

**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO- MESTRADO**  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

Gisele de Fátima Rodrigues

**PRÁTICAS EDUCATIVAS DO CUIDADO COM O CUIDADOR DE ENFERMAGEM**  
**NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Santa Cruz do Sul

2014

Gisele de Fátima Rodrigues

**PRÁTICAS EDUCATIVAS DO CUIDADO COM O CUIDADOR DE  
ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientador: Prof. Dr. Moacir Fernando Viegas

Santa Cruz do Sul

2014

Gisele de Fátima Rodrigues

**PRÁTICAS EDUCATIVAS DO CUIDADO COM O CUIDADOR DE ENFERMAGEM  
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientador: Prof. Dr. Moacir Fernando Viegas

Dr. Moacir Fernando Viegas  
Professor orientador- UNISC

Dra. Jurema Brites  
Professora examinadora- UFSM

Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug  
Professora examinadora- UNISC

Dra. Janes Teresinha Fraga Siqueira  
Professora examinadora- UNISC

Santa Cruz do Sul

2014

*Aos meus amados filhos,*

*Enzo (in memoriam) que apesar de tão curta convivência, deixou muita saudade e um grande amor para todo o sempre.*

*Ao meu pequeno Davi, anjo que veio para encantar meus dias e para mostrar-me que sempre é possível reunir forças e seguir em frente.*

*Ao meu companheiro de todas as horas, Genor Berle.*

*A minha família por compreender a minha ausência em momentos difíceis.*

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por Sua infinita generosidade, por conceder sabedoria, proteção, força e luz em todos os momentos de minha vida.

À coordenação do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Educação pela compreensão.

Aos sujeitos participantes desse estudo, profissionais da equipe de enfermagem, que colaboraram para a realização deste estudo.

À professora Janes Teresinha Fraga Siqueira pelas doces palavras de amizade, apoio e incentivo, e que tanto contribuíram para que para que pudesse prosseguir.

Aos meus colegas do curso do Mestrado pela amizade e apoio nos momentos difíceis.

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

Ao Professor Dr. Moacir Fernando Viegas

Meu sincero agradecimento pelo apoio, dedicação, paciência, acolhida e amizade que foram fundamentais para a construção deste trabalho. Agradeço por entender minhas limitações e respeitar o meu tempo. Por reanimar-me a cada encontro com suas palavras.

Serei sempre grata por ter acreditado em mim e me compreendido. Neste encontro, caminhamos juntos.

## RESUMO

O presente trabalho trata das práticas educativas voltadas para o cuidado de si da profissional enfermeira em unidades básicas de saúde. O problema assim se constitui: como ocorrem as práticas educativas para o cuidado de si em unidades de Atenção Básica de Saúde em um município do Vale do Rio Pardo? Têm-se como objetivos descrever e analisar as práticas educativas do cuidado de si em unidades de Atenção Básica de Saúde em um município do Vale do Rio Pardo; interpretar e compreender como é praticado o cuidado de si no desenvolvimento das atividades das trabalhadoras em saúde e como estas problematizam a questão do cuidado de si no seu cotidiano de forma geral e quanto aos acidentes de trabalho e ainda analisar e descrever as condições de trabalho das profissionais da saúde. A temática em estudo se justifica pela necessidade de que se desenvolvam práticas educativas como meio de prevenção de riscos e conscientização do cuidado de si, tendo como pressuposto que a profissional enfermeira está constantemente exposta aos riscos e acidentes que perpassam o ambiente de trabalho. Além dessa exposição constante, somam-se as condições de trabalho, que em muito contribuem para o (des)cuidado de si e conseqüentemente com acidentes de trabalho. Para ir ao encontro de nossos anseios enquanto pesquisadores, optamos pela pesquisa qualitativa. A amostra compreende duas unidades básicas de saúde, sendo elas Estratégia Saúde da Família - ESF. Como sujeitos dessa pesquisa participaram enfermeiras e técnicas de enfermagem, totalizando cinco sujeitos. Para a coleta de dados foram utilizadas entrevistas semiestruturadas e observações da cena cultural no momento de realização das mesmas. A análise dos dados se deu através das categorias: condições de trabalho; cuidado da trabalhadora da saúde; acidentes de trabalho; educação e práticas educativas na unidade de estratégia saúde da família e educação permanente em saúde. O estudo expressa a necessidade de práticas educativas contínuas, protagonizando à trabalhadora da saúde a conscientização do cuidado de si.

**PALAVRAS CHAVES:** Cuidado de si, práticas educativas, educação permanente na enfermagem, condições de trabalho.

# **EDUCATIVE PRACTICES OF THE CARE WITH THE NURSING CAREGIVER OF FAMILY HEALTH STRATEGY**

## **ABSTRACT**

The present work deals with the educative practices focused on the self-care of the professional nurse in basic health units. Our problem constitutes itself like this: how do the educative practices regarding the self-care in units of the Basic Health Attention at Vale do Rio Pardo occur? Our objectives are describing and analyzing the educative practices regarding the self-care in units of the Basic Health Attention at Vale do Rio Pardo; interpreting and comprehending how the self-care in the development of the worker's activities at health units of the Basic Health Attention are practiced, comprehending how the subjects on the primary attention problematize the issue regarding the daily self-care and analyzing and describing the work conditions of the health professionals. Starting from the research results, we objectified presenting suggestions that contribute to the improvement of the work process of the professionals inserted in the basic network regarding self-care and the educative practices focused on this awareness. The nurse professional is constantly exposed to the risks that compose the work ambient and to work accidents, which are extremely relevant as they can cause grave damages to the worker, whether they are physical or mental. The development of educative practices as a way of preventing risks and awareness regarding self-care is necessary. Besides the constant exposure, are added the work conditions, which greatly contribute to the (lack of) self-care and consequently to the work accidents. To meet our yearnings while researchers, we opted for qualitative research. The sample comprises two basic health units, which are Family Health Strategy – FHS. As subjects in this study, took part nurses and nursing technician professionals, totaling five subjects. To the data collection were used semi-structured interviews and researcher's observations about the cultural scene at the moment of their realization. The data analysis occurred through the categorization of the most important elements intricate to the goals of this research, comprising work conditions; Health Worker Care; Work Accidents; education and educational practices at the Family Health Strategy's unit; Permanent Education in Health. The results show that there is no space for the health worker to think about the self-care and not even educative practices in this sense. Therefore, it's understood that is fundamental the realization of continuous educative practices for the self-care awareness. The existing policies regarding worker health must be incorporated into daily practices. They exist in order to promote the worker health in attempt to change the reality in the work's world of these professionals.

**KEY WORDS:** self-care, educative practices, permanent education in nursing.

## LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ATs	Acidentes de Trabalho
CAT	Comunicação de Acidentes de Trabalho
CDC	Centers for Disease Control
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CIES	Comissão Permanente de Integração de Ensino-Serviço
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CTPP	Comissão Tripartite Paritária Permanente
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EPIs	Equipamentos de Proteção Individual
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OIT	Organização Internacional do Trabalho
MPS	Ministério da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
NRs	Normas Regulamentadoras
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PET	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNE	Política Nacional de Educação
PNH	Política Nacional de Humanização
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente
PNST	Política Nacional de Saúde do Trabalhador
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>APRESENTAÇÃO DOS ELEMENTOS TEÓRICOS QUE FUNDAMENTAM NOSSO ESTUDO .....</b>	<b>16</b>
2.1	Educação e trabalho no contexto da enfermagem.....	16
2.2	Práticas educativas de formação complementar em saúde: Educação em Serviço, Educação Continuada e Educação Permanente .....	23
2.3	Educação permanente como proposta política de Saúde.....	287
2.4	O Cuidado do(a) trabalhador(a) da saúde .....	31
2.5	Breve trajetória da saúde do(a) trabalhador(a).....	38
2.6	O trabalho em saúde nas unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) .....	48
<b>3.</b>	<b>CONSTRUINDO CAMINHOS INVESTIGATIVOS .....</b>	<b>52</b>
<b>4</b>	<b>ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES .....</b>	<b>55</b>
4.1	Sujeitos da pesquisa.....	55
4.2	As condições de trabalho nas Estratégias de Saúde da Família (ESF).....	57
4.3	O Cuidado de si da Trabalhadora das Estratégias de Saúde da Família .....	60
4.4	Acidentes de trabalho .....	63
4.5	Formação Complementar: práticas educativas na Estratégia de Saúde da Família.....	742
4.6	Educação Permanente em saúde .....	83
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>87</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>90</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>98</b>
	<b>APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>98</b>
	<b>APÊNDICE B- Roteiro de entrevista.....</b>	<b>100</b>

## INTRODUÇÃO

O tema que me proponho a desenvolver compreende as práticas educativas em saúde com os profissionais enfermeiros, tendo em vista as condições de trabalho em unidades básicas de saúde. Minha preocupação é analisar as práticas educativas que constituem o cuidado de si, descrever de que forma elas acontecem e entender como os sujeitos da atenção primária refletem sobre a questão do cuidado com o cuidador no seu cotidiano.

