. As novas perspectivas surgem através de diálogos, debates, contra censos, conflitos e divergências. Isto faz com que todas as condutas sejam questionadas,

experimentadas e revistas, da mesma maneira que todos se tornam responsáveis pelos resultados.

Em primeiro lugar, para explicar o inexplicável, deposita-se grande confiança na linguagem figurada e no simbolismo. Em segundo lugar, para transmitir o conhecimento, o conhecimento pessoal de um indivíduo deve ser compartilhado com outros. Em terceiro lugar, nascem novos conhecimentos em meio a ambiguidade e redundância (NONAKA, TAKEUCHI, 1997, p. 12-13).

No contexto das instituições hospitalares, como nos demais tipos de empresas, também evidenciamos as duas classificações do conhecimento aqui enfatizadas. Na prática assistencial da enfermagem, o conhecimento tácito assume proporção importante no desempenho de atividades dos profissionais, tanto que por vezes estes nem se dão por conta de que têm um conhecimento adquirido.

Diante deste panorama, é notória a importância dos enfermeiros - os quais podemos relacionar com os chamados gerentes de nível médio - neste processo, intermediando relações entre gestão e profissionais da linha de frente no atendimento à pacientes.

Os gerentes de nível médio servem como elo entre os ideais visionários da alta gerência e a realidade quase sempre caótica dos funcionários da linha de frente da empresa. Os gerentes de nível médio são mediadores entre a mentalidade de “o que deveria ser” da alta gerência e a mentalidade de “o que é” dos funcionários da linha. [...] Resumem o conhecimento tácito tanto dos funcionários da linha quanto dos executivos seniores, tornando-o explícito e incorporando-o a novos produtos e tecnologias (NONAKA, TAKEUCHI, 1997, p. 18).

2.3.3 Conhecimento formal e não-formal

A aprendizagem é intrínseca ao ser humano desde o início da vida. O bebê ao nascer precisa aprender a respirar sozinho, mamar, chorar para solicitar atenção e atendimento ou sinalizar algo que está acontecendo. Claro que o instinto – de animal racional, mamífero – está presente nesta fase através da necessidade de sobrevivência. Mas podemos afirmar que desde o nascimento se está em constante aprendizado e conhecimento.

Conforme já comentamos, a educação está presente na vida dos indivíduos e constitui-se em direito constitucional de toda a população. É corriqueira, e talvez por isso possa passar despercebida em variados momentos, ficando mais explícita nos ambientes formais de ensino.

Mas será que é somente no ambiente escolar que os saberes são construídos? Em todos os momentos em família, entre amigos, de convívio social ou no trabalho nos deparamos com oportunidades de aprendizagem. Assim, justifica-se a importância de abordarmos estes modos de conhecimentos diversos e ao mesmo tempo semelhantes: conhecimento formal e não-formal. Além destes, existe ainda o conhecimento informal.

A princípio podemos demarcar seus campos de desenvolvimento: a educação formal é aquela desenvolvida nas escolas, com conteúdos previamente demarcados; a informal como aquela que os indivíduos aprendem durante seu processo de socialização - na família, bairro, clube, amigos etc., carregada de valores e culturas próprias, de pertencimento e sentimentos herdados; e a educação não-formal é aquela que se aprende “no mundo da vida”, via os processos de compartilhamento de experiências, principalmente em espaços e ações coletivos cotidianas (GOHN, 2006, p. 28).

É bastante comum, as referências feitas sobre o processo de ensino-aprendizagem estarem relacionadas com a escola tradicional. Todavia, se faz importante conhecermos a carga histórica da escola e porque é reconhecida como o ambiente da “transmissão de conhecimento”.

A educação com reconhecimento oficial, oferecida nas escolas em cursos com níveis, graus, programas, currículos e diplomas, costuma ser chamada de *educação formal*. É uma instituição muito antiga, cuja origem está ligada ao desenvolvimento de nossa civilização e ao acervo de conhecimentos por ela gerados (GASPAR, 1990, p. 171).

A educação formal tem uma estrutura física específica, a escola. O educador é sempre o professor, bastante conhecido e facilmente identificado, os conteúdos ou assuntos a serem aprendidos estão predeterminados e divididos em conteúdo ou disciplinas.

O objetivo da apresentação desses relatos não é apenas registrar a antiguidade da educação formal. Eles evidenciam, sobretudo, a solidez e a estabilidade dessa instituição e a permanência da escola como o espaço físico onde se transmitem e partilham conhecimentos, ao longo dos últimos mil anos. Assim como há lugar para morar, trabalhar e rezar, há muito tempo se estabeleceu e se destinou um lugar para ensinar e aprender (GASPAR, 1990, p. 172).

Percebemos então a necessidade de reconhecer outras maneiras de educação, já que o ensino-aprendizagem não ocorre exclusivamente devido à

estrutura escolar, modelo tradicional do professor como detentor do saber e responsável por repassá-lo. Se reconhece que os conhecimentos são elaborados em diversos ambientes e principalmente na relação e interação com outras pessoas.

Poderíamos definir educação não-formal apenas como o oposto à educação formal, tudo o que acontece fora do modelo tradicional – fora do ambiente escolar, o que não englobaria toda sua amplitude. Para os conhecimentos não formais, todas as experiências são relevantes na aprendizagem. O autor a seguir apoia-se em Paulo Freire para exemplificar esta ideia:

Como diz Paulo Freire, “Se estivesse claro para nós que foi aprendendo que aprendemos ser possível ensinar, teríamos entendido com facilidade a importância das experiências informais nas ruas, nas praças, no trabalho, nas salas de aula das escolas, nos pátios dos recreios, em que variados gestos de alunos, de pessoal administrativo, de pessoal docente se cruzam cheios de significação” (GADOTTI, 2005, p. 2).

O conhecimento não formal surge através de necessidades dos próprios indivíduos, de busca por respostas, e interesse por descobertas. Talvez por este motivo seja mais atraente do que a metodologia de ensino tradicional. Por isso, ocorre nos diversos ambientes conforme os desafios que vão surgindo e ações que necessitam ser realizadas.

Neste sentido, os ambientes laborais também se configuram espaços para o desenvolvimento de educação não-formal. A aprendizagem vai acontecendo na medida em que as dúvidas vão surgindo, as atribuições aumentando ou modificando e as relações com os pares se solidificando.

[...] a educação não-formal designa um processo de formação para a **cidadania**, de capacitação para o **trabalho**, de **organização comunitária** e de aprendizagem dos **conteúdos escolares** em ambientes diferenciados. Por isso ela também é muitas vezes associada à **educação popular** e à **educação comunitária**. A educação não-formal estendeu-se de forma impressionante nas últimas décadas em todo o mundo como “educação ao longo de toda a vida” (conceito difundido pela UNESCO), englobando toda sorte de aprendizagens para a vida, para a arte de bem viver e conviver (GADOTTI apud GOHN, 2005, p. 3).

A experiência dos trabalhadores mais antigos é um conhecimento não-formal que é repassado aos colegas mais novos. A aprendizagem decorrente das próprias atitudes no desenvolvimento das atividades diárias igualmente, além do crescimento

proveniente das relações interpessoais desenvolvidas com colegas e clientes. Todos estes exemplos se aplicam perfeitamente aos ambientes de trabalho em saúde.

2.4 Cenário atual do cuidado

O cuidado é, conhecidamente, a essência do trabalho em enfermagem. Portanto, para nos apropriarmos do trabalho da enfermagem, é necessário compreender o que exatamente se entende por cuidado. Kohan, autor que estudou as ideias de Heidegger, escreveu sobre o cuidado:

[...] É por sermos finitos que cuidamos. [...] Cuidar é sempre cuidar de algo. Nós ficamos presos em nossa experiência da coisa, ideia, evento ou pessoa objetiva da qual cuidamos. Quando eu cuido, eu devo fazer algo a respeito da situação. Eu devo fazer algum julgamento. Eu devo agir. E é neste ponto que o nosso cuidado reúne o nosso amor e a nossa vontade (KOHAN, 2004, p. 124-125).

Além da relevância profissional do cuidado, existem nossas percepções pessoais sobre a temática. Em um mundo com transformações repentinas, velocidade das mudanças, perda e inversão de valores – principalmente morais e éticos – e valorização da técnica e agilidade, o cuidado está relacionado com sentimentos. Waldow (2012, p. 13) afirma que, “dentro do atual quadro, em que as sociedades no inteiro passam por mudanças, [...] os interesses se tornam mais técnicos do que humanos, é oportuno resgatar-se o cuidado humano”.

É estreita a relação entre cuidado e sobrevivência e todos os seres vivos em algum momento de sua existência precisam de cuidados. Com os humanos, isso não é diferente. O cuidado pode acontecer entre os pares, semelhantes, ocorrer dentro de casa – cuidado doméstico, ou com fins mais formais, com vínculos preestabelecidos e determinados – cuidado profissional.

A literatura é farta em registros da importância essencial do cuidado na sobrevivência das espécies, na promoção da vida e na preservação do planeta. Da geração da vida à sua manutenção e finitude é preciso cuidado. No entanto, na sociedade atual, fortemente dependente de tecnologias materiais, influenciada pela comunicação global, centrada no consumo, nos valores mercantis e na biomedicina, valores como solidariedade, direito universal, a vida digna e ao cuidado não são prioridade, dificultando a valorização de práticas como a da enfermagem (PIRES, 2009, p. 740).

Apesar do cuidado ser considerado essencial para sobrevivência e desenvolvimento do ser humano, são recentes estudos e pesquisas específicos sobre o assunto. Ainda assim, a grande maioria deles é realizada por profissionais da saúde, mesmo estes não sendo os únicos a desempenhar tal tarefa, pois existem o cuidado profissional e o cuidado doméstico. Em meados de 1970 o termo cuidado humano foi desenvolvido, primeiramente nos Estados Unidos e após começou a ser trabalhado internacionalmente.

Em 1987, o grupo responsável pelos encontros fundou uma associação, denominada Associação Internacional para o Cuidado Humano (International Association for Human Caring – IAHC). As conferências passaram a acontecer não só nos Estados Unidos, mas também na Austrália, Canadá e Europa (WALDOW, 2012, p. 15).

No Brasil, o interesse pelo cuidado não foi diferente, acontecendo gradativamente e bastante relacionado ao cuidado em saúde e, principalmente, o cuidado exercido pela enfermagem. Assim como referencia-se cuidado com a enfermagem, acontece com a questão de gênero, pois este, preferencialmente é associado às mulheres, devido principalmente às características comportamentais e culturais.

As mulheres parecem ter adquirido um comportamento diferenciado dos homens, mas assemelhado entre elas nas diferentes épocas, devido à maternidade. Quase de forma universal, entre os diversos clãs, tribos e civilizações, ao longo da história, os “cuidados” com o parto ficavam a cargo das mulheres. À semelhança dos animais, a mulher lambia sua cria, nutria e a protegia. Entre as práticas de higienizar e de alimentar, foram introduzidos comportamentos de tocar, cheirar e ter gestos rudimentares de afago (WALDOW, 2012, p. 39).

Com o desenvolvimento socioeconômico, a intensa carga horária de trabalho semanal e o ingresso das mulheres no mercado de trabalho, o cuidado passou a ser destinado a estes profissionais. E a atividade historicamente marcada pela caridade e generosidade, realizada por indivíduos em troca de necessidades básicas (comida e vestuário, por exemplo), como já referenciamos, passa a ser reconhecida social e moralmente como emprego digno, com remuneração legítima. Ocorre então uma diferenciação entre o cuidado doméstico e o profissional.

[...] em geral, considera-se que são as famílias que dão o carinho, o afeto, que partilham as emoções entre os familiares que são dependentes, que necessitam de cuidados, e que as cuidadoras, as auxiliares de enfermagem, as enfermeiras, as acompanhantes etc., vão executar atos técnicos, vão dar os medicamentos, vão fazer toda uma série de gestos que são da esfera do fazer e não da esfera da relação, da interação, da emoção (OLIVEIRA; MATSUO, 2014, p. 33).

Neste cenário do cuidado profissional, que resume o conjunto de ações em prol de outro indivíduo, além da enfermagem concentrar a realização da maioria das atividades relacionadas, outros profissionais de saúde também desempenham este papel. É o caso, por exemplo, dos cuidadores, orientadores, terapeutas, psicólogos, acompanhantes, etc.

Primeiro, o cuidado pode ser realizado fora do âmbito do trabalho profissional em saúde e sem a fundamentação de uma disciplina científica, como é o caso de múltiplas ações terapêuticas que são realizadas no subsistema informal (famílias, relações pessoais, grupos de autoajuda) ou popular (diversos curadores não profissionais) como é bem documentado pela antropologia da saúde. Segundo, a demanda por cuidado pode requerer um trabalho profissional, seja na perspectiva da promoção da saúde e da vida, seja na perspectiva terapêutica, no âmbito individual ou coletivo, e nos diversos tipos de instituições de saúde. Neste campo, não é só a enfermagem que cuida. O trabalho de outros profissionais de saúde pode ter uma dimensão cuidadora, no entanto, a profissão que coloca o cuidado como objeto epistemológico [...] é a enfermagem (PIRES, 2009, p. 742).

A atividade do cuidado também está intimamente ligada ao trabalho emocional. Este tipo de consequência percebe-se principalmente no setor de serviços, que emprega os profissionais da área da saúde, e são emoções bastante visíveis no trabalho da enfermagem. Em um estudo pioneiro, a socióloga americana Arlie Hochschild define como trabalho emocional:

[...] a compreensão, a avaliação e a gestão de suas próprias emoções, assim como das emoções do outro, para que a atividade laboral possa ser realizada. Sendo assim, sobretudo nos serviços, o trabalho exige que eu gere não somente o que sinto, mas também as emoções da clientela, da pessoa que está na minha frente (OLIVEIRA; MATSUO, 2014, p. 17-18).

O cuidado como trabalho na enfermagem, é um exemplo nítido de trabalho emocional, visto que esta categoria acaba aprendendo na prática como lidar com todas as emoções vivenciadas no cotidiano: vínculo com pacientes, terminalidade, diagnósticos reservados, entre outros.