Parto do pressuposto de que a educação pode transformar a relação com o trabalho, sendo de suma importância para a prevenção de patologias e promoção da saúde. É por meio dela que trabalhamos com a comunidade para que as pessoas adquiram qualidade de vida e tornem-se sujeitos ativos e aprendentes no processo de trabalho. É importante também voltar o olhar para o próprio cuidador. Conhecer como acontece o cuidado de si referente à prevenção dos riscos aos quais estão expostos no ambiente de trabalho, considerando que a grande preocupação desses trabalhadores é prestar atendimento de excelência aos nossos usuários dos serviços de saúde.

Nesse sentido, os principais objetivos deste estudo são: descrever e analisar as práticas educativas do cuidado de si em unidades de Atenção Básica de Saúde em um município do Vale do Rio Pardo; interpretar e compreender como é praticado o cuidado de si no desenvolvimento das atividades dos trabalhadores em saúde de unidades de Atenção Básica de Saúde; compreender como os sujeitos na atenção primária problematizam a questão do cuidado de si no seu cotidiano de forma geral e ainda quanto à questão dos acidentes de trabalho; analisar e descrever as condições de trabalho dos profissionais da Saúde.

O presente estudo surgiu de um trabalho anteriormente realizado sobre acidentes de trabalho com equipes multiprofissionais de saúde, pesquisa esta realizada em um município do Vale do Rio Pardo, no ano de 2011, contando com uma amostra de 32 sujeitos pesquisados, dentre os quais 22% sofreram acidentes de trabalho, todos do tipo perfurocortantes, trazendo riscos à saúde destes trabalhadores. Constatou-se assim a relevância dessa questão.

Naquela pesquisa todos referiram à necessidade de uma educação voltada à conscientização do cuidado de si, e ainda as leituras das quais me utilizei sobre os acidentes de trabalho traziam, em geral, a educação permanente em saúde como necessária para a prevenção dos mesmos, o que me instigou a aprofundar o tema e refletir sobre o cuidado com o cuidador, bem como, o papel da educação permanente em saúde, já instituída como política de saúde pública.

A Educação Permanente é uma concepção dialética da educação, com um duplo processo de aprofundamento, tanto da experiência pessoal quanto da vida social global, que se traduz pela participação efetiva, ativa e responsável de cada sujeito envolvido, qualquer que seja a etapa da existência que esteja vivendo (FURTER, 1976, p. 137).

Percebe-se o homem como um ser em contínua formação, pois cresce e se modifica ao longo da vida, reelaborando constantemente sua visão de mundo. Portanto, considera-se a educação como sendo permanente, entendendo o homem como um processo contínuo e inacabado de maturidade, independente da idade, sexo e situação socioeconômica (FURTER, 1974).

Conforme o Relatório da UNESCO (1977, p. 223), “a noção de continuidade do processo educativo não é nova. Conscientemente ou não, o homem não cessa de se instruir e de se educar ao longo de toda a sua vida”. Essa ideia de educação ao longo da vida do homem, em primeira instância encerrava a ideia de ser fornecida por meio da sua própria existência, suas relações sociais e, num segundo momento, então, pelas experiências que modelam seus comportamentos, concepções de vida e conteúdos do saber.

Entendida a educação como necessária para as modificações e não como técnica de adaptação, é possível ampliar a visão das práticas pedagógicas, incluindo assim aspectos informais, individuais e formais na formação humana.

A educação ao longo da vida parece ter a pretensão de resolver a dicotomia entre educação formal e não-formal para ceder lugar a ideia de dois sistemas de educação que se complementam e integram-se, pois ambos compreendem a vivência do indivíduo.

A política pública de Educação Permanente, instituída em fevereiro de 2004 através da Portaria 198/GM/MS, institui-se como proposta de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a saúde. O anexo II desta Portaria institui a educação permanente como política, destacando que ela se configura como “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam no cotidiano das organizações e ao trabalho” (Portaria 198/GM/MS, 13/02/2004). E ainda elucida que a Educação Permanente, na proposta de formação profissional, ocorra acordando com as necessidades reais de saúde das pessoas e da população, da gestão setorial e do controle social em saúde, tendo como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho. Toda formação profissional possui estreita relação com o mundo do trabalho (SORDI, BEGANATO, (1998).

O trabalho é vital para o ser humano. É uma experiência social, fator essencial na construção da identidade do sujeito, da socialização e da dinâmica das relações sociais (CATTANI, 1996). Considera-se que o ciclo de vida do indivíduo apresenta-se em três importantes períodos: o de preparação para o trabalho, o de vida laborativa e o de aposentadoria, considerado, portanto, um elemento fundamental para a saúde. Todavia, a forma de como esse trabalho está organizado na sociedade contemporânea e é executado por grande parte dos profissionais, tende a gerar efeitos contrários da ideia de trabalho enquanto fonte de prazer, de identificação e de realização profissional, como, por exemplo, acidentes de trabalho, adoecimento e até mesmo a morte.

Compreendendo que os profissionais de saúde estão constantemente expostos aos riscos ambientais no trabalho, e que de certa forma os mais graves são os biológicos, pelo risco de contaminação e ainda os acidentes de trabalho, que trazem consequências sérias ao trabalhador e trabalhadora da saúde, pergunto: de que forma está sendo efetuada essa educação com o olhar voltado ao cuidador? Como é praticado o cuidado de si no desenvolvimento das atividades dos trabalhadores em saúde?

Considero relevante neste estudo à preocupação voltada ao próprio cuidador nas unidades de atenção básica, onde busco a conscientização para o cuidado de si, incluindo a prevenção de acidentes de trabalho, considerando que os acidentes trazem prejuízos aos trabalhadores inseridos no processo do cuidado, como os de ordem física, psíquica e social, podendo ocorrer o afastamento temporário ou definitivo deste trabalhador.

Na Atenção Básica as análises com foco na saúde do trabalhador e acidentes de trabalho são escassas em comparação com o ambiente hospitalar, expressando a persistente dicotomia entre as ações de cunho assistencial-curativas e as de promoção da saúde e controle de riscos, referidas, respectivamente, ao hospital e às Unidades Básicas de Saúde (DAVID et. al., 2009).

Compreende-se que embora a rede hospitalar encerre um grande número de procedimentos invasivos, e as unidades básicas de saúde talvez em menor número, todavia não é diferente quanto aos riscos de acidentes, pois também se realizam procedimentos invasivos e os profissionais ficam expostos à contaminação por material biológico. Faz-se necessário, para tanto, desenvolver mais estudos que favoreçam a saúde destes profissionais inseridos na Atenção Básica de Saúde. É necessário, portanto, compreender as condições de trabalho em que se encontra inserido o profissional de saúde, a fim de buscar alternativas de prevenção e promoção de saúde. Desse modo trago as práticas educativas como possibilidade de

conscientização da necessidade do cuidado de si e reflexões sobre as condições de trabalho desses profissionais inseridos na rede básica de saúde.

Para tanto, a presente pesquisa visa contribuir para uma reflexão sobre as práticas educativas voltadas para o cuidado de si, onde o enfermeiro assistencial transforma-se em um profissional do ensino-aprendizagem a fim de promover a qualidade de vida no ambiente de trabalho, buscando a conscientização do cuidado de si, bem como melhoria das condições de trabalho nas quais os trabalhadores da saúde se encontram.

Na minha trajetória, tanto acadêmica quanto profissional, não percebi nenhuma preocupação nos serviços de saúde sobre o cuidado voltado para o próprio cuidador referente à prevenção dos acidentes de trabalho, a não ser quando estes realmente ocorriam. As práticas educativas que me eram perceptíveis focavam as questões de aperfeiçoamento técnico pontual das questões práticas específicas e ainda a saúde do usuário, que por sua vez também são importantes para o atendimento de qualidade. Mas em nenhum momento foi objeto de atenção o cuidado de si quanto à prevenção de riscos e acidentes de trabalho aos quais se encontram expostos os profissionais de enfermagem.

Compreendendo a gravidade dos acidentes de trabalho na vida do trabalhador, trago reflexões sobre as práticas educativas voltadas para o cuidado de si a fim de conscientizar o trabalhador quanto à necessidade de prevenção dos riscos, contribuindo, assim, para garantir a qualidade de vida no trabalho dos trabalhadores inseridos na rede básica de saúde e a melhoria das condições de trabalho.

Este trabalho contemplou a Atenção Básica de Saúde - Estratégia Saúde da Família – ESF, uma vez que esse modo de pensar a saúde voltada para a prevenção de patologias e riscos é de suma importância para constituir sujeitos emancipados na sua prática cotidiana em saúde.

A dissertação está organizada da seguinte maneira: no primeiro capítulo, “**Educação e Trabalho no contexto da história da Enfermagem**”, pretendo trazer um pouco a história da formação do trabalhador no país, desde o trabalho escravagista, manual, estendendo-se ao desenvolvimento capitalista, que exige trabalhadores e trabalhadoras mais preparados, mais qualificados, e o trabalho como uma dualidade de sentidos, seja como atividade que leva ao sofrimento, seja como fonte de prazer e reconhecimento pessoal. Procuro mostrar a relação entre a formação profissional inserida no mundo do trabalho e a enfermagem, que, conformada ao sistema capitalista, ainda encontra-se centrada no fazer tecnicista, no saber fazer, esquecendo-se por vezes do saber ser.

No segundo, **“Práticas educativas de formação complementar em saúde: Educação em Serviço, Educação Continuada e Educação Permanente”**, aborda a formação complementar entendida nas suas várias facetas: educação continuada, educação permanente, capacitações, etc. Pretendo trazer a base conceitual desses termos, incluindo uma breve história da educação permanente. Surgindo novas necessidades, surgem novos conceitos para inserir a educação no mundo do trabalho e com isso surge a educação Permanente em Saúde, que mais tarde torna-se uma política pública de saúde. Assim, teço considerações sobre a educação permanente enquanto política pública no terceiro capítulo, **“Educação permanente como proposta política de Saúde”**.

No quarto, trato do **Cuidado do(a) trabalhador(a) da Saúde**. Nele busco conceituar o termo “cuidado” e fazer uma reflexão sobre que sentido é este que damos ao cuidado? Refletimos enquanto profissionais da saúde sobre o cuidado de nós mesmos? Que cuidado é esse e o que queremos proporcionar a nossa equipe de enfermagem? São questões essas que julgo essenciais para o entendimento do trabalho em enfermagem, cujo objeto é o cuidado. Percebo que, de um modo geral, a grande preocupação tem sido prestar atendimento em excelência ao usuário do serviço, priorizando a habilidade técnica, o uso da própria tecnologia tão fortemente inserida nas organizações de saúde, valorizando o modelo biomédico, os protocolos e as normas institucionais que robotizam cada vez mais as ações. Isso parece contribuir para a dualidade do significado do cuidar, resultando em contradições entre teoria e prática quanto ao cuidado humanizado e o cuidado integral que permeiam os discursos institucionais e as políticas de saúde. Este capítulo ambiciona refletir sobre o grande legado da profissão que é o cuidado num outro prisma, voltando o olhar para o cuidador, portanto para o cuidado de si, relacionando com a necessidade de uma reflexão sobre práticas educativas tendo em vista uma transformação da prática social.

No quinto capítulo, que se intitula **“Breve Trajetória da Saúde do(a) Trabalhador(a)”** procuro trazer um pouco da história da saúde do trabalhador(a), das questões legais sobre os acidentes de trabalho e ainda portarias e leis que regulamentam a prática voltada a atenção a Saúde do Trabalhador em conformidade com as diretrizes que norteiam o Sistema único de Saúde e que também é atribuição da assistência primária de saúde contemplar essa área.

E no sexto e último capítulo trago um pouco da história da Estratégia Saúde da Família, local de realização da presente pesquisa, cuja criação expressa um modo de pensar a saúde que é de suma importância para constituir sujeitos emancipados na sua prática cotidiana em saúde.

Perpassa todos os capítulos a questão das condições de trabalho, uma vez que não é possível falar de trabalho, falar de riscos inerentes ao trabalhador, do cuidado de si sem levar em consideração as condições de trabalho presentes no cenário dos trabalhadores inseridos na rede básica de saúde. Tive a pretensão de conceituar “Condições de Trabalho” tendo como referência a força de trabalho, compreendendo, portanto, quem o realiza, a qualificação necessária, assim como a divisão do trabalho, as relações interpessoais, o ritmo de trabalho, a carga horária, os recursos materiais e humanos, bem como a infraestrutura do ambiente de trabalho, relacionando com questões de biossegurança, entendendo-as como consequentes das condições de trabalho. E assim, trazer as práticas educativas como possibilidade de melhoria das condições de trabalho e conscientização do cuidado-de-si.

## **2 APRESENTAÇÃO DOS ELEMENTOS TEÓRICOS QUE FUNDAMENTAM NOSSO ESTUDO**

### **2.1 Educação e Trabalho no contexto da história da Enfermagem**

A palavra educação pode ser compreendida como a ação de educar, de ensinar o outro a ser humano. A educação é o que constitui o ser homem e o ser mulher. Sempre houve educação enquanto um fenômeno que se organiza já no interior das sociedades, no sentido de constituir valores morais, intelectuais, culturais e éticos que se dão acerca do dever humano. Já no contexto da Enfermagem, podemos relacioná-la com o conceito de educação profissional, que destaca a atividade processual que tem a função de desenvolver e aprimorar o próprio exercício das funções (OLIVEIRA; FERREIRA, 2011). Todavia, a educação é ainda mais abrangente, pois em uma visão materialista, histórica e dialética, ela compreende a troca mútua de conhecimentos e experiências entre educador e educando, onde se busca na prática as soluções para os problemas encontrados (EGRY, 1996).

Conforme Gadotti (2001, p. 56), “as faculdades do homem devem ser desenvolvidas em todos os domínios da vida social, isto é, no trabalho, na política, na economia, na cultura, no consumo etc.”. Para o autor (2001, p. 58), citando Marx, “a integração entre ensino e o trabalho constitui-se na maneira de sair da alienação crescente, reunificando o homem com a sociedade”. Segundo Silva e Seiffter (2009, p. 363) “... nos serviços de saúde, os processos educativos visam ao desenvolvimento dos profissionais por uma série de atividades genericamente denominadas de capacitações, treinamentos e cursos emergenciais ou pontuais, estruturados e contínuos”. Lobo Neto (2000, p. 43) afirma que:

Trabalho e educação se colocam, portanto, como termos de uma relação, em que ambas são atividades próprias do ser humano, ambos estão referidos ao ser humano que nele se constrói como pessoa, que através deles se expressa diante do outro como ser de convívio social, produzindo existência própria e coletiva. (LOBO NETO, 2000, p.43)

E ainda para Lobo Neto, na educação, o trabalho é princípio educativo, porque mais radicalmente é princípio de cidadania e princípio de humanização do ser humano que se realiza na superação de si mesmo, na continuidade do processo histórico que lhe cabe responsabilmente e conscientemente assumir-se como “ator” e “agente”.

No relatório para a UNESCO, Delors (2006, p. 113), afirma que “o mundo do trabalho constitui igualmente um espaço privilegiado de educação”. É neste contexto que se devem levar em consideração as habilidades aprendidas no exercício profissional, na prática, no exercício do fazer, ou seja, o valor formativo do trabalho, quando inserido no sistema educativo.

O processo educativo na enfermagem é inicialmente baseado na prática. Em uma relação dialética entre a prática e teoria, tenta estabelecer relações entre o plausível e o real, entre o conhecimento a ser construído e o já existente. O trabalho educativo desta forma passa a ser emancipador quando é possível intervir para modificar, ocorrendo assim um processo conjunto de trabalho de reflexão e troca (EGRY, 1996).

Para refletir sobre trabalho é importante tecer algumas considerações, ainda que breves, referentes à história do desenvolvimento do trabalho humano e o contexto social no qual se insere. Primeiramente o Brasil, quando da chegada dos portugueses, se torna um país colonizado, onde se submete a população nativa ao trabalho explorado para a plantação, exploração essa abusiva, de forma autoritária e coercitiva. Mais tarde, observando-se a inaptidão dos nativos para o plantio, inicia-se a importação de escravos negros, tornando-se vagarosamente um comércio de ampla extensão (WEBER, 2006). Os resultados desse comércio foram consideráveis:

Constituíam pré-condições para o trabalho escravo a disciplina severa nas plantações, o consumo desapiedado de escravos e o seguimento contínuo das importações – uma vez que os escravos não procriavam. Resumindo: uma economia predatória (WEBER, 2006, p. 43).

O sistema escravagista no Brasil manteve-se por duradouros e penosos anos. É sabido que em decorrência dos movimentos de trabalhadores, sobretudo os negros escravizados, é instituída uma lei que tem como objetivo a abolição da escravatura. Portanto, no Brasil, os pressupostos teóricos apontam que no processo de industrialização e antes já na República Velha os trabalhadores viviam em condições de escravos dos coronéis. Na industrialização a opressão do trabalhador continuou, pois no chão da fábrica imperavam as precárias condições e a longa jornada de trabalho.

É somente com o governo populista de Vargas, em função das condições sub-humanas dos trabalhadores, que se constitui então no Brasil um “projeto” de Consolidação das Leis Trabalhistas- CLT e a carteira dos trabalhadores do Brasil. É uma conquista, pois com isso talvez se possa pensar em algum princípio de humanização no trabalho. Marx e Engels afirmavam que o trabalho deveria ser humanizado. Segundo Marx, “o trabalho como

criador de valores de uso, como trabalho útil, é indispensável à existência do homem, quaisquer que sejam as formas de sociedade; é necessidade natural e eterna de efetivar o intercâmbio material entre o homem e a natureza e, portanto, de manter a vida humana”. (MARX, 1988, p. 50). Nesse sentido:

O trabalho que constitui a atividade especificamente humana através da qual o homem se produz a si mesmo, se converte, para o trabalhador, de afirmação da essência humana em negação de sua humanidade. O trabalho, fonte criadora da existência humana, elemento de humanização do jogo natural, se constitui, na sociedade burguesa em elemento de degradação e escravização do trabalhador. (SAVIANI, 2007, p. 192).

Nota-se que as mudanças acerca dos direitos dos trabalhadores, foi um processo lento e também doloroso, pois em muitas regiões do país a escravidão continuou. E na concepção de Weber:

Essa forma de produção ou exploração... contribuiu apenas em medida muito escassa para incentivar o desdobramento da forma industrial de operação econômica e da organização capitalista (WEBER, 2006, p. 45).