A profissão já é culturalmente conhecida como a profissão responsável por este tipo de cuidado. Nesta especificidade, a temática tem sido foco de várias pesquisas e de novos estudos. Portanto, a enfermagem preocupa-se e dedica-se ao cuidado em saúde.

No que diz respeito à saúde, o processo de cuidar requer muito mais que tecnologia para produzir medicamentos, equipamentos médico-hospitalares e diagnósticos precisos. É muito mais que cuidar de uma “parte do corpo que não está funcionando bem, ou que foi lesada” como orienta o paradigma da biomedicina. É preciso produzir conhecimentos para cuidar de seres humanos como individualidades complexas, na dimensão familiar e enquanto parte de grupos sociais e de sociedades históricas (PIRES, 2009, p. 742).

Assim, somos socialmente conhecidos como os profissionais do cuidado, aqueles responsáveis por preocupar-se e dedicar-se ao cuidado em saúde. O que só faz sentido se for além das técnicas e procedimentos, se tiver como foco central o indivíduo a quem assistimos e não um número de leito ou uma patologia. Significado que fica explícito na descrição de Waldow (2012, p. 68): “o cuidado, cumpre destacar, a despeito de algumas crenças equivocadas, **não** pode ser prescrito, **não** segue receitas. O cuidado é sentido, vivido, exercitado”.

No que diz respeito à saúde, o processo de cuidar requer muito mais que tecnologia para produzir medicamentos, equipamentos médico-hospitalares e diagnósticos precisos. É muito mais que cuidar de uma “parte do corpo que não está funcionando bem, ou que foi lesada” como orienta o paradigma da biomedicina. É preciso produzir conhecimentos para cuidar de seres humanos como individualidades complexas, na dimensão familiar e enquanto parte de grupos sociais e de sociedades históricas (PIRES, 2009, p. 742).

Outra característica peculiar e relevante do trabalho da enfermagem é que este nunca se realiza individualmente, está sempre ancorado e apoiando o serviço de outros profissionais da própria enfermagem, bem como de outras profissões da saúde: médicos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e fisioterapeutas, por exemplo. O que fica explícito nesta citação de Filho e Leopardi (1999, p. 75): “cabe salientar, ainda, que a enfermagem contém um processo, no qual diferentes categorias compartilham parcelas deste trabalho, configurando-se ela própria como trabalho coletivo, enquanto o mesmo não ocorre com outras profissões da saúde”.

A necessidade de formação e treinamento de profissionais enfermeiros foi percebida primeiramente por Florence quando foi recrutar suas auxiliares para

auxiliar na Guerra Criméia. Não existiam candidatas preparadas e em número suficiente, sendo necessário capacitá-las previamente para a nova função que iriam desenvolver.

Ao final da seleção conseguiu trinta e oito enfermeiras, a maioria religiosas, sendo: dez Irmãs católico-romanas, oito Irmãs anglicanas, seis enfermeiras do St. John's House e quatorze enfermeiras seculares de vários hospitais. É como responsável pelo serviço de enfermagem que Florence desempenha então o seu papel de superintendente do estabelecimento de enfermagem feminina nos hospitais gerais militares ingleses da Turquia, desenvolvendo atividades principalmente de caráter administrativo (MELO, 1986, p. 47).

A formação profissional desta categoria tem objetivos direcionados para o cuidado, desde seu início. Florence se dedicou a tornar-se enfermeira e foi persistente com observações de práticas religiosas e caridosas em hospitais e apontamentos até criar um estilo para o cuidar. Este começou a ser disseminado e se tornar o padrão de enfermagem com a criação de sua primeira escola de formação.

Em 1860, Florence Nightingale abriu sua escola de enfermagem, uma instituição independente, mantida pela Fundação Nightingale. Sua escola serviu de modelo para a enfermagem em vários países do mundo. O modelo nightingaleano adota muito o espírito religioso que sempre norteou tanto as práticas de cuidado quanto as atividades específicas de enfermagem e de tratamento e cura da medicina (WALDOW, 2012, p. 66).

No Brasil, a deficiência de mão de obra para o trabalho na enfermagem também era notável. Assim, a criação das escolas de enfermagem no território nacional veio suprir essa necessidade de força de trabalho nas casas de saúde, mas teve ainda outra característica específica, conforme segue nesta citação bibliográfica sobre um estudo de Moreira.

Moreira (1990) ao discutir a criação da primeira escola de Enfermagem do Brasil pelo Decreto 791, de 27 de setembro de 1890, assinado pelo Marechal Deodoro da Fonseca, Chefe do Governo Provisório da República. Segundo ela, as justificativas apontadas para o início da profissionalização da Enfermagem no país, reportavam, em primeiro lugar, a necessidade de suprir a falta de mão de obra causada pela saída das religiosas do hospício. Por outro lado, resolveria outra questão pendente, qual seja, solucionar o problema da dificuldade de colocação das meninas egressas dos internatos do Estado no mercado de trabalho (GEOVANINI, et al., 2002, p. 280).

Na contemporaneidade, as escolas de formação profissional obedecem às bases curriculares registradas na legislação federal, e também tem o cuidado como

eixo principal. Característica importante, visto que, na grande maioria das instituições de assistência à saúde – hospitais, por exemplo – a enfermagem compõe a equipe que presta assistência direta aos pacientes 24 horas.

[...] as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Enfermagem, que estabelecem as competências e habilidades a serem desenvolvidas no processo de formação dos enfermeiros [...] tomam o cuidado como objeto do agir profissional na promoção da saúde, prevenção de adoecimentos e no tratamento e reabilitação das enfermidades (SENA, *et. al.*, *apud* Brasil, 2008, p. 24).

Todavia, o ensino de enfermagem no Brasil favorece grandemente o lado técnico da profissão, o que resulta em profissionais de qualidade técnica excelente, mas com carências na assistência humanizada. Possivelmente, neste modelo de ensino, seja necessário reforçar valores e princípios essenciais tanto na prática acadêmica quanto profissional. Este desenvolvimento e aprimoramento pode ser requisito para maior reconhecimento e valorização do profissional.

Observa-se forte orientação para o lado técnico predominantemente na enfermagem brasileira. Na verdade, pode-se afirmar, com orgulho, que, apesar das dificuldades no sistema de ensino e de saúde, o Brasil desenvolve uma enfermagem de muito boa qualidade, entretanto ainda há falta de reconhecimento, baixos salários, representação política ineficaz e dificuldades entre as diversas categorias existentes (WALDOW, 2012, p. 67).

Tem se tornado corriqueiro, principalmente no ambiente de pesquisa acadêmica, a utilização do termo “*care*”, o que ainda está distante de conversas do cotidiano e do senso comum. Portanto, ainda não existe um consenso claro e objetivo sobre seus conceitos e definições. Por vezes utilizadas como sinônimo de cuidado, o termo “*care*” também vem sendo mundialmente discutido, porém contempla e carrega um contexto bem mais amplo. A citação a seguir nos ajuda a compreender.

O que se deve entender por *care*? Para mim, as relações de *care* incluem qualquer tipo de atenção pessoal, constante e/ou intensa, que visa melhorar o bem-estar daquela ou daquele que é seu objeto. Assim, pode-se definir um leque de “atenções pessoais constantes e/ou intensas” 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 (HIRATA, GUIMARÃES, 2012, p. 18).

Neste sentido, “*care*” pode estar conectado com o cuidado entre os membros da família, a dedicação de um trabalhador de área diversa com seu cliente, a preocupação dos serviços de relacionamento com o cliente, assim como as assistências do âmbito da saúde: médica, psicológica, terapêutica, de enfermagem, de recuperação e reabilitação.

É necessário ter bastante precaução ao relacionar os termos “cuidado” e “*care*” sendo importante entender a conotação das palavras e todos os significados que estas trazem consigo.

Cuidado (*soin*) possui excessiva conotação médica no pensamento francês, especialmente no registro da ética. O recurso à palavra “cuidado” reproduz hierarquias abaladas no *care*: dominação e competência do cuidador, criação de uma categoria inflexível de “vulneráveis” (sempre os outros). E, sobretudo, quem diz cuidado (mesmo com todas as precauções) diz doença, algo a tratar: a sociedade, ou alguns de seus membros, identificados como doentes, dependentes... Ao contrário, o *care* está do lado da atividade, da vida, da saúde e das interdependências. Somos todos provedores e beneficiários de *care* e, todos, dependentes (HIRATA, GUIMARÃES, 2012, p. 41)

Dando seguimento a linha de pensamento, o “*care*” está ligado ao lado benéfico da saúde, como atitudes, hábitos saudáveis, independência de tratamentos, determinação de vontades. E o cuidado intimamente associado ao que diz respeito a doença, dependência do outro no processo de saúde, tratamentos predeterminados, obediência e resignação do indivíduo.

Dentro do contexto social de “*care*” surge outra categoria profissional, bastante alinhada com a enfermagem, porém nem sempre com a formação necessária, com a supervisão e direcionamento cabíveis: os cuidadores, que foram “reconhecidos oficialmente como profissão na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) em 2002” (OLIVEIRA, MATSUO, 2014, p. 29).

Nos ambientes de cuidado em saúde tem se observado com cada vez mais frequência a participação dos chamados cuidadores. Profissionais de valor pela assistência que prestam, mesmo que mais primitiva e associada ao cuidado doméstico – higiene, conforto e alimentação principalmente – todavia, nem sempre com conhecimentos técnicos e científicos.

2.5 Práticas educativas na enfermagem

Atualmente, é inquestionável para a maioria das organizações a necessidade de capacitar seus profissionais, inclusive como uma forma de reduzir custos e erros. Esta mudança foi impulsionada principalmente por pressões sociais, como aumento da escolaridade e do nível de informação, bem como aumento na expectativa das pessoas de participar das decisões, dos resultados e do futuro da empresa, aspectos que, por sua vez, são originários das mudanças no trabalho. (KURCGANT, *et. al*, 2005).

Todavia, o principal foco organizacional nas práticas educativas proporcionadas pelas empresas aos seus funcionários, é o aperfeiçoamento das práticas de trabalho. As instituições procuram através destes momentos de aprimoramento profissional, mudanças no desempenho das atribuições diárias dos seus colaboradores.

Na enfermagem, não é diferente das demais áreas. As capacitações e/ou treinamentos são realidade constante nas instituições de saúde, principalmente hospitais. No entanto, percebe-se muitas vezes a dificuldade de adesão dos profissionais a estas práticas educativas. Neste sentido, é importante e interessante para ambas as partes promover um ajuste entre as expectativas da empresa e dos indivíduos.

As organizações investem no desenvolvimento dos profissionais para um desempenho adequado da função, o que facilita o alcance dos objetivos e dos resultados pretendidos pela organização. Por outro lado, os objetivos pessoais são, em parte, atingidos, pois o aumento da qualificação implica maior competitividade profissional no mercado de trabalho, além de proporcionar ao indivíduo maior satisfação no trabalho, uma vez que percebe sua contribuição nos resultados obtidos (GONÇALVES apud KURCGANT, 2005, p. 139).

A falta de adesão as práticas de ensino-aprendizagem relacionadas ao trabalho podem estar relacionadas, na saúde, com a não preocupação didática e pedagógica do processo. Além disso, o que agrava este desafio de desenvolver novos conhecimentos por quem talvez não esteja preparado para isto é que nas turmas propostas estão profissionais com tempos e formas diferentes para assimilar os conteúdos e colocá-los em prática.

A Política Nacional de Educação Permanente orienta a organização de treinamentos que, busquem aproximar, nas ações educativas as características específicas da instituição e realidade dos profissionais, conforme expresso no Art. 1, parágrafo único.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (BRASIL, 2009, p. 8).

Neste sentido, o indivíduo, dentro do seu ambiente de trabalho, terá maior interesse e adesão às práticas educativas que para si são significativas. Bem como poderá desenvolver saberes e conhecimentos de relevância e aplicabilidade no seu cotidiano.

Aproximar a educação da vida cotidiana é fruto do reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho. Em outros termos, que no trabalho também se aprende. A situação prevê transformar as situações diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco (BRASIL, 2009, p. 45).

O enfermeiro tem papel importante no seu próprio desenvolvimento e no desenvolvimento da equipe sob sua gestão; é o profissional que incentiva práticas de adesão à formação continuada.

O envolvimento do enfermeiro no processo de educação permanente acontece com a aquisição contínua de habilidades e competências que estejam de acordo com o contexto epidemiológico e com as necessidades dos cenários de saúde, para que resultem em atitudes que gerem mudanças qualitativas no processo de trabalho da enfermagem (PERES, CIAMPONE, 2006, p. 496).

A realidade atual do mundo do trabalho, composta por uma sociedade pós-industrial em constante busca de atualização e do conhecimento, é caracterizada por iniciativas como criar, manipular e distribuir informações, que são consideradas fontes de riqueza e competitividade.

Essa nova realidade do mundo do trabalho exige profissionais diferenciados, criativos, empreendedores, com conhecimentos flexíveis, capazes de se adaptarem às constantes mudanças e de incorporarem e produzirem inovações, que tragam diferencial competitivo para as empresas. A rápida obsolescência do conhecimento exige desses profissionais um aprendizado durante toda a vida, surgindo assim a concepção de educação continuada e os conceitos de trabalhadores aprendizes e organizações que aprendem (*learning organization*) (MUELLER, SCHLEMM, 2012, p. 38).

Educar, treinar e compartilhar ideias e propósitos passou a ter tamanha importância que colocou em dúvida a credibilidade das instituições de ensino. Atualmente sistemas de ensino e educação são questionados, bem como as políticas públicas. Esquece-se às vezes da intenção e vontade do indivíduo em aprender, tratando o processo do conhecimento como acontecimento em sentido unilateral e não como uma relação dialética.

Logo, ninguém educa nem desenvolve o outro. A educação, o desenvolvimento e a aprendizagem ocorrem inevitavelmente no ir e vir da existência pessoal e social. [...] É necessário considerarmos como as estruturas formais poderiam mudar para dar espaço real à experimentação, à busca de inovação – não somente de modos de produção, mas de modos de fomentar a curiosidade, a invenção, a imaginação (SCHLEMM, LOURES, 2012, p. 59-60).