Nesse contexto compreende-se que a exploração, no sentido de baratear ao máximo o que o trabalhador tem de mais valor, que é a sua força de trabalho, contribui de forma direta para a reprodução da sociedade de classes no sistema capitalista. Como afirma Freire, a classe trabalhadora está condenada ao trabalho manual, alienado e exploratório.

Em consequência disso, até mesmo em educação, bem como também nos demais setores da sociedade, se difundiu:

A divisão dos homens em dois grandes campos: aqueles das profissões manuais para as quais se requeria uma formação prática limitada à execução de tarefas mais ou menos delimitada, dispensando-se o domínio dos respectivos fundamentos teóricos; e aquele das profissões intelectuais para as quais se requeria o domínio teórico amplo a fim de preparar as elites e representantes da classe dirigente para atuar nos diferentes setores da sociedade (SAVIANI, 2007, p. 193).

O trabalho possui em sua história um significado ligado ao sofrimento<sup>1</sup>. Como colocado por Albornoz (1994), a palavra trabalho em português é originária do latim e significa *tripalium*, sendo este um instrumento utilizado para moer, rasgar, bater cereais. A

---

<sup>1</sup> Relembrando Adam Smith, o trabalho é um castigo ao homem porque na concepção deste filósofo é possível compreender que o fruto do trabalho enquanto suor que escorre pelo rosto é também sofrimento. Smith referencia o Gênesis: “ganharás o pão com o suor do teu rosto”.

maioria dos dicionários traz a palavra *Tripalium* como instrumento de tortura. Porém, para Albornoz,

Ainda que originalmente o *Tripalium* fosse usado no trabalho do agricultor, no trato do cereal, é do uso desse instrumento como meio de tortura que a palavra trabalho significou por muito tempo – e ainda conota – algo como padecimento ou cativoiro. (ALBORNOZ, 1994, p. 10).

Com o desenvolvimento do capitalismo, que é acima de tudo um sistema social histórico, surgem trabalhadores livres, ainda que pertencentes ao interesse social burguês, e conseqüentemente um novo paradigma de trabalhador. Trata-se da despersonalização deste, do fazer tecnicista, da divisão social de classes, gerando assim alienação no trabalho, competitividade, individualização.

A divisão de classes configura a alienação no trabalho, pois torna o homem unilateral, não compreendendo o processo do trabalho em sua totalidade. É nesta incompreensão que se percebe o trabalhador e a trabalhadora da saúde desmotivado em seu fazer técnico, algo que realiza de forma rotinizada, e, portanto, de forma maquinal, sem refletir o processo em si, sem o exercício da criticidade.

Alienar-se é, em última análise, vivenciar o mundo e a si mesmo passivamente, receptivamente, com o sujeito separado do objeto (FROMM, 1964, p. 50). Partindo desse pressuposto, ainda que Marx traga a ideia de alienação decorrente da divisão social do trabalho nos primórdios do desenvolvimento do capitalismo, compreendemos o quão atual são essas ideias quando percebemos a profissional enfermeira tendo de dar conta de um sem-número de atendimentos, com poucos profissionais para atender uma grande demanda; quando percebemos quão rotineira passa a ser sua atividade, e de forma tão fragmentada que o isenta do pensar, sendo que é necessário produzir, ou seja, prestar atendimento a todos, de forma mais quantitativa que qualitativa.

Na concepção de SORDI, BEGANATO (1998), toda formação profissional possui estreita relação com o mundo do trabalho, submetendo-se assim as exigências mercadológicas cada vez mais competitivas, possibilitando acesso aparentemente universal à informação devido às tecnologias.

Percebe-se a supervalorização da tecnologia e o avanço da globalização. E no discurso tecnológico e global do novo capitalismo o lema é mova-se, inove, faça e de certa forma essa implicação do fazer se torna técnico porque é parte de uma ideologia. No cotidiano, essa instrumentalização técnica se faz cada vez mais presente e na área da enfermagem se fortalece a questão ligada ao fazer técnico. A profissional enfermeira deve possuir domínio do fazer

técnico, o que o leva a esquecer-se por vezes que essa ação do saber cuidar, do contato humano, da compaixão pelo outro é sua essência enquanto enfermeiro e o sentido do seu trabalho.

A Enfermagem pré-profissional é uma prática social que nasceu vinculada às atividades domésticas, à mercê exclusivamente do empirismo das mães de família, de monjas ou escravos. Para compreender esta ideia retomamos o sentido próprio da palavra *nurse* (enfermagem) que é originado do verbo *to nurse*, que significa nutrir, sendo a enfermeira, portanto, aquela que nutre, cuida das crianças e, extensivamente, aquela que assiste o doente. Por ser empírica, de caráter predominantemente manual, e ser realizada por mulheres, vem a configurar-se historicamente, portanto, um “trabalho isento de prestígio social”. Historicamente, na visão cristã durante a idade média, destinou-se às mulheres o cuidado, a manutenção dos doentes e a organização do ambiente, por serem atividades consideradas de menor importância. Feita essa consideração, conclui-se porque a prática médica e da enfermagem se articulam de forma assimétrica, sendo que a primeira colocou-se historicamente dominante em relação à segunda (PADILHA et.al, 2011).

E ainda conforme as autoras, a Reforma Protestante do século XVI teve papel preponderante no declínio da enfermagem, pois ocasionou a saída das cuidadoras religiosas dos hospitais. Sem ter quem substituísse as cuidadoras religiosas, foram recrutadas mulheres nas ruas e nas prisões. Assim, a prática de educar meninas para o trabalho de enfermagem, pelas religiosas, foi perdida.

Nesse período o trabalho era exaustivo, com extensas jornadas de 12 a 16 horas diárias, falta de organização e precarização do ambiente, além de escassa remuneração. Essa característica histórica, tão fortemente ligada à conduta moral, somando-se a feminilização da profissão, repercute ainda na atualidade, onde é notoriamente certa a desvalorização da categoria. Até pela banalização do cuidado do outro doente, como algo que pode ser realizado por qualquer pessoa.

Tal fase de decadência dos padrões assistenciais de enfermagem perdurou até a revolução capitalista, quando “alguns movimentos reformadores, que partiram principalmente de iniciativas religiosas e sociais, tentaram melhorar as condições do pessoal a serviço dos hospitais” (PAIXÃO, 1979; GEOVANINE et. Al, 2005 apud Padilha et.al, p. 137,2011).

O estigma adquirido nessa fase acompanhou a enfermagem no mundo durante longo tempo e, hoje e dia, ainda produz seus reflexos na profissão. No Brasil, esse fenômeno, que fora provocado na Europa pelo movimento religioso protestante, não aconteceu simultaneamente, mas certamente teve consequências. O preconceito e a baixa valorização da enfermagem atravessaram o oceano e aportaram no Brasil em

caravelas, assim como tudo de positivo e negativo que as colonizações europeia e africana trouxeram para o País (PADILHA, 2011, p. 140).

A enfermagem se consolida como profissão na última metade do séc. XIX, na Inglaterra, com Florence Nightingale, atendendo as necessidades sentidas pela sociedade na época, e da nova concepção que se formava sobre os hospitais. Importante lembrar que isso ocorre no período em que o capitalismo se instala como modo de produção e que a burguesia eleva-se ao poder. A atenção era hospital ocêntrica, trazendo a medicina e a enfermagem num mesmo espaço geográfico e como objeto de trabalho o paciente.

Florence Nightingale, junto ao Hospital Saint Thomas, criou a primeira Escola de Enfermagem, trazendo como fundamento da profissão o elemento disciplinar. A intenção era substituir a precarização do cuidado, dando à profissão status de ciência. Com isso selecionam-se alunas em sua maioria de classe média, alta e procedentes da burguesia, que, em suma, desprezavam o trabalho manual. Percebe-se a ideologia interiorizada na sociedade que destina o trabalho manual à classe dominada, e o trabalho intelectual à classe dominante, perpassando pela escola. As enfermeiras eram preparadas para atividades de gerenciamento e ensino (*ladies-nurses*), e as que, em geral, eram de classes inferiores, eram preparadas para o cuidado manual, ligadas diretamente ao paciente (*nurses*). Esse modelo mantém-se na contemporaneidade.

No Brasil, o ensino da profissão se dá no final do séc. XIX com a criação da Escola de Enfermeiros e Enfermeiras do Hospício Nacional de Alienados, em 1890 e início do séc. XX, com a Escola de Enfermagem Anna Nery, vinculada a então Universidade do Brasil, seguindo o modelo nightngaleano (PADILHA et.al,2011).

O modelo nightngaleano teve como proposta inicial a moralização da profissão, introduzindo mulheres de classe alta na enfermagem. Usou a disciplina e o preconceito para adequar-se às exigências do padrão burguês, promoveu a divisão do trabalho, caracterizando como inferiores às habilidades manuais que aproximavam o enfermeiro do enfermo [...]. Serviu como suporte do desenvolvimento da medicina como ciência. (GEOVANINI, 2002, p.295).

Nota-se que a Enfermagem surge historicamente como uma profissão não ligada ao conhecimento científico. Os trabalhadores não tinham formação específica para o exercício profissional, nem a sociedade dispunha de tal formação. O trabalho se configurava pelo fazer

manual, a partir de saberes do mundo vivido, que se constituem desde o plano cultural até o plano religioso, através de magias, rituais e entre ações curativas.

Hoje existe todo um movimento em prol da formação e capacitação para o exercício profissional, no qual cada vez mais os profissionais da enfermagem buscam a capacitação contínua, objetivando o aperfeiçoamento técnico-científico.

É um histórico no qual a ação do trabalho de enfermagem migra de um campo essencialmente do cuidado primário e de um cuidado que não se dissociava das vivências, experiências e credences, para um campo especificamente técnico que também não se dissocia dos aspectos culturais e sociais, traz em seu bojo uma intrínseca relação com a educação e, logo, com processos de formação específicos.

## **2.2 Práticas educativas de formação complementar em saúde: Educação em Serviço, Educação Continuada e Educação Permanente**

O conceito de formação complementar vem evoluindo ao longo dos anos, se transformando e sendo acrescido de informações, acordando com a situação socioeconômica e política vivenciada no país. Com essa evolução surgiram diversos conceitos que são empregados para caracterizar a educação em saúde, como educação em serviço, educação continuada e educação permanente.

A Educação em serviço foi o primeiro termo empregado, concordando com as Conferências Nacionais de Saúde, em especial nas décadas de 60 e 70, como forma de adaptação dos profissionais às necessidades de saúde nos serviços públicos (OLIVEIRA; FERREIRA et. al., 2011). Tratava-se, então, de um conceito utilizado num sistema de práticas educacionais devidamente planejadas objetivando auxiliar o funcionário a exercer sua função mais eficientemente a fim de atingir os objetivos das instituições em que estava inserido. Conforme Farah (2003):

Esse tipo de educação ainda é muito utilizado na capacitação dos profissionais de saúde, porque tem como finalidade principal os interesses da instituição, deixando em segundo plano o interesse dos profissionais. Dessa forma são mais usados os treinamentos, pois estão mais centrados na técnica (habilidades), do que nos conhecimentos teóricos a serem adquiridos. A educação em serviço objetiva o desenvolvimento profissional, provendo os serviços de profissionais mais capacitados para o trabalho. (FARAH, 2003, p. 123-125).

Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da lei 8.080/90 (19 de setembro de 1990), tornou-se imprescindível a organização de processos educativos para atender a implantação dos princípios de integralidade. Subseqüentes a esta normatização surgem diversos programas, como a denominada educação continuada, cujo objetivo é capacitar a equipe para atender as necessidades da população.

A educação continuada “é um conjunto de práticas educativas contínuas, destinadas ao desenvolvimento de potencialidades para uma mudança de atitudes e comportamentos nas áreas cognitiva, afetiva e psicomotora do ser humano, na perspectiva de transformação de sua prática” (PASCHOAL; MONTAVANI; MÉIER, 2007, p. 480).

Compreende-se que a educação continuada é focada na concepção de educação como transmissão de conhecimentos, sendo fragmentada e voltada ao fazer técnico-científico, dando ênfase ao diagnóstico de necessidades individuais. Seguindo o pensamento de Farah (2003):

A educação continuada torna-se uma abordagem para complementar a formação dos profissionais, auxiliando-os a aproximarem-se da realidade social e oferecendo subsídios para que possam entender e atender as necessidades de saúde da população e contribuir para a organização dos serviços com as mudanças necessárias para o atendimento das demandas. (FARAH, 2003, p. 123-125)

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) normatiza a educação contínua como um processo dinâmico de ensino-aprendizagem, ativo e permanente, destinado a atualizar e melhorar a capacidade de pessoas ou grupos, em face da evolução científico-tecnológica, às necessidades sociais e aos objetivos e metas institucionais (OLIVEIRA; FERREIRA et. al., 2011).

Mais tarde surge o termo “educação permanente”, entendido como educação ao longo da vida em sua raiz pedagógica, o que, em suma, também é incorporado pela área da saúde, tornando-se parte de uma política nacional em saúde, trazendo o processo educativo no e para o trabalho, colocando assim o cotidiano do trabalho em constante análise, transformando o indivíduo sujeito da sua ação.

O termo “educação permanente” não é novo. Para podermos tratar desse tema iremos beber na fonte da pedagogia, sendo esta a primeira área do conhecimento que tratou do assunto. Seu surgimento tem como palco a França, tendo como precursores pensadores como Gaston Berger, Pierre Furter, além de Moacir Gadotti, brasileiro que se deslocou para Genebra a fim de estudar os documentos que compunham a educação permanente e após construiu sua tese de doutorado (SMAHA, CARLOTO, 2011).

Segundo Gadotti (1982, p. 61), “a ideia de que a educação permanente é um processo que deve continuar durante a vida inteira não deixa de inquietar certos espíritos tecnocratas da educação...”. A julgar pelo número de publicações a este respeito, levantadas por Pierre Richard e Pierre Paquet (1973), foram cerca de 5.564 títulos sobre a educação permanente e em seu conceito na década de 70 percebe-se o quanto o tema ganhou força na educação. Essa questão é expressa também pelo fato da UNESCO ter passado a considerar a educação permanente como “ideia mestra” de toda sua política educacional, garantindo-lhe ainda mais força.

A educação permanente traz a ideia de progresso e modernidade. No entanto, essa ideia já havia sido desenvolvida, uma vez que a educação contínua e livre pertence à história da educação, antes como um privilégio de poucos. Já no contexto da educação permanente, encerra a noção da extensão de tal privilégio, de democratização do saber.

Furter (1974) afirma que a educação permanente não era, portanto, algo novo e elaborado como uma nova filosofia ou doutrina na educação, ou seja, já era sim um conjunto de preocupações ainda convergentes, mas que mereciam um maior aprofundamento, uma proposta em discussão para uma nova sociedade. Gadotti igualmente coloca que esse termo não é recente, pois um filósofo chinês, Lao-Tsé, séculos antes de Cristo, dizia que “[...] todo ensino é interminável” (TAO TÖ KING apud GADOTTI, 1982, p. 56). Para Furter:

A Educação Permanente é uma concepção dialética da educação, com um duplo processo de aprofundamento, tanto da experiência pessoal quanto da vida social global, que se traduz pela participação efetiva, ativa e responsável de cada sujeito envolvido, qualquer que seja a etapa da existência que esteja vivendo (FURTER, 1976, p. 137).

Percebe-se o homem como um ser em contínua formação, pois cresce e se modifica ao longo da vida, elaborando constantemente sua visão de mundo. Portanto, considera-se a educação como sendo permanente, entendendo o homem como um processo contínuo e inacabado de maturidade, independente da idade, sexo e situação sócio-econômica (FURTER, 1974).

O Relatório da UNESCO “educação um tesouro a descobrir” que trago nas citações que seguem é, a saber, o inventário e resultado de uma confrontação de ideias, pensamentos, reflexões de representantes de diversos países. Conforme o Relatório (1977, p. 223), “a noção de continuidade do processo educativo não é nova. Conscientemente ou não, o homem não cessa de se instruir e de se educar ao longo de toda a sua vida”. Esse conceito de educação permanente, ou seja, ao longo da vida do homem, em primeira instância encerrava a ideia de

ser fornecida por meio da sua própria existência, suas relações sociais e, num segundo momento, então, pelas suas experiências que modelam seus comportamentos, concepções de vida e conteúdos do saber.

Gadotti (1982) expõe que a invasão da educação permanente na sociedade ocorreu devido às condições intrínsecas do indivíduo (solidão, insatisfação), necessidades individuais, sociais e políticas organizacionais, e até por situações criadas pela publicidade. Nesse contexto, em 1960 Gaston Berger lança as bases de uma filosofia de educação permanente, apresentando-a como necessidade dos novos tempos exigência da técnica.

Parece que a educação permanente surgiu também sob uma forma de organização política em virtude dos acontecimentos de 1968, que levaram milhões de estudantes às ruas, preocupando assim as autoridades internacionais tidas como responsáveis pelo “bom comportamento” da educação, provocando-as a pensar em novos modelos educacionais (GADOTTI, 1982).

Conseqüentemente, a UNESCO, o Conselho da Europa e a OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico), apresentaram novos projetos para substituir o “modelo tradicional” de ensino por um sistema de “educação permanente” (GADOTTI, 1982, p.63).

Uma nova educação fazia-se necessário para uma nova sociedade em que eram perceptíveis as mudanças culturais e o progresso tecnológico e científico que se faziam cumulativos e irreversíveis, necessitando cada vez maior conhecimento para o desempenho das atividades, bem como renovação acelerada dos conhecimentos adquiridos, a fim de adaptarem-se as mudanças. Neste sentido, a educação passaria a ser entendida enquanto processo e não como um “bem” (de possuir ou não educação), “[...] um processo em transformação graças ao qual o homem se desenvolve, informando-se e reformando-se; informando e reformando os outros e o meio em que vive” (FURTER, 1974, p. 117).

A finalidade da educação pedagógica passaria a ser a de criar possibilidades para a formação contínua do indivíduo e com isso tornar-se um agente de desenvolvimento, e não um mero receptor de informações previamente estabelecidas.

Entendida a educação como necessária para as modificações e não como técnica de adaptação, é possível ampliar a visão das práticas pedagógicas, incluindo assim aspectos informais, individuais e formais na formação humana. Diversifica-se o ensino para além da escola, e isso a educação permanente encerra a ideia da educação enquanto a própria vida. E esta ideia já era trazida pelos educadores na década de setenta e mantida na contemporaneidade quando conceituada a educação permanente.