2.6 Enfermagem e Segurança do Paciente

Em todos os níveis de atenção à saúde, a segurança é um princípio básico e requisito para a qualidade deste cuidado e assistência prestada. A enfermagem é uma categoria profissional que está 24 horas prestando assistência direta aos clientes dos serviços de saúde, portanto, relacionada fortemente com as questões de segurança. Conforme Cassiani (2005), Florence, em seus manuscritos de 1863 já havia escrito "*Primum non nocere*", ou seja, "Primeiramente não cause danos". O que mostra que a segurança faz parte da profissão desde o início da enfermagem moderna.

Apesar da segurança do paciente ser um tema amplamente discutido, o atual sistema de saúde está apenas se preparando, começando a se desenvolver e trabalhar sobre o assunto, fato este que pode ser justificado pela fragmentação da assistência junto com a expansão do conhecimento médico, o aumento da complexidade com o rápido crescimento tecnológico, bem como o número escasso de profissionais e falta de experiência profissional.

Conforme o Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente (2013, p. 8), lançado pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, “o cuidado à saúde, que antes era simples, menos efetivo e relativamente seguro, passou a ser mais complexo, mais efetivo, porém potencialmente perigoso”.

Além da gradativa relevância que vem recebendo das pesquisas e publicações científicas, a facilidade de acesso à informação, ênfase midiática em casos de erros na assistência à pacientes, o surgimento de políticas públicas sobre o assunto tem desencadeado maior divulgação da temática.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional, quer públicos, quer privados, de acordo com prioridade dada à segurança do paciente em estabelecimentos de Saúde na agenda política dos estados-membros da OMS e na resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde (BRASIL, 2013, p. 15).

A legislação brasileira, através da RDC 36, de 25 de julho de 2013, tornou obrigatória a criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) em todos os serviços de saúde, com o intuito de que questões corriqueiras no cotidiano dos profissionais de saúde e de fundamental importância comecem a ser discutidas e repensadas dentro do próprio ambiente de trabalho.

Este movimento em prol da Segurança do Paciente se intensificou depois da publicação de uma pesquisa feita pelo Instituto de Medicina Americano em 2010, intitulada “Errar é humano”. Com dados expressivos e talvez até assustadores – como a morte de 100 mil americanos por ano vítimas de danos causados pelo cuidado à saúde – o relatório serviu de alerta para instituições, serviços e profissionais.

De acordo com Decesaro (2000), o pensamento que norteia a segurança do paciente refere-se à valorização da qualidade da assistência, tendo como meta o erro zero no atendimento, preconizando as ações preventivas. Para isso, é preciso um envolvimento de todos os profissionais da equipe a fim de analisar caso a caso e a melhor forma de conduzi-los, ficando claro, no entanto, a importância e a necessidade de uma equipe multiprofissional atuante para trabalhar estas questões.

O Manual para Profissionais de Saúde, da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (2013), relata que o cuidado seguro é resultado de vários eixos do processo, e não somente da assistência dispensada. Precisam estar envolvidos em um esforço coordenado e permanente, além de ações corretas dos profissionais de saúde, os sistemas e processos adequados e em funcionamento nas instituições e serviços, políticas públicas abrangentes e regulatórias, com fiscalização adequada, aliados coordenadamente.

A assistência à saúde é realizada por uma série de profissionais e se constitui em um sistema muito complexo, com serviços bastante diferenciados. Todos os sistemas possuem falhas e todos os seres humanos são passíveis de erros, o que em algum momento pode resultar em dano aos pacientes. O que não pode ocorrer é não serem assumidas estas falhas e nem buscar conhecer suas causas.

Em toda a Rede de Atenção à Saúde, que se configura como um conjunto de ações e serviços, com densidades tecnológicas distintas e focados na integralidade e qualidade do cuidado, a segurança deve ser valorizada como um direito do paciente e um compromisso ético do profissional de saúde. Assim, os múltiplos pontos de atenção à saúde – como, por exemplo, domicílios, unidades básicas de saúde, serviços de hemoterapia e hematologia, centros de apoio psicossocial e hospitais – devem proporcionar cuidados e serviços seguros à população atendida (REBRAENSP, 2013, p. 7).

No entanto, é imprescindível construir e aprimorar a cultura de segurança do paciente, que teve origem nas comprovadas técnicas de segurança utilizadas amplamente em serviços como aviação e energia nuclear, sendo adaptadas à assistência à saúde. Tem como aspectos importantes a necessidade dos profissionais compartilharem boas práticas, atitudes e comportamento visando a redução dos danos e a implantação de novas medidas. Devemos aprender com estas áreas onde a preocupação com a segurança está mais desenvolvida e afirmada.

Outras indústrias já têm as lições da área de segurança bem sacramentadas (exemplo na aeronáutica, na área de energia nuclear, na indústria automobilística etc.) e sabem que segurança não depende apenas de mensurações, práticas, regras e de métodos de melhoria; depende de uma cultura de confiança, comunicação, transparência e disciplina (FONSECA, PETERLINI, COSTA, 2014, p. 33).

Cabe salientar a definição de cultura de segurança proposta pela legislação vigente, RDC 36 de 2013, promulgada com o intuito de estimular ações para a

promoção da segurança do paciente e melhoria da qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

[...] cultura da segurança: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (BRASIL, 2013).

Torna-se um grande desafio impulsionar esta cultura de boas e novas práticas em alguns estabelecimentos de saúde, principalmente hospitais com demanda excessiva de pacientes e superlotação, grandes centros procurados a todo instante como referências e instituições de pequeno porte com pequena taxa de ocupação. Portanto, a disseminação do tema em questão é fundamental em todos os contextos sociais para auxiliar na organização de todos os tipos de serviços. Com este intuito foram definidos os objetivos do PNSP:

A Portaria MS/GM nº 529/2013, no artigo 3º, define como objetivos específicos do PNSP: promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de Saúde; envolver os pacientes e os familiares nesse processo; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e na pós-graduação na área da Saúde (BRASIL, 2013, p. 15).

Neste cenário, nos deparamos com o profissional de saúde que não foi preparado para lidar com seus insucessos e erros. Durante toda a formação dos cursos da área da saúde se fala sobre ajudar o próximo, fazer o bem a quem necessita e salvar pessoas. Na sociedade está disseminada a cultura de que os profissionais desta área não erram e/ou que não devem errar, visão que precisamos mudar. O Documento de Referência do Programa Nacional de Segurança do Paciente (2013, p. 16) enaltece que “não se pode organizar os serviços de saúde sem considerar que os profissionais vão errar. Errar é humano. Cabe ao sistema criar mecanismos para evitar que o erro atinja o paciente”.

Além disso, existe o sofrimento que gera a estes profissionais o fato de ter errado, a culpa por não ter atuado conforme o esperado, principalmente se o desfecho desencadeou alguma lesão no paciente/cliente. Já não se acredita em erros intencionais, identifica-se estas falhas como resultados de processos mal

desenhados e/ou dirigidos. Gradativamente está se modificando o foco do erro individual para defeitos nos sistemas.

Diante desta problemática, é fundamental a compreensão dos sentimentos vivenciados pelos profissionais frente à situação de erro, para que seja possível agir preventivamente e, principalmente, oferecer a ajuda adequada ao profissional, de modo a tornar o ocorrido menos danoso para ambas as partes (profissional e paciente) (FONSECA, PETERLINI, COSTA, 2014, p. 32).

Neste sentido, busca-se cada vez mais a participação atuante do paciente e de seus familiares durante o processo de cuidado. Porém, algumas instituições têm dificuldades em proporcionar esta abertura e desenvolver a transparência necessária, principalmente por medo de consequências judiciais.

Pacientes devem ser o centro do cuidado prestado por profissionais de saúde. Para tanto devem entender sobre o seu diagnóstico e os tratamentos e cuidados que precisam receber para se restabelecerem. Pacientes adequadamente preparados para lidar com suas necessidades de saúde são a principal fonte de prevenção de erros em saúde. Por outro lado, quando não participam de seus planos assistenciais, quando não são adequadamente preparados para saber quais os cuidados que devem receber, podem ser vítimas de eventos adversos evitáveis (FONSECA, PETERLINI, COSTA, 2014, p. 36).

Para auxiliar nesta mudança cultural e social em busca da disseminação do tema foco do estudo, o Documento Nacional de Referência em Segurança do Paciente traz algumas sugestões de iniciativas primárias.

É necessário mudar a busca de erros como falhas individuais, para compreendê-los como causados por falhas do sistema. 2. É necessário mudar de um ambiente punitivo para uma cultura justa. 3. Mudar do sigilo para a transparência. 4. O cuidado deve deixar de ser centrado no médico para ser centrado no paciente. 5. Mudar os modelos de cuidado baseados na excelência do desempenho individual e independente, para modelos de cuidado realizado por equipe profissional interdependente, colaborativo e interprofissional. 6. A prestação de contas é universal e recíproca, e não do topo para a base (BRASIL, 2013, p. 17-18).

Cabe ressaltar ainda o que já foi exposto inicialmente, que é a interferência das tecnologias na segurança dos pacientes. Sem dúvida os avanços obtidos modernizaram a medicina e facilitaram a assistência prestada, com técnicas minimamente invasivas e de rápida recuperação.

Os avanços do sistema de saúde em nível mundial nos últimos 50 anos foram impressionantes e, como resultado, obtivemos um crescimento tecnológico extraordinário e o envolvimento de um grande contingente de pessoas trabalhando na área. Ocorreram grandes avanços no desenvolvimento de antibióticos, nas cirurgias laparoscópicas, na robótica aplicada à medicina, e o Projeto Genoma, associado à utilização das células-tronco, trouxe esperança de controle e cura de várias patologias (FONSECA, PETERLINI, COSTA, 2014, p. 2).

Analisando este aspecto, justifica-se a importância da educação permanente em serviço nestas instituições. É notório que um profissional mais antigo, com anos de experiências práticas à beira do leito, tenha dificuldades em manusear tal aparato tecnológico. Em contrapartida, jovens com maior destreza podem apegar-se demais às tecnologias e depender totalmente de aparelhos, negligenciando a avaliação clínica e o contato pessoal com os pacientes.

De maneira geral, várias categorias de profissionais da área da saúde vêm se organizando em entidades/grupos próprios que visam refletir sobre e melhorar a segurança do paciente. Dentre estas, na enfermagem, se destaca a Rede Brasileira de Enfermagem em Segurança do Paciente (REBRAENSP) criada em 2008 em São Paulo e vinculada à Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP), criada em 2005 no Chile. A rede se organiza em todo o Brasil em polos estaduais e núcleos nas regiões de cada estado.

Prioriza atuar promovendo ações para disseminar a ideia de segurança do paciente, buscando sempre agregar novos membros dos diferentes serviços – estabelecimentos hospitalares, atenção básica, clínicas privadas, repartições públicas, instituições de ensino – e promovendo eventos e estudos pertinentes à realidade de cada espaço geográfico que ocupa. Para tal, respeita alguns objetivos previamente determinados que regem toda sua abrangência.

[...] compartilhar informações e conhecimentos relacionados à área de Enfermagem e Segurança dos Pacientes; promover a articulação entre os membros, para ampliar e fortalecer as suas atividades de cuidado, ensino, pesquisa e cooperação técnica; compartilhar metodologias e recursos tecnológicos destinados às atividades de cuidado, gestão, educação, investigação, informação e cooperação técnica relacionada à enfermagem e segurança do paciente; e promover o acesso equitativo e universal às fontes de informação técnico-científicas e referenciais em matéria de enfermagem e segurança do paciente, entre outros (REBRAENSP, 2013, p. 1-2).

Cientes da importância do papel desempenhado pelos enfermeiros em prol da segurança dos pacientes, visto que estes compõem a equipe profissional que

acompanha os pacientes em todos os momentos de sua assistência, seja ela hospitalar ou ambulatorial, privada ou pública, sabemos também o quanto é essencial a liderança exercida por estes trabalhadores frente a suas equipes de trabalho, sensibilizando-os a este fim, conforme descreve França et. al, (p. 277, 2015): “[...] Entende-se que à medida que os enfermeiros assumem de seu papel de liderança junto à equipe, há evidências de melhoria da assistência, portanto, devem relatar, comparar e mensurar os fatos e suas consequências dos EA”.

Analisando as habilidades esperadas do profissional enfermeiro, identificamos diversas possibilidades do desenvolvimento de um trabalho eficaz, através do qual é dispensando um cuidado seguro, como: compartilhamento de informações pertinentes de cada paciente, autonomia na tomada de decisão, número adequado de profissionais conforme complexidade da clientela, trabalho em conjunto com equipe multiprofissional, entre outros. Todavia, não podemos esquecer que interferências e imprevistos podem ocorrer a todos os momentos, o que em contraposição do que pontuamos acima, pode reduzir a segurança dos pacientes assistidos. O aspecto que tem sido mais discutido atualmente neste sentido, é o dimensionamento de pessoal.

Estas interações entre aspectos que podem favorecer ou prejudicar o desempenho das atividades pautadas na segurança do paciente, são citadas por autores como Bork (2011): repasse de todas as informações necessárias para a assistência, prática interdisciplinar e relacionamento interpessoal entre todos os profissionais envolvidos, atuação do enfermeiro com dinamismo no exercício da liderança, competência e formação profissional, dimensionamento do quadro funcional de acordo com complexidade dos pacientes e assistência a ser prestada, organização do trabalho através de processos voltados para a segurança e disseminação da cultura de segurança no ambiente organizacional.

Os trabalhos sobre Segurança do Paciente na rede de atenção básica ainda são bastante recentes, e esse têm sido um movimento realizado pelos profissionais da enfermagem. No âmbito hospitalar, um crescente número de ações tem sido realizado, onde, na maioria das vezes o profissional da enfermagem é quem toma a frente destas questões, gradativamente conquistando colegas de outras áreas.

Publicações científicas retratam o envolvimento destes profissionais com a temática. França, et. al. (p. 280-281, 2015) descreve estudo brasileiro que “evidenciou que existem ações sendo desenvolvidas em instituições hospitalares,

pautadas no gerenciamento da segurança do paciente, sob a ótica dos enfermeiros”. Detecta ainda que “[...] a maioria dos hospitais possui Comissão de Gerenciamento de Risco implantada e com enfermeiros participantes”.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo caracteriza-se pela abordagem qualitativa, com caráter exploratório, pois buscou atender os objetivos através da investigação e opiniões dos profissionais acerca de suas experiências. A escolha por este tipo de enfoque, ocorreu devido ser considerada mais adequada para compreender os seres humanos na sua individualidade e a atribuição dos significados de suas experiências.