A educação permanente parece ter a pretensão de resolver a dicotomia entre educação formal e não-formal para ceder lugar a ideia de dois sistemas de educação que se complementam e integram-se, pois ambos compreendem a vivência do indivíduo. A ideia de educação permanente surge como:

Um termo novo aplicado à *educação de adultos*, principalmente no que se referia à formação profissional contínua. Depois passou por uma *fase utópica* integrando toda e qualquer ação educativa e visando uma transformação radical de todo o sistema educativo. Finalmente, nestes últimos anos, inicia-se a elaboração de *projetos práticos* para operacionalizar o conceito ou certos aspectos deste princípio global, a fim de chegar a um sistema de *Educação Permanente* (GADOTTI, 1982, p. 63).

O caráter utópico<sup>2</sup>, porém realizável, da educação permanente está em substituir a educação centrada nos primeiros anos da existência para uma educação estendida ao longo da vida e ainda compreende o indivíduo em sua totalidade, completo, acabado, autônomo, criativo, inserido no meio social, dentre outras. Em suma, forma uma projeção da educação para acompanhar o desenvolvimento político-social.

Furter (1974) reafirma o pensamento de Gadotti (1982) quanto ao caráter utópico da educação permanente enquanto possibilidade de tornar o homem sujeito da sua história, tendo em vista o desenvolvimento. Ele apresenta em sua obra as atribuições que competem à educação permanente:

- a) Instrumentalizar a cada cidadão para aumentar-lhe a capacidade analítica, tanto em relação a ele mesmo como ao grupo a que pertence ou à situação nacional [...];
- b) Tornar as populações capazes, graças a um esforço intelectual crítico de interpretar, compreender, e, sobretudo, confrontar a realidade com os planos e projetos de desenvolvimento. Dever-se-á procurar a livre expressão, a discussão coletiva, as trocas de opinião para criar hábito da síntese e da integração crítica. Favorecer-se-ão os mecanismos que permitem a racionalização, a expressão e a transmissão de preocupações, necessidades e aspirações, transformando-as em valores que orientem e sustentem a mudança [...];
- c) Estimular atitudes criadoras e imaginativas que, em determinada situação, procurem todas as possibilidades existentes para suscitar fatores geradores de novos valores [...];
- d) Ensinar a organizar a vida no tempo e especialmente no tempo livre e disponível, para que este não seja mais um tempo de ociosidade. Quando as forças produtivas permitem uma liberação de tempo, o interesse da sociedade não é o de favorecer o uso desse tempo livre em atividades cívicas voluntárias, mas em atividades de repouso [...] (FURTER, 1974, p. 154-157).

Para a possível efetivação da educação permanente são necessários esforços dialógicos entre os governos e os técnicos responsáveis pela execução das políticas, entre os distintos

---

<sup>2</sup> Para o materialismo histórico e dialético, sobretudo na filosofia de Marx e Bloch, a utopia não se refere ao irrealizável, mas a utopia concreta enquanto possibilidade a ser realizada.

grupos populacionais e setores populacionais (FURTER, 1974). É perceptível que Furter, num caráter visionário, dispõe sobre o que hoje entendemos como intersectorialidade, multidisciplinaridade e controle social na saúde, que será mais bem explicitado no capítulo destinado a educação permanente enquanto Política Nacional de Educação para a saúde.

A educação permanente enquanto projeto leva também à ação, uma vez que houve uma grande mobilização dos pesquisadores, teóricos e pensadores da educação através de encontros, reuniões, seminários e ainda modelos de aplicabilidade dos princípios da educação permanente, como o projeto da “Educação Recorrente” da OCDE. O mesmo ocorre com a lei nº 71.575 de 16 de julho de 1971, instituída na França, que discorre sobre a “Organização profissional continuada no quadro da Educação Permanente”, servindo como marco importante na história da aplicabilidade deste conceito (GADOTTI, 1982).

Percebe-se na história do desenvolvimento da educação permanente que a mesma está intimamente ligada ao desenvolvimento industrial, pois a mudança imprime a necessidade de formação contínua e necessária atualização constante de conhecimentos. Para Gadotti (1982):

A exigência de uma Educação Permanente aparece em um momento em que o modo de produção industrial – seja ele controlado pelo monopólio privado ou público - precisava de um meio mais eficaz do que a educação tradicional para adaptar rapidamente os indivíduos, e mais particularmente, os trabalhadores, às tendências previsíveis da economia. Indispensável para a manutenção das sociedades em mudança, a Educação Permanente submete toda a educação à política econômica (GADOTTI, 1982, p. 86).

As exigências do desenvolvimento dinâmico social, político e cultural das sociedades, leva à necessidade de educação, não mais somente no sentido de aperfeiçoar seus conhecimentos ou satisfação pessoal, mas para fazer frente às necessidades atuais, desenvolvendo potencialidades, incorporando-se a uma sociedade educada. Nesta perspectiva, a educação não é apenas um conteúdo a se assimilar, mas, na verdade, um processo do ser, que, se utilizando de suas vivências e experiências ao longo de sua existência, analisa, critica, questiona o mundo, tornando-se sempre singular.

Segundo Faure (1977, p. 225) “[...] a educação tem lugar em todas as idades da vida e na multiplicidade das situações e das circunstâncias de sua existência. Retoma a natureza, que é ser global e permanente, e ultrapassa o limite das instituições, dos programas e dos métodos que lhe impuseram ao longo dos séculos”. Com isso, no sentido de continuidade, incorporou-se ao conceito de educação permanente a formação profissional contínua numa ótica integrada da ação educativa, e ainda, na atualidade, cada vez mais este conceito envolve o conjunto do processo educativo (FAURE, 1977).

Aprendemos ao longo de toda a vida conceitos novos que aprimoram antigos, podendo do velho nascer, portanto, o novo. O processo de aprendizagem durante todos os ciclos vitais da natureza humana, por isso entendido como educação permanente, se reveste de um conhecimento dinâmico do mundo, dos outros e de si mesmo. A educação ao longo de toda a vida não é mera adaptação necessária às reivindicações do mundo do trabalho, é condição para um domínio mais perfeito dos ritmos e dos tempos da pessoa humana (UNESCO, 2006).

Conforme Paracelso (apud Mészáros, 2007, p. 195) “a aprendizagem é a nossa própria vida, desde a juventude até a velhice, de fato quase até a morte; ninguém passa dez horas sem nada aprender”. Mészáros considera esse amplo significado de educação, em que a mesma perpassa todas as idades do indivíduo, sendo, por conseguinte, a aprendizagem a nossa própria vida, e o êxito encontrando-se em tornar consciente tal processo.

Mais tarde é perceptível que a definição de Furter será identificada na política de saúde, pois o autor traz essa ideia de desenvolvimento cultural e de responsabilidade interministerial na questão de gestão dos recursos para que seja possível a educação permanente se efetivar de fato (FURTER, 1976).

Como podemos perceber, existem vários conceitos em relação à educação permanente, que por vezes se confundem. Atravessando essas ambiguidades estão termos como: educação continuada, educação não-formal, entre outros. Contudo, independentemente do termo utilizado, seja educação continuada ou ainda permanente, entre outros, o primordial é que se efetue uma educação crítica e reflexiva, voltada ao profissional de saúde, objetivando o cuidado de si e com isso a qualidade de vida presente no conceito ampliado de saúde, melhoria das condições de trabalho e a satisfação do profissional do enfermeiro no desenvolvimento de suas atividades.

### **2.3 Educação permanente como proposta de política em Saúde**

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) percebe que a formação das equipes de saúde falha diante das necessidades apresentadas pelos serviços de saúde. A partir de 1970 decidiu trazer os problemas encontrados para um debate com a finalidade de construir um novo modelo pedagógico que viesse a sanar as dificuldades. Estando o planejamento da saúde interligado ao de recursos humanos iniciou pesquisas nos países latino-americanos objetivando encontrar soluções a cerca dos problemas de formação em saúde.

Disseminaram-se vários trabalhos na América Latina a cerca da educação permanente entendida como uma estratégia pedagógica para o desenvolvimento da relação entre trabalho

e educação. Conseqüentemente, a OPAS buscou nos relatórios da UNESCO documentos referentes à educação voltada para o mundo do trabalho, pois, como vimos, o termo educação permanente e sua raiz pedagógica já se encontram nesses documentos.

Realizada a 1ª Conferência sobre Planejamento de Recursos Humanos no Canadá, fica visível a necessidade de readequar a formação dos profissionais de saúde, pois estes não estavam correspondendo à demanda que se apresentava (SMAHA; CARLOTO, 2010). Através da III Conferência Nacional de Saúde, em 1963, se desenhava a preocupação quanto à educação dos profissionais de saúde, onde é afirmado que “o adestramento de pessoal técnico, o aperfeiçoamento e a especialização de profissionais que se dedicam ao trabalho sanitário, representam tópico de relevo no programa executado pelo Ministério da Saúde” (OLIVEIRA; FERREIRA, 2011, p.53).

Após a IV Conferência, realizada em 1967, e as demais que seguiram trouxeram as dificuldades colocadas pelos profissionais de saúde quanto aos serviços de saúde pública, o que ficou registrado nos Relatórios e Anais. Somente no ano de 1986, com a VIII Conferência, foi sugerida a criação da Conferência Nacional de “Recursos Humanos” da Saúde, onde seriam discutidas todas as questões específicas deste setor da saúde, possibilitando maior ênfase à qualidade do trabalho.

Surgiram desta Conferência diversas propostas que mais tarde serviram de base para compor a Constituição Federal do Brasil de 1988, denominada Constituição Cidadã, em que a saúde é vista como direito de todos e dever do Estado. Com esta lei, além de garantir-se o direito universal à saúde, também se apresenta a questão da formação dos recursos humanos para a responsabilidade do Sistema Único de Saúde. Surge assim o desenho da Educação Permanente de Saúde, embora não ainda com essa denominação.

O conceito ampliado de saúde que consta na Constituição Federal (1988) implica em seus fatores determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, e tudo isso compreende qualidade de vida e autonomia. Para contemplar esse novo conceito que veio em substituição ao modelo biomédico, em que as ações eram de ordem curativa, era preciso uma nova educação para subsidiar um novo sistema, salientando que os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país.

Somando a isto, surge à lei nº 8.080/1990 do SUS, que compreende esse conceito e ainda o complementa ao considerar que as ações de saúde se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social, sendo que a educação em saúde precisa contemplar estas intencionalidades para que se tornem efetivas nas práticas de saúde.

A concepção de educação em saúde assume então o conceito ampliado de saúde proposto pela Constituição Federal e a lei 8.080/1990 do SUS, entendendo a saúde como um direito universal e não mais a saúde como ausência de doença, presente no conceito biomédico.

Com a homologação da Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 e 8.142/90 para subsidiar a criação do Sistema Único de Saúde, ficou clara a necessidade de uma educação continuada para o recurso humano na área da saúde, constituindo-se então no campo da saúde o conceito de educação enquanto processo contínuo de aperfeiçoamento (SMAHA; CARLOTO, 2010).

Dentre todas as práticas educacionais na saúde, a educação permanente parece ser a que mais viabiliza e fortalece o Sistema Único de Saúde, pois busca problematizar as questões próprias do trabalho no lugar de trabalho, utilizando-se deste espaço para uma aprendizagem reflexiva e com significado, além de entender a aprendizagem como a própria vida. Com isso valoriza as subjetividades e experiências, potencializando assim a capacidade de intervenção no ambiente de trabalho através da transformação dos sujeitos e suas práticas (MOREIRA, 2010).

No Ano de 2003, o Ministério da Saúde, através do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), propõe uma política de formação em educação permanente para o SUS, portanto uma inovação no setor (MOREIRA 2010, p. 12). No mesmo ano, através da Resolução 330/2003 do Conselho Nacional de Saúde, foi instituída a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS), documento este que contribuiu para o favorecimento da criação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos para o SUS e para criar a Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde e a estratégia de Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde (SMAHA; CARLOTO, 2010).

Objetivando fortalecer o Sistema Único de Saúde, em fevereiro de 2004 foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente, através da Portaria 198/GM/MS, como proposta de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a saúde. O anexo II desta Portaria institui a educação permanente como política, destacando que “a educação permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam no cotidiano das organizações e ao trabalho” (Portaria 198/GM/MS, 13/02/2004). E ainda elucida que a Educação Permanente, na proposta de formação profissional, ocorra acordando com as necessidades reais de saúde das pessoas e da população, da gestão setorial e do controle social em saúde, tendo como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria

organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho.

A partir da Política instituída, foram implantados os Pólos Regionais de Educação Permanente para o SUS, onde a descentralização começou a ser efetivada. Pois a proposta era exatamente esta, permitir que a política de Educação Permanente fosse efetivada a partir da base. As propostas de trabalho não eram mais prerrogativas do Ministério e nem da Secretaria de Estado, mas dos municípios e das Regionais, que vivenciam e conhecem onde mais são necessárias tais ações. Por isso, os Pólos foram instituídos no país através das Regionais de Saúde, de acordo com a necessidade e condição de administração de cada estado (SMAHA, CARLOTO, 2010 s/p).

No intuito de ampliar a educação permanente em Saúde, em 2006 o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde, tendo como pauta a qualificação e a formação na Política de Saúde para trabalhar na efetivação do SUS e na garantia dos direitos de trabalhadores, prestadores e usuários da saúde (CARLOTO; SMAHA 2010).

Em 2007 a Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS), sofre alterações através da Portaria 196 do Ministério da Saúde, progredindo na estratégia de descentralização e regionalização. Entre as mudanças está a nomenclatura dos pólos, que passaram a se chamar Comissão Permanente de Integração de Ensino-Serviço-CIES.

É importante destacar que a política preocupa-se com o nível dos cursos técnicos, graduação e pós-graduação que formam os profissionais da saúde, uma vez que é necessário que estes cursos preparem os sujeitos para a realidade do Sistema Único de Saúde. Portanto, é de responsabilidade da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, junto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Para isso, cabe à Comissão Permanente de Ensino-Serviço (CIES) a atribuição de conhecer e analisar os currículos dos cursos em saúde para saber de que forma e até onde o Sistema está sendo incorporado ao conteúdo programático nas escolas.

A educação permanente reafirma a descentralização do SUS e traz a ideia de que a formação deve ocorrer de modo ascendente, transversal e transdisciplinar, através do trabalho em equipe, com forte tendência pedagógica, uma vez que coloca o aspecto ensinar/aprender considerando as subjetividades, as vivências e experiências do trabalhador para problematizar as questões pertinentes ao processo de trabalho, tornando o trabalhador protagonista das suas ações.

#### **2.4 O cuidado do(a) trabalhador(a) da Saúde**

Neste capítulo disserta-se acerca do cuidado da trabalhadora da saúde, compreendendo o cuidado como um eixo categorial da pesquisa.

Pensar o cuidado e seu sentido próprio nos leva também a pensar questões sobre que sentido é este que damos ao cuidado? Refletimos enquanto profissionais da saúde sobre o cuidado de nós mesmos? Que cuidado é esse e o que queremos proporcionar a nossa equipe de enfermagem? Faço, portanto, um esforço para tecer algumas considerações sobre tais questões que julgo essenciais para o entendimento do trabalho em enfermagem, cujo objeto é o cuidado.

O ser humano é um ser de cuidado, sua essência existe no cuidado. É, portanto, característica singular do homem colocar cuidado em tudo que projeta e faz (BOFF, 2001). Sem o cuidado, deixa-se de ser humano.

Cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato. A atitude de cuidado pode provocar preocupação, inquietação e sentido de responsabilidade (Boff, p. 91, 2001) e neste sentido o cuidado apresenta duas significações básicas interligadas entre si, pois a pessoa que cuida se sente envolvida afetivamente com o ser que é cuidado, do contrário existiria a indiferença resultando na negligência e incúria por sua vida e destino e conseqüentemente morte do amor e cuidado.

Tomando como referência Martin Heidegger, Boff (2000) afirma que a base da existência é seu ser-no-mundo-com-outros. Por conseguinte, esse ser no mundo é mais abrangente do que uma mera determinação geográfica. Significa, portanto, uma maneira de existir, uma forma de estar presente e de inter-relação com o real, onde o ser humano vai construindo sua própria identidade juntamente com os outros que compartilham do mesmo ser-no-mundo.

Cuidado, é a totalidade das estruturas ontológicas do *Dasein* (ser-aí) como ser-no-mundo: em outros termos, encerra todas as possibilidades da existência que estejam circunscritas às coisas e aos outros. Cuidado representa uma situação que não se limita apenas a um sentido ôntico, mas também ontológico, ou seja, o cuidado extrapola a vertente teórica ou prática e considera o seu ser, o sentido da realidade (HEIDEGGER, 1995).

Heidegger nos fala de um cuidado autêntico, assume o termo *sorge = cura*, preocupação. Este é o que unifica realidade e possibilidade, mas uma possibilidade enquanto condição humana, ou seja, não confere só teorização sobre a ação humana, mas configura comportamentos e atitudes do homem. Teoria e prática são possibilidades ontológicas de um ente cujo ser deve determinar-se como cura (SILVA; OLIVEIRA et al., 2009, p. 698).

Na fábula de Higino (Mito do Cuidado), Heidegger traz um testemunho pré-ontológico da sua analítica existencial do cuidado, onde em sua frase final ele considera que como foi a cura/cuidado quem primeiro formou o homem, ele deve pertencer a “cura” enquanto viver. Esta frase do testemunho pré-ontológico, como afirma Heidegger (1995),

Adquire um significado especial não somente pelo fato de ver a cura como aquilo a que pertence à presença humana enquanto vive, mas porque essa primazia da cura emerge no contexto da concepção conhecida em que o homem é apreendido como o composto de corpo e espírito [...] este ente possui a *origem* de seu ser na cura [...] esse ente não é abandonado por essa origem, mas, ao contrário, por ela mantido e dominado enquanto for e estiver no mundo. (HEIDEGGER, 1995, p. 264)

O tempo é essencial para entender onde é que a cura faz parte do ser humano, pois o ser-do-homem só existe enquanto ser temporal. Portanto, o cuidado é o responsável por reunir os diversos momentos do ser-aí (o homem e sua relação com o mundo, determinado no cotidiano no seu modo de ser) existente no mundo, ou jogado no mundo, como entende Heidegger, conferindo-lhe a totalidade ao ser-aí, que existe. “Significa uma forma de ex-istir e de co-existir, de estar presente, de navegar pela realidade e de relacionar-se com todas as coisas do mundo. Nessa co-existência e com-vivência..., o ser humano vai construindo seu próprio ser, sua autoconsciência e sua própria identidade” (Boff, p.92, 2001).