Foi a partir dos anos 1970 que surgiu um crescente interesse por se estudar os aspectos qualitativos da educação. Anteriormente os estudos manifestavam preocupações quantitativas: porcentagens, medições, entre outros. Desde então, conforme Triviños (1990, p. 119) “a massa dos pesquisadores que vive nas universidades se esforça para amadurecer os novos posicionamentos da pesquisa na educação”. Neste sentido, as pesquisas realizadas no campo das Ciências Sociais, mais especificamente na área da Saúde, são essencialmente qualitativas.

Por exemplo, quando se fala de *Saúde* ou *Doença*, observa-se que essas duas categorias trazem uma carga histórica, cultural política e ideológica que não pode ser contida apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico, embora os estudos de ordem quantitativa apresentem um quadro de magnitude e de tendências que as abordagens históricas e sócio antropológicas não informam. Ambas as abordagens são importantes e o ideal no campo da pesquisa em saúde é que sejam trabalhadas de forma que se complementem sistematicamente (MINAYO, 2006, p. 43).

Minayo (2006, p. 47) define pesquisa como “a atividade básica das Ciências na sua indagação e construção da realidade” e pesquisa social em saúde como “todas as investigações que tratam do fenômeno saúde/doença, de sua representação pelos vários atores que atuam no campo: as instituições políticas e de serviços e os profissionais e usuários”.

A dificuldade de definir um conceito específico para a pesquisa qualitativa se deve às bases teóricas escolhidas de acordo com as proximidades do pesquisador. Ou seja, o pesquisador será o responsável por afirmar a dimensão teórica de sua pesquisa: estrutural-funcionalista, fenomenológica ou materialista dialética.

Justifica-se com estas reflexões o fato desta pesquisa caracterizar-se pelo método qualitativo, já que se aplica ao estudo das relações, representações, interpretações e percepções dos indivíduos sobre si e como vivem. Já o método

dialético, relaciona-se com as contradições possíveis de serem encontradas no caminho percorrido em busca da compreensão da problemática proposta, através dos movimentos e alterações entre os saberes, nos encontros e desencontros do ambiente do trabalho.

Para compreender os significados essenciais à pesquisa qualitativa é essencial a coleta de informações, que engloba o contato entre pesquisador e sujeito. São nestes encontros que se constrói a relação de confiança entre ambas as partes da pesquisa, e que se configura o momento em que o pesquisador busca identificar as vivências e experiências dos sujeitos e os significados que atribuem à estas.

Nesta pesquisa, elegemos como técnica para coleta de informações a entrevista semiestruturada, porque ao mesmo tempo em que valoriza o pesquisador e suas interferências, fornece liberdade para o informante enriquecer o estudo com suas contribuições. É uma técnica de coleta de informações que tem como característica questões abertas visando construir informações a partir da realidade em que estão inseridos os indivíduos e pertinentes ao objeto de pesquisa, através de reflexões mútuas entre sujeito e investigador.

Podemos entender por *entrevista semiestruturada*, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha e seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa (TRIVIÑOS, 1990, p. 146).

Apresentamos em anexo os roteiros utilizados nas entrevistas, sendo distintos para técnicos de enfermagem e enfermeiros. Este instrumento foi construído em conjunto com o orientador do estudo, sendo revisado e reformulado após a realização de duas entrevistas piloto, uma com cada categoria profissional. O momento das entrevistas piloto constituiu oportunidade desta pesquisadora, em conjunto com o orientador, fazer as alterações necessárias e validar os instrumentos utilizados na continuidade da coleta de informações.

Os encontros individuais com os sujeitos da pesquisa e tiveram duração entre 30 e 60min e foram realizados entre os meses de outubro e dezembro do ano de 2015, de acordo com a disponibilidade dos profissionais, em horário e local

escolhidos pelos mesmos. A priori tentamos evitar o ambiente de trabalho para este fim para evitar interferências no momento de reflexão proposto. Todavia, acabou sendo a alternativa escolhida por dois sujeitos por ser entendida como facilidade e praticidade diante de tantas outras atribuições exercidas.

A pesquisa foi realizada em uma instituição hospitalar localizada no interior do estado do Rio Grande do Sul. Fundada em setembro de 1956, enfrentou diversas crises financeiras até se estabelecer no ramo da saúde. Estruturada com o apoio da igreja evangélica, gradativamente começou a contar com incentivos vindos da comunidade em geral, corpo clínico e inclusive do quadro de funcionários.

Atualmente, o estabelecimento de saúde é referência em oncologia para três coordenadorias de saúde, prestando atendimento completo neste ramo de atuação – prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Sua estrutura é composta por 98 leitos divididos em três unidades de internação e Centro de Terapia Intensiva, Ambulatório para consultas eletivas e atendimento de urgência e emergência, Centro de Análises Clínicas e Centro Cirúrgico onde são realizadas em média 500 cirurgias/mês.

Os sujeitos da pesquisa foram dois enfermeiros assistenciais e cinco técnicos de enfermagem. Os enfermeiros desempenham suas funções com atuação no Centro de Terapia Intensiva e Centro de Material Esterilizado, podendo conforme escala, fazer compensação de carga horária eventualmente nas Unidades de Internação. O grupo de técnicos de enfermagem foi composto por profissionais atuantes em Centro Cirúrgico, Controle de Infecção Hospitalar, Laboratório de Análises Clínicas e Unidade de Internação.

Foram respeitadas a disponibilidade e liberdade dos sujeitos quanto à concordância de participarem do estudo, depois de serem devidamente esclarecidos e informados sobre os objetivos deste.

Preliminarmente, este projeto foi encaminhado ao comitê de ética da universidade à que está vinculado, tendo o parecer favorável antes do contato com os sujeitos. O encaminhamento de solicitação à instituição participante foi igualmente realizado, sendo igualmente com parecer favorável.

Todos os sujeitos que aceitaram participar do estudo tiveram seu anonimato preservado através da utilização de simbologia para identificação. Antes da realização da entrevista utilizando-se os roteiros previamente construídos (anexos A e B), os mesmos foram solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (anexo D) e ficaram com uma cópia do mesmo. Nesta ocasião, os indivíduos foram também informados da possibilidade de desistência de sua participação em qualquer momento, bem como do livre acesso à transcrição da entrevista se assim desejassem.

Como critério de escolha, adotamos o fato de serem integrantes do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) denominado na instituição do estudo como Grupo de Risco e Segurança (GRS). O grupo é composto por uma equipe multidisciplinar que contempla além dos profissionais da enfermagem, nutricionista, psicólogo, assistente social, farmacêutico entre outros representantes de serviços administrativos que participam da assistência aos pacientes, mesmo que indiretamente, como recepção e diretoria. Neste grupo, procura-se manter atuantes um enfermeiro e um técnico de enfermagem de cada unidade que contemple atendimento da enfermagem.

Foi enfatizado aos participantes que estaríamos à disposição para eventuais questionamentos que pudessem surgir no decorrer do estudo. Da mesma forma, foi exposto que nos comprometemos com os participantes e instituição e pretendemos divulgar e discutir os resultados obtidos, em conjunto com as equipes.

Como método de análise das informações nos apoiamos na Análise de Conteúdo, que podemos definir como um conjunto de técnicas utilizadas na busca de resultados para a pesquisa com interferência das informações coletadas e de estudos realizados. Este método defende que para o pesquisador aproveitar efetivamente as informações encontrados, precisa estar apoiado teoricamente. (TRIVIÑOS, 1990).

Preliminar à análise dos dados, foi realizada uma categorização dos achados da pesquisa. Neste primeiro momento, foram identificadas 7 categorias de análise: saberes protocolares, saberes experienciais, experiência na prática do cuidado, o cuidado para a segurança do paciente, carga de trabalho, organização do trabalho e educação permanente. As informações foram filtradas e discutidas em orientações dirigidas até a adoção das categorias finais, que serão descritas no capítulo a seguir.

4 CONSIDERAÇÕES ACERCA DOS PILARES: SABERES, TRABALHO E SEGURANÇA DO PACIENTE

Com a intenção de possibilitar uma análise aprofundada do material coletado, foram elegidas quatro categorias que buscam atender à questão norteadora da pesquisa e os objetivos propostos. Na primeira categoria, denominada “utilização dos conhecimentos formais e experienciais na atividade assistencial de enfermagem” abordaremos como os trabalhadores da enfermagem utilizam os conhecimentos formais e experienciais na prática assistencial. Posteriormente, na categoria “o cuidado como elemento propulsor da segurança do paciente”, buscamos contextualizar o cuidado, que configura eixo principal da atividade laboral da enfermagem, atribuído como um fundamento para uma assistência segura. Na categoria de análise intitulada “consequências da organização e carga de trabalho da enfermagem na assistência segura”, objetivamos discutir de que maneira a forma como está organizado o trabalho da enfermagem na instituição sede do estudo pode interferir na atuação profissional em prol da segurança do paciente. Por fim, ao refletir sobre a “educação permanente para a segurança do paciente”, pretendemos identificar como as ações educativas atendem às necessidades da instituição e dos profissionais quanto ao aprimoramento de suas atribuições visando o desenvolvimento de práxis segura e eficaz.

Tais categorias refletem os momentos mais ricos deste estudo, que foram os contatos com os sujeitos, e a discussão procurou situar-se no eixo central desta pesquisa, qual seja, a relação entre conhecimentos experienciais e formais na prática profissional dos trabalhadores da enfermagem.

4.1 Utilização dos conhecimentos formais e experienciais na atividade assistencial de enfermagem

Esta categoria é relevante para este estudo, pois atende ao que foi proposto nos objetivos da pesquisa: compreender de que maneira os profissionais articulam os conhecimentos formais e experienciais no desenvolvimento de suas atividades laborais. Em suma, buscamos identificar como estes trabalhadores fazem uso dos saberes oriundos dos cursos de formação (ou provindos de normas e rotinas preestabelecidas pela instituição através de protocolos e perfis de conduta/boas

práticas), em conjunto com os saberes derivados de experiências (sendo estas individuais ou coletivas, pessoais ou profissionais), no desempenho da prática assistencial de enfermagem.

Os sujeitos do estudo reconhecem a importância e aplicabilidade dos saberes formais em sua prática diária de trabalho. Neste tópico discutimos de que maneira ocorre esse discernimento, pois verificou-se em alguns momentos durante as entrevistas que não é fácil para os sujeitos compreender a prática diária e básica dos princípios de enfermagem como um cuidado baseado na segurança do paciente. No entanto, a assistência prestada pelos trabalhadores é imbuída de conhecimentos explícitos, que inclusive é compartilhada e reforçada entre os pares.

Uma vez que compartilham informações superpostas, os membros de uma organização podem sentir o que os outros estão tentando articular. A redundância, que ocorre principalmente no compartilhamento de ideias, também difunde o conhecimento explícito pela organização, permitindo sua internalização pelos funcionários (NONAKA, TAKEUCHI, 1997, p. 15).

Da mesma maneira, identificamos que parecer ser difícil compreender que se utiliza dos conhecimentos explícitos no cotidiano, visto que a rotina somada à prática e à experiência do fazer podem mascarar este embasamento teórico. Isto explica-se, talvez, pelo fato de não ser comum a diferenciação dos conhecimentos no ambiente de trabalho e pelo desconhecimento do que caracteriza cada tipo de saber. No entanto, reforçamos algumas características:

Na educação formal, entre outros objetivos destacam-se os relativos ao ensino e aprendizagem de conteúdos historicamente sistematizados, normatizados por leis, dentre os quais destacam-se o de formar o indivíduo como um cidadão ativo, desenvolver habilidades e competências várias, desenvolver a criatividade, percepção, motricidade etc. (GOHN, 2006, p. 29).

Os saberes sobre segurança do paciente ainda são muito recentes. A política nacional foi instituída em 2013, e talvez por este motivo ainda não existam muitos conhecimentos sobre a temática e conhecidos pelas equipes. Na maioria das vezes, o que se trabalha no quesito de segurança é o que se aprendeu na prática, através da própria experiência, o que se percebeu no cotidiano de trabalho que funciona e evita erros e desfechos indesejáveis. Neste sentido, a experiência em prol da segurança do paciente está bastante relacionada com o não errar e não prejudicar o paciente. Como afirmam os entrevistados,

Ah, sim, com certeza. Quando a gente se formou, imagina, na faculdade, a 5 anos atrás, 5 anos e meio, nem comentava sobre isso, Segurança do Paciente, não se falava nisso. Agora imagina, tem grupos dentro de hospitais, com certeza, e acho que cada vez mais... Escalas para fazer um cuidado melhor, uma segurança melhor para o paciente... Com certeza. (ENF 01).

A Segurança do Paciente é um tema bastante novo, não é um tema que tenha sido trabalhado antes. Existia a questão do erro e a penalização deste erro, todo o processo de por que aconteceu o erro. É uma coisa bem insipiente, então a gente sabe que não é de uma hora para outra que a gente vai ter grandes resultados assim. (ENF 02).

Todavia, é nítido em alguns fragmentos das falas, que a equipe sabe que precisa realizar atribuições básicas de sua rotina, como cuidar da pele do paciente e proporcionar conforto para evitar lesões de pele, manter acompanhamento para evitar quedas, entre outros, e identifica estas necessidades através dos conhecimentos obtidos, seja por cursos de formação na área ou fóruns de educação continuada. Conforme relato,

Cuidados com posicionamento do paciente, isso a gente tenta cuidar por saber que causa lesão e atuar na área do centro cirúrgico e as cirurgias serem prolongadas, bastante longas. Isso é uma coisa que a gente cuida bastante e vê que os colegas também têm bastante cuidado. A questão do paciente não ter perigo de cair, permanecer junto ao paciente, isso é uma coisa que sempre se busca cuidar. (TÉC ENF 02).

O cuidado da pele e prevenção de lesões também é uma área de abrangência recente na enfermagem, mas não tão jovem quanto a segurança do paciente. Talvez por isso já seja um conhecimento mais elaborado pela equipe, tanto que constroem atitudes para minimizá-la e ainda sinalizam este risco para o enfermeiro, como vemos nesta frase: *“por exemplo, úlcera por pressão se preocupam: olha, vamos passar isso, vamos passar aquilo, enfermeira tem que pôr um bioclusive, mudança de decúbito tem de fazer...”* (ENF 01). Neste assunto específico já existem protocolos, estudos e até eventos da área que discutem bastante a respeito.

Na área de abrangência das cirurgias, a Anvisa criou um protocolo que está à disposição das instituições de saúde sobre “Cirurgias Seguras”, que seria como um Manual de Boas Práticas da equipe de saúde – não especificamente de enfermagem – que presta assistência ao ato anestésico-cirúrgico, para respaldar e minimizar riscos e erros neste complexo processo. Os sujeitos da pesquisa tiveram pouco

contato com estes artifícios formais de Segurança do Paciente nos cursos de onde são egressos, mas com a notoriedade do tema, inclusive midiaticamente, as instituições se organizam para compartilhar os saberes através da educação permanente no ambiente de trabalho. De acordo com o entrevistado:

No Bloco Cirúrgico mesmo, tem que estar cuidando qual vai ser o membro que vai ser operado, a questão das compressas, cuidar para não ficar nenhum aparato cirúrgico, nenhum objeto dentro do paciente. Na realidade que eu atuo hoje acho que é mais isso aí[...]. (ENF 02)

Conforme já comentamos, não é muito comum a equipe fazer relações entre a sua prática e a Segurança do Paciente, talvez por não refletirem sobre o tema e sua própria atuação. Aqui a enfermeira relata a dificuldade de sua equipe entender o seu trabalho como prática em prol da segurança dos pacientes. O setor em questão não trabalha com assistência direta aos pacientes. No CME – Centro de Material e Esterilização, são processados todos os materiais e instrumentais usados para a assistência. Pode-se dizer que é um setor responsável por uma assistência indireta, o que não diminui sua relação com a segurança, tanto que isto fica explícito na fala abaixo, que se refere à preocupação para evitar risco de infecção. Conforme a afirmação,

Acho que no sentido... não sei se tão claro assim. Mas eu vejo uma preocupação com a questão da esterilização, o risco de infecção, mais relacionado a isso. A qualidade do material, de estar embalado como tem que ser, da bandeja não estar úmida, de não faltar material... Claro que existem falhas de algumas pessoas, mas a questão de ter a preocupação de repor a pinça que está faltando na bandeja, o processo do teste, se virou ou não. Acho que ali no CME é mais isso aí. (ENF 02).

Igualmente se faz necessário analisar como está presente a trajetória profissional dos trabalhadores da enfermagem através da experiência que carregam no decorrer de sua prática e o modo em que esta experiência proporciona intervenções no cotidiano de trabalho. Assim, percebemos a valorização dos profissionais dispensada aos saberes da experiência, sendo o tempo de atuação e o conhecimento elaborado através de todas as experiências bastante reconhecido. É sobre este aspecto que iremos refletir, e analisar: de que maneira a experiência dos trabalhadores e os saberes produzidos podem interferir na dinâmica de trabalho para proporcionar um cuidado efetivo e seguro.

A equipe consegue relacionar e identificar os saberes da experiência diariamente nas suas atividades laborais, e inclusive relacionam a ela alguns conhecimentos específicos do cuidado em enfermagem. Por exemplo, sabe que precisa conter o paciente em algumas situações para evitar desfechos indesejáveis, como acompanhamos no relato abaixo, ocorrido no Centro de Terapia Intensiva - CTI. Assegura o entrevistado:

[...] esses dias tinha uma paciente com marcapasso, o funcionário chegou e conteve, eu disse pra ele: tem que conter, isso é segurança. A gente sempre tenta... porque paciente que vem no pós... não adianta, ele vai dar uma deslizada, ele vai ficar meio confuso, vai acontecer, por causa da própria anestesia. (ENF 01).

Durante o cotidiano no trabalho em conjunto com demais colegas, os profissionais de enfermagem desenvolvem coletivamente ações promotoras de segurança aos pacientes. Neste caso específico, os saberes oriundos de experiências anteriores foram compartilhados com os diversos agentes atuantes neste processo de cuidar, gerando benefícios ao indivíduo que estava sendo assistido e aprendizagem mútua para a equipe. Como afirma Oddone,

São estes os instrumentos de integração de Experiências de funções diversas que permitem o desenvolvimento de uma ação coletiva e, por conseguinte, a Experiência de um sistema complexo, centrado sobre o enriquecimento da Experiência do produtor e do médico generalista em função e em benefício do homem (ODDONE, p. 53, 2007).

Além disso, a experiência aparece também nas falas dos entrevistados como sustentação ao conhecimento formal, sendo um aprimoramento dos saberes necessários para o cuidado. Neste sentido, a experiência complementa os saberes adquiridos na formação, fornecendo maior segurança dos profissionais no desempenho de suas atribuições. Isso fica explícito na fala das técnicas de enfermagem: *“a experiência conta muito, tem mais segurança. Tu tens experiência e sabe que vai dar certo, não é como no início que tem aquele medinho, de falar alguma coisa que não sabe se é certo [...]”*. TÉC ENF 05. Na sequência, afirma outro colega:

Acho que sim... acho não, tenho certeza. Porque a experiência te traz muita coisa, por exemplo... vou dar um exemplo na administração de medicação, eu vou fazer uma medicação, com a experiência tu sabe todos os efeitos que a medicação tem, quando eu administrar se o paciente sentir alguma coisa diferente, eu vou dizer, isso é da medicação, ou, opa, isso que ele está sentindo não é da medicação... Então, isso a experiência te traz. Diferente de sem experiência, daí tu não vai saber, [se] isso foi da medicação ou não. Então, a experiência em tudo o que tu for fazer ela te dá mais segurança. (TÉC ENF 04).

Assim, os trabalhadores atribuem à experiência saberes que foram aprimorados no desenvolvimento de suas trajetórias profissionais, o que podemos relacionar com os conceitos de Thompson sobre experiência vivida e percebida. Citado por Vendramini (2006, p. 126), Thompson explica que “a experiência surge espontaneamente no ser social, mas não surge sem pensamento. Surge porque homens e mulheres (e não apenas filósofos) são racionais, e refletem sobre o que acontece a eles e ao seu mundo”.

Outra situação em que também se percebe o significado da experiência para a equipe de enfermagem é quando os enfermeiros, diante de um evento que causou desfecho indesejado e no desempenho de suas atribuições como gerentes de nível médio, aproveitam este acontecimento para reforçar e relembrar conhecimentos formais com sua equipe, desenvolvendo ações de educação permanente pontuais, *in loco* nos setores. Observemos a fala a seguir:

Quando ocorre um erro de medicação, [...] acho que é um clique a mais para a pessoa ter o cuidado, porque vai te doer... ter que abrir o jogo e dizer [ao paciente e/ou familiares]: olha, a gente fez uma medicação errada. Sabe que vai ocorrer um estresse, tem que acionar médico, tem que explicar para o paciente, vai observar se tem alguma reação... isso evita com que ocorra a banalização do erro. [...] A gente também tem que cuidar e observar qual é o contexto [em] que aconteceu o erro. Foi falta de cuidado mesmo, foi o estresse da correria, o que aconteceu, são vários fatores... como a pessoa é no dia a dia, se ela tem um histórico de ser uma pessoa que não cuida ou se é bem cuidadosa e aconteceu o erro... Porque querendo ou não tu é humano e um dia tu vais errar. (ENF 02).

É através desta capacidade dos indivíduos de refletirem sobre suas ações e consequências destas, que relacionamos a experiência. São estes desenvolvimentos individuais ou coletivos, aprimoramento pessoal ou profissional, proporcionado pela história e trajetória de cada um, que “se faz experiência”.

Nisto que *faz experiência*, há história de nossos fracassos, nossos sofrimentos, nossos sucessos, nossos engajamentos com uns e outros, atravessados pelas nossas relações com os valores; e nosso corpo carrega essa história sem que nós a saibamos muito bem. É tudo isso que *faz experiência* (SCHWARTZ, 2010, p. 43).

Utiliza-se a experiência através do erro para elaborar este conhecimento, que se transforma em conhecimento protocolar. Quando aliada a práticas educativas como capacitações, a experiência – mesmo advinda de um desfecho indesejado – dá sentido ao que está sendo enfatizado, revisto e analisado. No momento em que aqueles conhecimentos dos profissionais da enfermagem que atuam assistencialmente, na linha de frente (que podemos chamar de saberes da prática do cuidado) são utilizados em conjunto com os conhecimentos adquiridos nos cursos de formação, conhecidos como formais e que embasam cientificamente o cuidado profissional, teremos um processo de aprendizagem mútua entre todos os envolvidos. De acordo com uma entrevistada,

É, só que muitos não dão importância. Só dão importância quando acontece alguma coisa, daí prestam atenção... tem muita gente que olha, mas não com o olhar que deveria, prestando atenção em todos os riscos [a] que o paciente está exposto. Muita gente só olha quando acontece alguma coisa, e é bem isso, o que tu erras não esquece, mas muitas coisas poderiam ser olhadas antes, poderia ter sido evitado. (TÉC ENF 05).

O contrário também pode ocorrer, ou seja, nesta relação entre conhecimento formal e experiência, os saberes se inter-relacionam e podem ser aprimorados pela ação coletiva dos trabalhadores, e inclusive se modificarem de informais para protocolares.

Para que o conhecimento explícito se torne tácito, é necessária a verbalização e diagramação do conhecimento sob a forma de documentos, manuais ou histórias orais. A documentação ajuda os indivíduos a internalizarem suas experiências, aumentando assim seu conhecimento tácito. Além disso, documentos ou manuais facilitam a transferência do conhecimento explícito para outras pessoas, ajudando-as a vivenciar indiretamente as experiências dos outros (ou seja, “reexperimentá-las”) (NONAKA, TAKEUCHI, 1997, p. 78).

4.2 O cuidado como elemento propulsor da Segurança do Paciente

O objetivo principal desta categoria é analisar a relação entre o cuidado em enfermagem e uma prática assistencial segura. Percebemos frequentemente, nas

falas dos entrevistados, o cuidado associado a segurança ou indissociável a esta, o que pode estar relacionado com o cuidado humano ser entendido popularmente como uma resolução das necessidades humanas (alívio da dor e sofrimento, suporte para a sobrevivência) e estar atrelado à uma expectativa dos pacientes e profissionais, do desempenho de funções obrigatoriamente fundamentadas na segurança.

Para os profissionais da equipe entrevistada, a própria definição de Segurança do Paciente está intimamente ligada ao que denominam de cuidado seguro, como podemos acompanhar no relato a seguir: *“Segurança do Paciente é o cuidado, evitar sequelas para o paciente, evitar danos ao paciente, zelar pela segurança dele, ter atenção no cuidado. Acho que é isso”* (ENF 02). A mesma ideia aparece na fala de uma técnica de enfermagem quando questionada sobre o conceito de segurança do paciente: *“Tudo num geral para o cuidado do paciente”* (TEC ENF 03).

A política pública de Segurança do Paciente compartilha da mesma relação entre cuidado e segurança descrita pelos sujeitos da pesquisa, sendo afirmado em um dos objetivos propostos pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), descrito no artigo nº 2: “O PNSP tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional” (BRASIL, 2013).

Verifica-se também, o cuidado bastante relacionado com qualidade, conforme segue: *“Segurança do Paciente é tudo aquilo para dar uma assistência melhor ao paciente, um cuidado melhor ao paciente, e com isso também [ao] funcionário... a gente vai se prevenir de muitas coisas”* (ENF 01). Percebemos ainda, o reconhecimento, por parte da equipe, do cuidado como o “que deve ser realizado” e o “fazer certo”, ou seja, a maneira ideal de realizar a assistência prestada.

Se considerarmos a efetividade do cuidado, pode-se apontar: (1) pertinência do cuidado; (2) conformidade do cuidado. A pertinência do cuidado representa o “fazer a coisa certa”. Exemplos: utilização do protocolo de acolhimento e classificação de riscos na porta de urgência; utilização de protocolos de administração de aspirinas em dor torácica no atendimento pré-hospitalar, entre outros exemplos. A conformidade do cuidado significa o “fazer certo a coisa certa”. Exemplos: preenchimento adequado do prontuário do paciente; utilização adequada de antibióticos (dose, espectro, tempo adequados), passagem do plantão na enfermaria, entre outros (GRABOIS, 2011, p. 159).

A qualidade da assistência prestada pelos estabelecimentos de saúde se constitui em objetivo da maioria dos serviços atualmente, devido à exigência de satisfação cada vez maior de seus usuários e a concorrência imposta pela diversidade de serviços oferecidos e opções de tratamento, bem como a rápida e complexa evolução tecnológica.

Nesta corrida contra o tempo imposta nas instituições de saúde, com necessidade de tratamento ágil e eficaz, o cuidado prestado torna-se cada vez mais difícil e multifacetário. No próprio Documento de referência para o Programa de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013, p. 6), os órgãos governamentais destacam que: “O cuidado à saúde, que antes era simples, menos efetivo e relativamente seguro, passou a ser mais complexo, mais efetivo, porém potencialmente perigoso”.

Na mesma medida em que são desenvolvidas novas técnicas, desenhados e fabricados aparelhos e medicamentos mais potentes e eficazes no tratamento e prevenção de doenças, os colaboradores precisam articular mais competências e habilidades para o desempenho de suas funções. É neste cotidiano em transição dos profissionais que se busca trabalhar segurança dos pacientes e profissionais para evitar riscos e eventos não desejados, aliados a um cuidado individualizado.

Em realidade, o cuidado é um somatório de decisões quanto ao uso de tecnologias (duras, leves-duras e leves), de articulação de profissionais e ambientes em um determinado tempo e espaço, que tenta ser o mais adequado possível às necessidades de cada paciente (GRABOIS, 2011, p. 154).

No âmbito da saúde, a qualidade é frequentemente citada como missão das instituições, e deve ser relacionada com o atendimento das necessidades apresentadas pelos usuários, ou seja, resultando em obtenção dos benefícios com o máximo de segurança. Como exemplo da relação da qualidade com o cuidado seguro, segue frase de uma entrevistada: “*É prestar o cuidado ao paciente sem causar dano, sem causar lesão, sem por ele em risco, por a vida dele em risco, agravando a situação de saúde dele*” (TÉC ENF 02).

Importante salientar a complexidade da temática da segurança. A medida que o tema é divulgado e assume cada vez maiores proporções, fica latente aos profissionais a necessidade de adesão de outras profissões, já que os riscos podem estar presentes desde a porta de entrada dos estabelecimentos de saúde. Como descreve o profissional:

Acho que Segurança do Paciente é todas as medidas que a gente toma para manter a segurança do paciente e tudo o que envolve ele, desde a parte específica da enfermagem, de cuidados que a gente tem desde administração de medicação e cuidados assistenciais e também tudo o que envolve ele fora da assistência de enfermagem. Desde que o paciente entra no hospital tem a questão de segurança. Na recepção tem que ter todo o cuidado, qual o quarto que vai colocar o paciente, se é o quarto certo... desde ali já entra segurança do paciente, não só a enfermagem, mas todo o contexto... Todas as medidas que se toma para que saia tudo correto. (TÉC ENF 04).

Verificamos, a importância do cuidado profissional no cenário atual das instituições de saúde, devido à complexidade cada vez maior deste tipo de serviço. Lembramos ainda, que mesmo neste tipo de cuidado institucionalizado, são necessários ajustes e adaptações de outros aspectos fundamentais, como organização e gerenciamento.

O grau de complexidade que o cuidado de saúde atingiu não deixa mais espaço para uma gestão de Saúde não profissionalizada. Os descompassos entre os estabelecimentos de Saúde inadequadamente geridos e a necessidade de lidar profissionalmente com organizações que operam em condições de alto risco tendem a provocar crises cada vez mais frequentes (BRASIL, 2013, p. 13).

4.3 Consequências da organização e carga de trabalho da enfermagem na assistência segura

Esta categoria de análise tem como objetivo abordar como a carga de trabalho dos profissionais da enfermagem, neste estudo composto apenas por mulheres, é conciliada com trabalho doméstico, estudos, entre outros afazeres. Busca-se ainda fazer relações com a trajetória histórica da enfermagem e seus reflexos na atualidade.

Como já mencionamos, a amostra deste estudo é composta somente por mulheres, característica não proposital para esta pesquisa, mas predominante e relevante para análises sobre o trabalho da enfermagem. Estas mulheres, além do trabalho profissional, dedicam grande parte dos seus dias aos afazeres domésticos, filhos e marido. Declara a entrevistada:

Por exemplo, hoje [...] eu trabalhei 10 horas [no plantão noturno, com] 2 horas de intervalo, aí eu vou pra casa, durmo até as 11h30min, pego minha filha na escola, faço almoço, lavo roupa, passo roupa, varro o pátio, daí passo a tarde com ela, assisto televisão... De noite eu durmo super bem, 21h30min, 22h eu já estou na cama... durmo muito bem, como aqui é uma noite sim e outra não, a noite parece que compensa a outra, não tenho insônia, nada... No outro dia daí eu levanto, dependendo meu marido leva ela pra escola, se ele tá, aí ele leva e eu fico dormindo a manhã inteira em casa, aproveito... Meio dia eu busco ela e começa tudo de novo. (TÉC. ENF 03).

Para muitos profissionais, o trabalho noturno traz consequências indesejadas, como fadiga, insônia, dificuldade de descansar e compensar o período trabalhado. O que não acontece com esta profissional, trabalhadora há mais de 10 anos no período da noite, com jornada de trabalho de 12 horas (2 horas de intervalo) intercaladas por 36 horas de folga.

Além das atribuições como técnicas ou enfermeiras, aliadas ao trabalho do lar, ficou evidente a necessidade de conciliar com aperfeiçoamentos profissionais através de outros cursos de formação. O mercado de trabalho competitivo, a necessidade de acompanhamento às inovações na área da saúde e a necessidade de apresentar sempre um diferencial – “um algo a mais” – para manter-se no cargo, justificam esta busca constante por mais informações e conhecimentos. Conforme afirmação:

A minha vida é voltada para o trabalho. E tenho minhas atividades domésticas, sou dona de casa também. Fazem uns 2 meses que concluí um curso de especialização em emergência. Isso também era uma demanda e tinha necessidade de estar aperfeiçoando [...]. (ENF 02).

Cabe salientar a dedicação da entrevistada ao seu trabalho como enfermeira, quando refere que sua “vida é voltada ao trabalho”. Esta profissional mora na mesma quadra da instituição, estando sempre disponível aos chamados e necessidades da empresa. Estas circunstâncias dificultam que se desvincule do trabalho mesmo nos horários de folga, o que merece especial atenção, visto que pode vir a desencadear doenças psicossomáticas relacionadas à atividade laboral, conforme estudo brasileiro publicado sobre a Psicodinâmica do Trabalho na Enfermagem.

[...] não há limites claros para o início e o fim das atividades, o que faz com que a atuação profissional extrapole o próprio papel profissional, levando, por vezes, à exaustão, conforme apontam as enfermeiras do grupo. Segundo elas, embora haja horários definidos para os turnos, há uma demanda implícita que lhes exige ir além de seus turnos, se for necessário, em benefício do paciente ou que, dentro de seu turno, atendam a todas as demandas que se apresentem. Porém, o imprevisível e o inusitado se impõem, impossibilitando a conclusão das tarefas pelas quais se sentem responsáveis mesmo fora do hospital. Além disso, apontam que não conseguem desligar-se de seu trabalho, pois, quando saem do hospital, continuam a preocupar-se com o que poderá acontecer com os pacientes e com sua equipe de trabalho em sua ausência (TRAESEL, MERLO, 2011, p. 45).

Identificamos fato corriqueiro nas instituições de ensino, mas poucas vezes admitidos pelos estudantes, comuns principalmente aqueles que conciliam emprego, estudos e atividades domésticas, que é estar presente nas salas de aula, mas realizando outras tarefas que não dizem respeito aquela disciplina em questão. Vale a reflexão sobre a forma em que está organizado também o ensino nas universidades e como são acolhidos estes alunos que buscam qualificação para o trabalho. A rotina das mulheres, grande maioria dos trabalhadores na enfermagem, como vimos está bastante aliada a necessidade de aprimoramento profissional, o que fica explícito neste fragmento:

Além do hospital eu tenho a UNISC, faço todas as cadeiras [Graduação em Enfermagem], tenho 5 noites e 2 tardes. Além disso, eu tenho a casa e dois filhos pequenos... Estudar eu não estudo... eu faço os trabalhos depois que eles dormem, presto atenção na aula para não precisar estudar e nas disciplinas que eu tenho mais domínio, mais facilidade, eu aproveito e estudo os conteúdos que tenho mais dificuldade. (TÉC ENF 04).

A maneira como está organizado atualmente o processo de trabalho da enfermagem aumenta o risco de incidentes e pode favorecer o erro. A segurança do paciente é um tema que está sendo amplamente trabalhado com a equipe de enfermagem, mas ainda precisa ser difundido para outras classes profissionais que interferem diretamente e compartilham desta assistência prestada, como a classe médica, por exemplo. Retratando esta dificuldade, temos esta afirmativa:

Foi um plantão bem agitado, muitos afazeres naquele plantão e eu tive que chamar a médica para atender uma intercorrência, e a médica também não sabia qual medicação... a gente levou o carro de parada para dentro do quarto e ela ficou lendo as bulas para saber qual medicação podia administrar no paciente, pedia medicação que não tinha no carro, daí o funcionário descia lá na farmácia e ela não queria mais a medicação, queria outra... e aquelas ampolas foram se misturando... por fim eu acabei aspirando uma medicação para fazer em bolus e não era. Não aconteceu nada... na verdade a função dela até ajudou o paciente.. Mas a forma como foi feita não era para ter sido. Era para ter sido diluída e eu fiz direto, em push, era uma medicação para arritmia. Para mim foi muito assustador aquilo, sabe. Mas a familiar desconfiou... (ENF02).

É notável também, ao analisar os trechos das entrevistas, um consenso entre os sujeitos sobre como a prática diária com maior volume de trabalho, grande número de pacientes sob suas responsabilidades, pode prejudicar a assistência. Para dar conta de todas as atividades exigidas para seu turno, a humanização no atendimento é substituída pela agilidade visando sempre produtividade. O que identificamos neste depoimento:

A parte humanizada fica bem prejudicada, porque assim, tu não consegues conversar com o familiar, se o paciente é aquele mais solicitante, poliqueixoso, ele vai ficar um pouco menos assistido, pois tu não vais conseguir estar ali conversando com ele, explicando tudo o que ele precisa..., esse paciente as vezes tem mais dúvidas que os outros... então tu não consegues dar essa assistência, vamos dizer, mais humanizada. Tu ficas mais mecânico, tu tens tal e tal coisa para fazer até aquela hora, então tu priorizas aquilo, o que é mais essencial para fazer naquele momento, e o que não é tu vais deixando. (TÉC ENF 04).

Não é satisfatório e nem prazeroso aos profissionais da enfermagem esta rotina abarrotada de atribuições e dificuldade de desempenhar o que entendem como um bom trabalho. Pelo contrário, autores como Traesel e Merlo (2011, p. 46), descrevem o sofrimento psíquico dos profissionais decorrentes das dificuldades encontradas nos ambientes laborais: “esta sobrecarga das demandas gerenciais contemporâneas tende à derrocada do prazer no trabalho da enfermagem atrelada à perda do sentido do sofrimento vivenciado neste cotidiano laboral”.

Sendo assim, a atividade da enfermagem pode ser desencadeadora destes sentimentos, devido à sensação de impotência do sujeito, pela impossibilidade de realizar todos os procedimentos esperados. Lembremos ainda que o produto final esperado nos serviços de saúde, que compreende o trabalho da enfermagem, é um indivíduo recuperado e sadio, e não um retorno financeiro. Autores como Hardt e Negri, citados por Traesel e Merlo (2011, p. 43), ressaltam que: “os resultados do

trabalho na enfermagem não são concretos e palpáveis, mas sim baseados em relações, comunicações, rede de informações e doação ilimitada de afeto, características do trabalho imaterial”.

Reparemos também a consciência da equipe sobre a iminência do perigo de errar estar mais presente nos dias com maior movimento e alto número de atividades a serem realizadas. Com a necessidade maior de atendimentos, muitas vezes concomitantes, não se tem o devido tempo para observar novamente, checar e confirmar as informações. Acaba-se determinando prioridades e desencadeia-se uma sequência perigosa e incessante de atividades. Conforme relato:

Sim, com certeza. Quando está corrido tu não observa tanto... datas, essas coisas tu não vai conseguir olhar... Eu presto mais atenção é na medicação, eu não vou conseguir fazer uma evolução bem feita, vou fazer o básico, tu não vai conseguir fazer tanta mudança de decúbito, as fraldas vai trocar quando conseguir, e quando têm menos pacientes, não, tu consegue dar uma assistência bem melhor para eles, porque se um colega não consegue, tem algum familiar que ajuda... Porque se deixar a fralda, sabe que vai dar assadura, sabe que vai dar mas não consegue trocar, pois o outro tá com dor, tem antibiótico para fazer... porque da fralda ele não vai morrer, mas aquele que está gritando de dor... (TÉC ENF 05).

Percebemos que algumas etapas importantes no quesito Segurança do Paciente não são seguidas em dias tumultuados, com um sobrecarga de trabalho importante, como sanar dúvidas do cliente e explicar os procedimentos e ações que serão realizadas. Os profissionais recebem as orientações a ser seguidas para minimizar riscos, no entanto não conseguem coloca-las em prática na íntegra quando pela falta de tempo elencam prioridades de atendimento, como manejo para dor, administração de antibióticos, fornecimento de aporte de oxigênio, entre outros.

Todos aqueles que trabalham contornam os regulamentos, infringem os procedimentos, transgridem as ordens e ludibriam as instruções. Não necessariamente pelo gosto imoderado pela resistência ou pela desobediência, mas de modo mais corrente para fazer bem o seu trabalho (DEJOURS, 2013, p. 11).

Com enfoque direcionado às tarefas e a preocupação com os procedimentos que devem ser realizados, aparece também a necessidade de “vencer tudo” no seu turno. A continuidade do trabalho através da passagem de plantão com itens que não conseguiram ser atingidos não é bem vista. Esta fragmentação da assistência de enfermagem, dividida pelos turnos de trabalho também pode ter relação com o

sofrimento no trabalho. No momento da troca de plantão existe necessidade de interação entre os colegas de turnos inversos, sendo necessário ver e ouvir o outro ao mesmo tempo em que expressam suas opiniões e as condutas tomadas no período.

[...] isto exige que se estabeleça entre aqueles que trabalham relações de confiança. É a condição para que cada um possa mostrar aos outros como trabalha, sem recear que, ao revelar as suas transgressões, isto possa voltar -se contra si (DEJOURS, 2013, p. 16).

Nestas trocas de turno e interações com seus pares, existe uma preocupação com a imagem que vai passar ao grupo, como este trabalhador vai ser visto e sua competência avaliada entre os pares. Interessante observar, que a colaboradora inclusive se priva de seu período de descanso, que constitui direito legal, para regularizar todas as pendências e conseguir finalizar as tarefas. Acompanhe no fragmento a seguir:

Eu não consigo dar atenção a ele [ao paciente], mas eu tento, durante os procedimentos, dar atenção e conversar com eles. Eu sempre consegui deixar tudo em ordem as minhas coisas... Nesses dias, se não prestar atenção, tem mais risco... tem que ter muito cuidado, muita atenção... Mas dá pra fazer tudo certo... Eu até muitas vezes fui cobrada por isso, pra não fazer, mas as vezes eu batia o intervalo e não fazia, voltava para terminar o que tinha [...]. (TÉC ENF 03).

Da maneira como que está organizado o processo de trabalho, e a promoção da segurança através de novas atribuições a equipe, os colaboradores que acham importante e aderem às mudanças propostas encontram empecilhos nos próprios colegas que não acreditam ou não estão sensibilizados com a causa. Vejamos a afirmação: “[...] Na verdade o sistema acaba fazendo com que você saia fora, né a capacitação mostra que tem que fazer ali passo a passo, mas você é uma de 90% que não está fazendo... quando você vê, já não está fazendo de novo” (TÉC ENF 01). Desse modo, é importante sempre envolver a equipe na criação de novos protocolos e atuar no sentido de sanar também as suas necessidades, não somente da instituição e do paciente.

Na tentativa de primar por maior segurança aos pacientes, as instituições acabam optando por formalizar mais protocolos e listas de verificação. No intuito de auxiliar a revisar e assegurar a equipe de todas as informações necessárias, estes formulários na maioria das vezes configuram mais atribuições, desta vez de cunho

burocrático, para a mesma equipe que continua encarregada de dar conta da parte assistencial. Neste processo de reformulação do trabalho e aquisição de mais tarefas a serem realizadas, por vezes ocorre resistência na implantação. Conforme descrito:

Existe... Daí dizem, é mais uma coisa que eu tenho que cuidar, é mais uma coisa para mim preencher, é um chek list a mais... Mas muitas vezes eles não pensam que aquilo pode ser o respaldo para eles, eu acho que nesse sentido talvez a gente tivesse que trabalhar mais... De eles perceberem que hoje em dia a questão das responsabilidades, os pacientes estão muito mais informados... quanto mais chek list tiver que preencher, infelizmente, é mais respaldo para a gente, é mais segurança para o paciente e para o funcionário também. (ENF 02).

Como acompanhamos, o enfermeiro é o profissional responsável por repassar estas novas atribuições para as equipes e assumi-las junto com elas. Profissional formado para atuar na assistência prestando cuidados aos pacientes, o enfermeiro tem cada vez mais assumido uma postura de liderança e gestão de equipes. Gradativamente são elencadas novas atividades de cunho burocrático a estes profissionais, os distanciando do atendimento direto. Importante salientar, como já referimos anteriormente, que são as relações humanas que gratificam os profissionais. Neste sentido, o enfermeiro como gestor cada vez mais vem sendo privado de reconhecimento.

Outra contradição está atrelada à tendência contemporânea das organizações hospitalares de colocarem, para os enfermeiros, obrigações administrativas, tarefas burocráticas e de gestão, sendo que estas levam, gradativamente, ao afastamento do paciente e à pressa na execução dos procedimentos a fim de cumpri-las dentro dos prazos exigidos (TRAESEL, MERLO, 2011, p. 46).

4.4 Educação Permanente para a Segurança do Paciente

A maneira mais utilizada pelas instituições de saúde, em geral, para trabalhar as questões relacionadas à segurança do paciente com as equipes de enfermagem, tem sido através da educação permanente dentro dos próprios ambientes de trabalho. Nesta seção específica, abordaremos como, no ambiente do estudo, ocorre esta relação entre os anseios dos profissionais e o aprimoramento das práticas de trabalho através da educação permanente em serviço.

Dessa forma, é preciso ter presente que a educação permanente implica reconhecer e compreender a subjetividade e complexidade, para, a partir disso, desenvolver as ações. Nesse sentido, o fazer cotidiano relacionado ao trabalho se constitui como espaço permanente de aprendizagem, o que, por sua vez, ressignifica-o quando se instituem os processos de educação permanente (VIAL, et. al, 2008, p. 9-10).

Entendemos, através dos instrumentos da coleta de dados, que a instituição foco da pesquisa vem trabalhando a temática da segurança do paciente com as equipes na forma de capacitações, palestras e treinamentos, conforme podemos acompanhar: *“sim. Com ações... palestras, nas reuniões sempre é comentado, sempre é dado capacitações e elencado o porquê de se ter cuidado com a segurança do paciente, o porque se busca isso”* (TEC ENF 02).

Um dos aspectos importantes da Educação Permanente em Saúde (EPS), se dá principalmente pelo significado que as práticas educativas têm para os trabalhadores, o que justifica a necessidade de partir da realidade de cada estabelecimento de saúde e seu grupo de profissionais no momento de pensar a organização e preparação das atividades. Assim, os mesmos irão se enxergar nas atividades propostas e terão iniciativa prazerosa de contribuir e colaborar. Isto é relevante, pois sensibiliza todos os envolvidos a aderir a práticas que proporcionem maior efetividade no trabalho e, conseqüentemente mais segurança aos envolvidos.

A EPS propõe, em síntese, que as equipes de trabalho tomem os problemas da prática como objeto de reflexão, buscando encontrar o que pode explicá-los. Se lacunas do conhecimento são identificadas como parte da explicação do problema, práticas educativas devem ser implementadas. A EPS se configura, assim, como o componente pedagógico da gestão da qualidade (MARINS, et. al, 2004, p. 288-289).

Estas ações pontuais ficam, na maioria das vezes, a cargo do Núcleo de Segurança do Paciente – denominado na instituição de Grupo de Risco e Segurança, GRS. Inclusive, da maneira em que está organizado e inserido na instituição, praticamente determina-se como atribuição específica deste grupo a promoção de ações e divulgação da temática. Conforme descrito:

Olha, a gente faz ações pontuais dentro do hospital. A gente passa nas clínicas e faz capacitações, no dia a dia a gente sempre está reforçando, acho que é uma educação permanente. Mais ações no local, assim, não que venham palestrantes de fora falar sobre o tema, isso ainda é muito incipiente na nossa realidade... um palestrante de fora para falar para todo mundo. Mas dentro do contexto da educação permanente no local de trabalho, in loco, acho que acontece todos os dias. (ENF 02).

Mesmo com ações pontuais e restrição destas atividades ao NSP os sujeitos identificam como positiva as práticas educativas desenvolvidas. Acredita-se que estas têm papel significativo no fortalecimento das práticas assistenciais e que resultam em ambiente mais seguro tanto aos pacientes como aos profissionais. Observe o relato:

Auxilia porque traz... relembra, vamos dizer, aviva a questão da segurança do paciente, do cuidado, do porquê de fazer as coisas... Querendo ou não, com o passar do tempo isso vai meio que caindo no esquecimento, vai ficando para trás... e aí se usa a desculpa: ah, tá corrido, tem muita função, muita coisa pra fazer... vai deixando meio de lado. Então as capacitações vêm para reavivar a coisa de novo. (TÉC ENF 02).

Esta “transformação” dos conhecimentos também acontece através da educação permanente no ambiente de trabalho e é uma das finalidades desta: “a interdependência da melhoria da formação profissional inicial e da educação permanente remete à reflexão sobre a distância entre a academia e o trabalho, entre pesquisa e prática [...]” (MARINS, et. al, p. 295, 2004). Identificamos a seguir um exemplo de como os conhecimentos protocolares, adquiridos durante a formação, podem ser aprimorados através dos conhecimentos experienciais para a segurança do paciente. Conforme segue:

Sim. As capacitações somam... A gente aprende no curso técnico a maneira correta de fazer, mas falta o por que. E muitas vezes as capacitações de segurança do paciente somam dizendo o porquê que deve ser feito assim... se não for feito da forma correta o que isso pode acarretar para o paciente. (TEC ENF 02).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cultura da Segurança do Paciente tem sido gradativamente disseminada entre os estabelecimentos de saúde, profissionais da área, alta gestão e população em geral. Todavia, ainda é bastante recente.

Aos poucos os estabelecimentos de saúde vão se apoderando desta cultura, se organizando de acordo com cada realidade específica e promovendo ações pontuais e coletivas, como implantação de dispositivos de segurança e intensificação da notificação de eventos adversos; além de pouco a pouco ir agregando novos apoiadores e outras classes profissionais: nutricionistas, médicos, psicólogos, entre outros. No entanto, infelizmente ainda é mais midiático casos de danos irreversíveis, sequelas irreparáveis e erros dos profissionais, do que divulgar pequenas melhorias e inovações introduzidas nas instituições.

Eis então uma cultura complexa que exige mudanças. Julga-se necessário desmistificar a figura dos trabalhadores da saúde como “super-heróis”, “anjos de branco”, e mostrar à comunidade que também somos seres humanos, imersos em ambientes de trabalho com características muito específicas, e como tais, falíveis e com grandes possibilidades de erros.

Refletir sobre a Segurança do Paciente sem analisar e buscar compreender o processo de trabalho em que a equipe da enfermagem está inserida, não constitui tarefa fácil. Acredito que uma das coisas que dificulta esta ação, seja o fato de estarmos tão imersos em nossas jornadas diárias e tão preocupados com o produto final do nosso ofício – o paciente recuperado e reestabelecido – que nos privamos do direito de repensar sobre a maneira que desempenhamos nossas atribuições e qual a carga de trabalho que suportamos.

A enfermagem tem características estritamente práticas, o que ficou evidente através das entrevistas, quando os profissionais apresentam dificuldades de refletir sobre suas ações. Apesar de realizar ações básicas, mas de fundamental importância, como conferir a medicação, chamar o paciente pelo nome, conter conforme necessidade para evitar extubação, proporcionar conforto e evitar lesões de pele, os sujeitos até identificam atividades voltadas para a Segurança do Paciente, mas não as enaltecem.

Isto podemos relacionar com a carga histórica da enfermagem, marcada como um trabalho por caridade e bondade, onde os profissionais são formados para fazer o bem, para cuidar daqueles que necessitarem. Assim, acreditam que as ações realizadas configuram “obrigações” profissionais, deixando de reconhecê-las com o significado que merecem.

Os sujeitos pesquisados, utilizam-se de diversos conhecimentos para compor a sua prática de trabalho. Alguns destes saberes são provenientes de cursos de formação, ou seja, explícitos e prescritos para determinadas situações através de protocolos, normas e rotinas, como se fossem as “Boas Práticas do Trabalho da Enfermagem”. Outros conhecimentos provêm da experiência adquirida nos próprios ambientes laborais, aprendidas com experiências próprias, que via de regra significam muito para quem as vivenciou – principalmente se foram traumáticas ou com desfechos negativos, ou transmitidas e compartilhadas entre os colegas.

A relação entre os conhecimentos formais e experienciais fica nítida através dos depoimentos, e acontece sem que os indivíduos percebam, no meio da rotina de trabalho. Nestes momentos surge ainda a formalização de saberes até então tácitos, que vão agregando embasamentos científicos. Podemos verificar isto principalmente quando os profissionais estão acostumados a um determinado jeito de realizar os procedimentos, mas não compreendem o porquê necessita ser de determinada forma. Os próprios trabalhadores verificam que esta lacuna se complementa através de qualificações, que visam justificar e embasar as ações.

Neste viés se faz necessário propor alternativas de formação profissional que leve em consideração os interesses dos sujeitos, da coletividade, e não apenas as ambições dos setores produtivos ou empresariais. Percebemos na realidade estudada as ações educativas bastante desenvolvidas através de capacitações e treinamentos, e muito dependentes do Núcleo de Segurança do Paciente.

O trabalho do NSP tem sido associado frequentemente com a responsabilidade da Educação Permanente para segurança. Mas, além disso, desenvolve outras atividades, como analisar os eventos que acontecem na instituição e programar medidas e ações para diminuir sua incidência, ou seja, se apropria do conhecimento experiencial pelos fatos que aconteceram para elaborar conhecimentos protocolares expressos em rotinas. Dessa forma, descreve o entrevistado:

Eu acho que a atividade do grupo ela é boa, porque tem uma equipe multidisciplinar, que entra no que eu já falei, que todo mundo é envolvida na segurança do paciente, não adianta só a enfermagem fazer segurança. E daí é válido pois é todo mundo pensando no conjunto né, todo mundo está no mesmo pensamento de segurança do paciente... De ver como a gente pode melhorar, as coisas erradas que acontecem, todo mundo pensa junto: o que nós podemos fazer para resolver isso, para melhorar, para que isso não venha a acontecer de novo... Muitas vezes um erro envolve várias áreas, não é uma área só. Então o grupo faz isso, que todo mundo pense junto para resolver esse problema e para que não aconteça novamente.
TEC ENF 04

Identifica-se os benefícios das ações promovidas visando a segurança dos pacientes efetivamente como um cuidado mais eficaz e seguro bastante relacionado à atuação do NSP da instituição. Os profissionais entendem as atividades educativas como oportunidade de aprimoramento de sua prática e como maneira de desenvolver habilidades laborais que fortaleçam a qualidade no cuidado.

Apesar das práticas educativas serem realizadas em sua maioria fora do horário de trabalho, exigindo que os profissionais disponibilizem mais tempo na sua rotina diária para as atividades trabalhistas, elas são entendidas como aprimoramento. Os sujeitos gostam e solicitam mais intervenções deste tipo. Podemos associar esta adesão ao fato das capacitações surgirem de temas sugeridos pelos próprios trabalhadores, em conformidade com dificuldades percebidas.

É a este movimento que acontece durante o trabalho assistencial de enfermagem entre os conhecimentos formais e experienciais, que denominamos aqui de “encontros” e “desencontros”. Utilizamos esta nomenclatura, pois acreditamos que engloba as idas e vindas dos saberes neste tipo de prática laboral. Dependendo de cada atividade a ser desenvolvida, cada procedimento a ser executado, o profissional da enfermagem decide quais os conhecimentos que serão utilizados e qual melhor maneira de relacioná-los.

Em um atendimento voltado para a Segurança do Paciente e pautado na qualidade, esta transição no campo dos saberes, que podemos relacionar a uma dança, é habitual e normalmente imperceptível. Ao sondar ou punccionar um indivíduo, utilizamos os conhecimentos prescritos e seguimos normas, mas utilizamos a experiência acumulada ou compartilhada para acalmá-lo, orientar sobre o que é feito, conquistar sua confiança, e inclusive para escolher a posição mais adequada para o desempenho da tarefa ou a melhor veia.

Toda situação de atividade é aplicação de um protocolo: há normas a respeitar, um regulamento a aplicar, não somente por questões de responsabilidade jurídica, mas também por que essas normas são, em parte, experiência capitalizada, escolhas políticas, escolhas orçamentárias que devemos traduzir. E, ao mesmo tempo, toda situação de atividade é, sempre, numa proporção jamais antecipável, não somente encontro, mas encontro de encontros (SCHWARTZ, 2010, p. 43).

Identificamos, mesmo que nas entrelinhas, durante as falas e depoimentos dos sujeitos, a relação dinâmica existente entre os conhecimentos formais e experienciais no trabalho da enfermagem. Os saberes são utilizados aliados a tomada de decisão dos profissionais frente a suas atribuições, desde as tarefas aparentemente mais simples até as vistas como complexas. Este deslocamento no campo dos conhecimentos é verificado tanto na atuação dos técnicos de enfermagem em atividades básicas, como na ação dos enfermeiros, desde atitudes gerenciais e administrativas até medidas de conforto e acolhimento.

Ressaltamos serem os entrevistados participantes do NSP, o que já demonstra afinidade com a temática e maior disponibilidade, mais ainda assim ficamos otimistas e esperançosos sobre novos rumos para o trabalho da enfermagem. Que este possa ser desenvolvido com segurança para todos os envolvidos, além de inserido em condições e ambiente facilitadores de boas práticas, com responsabilidades compartilhadas entre gestão, usuários e equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS

- ALBORNOZ, S. *O que é trabalho?* 6. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994. (Coleção Primeiros Passos).
- BRASIL. *Documento de Referência do Programa Nacional de Segurança do Paciente*. Brasília: Anvisa/Fiocruz, 2013.
- BRASIL. Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 26 jul. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html> Acesso em: 12 nov. 2015.
- CASSIANI, R. H. B. *A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos*. Revista Latino Americana de Enfermagem. 2005 jan-fev: 95-99. Disponível em <www.eerp.usp.br/rlae> Acesso em: 12 jan. 2015.
- CODO, Wanderley. *O que é alienação?* 2. ed. Ed. Brasiliense. 1985. (Coleção Primeiros Passos).
- DECESARO, M. N. *Ocorrências Iatrogênicas em Unidade de Terapia Intensiva: queda de pacientes durante o tempo de internação*. São Paulo: EEUSP, 2000.
- DEJOURS, C. *A sublimação entre o sofrimento e prazer no trabalho*. Revista Portuguesa de psicanálise. n. 33, p. 9-28, 2013.
- ENTREVISTA: SCHWARTZ, Yves. In: Trabalho, Educação e Saúde. v. 4 n. 2, p. 457-466. 2006.
- FILHO, W. D. L., LEOPARDI, M. T. *O trabalho da Enfermagem – Sua inserção na estrutura do trabalho geral*. Rio Grande, 1999.
- FRANÇOLIM, L. *et. al. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros*. Revista da Escola de Enfermagem da USP. v. 49, n. 2, abr, p. 277-283, 2015.
- FONSECA, A. S., PETERLINI, F. L., COSTA, D. A. (Org.). *Segurança do Paciente*. São Paulo: Martinari, 2014.
- GADOTTI, M. *A questão da educação formal/não-formal*. Droit à l'éducation: solution à tous les problèmes ou problème sans solution? Institut International des droits de L'enfant (IDE): Sion (Suisse). p. 1-11, 2005.
- GASPAR, A. *A educação formal e a educação informal em Ciências*. História em revista. Rio de Janeiro: Editora Cidade Cultural, p. 171-183, 1990.
- GEOVANINI, T. *et al. História da enfermagem – Versões e interpretações*. 2.ed. Rio de Janeiro: RevinterLtda, 2002.

GEOVANINI, T.; et. al. *História da enfermagem - versões interpretações*. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

GOHN, M. G. *Educação não formal, participação da sociedade civil e estruturas colegiadas nas escolas*. Ensaio: aval. pol. públ. educ. Rio de Janeiro, v. 14, n. 50, jan-mar, p. 27-38, 2006.

GRABOIS, V. *Gestão do cuidado*. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV (Orgs). *Qualificação dos Gestores do SUS*. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, p. 153-190, 2011. Disponível em: <<http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12547&tipo=B>> Acesso em: 22 mar. 2016.

HIRATA, H., GUIMARÃES, N.A. (Orgs.), *Cuidado e cuidadoras – As várias faces do trabalho do Care*. São Paulo: Atlas, 2012.

JUNIOR, J.A.C.C.M. *O conceito de Experiência Histórica em Edward Thompson*. Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH. São Paulo, p. 1-11, julho 2011.

KOHAN, W. O. *Lugares da infância: filosofia*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

KURCGANT, P. (Coord.). *Gerenciamento em Enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

MALAGUTTI, W., MIRANDA, S. M. R. C. *Os caminhos da enfermagem - de Florence à globalização*. *Enfermagem em Foco*. p. 85-88. 2011. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/90>> Acesso em: 05 jan. 2016.

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

MARINS, J. J. N. et. al. (Org). *Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Ed. Hesitec. 2004.

MARX, K. Trabalho alienado. In: FROM, Erich. *Conceito marxista do homem*. Apêndice: Manuscritos econômicos e filosóficos de 1844 de Karl Marx. p. 89-102.

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

MINAYO, C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10.ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MORAES, M.C.M.M., MULLER, R.G. *História e experiência: contribuições de E.P. Thompson à pesquisa em educação*. *Perspectiva*: Florianópolis, v.21, n. 2, jul-dez, p. 239-349. 2003.

NONAKA, I., TAKEUCHI, H. *Criação de conhecimento na empresa: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

ODONE, I. *Experiência*. Labor real: Uma plataforma virtual sobre o trabalho real. Universidade do Porto – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. v. 3, n.1, p. 52-53, 2007.

OGUISSO, T., CAMPOS, P. F. S. *Por que e para que estudar história da enfermagem?* Enfermagem em Foco. p. 49-53, 2013. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/503/193>> Acesso em: 19 jan. 2016.

OLIVEIRA, J. A., MATSUO, M. (Org.) *O trabalho emocional e o trabalho de cuidado*. I Seminário de Sociologia da Fundacentro. São Paulo: Fundacentro, 2014.

PIRES, D. *A enfermagem enquanto profissão, disciplina e trabalho*. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, 739-744, set/out 2009.

PADILHA, M. I., BORENSTEIN, M. S., SANTOS, I. (Org.). *Enfermagem: História de uma profissão*. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2011.

PIRES, D. *A enfermagem enquanto profissão, disciplina e trabalho*. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, 739-744, set/out 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-1672009000500015> Acesso em: 12 nov. 2015.

PERES, A. M., CIAMPONE, M. H. T. *Gerência e competências gerais do enfermeiro. Texto Contexto Enfermagem*. jul-set, p. 492-499, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a15>> Acesso em: 15 dez. 2015.

Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. *Estratégias para a Segurança do Paciente – Manual para Profissionais de Saúde*. REBRAENSP/Polo RS. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.

SANTOS, T. M., CAMPONOGARA, S. *Um olhar sobre o trabalho de enfermagem e a ergologia*. Trabalho, educação e saúde. Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 149-163, jan-abr 2014.

SCHAWARTZ, YVES. *A experiência é formadora?* Educação & Realidade. p. 35–48, jan-abr 2010.

SCHWARTZ, YVES. *A comunidade científica ampliada e o regime de produção dos saberes*. Trad: SANTOS, E. H., CUNHA, D. M. Trabalho & Educação. Belo Horizonte, n. 7, jul-dez 2000.

SCHLEMM, M. M., LOURES, R. C. R. *Inovação em ambientes organizacionais: teorias, reflexões e práticas*. Curitiba: InterSaber, 2012.

SENA, R. R. *et. al. O cuidado no trabalho em saúde: implicações para a formação de enfermeiros*. Interface Comunicação, Saúde, Educação. v. 12, n. 24, p. 23-34, jan/mar 2008.

THOMPSON, E.P. *A miséria da teoria ou um planetário de erros: uma crítica ao pensamento de Althusser*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

TRAESEL, E.S., MERLO, A.R.C. *Trabalho imaterial no contexto da enfermagem hospitalar: vivências coletivas dos trabalhadores na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho*. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. São Paulo, n. 36, p. 40-55, 2011.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1990.

VENDRAMINI, C. R. *A contribuição de E. P. Thompson para a apreensão dos saberes produzidos no/do trabalho*. Educação Unisinos, São Leopoldo, 123-129, maio/agosto 2006.

VIAL, S.R.M. et. al. (Coord.). *A Política de Educação Permanente em Saúde: a trajetória no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Editora da Secretaria do Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, 2008.

WALDOW, V. R. *Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem*. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

WOOD, Ellen Meiksins. *Democracia contra o capitalismo*. São Paulo: Boitempo. 3.ed. 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Roteiro de entrevista com técnicos (as) de enfermagem

Data: ____/____/____

1. Dados Pessoais:

1.1 Idade: _____ 1.2 Sexo: _____

1.3 Tempo de formação na área da saúde: _____

1.4 Tempo de atuação nesta instituição: _____

1.5 Tempo de atuação no mercado de trabalho na área da saúde: _____

1.6 Outras atividades trabalhistas já desenvolvidas: _____

1.7 Formação:

Curso: _____ Instituição: _____

1.8 Realização de cursos específicos sobre Segurança do Paciente:

() Sim () Não

1.9 Carga horária de trabalho: _____

1.10 Carga horária total de atividades: _____

1.11 Tempo de atuação no GRS: _____

2. O que você entende por “Segurança do Paciente”?

2.1. Esta temática é trabalhada em sua instituição?

() Não () Sim

2.2. Tem acesso à informação e formação sobre a temática?

() Não () Sim

Como?

3. Descreva detalhadamente suas atividades e responsabilidades no GRS?

3.1. Quais são as atividades do GRS?

4. Acredita que os conhecimentos aprendidos na experiência contribuem para alcançar os objetivos na Segurança do Paciente?

() Não () Sim

4. 1. De que forma e em que momentos percebe isso?

4.2. Quais os saberes mais presentes nestes momentos?

5. O que mudou na sua prática depois de conhecer a Segurança do Paciente?

6. Você consegue trabalhar/utilizar todos os conhecimentos trabalhados pela instituição?

() Não () Sim

6.1. Em quais situações percebe isso?

6.2. Quais conhecimentos consegue?

6.3. Há conhecimentos que acha difícil de aplicar na sua prática?

() Não () Sim

Quais?

7. O enfermeiro da sua equipe trabalha estas questões?

() Não () Sim

Como?

8. Acredita que as abordagens feitas melhoram sua prática e trazem melhor qualidade de assistência aos pacientes?

() Não () Sim

Como?

9. Já cometeu algum erro?

() Não () Sim

Como se sentiu?

10. Tens algo a mais para dizer que achas que pode contribuir para a pesquisa?

APÊNDICE B: Roteiro de entrevista com enfermeiros (as)

Data: _____ / _____ / _____

1. Dados Pessoais:

1.1 Idade: _____ 1.2 Sexo: _____

1.3 Tempo de formação na área da saúde: _____

1.4 Tempo de atuação nesta instituição: _____

1.5 Tempo de atuação no mercado de trabalho na área da saúde: _____

1.6 Outras atividades trabalhistas já desenvolvidas: _____

1.7 Formação:

Curso: _____ Instituição: _____

1.8 Realização de cursos específicos sobre Segurança do Paciente:

() Sim () Não

1.9 Carga horária de trabalho: _____

1.10 Carga horária total de atividades: _____

1.11 Tempo de atuação no GRS: _____

2. O que você entende por “Segurança do Paciente”?

2.1. O que acredita que sua equipe entende por “Segurança do Paciente”?

2.2. Esta temática é trabalhada em sua instituição?

() Não () Sim

2.3. Tem acesso à informação e formação sobre a temática?

() Não () Sim

Como?

3. Descreva detalhadamente suas atividades e responsabilidades no GRS?

3.1. Quais são as atividades do GRS?

4. De que maneira você aborda/enfatiza a importância deste tema com sua equipe?

4.1. Que dificuldades você percebe na equipe com relação à compreensão e implementação na prática? (resistências, hábitos,...)

5. Acredita que as abordagens feitas melhoram sua prática de trabalho e de sua equipe?

()Não ()Sim

5. 1. Como percebe isso?

6. Vocês conseguem relacionar os saberes da prática, da experiência, com os seus conhecimentos prévios?

()Não ()Sim

6. 1. Como?

7. Já cometeu algum erro?

()Não ()Sim

Como se sentiu?

8. Tens algo a mais para dizer que achas que pode contribuir para a pesquisa?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(DES)ENCONTROS DOS CONHECIMENTOS PROTOCOLARES E EXPERIENCIAIS NO TRABALHO DA ENFERMAGEM EM PROL DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Atualmente é grande a relevância bibliográfica e midiática sobre a relação entre cuidado de qualidade e cuidado seguro dispensado aos usuários dos serviços de saúde, o que vem direcionando diversas instituições deste setor a investir em capacitações e programas de formação para os profissionais, principalmente depois do surgimento de políticas públicas obrigatórias sobre a temática. Neste sentido, esta pesquisa tem o objetivo de analisar como se relacionam os conhecimentos explícitos e experienciais no contexto de trabalho dos profissionais de enfermagem, através de uma prática em prol da Segurança do Paciente. A coleta de dados necessária para este estudo acontecerá através de entrevistas com enfermeiros e técnicos de enfermagem de unidades de internação em um hospital de médio porte do interior do Rio Grande do Sul, membros do Núcleo de Segurança do Paciente. Se por ventura surgir algum desconforto do entrevistado frente às questões da pesquisa, estas poderão ser revistas ou retomadas em um segundo momento. Todas as dúvidas serão sanadas anteriormente a coleta de dados visando a participação livre e voluntária do sujeito, bem como o anonimato será assegurado. O retorno da análise dos dados pesquisados é relevante para os participantes e a empresa em que estão inseridos, pois contribuirá para a adequação do ambiente laboral da equipe de enfermagem favorecendo a prática da assistência baseada em um cuidado seguro e de qualidade.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, 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 acerca 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 me traga prejuízos;

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;

de que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é **Suzeline Ferreira** – Celular: **51 99786833**, e o orientador **Moacir Fernando Viegas** – Celular: **51 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 do voluntário

Assinatura do Voluntário

Nome e assinatura do responsável pela
obtenção do presente consentimento.