O cuidado do ser-aí é dinâmico, que reúne a si próprio certa incompletude e a necessidade de buscar sua auto-realização enquanto existir, sendo neste contexto que a identidade do indivíduo é construída na coexistência e na inter-relação com o mundo. O cuidado é compreendido como o modo positivo de cuidar os entes, portanto, desvelo, inquietude e afeição pelo outro.

Através da fábula de Higino sobre o cuidado, analisada por Heidegger, é nítida a relação do cuidado enquanto constituinte do ser humano, devendo então, ser definido como um ser-de-cuidado. Para Heidegger o cuidado vem *a priori*, pois para as coisas serem no tempo, o cuidado se torna princípio desde o nascimento marcando a finitude do ser *para-a-morte*. O processo de cuidado na enfermagem, numa relação direta com o usuário do sistema de saúde, representa um cuidado que por vezes é imediato e técnico, portanto também posteriori. Contudo em uma dimensão ampla e filosófica do cuidado, este é *a priori*, porque o ser humano se origina do cuidado, somos todos seres do cuidado.

A partir dessa perspectiva não se pode cuidar sem considerar as determinações ontológicas, o que acontece originariamente toda manifestação ôntica do ser humano, ou seja, o ser-aí no cotidiano. Não é possível cuidar de maneira autêntica, relacionada com o ser próprio, sem assumir, de maneira livre, sua existência sem deixar de considerar as limitações.

Existem dois modos de ser-no-mundo que se dá através do trabalho e do cuidado, construindo assim, a realidade. “O modo de-ser-no-mundo pelo trabalho se dá na forma de interação e de intervenção”(Boff, p.93,2001). O homem interage com a natureza e nela intervém para tornar sua vida mais cômoda, pelo trabalho constrói seu *habitat*, transforma seu meio ao seu desejo e vice-versa, e ainda prolonga sua evolução e introduz realidades como a construção de edifícios, automóveis, redes de comunicação, etc., coisas que a evolução por si só jamais produziria (BOFF, 2001).

Primordialmente o trabalho se configurava mais pela interação que pela intervenção, pois o homem interagia com a natureza e retirava dela apenas o que precisava para sobreviver. Na medida em que foi aumentando o afã objetivista e coisificador, essa lógica de ser-no-mundo configura-se no modo de trabalho o poder de situar-se sobre as coisas para dominá-las, colocando-as à serviço dos interesses particulares e coletivos.

O outro modo de ser-no-mundo se realiza pelo cuidado, que não se opõe ao trabalho, o que muda é a relação que passa a ser de sujeito-sujeito e não mais sujeito-objeto como requer o trabalho. “A relação não é de domínio *sobre*, mas de convivência” (Boff, p.95,2001).

É por meio do cuidado que o ser humano vivencia a questão do valor, não do valor utilitarista, somente para seu uso, mas do valor intrínseco dado às coisas. A partir desse valor é que surge a dimensão do respeito, da admiração, de reciprocidade e de complementaridade. A centralidade não é mais ocupada pelo *logos* (razão), mas pelo *phatos* (sentimento).

O grande desafio para o ser humano é combinar trabalho com cuidado, sendo que eles não se contraponham, mas se complementem e juntos componham a integralidade da experiência humana, reunindo a materialidade e a espiritualidade. Vale ponderar que as pessoas, em conformidade com o capitalismo, vivem escravizadas pelo trabalho produtivo, racionalizado, objetivado, despersonalizado, submetidos à lógica da tecnologia e nesse sentido, o modo- de-ser-trabalho-dominação, sucumbindo assim o modo-de-ser-cuidado e com isso ferindo a essência humana (BOFF, 2001).

Colocar o cuidado na centralidade não significa deixar de trabalhar, mas sim uma forma diferente de entender e de realizar o trabalho, não de forma reducionista que reduz tudo a coisas, desconectado da subjetividade humana como dita o capitalismo. É importar-se mais

com o outro e consigo na realização de suas tarefas, fazendo o resgate da condição de apenas ser humano, e que, portanto, merece e precisa ser cuidado.

Percebe-se que o cuidado é inerente ao ser humano e o acompanha enquanto existir. Como coloca a fábula de Higino, é a forma humana de ser. Cuidar significa assistir o ser humano em suas necessidades básicas e este é o caráter universal do cuidado. O que a profissionalização do cuidado objetiva é transformar essa capacidade do humano em habilidades técnicas para suprir a necessidade de cuidado apresentada pelo outro.

O cuidado em enfermagem possui na sua amplitude o componente humanístico ao promover a continuidade da espécie humana saudavelmente humanizada desta geração e das seguintes. Além deste aspecto humanístico, insere-se no contexto da liberdade e da autonomia, tanto no âmbito individual quanto no âmbito universal, pois o cuidado de enfermagem deve ser um suporte para viver bem, promovendo condições para uma vida saudável e em benefício do bem comum (SOUZA et al., 2005, p. 268).

O cuidado foi se ressignificando ao longo do tempo, uma vez que depois de Cristo caracterizava-se por seu sentido religioso, de solicitude, prestar ajuda e conforto espiritual, na Idade Antiquidade ligado ao misticismo, à divindade. No Cristianismo, o cuidado com o corpo ainda não era objeto de atenção. Nos séc. XII e XVIII é que ressurgiu o interesse material e com isso o cuidado foi prestado com a finalidade de alívio do sofrimento. Desenvolveu-se a medicina e com ela o corpo passou a ser motivo de preocupação. Então o cuidado veio a ser valorizado, auxiliando assim na cura (WALDOW, 2010).

E ainda, para a autora, é com o advento do capitalismo que o corpo passou a ser considerado fonte de lucro, tanto por parte de quem cuidava, para desenvolver atividades necessárias para tratar o dano, como de quem era cuidado para retornar ao trabalho, pois foi considerado força de trabalho.

Quanto ao ensino, os livros *Fundamentos de Enfermagem* e os *Manuais técnicos de Enfermagem*, que continham basicamente técnicas que deveriam ser treinadas e executadas, exigências quanto à destreza manual, capacidade de memorização, postura corporal no desenvolvimento dessas, sendo, portanto, imprescindíveis e que toda enfermeira deveria dominar, além de claro rigor no capricho, organização e perfeição, sendo, portanto enfática a técnica a ser executada. (WALDOW, 2010).

Existe uma grande preocupação em torno da habilidade técnica, do uso da própria tecnologia, o que nos remete a própria história da Enfermagem e que se encontra fortemente inserida nas organizações de saúde, valorizando o modelo biomédico, os protocolos, as

normas institucionais que robotizam cada vez mais as ações, o que parece contribuir para a dualidade do significado do cuidar, trazendo contradições entre teoria e prática, quanto ao cuidado humanizado, cuidado integral que permeiam os discursos institucionais e as políticas de saúde.

Por volta da década de 1950, a enfermagem passa a nortear-se por princípios científicos e os cuidados de enfermagem, comumente denominados de técnicas de enfermagem, passam a adquirir *status* de cientificidade, não mais manuais empíricos como eram realizadas. É nessa década que se transforma o cenário da enfermagem nos Estados Unidos, influenciando a enfermagem brasileira devido a introdução de tecnologias mais complexas, transformando também assim mais complexas as práticas profissionais. Mais tarde, em 1960 e 1970, surgem as “teorias de enfermagem” com a finalidade de humanizar a assistência e o cuidado, mas é em 1970 que se tornaram fonte de interesse. Em sua maioria, essas teorias de enfermagem eram desenvolvidas por enfermeiras americanas, enfatizando o modelo biomédico, que mesmo utilizando o método positivista consideravam-se “holísticas”, de forma que era absolutamente contraditório. Entre elas então se incluem o *Processo de Enfermagem*, o que na atualidade, de forma mais sofisticada, é aplicado nas instituições de saúde como aporte para os profissionais (WALDOW, 2010). Para a autora:

O paradigma dominante que ainda prevalece é a valorização do aspecto biológico, a tecnologia e a produtividade. Por outro lado, parece que o novo paradigma que emerge, mais humanista, priorizando a expressão dos sentimentos, as ações simples e o sujeito, surge como uma tentativa para satisfazer a uma nova necessidade (WALDOW, 2011, p. 55-56).

A tendência hoje é a discussão de abordagens mais humanistas, resgatando ou ressignificando as práticas do cuidado, não desvinculando dos aspectos técnicos nem científicos, mas priorizando o ser humano, compreendendo-o em seu aspecto integral, refletindo o modo de-ser-no-mundo-com os outros, possibilitando ao Enfermeiro discutir distintas maneiras de pensar, fazer e ensinar enfermagem.

A Política Nacional de Humanização para toda a rede do Sistema Único de Saúde – Humaniza SUS, é uma política pública que faz menção ao cuidado humanizado, inserindo em suas diretrizes, além do usuário dos serviços, também o trabalhador e a trabalhadora da saúde. Conforme essa política, “Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (MS 2004, p. 06)”.

Neste sentido, a Humanização define-se por tomar a saúde como valor de uso, fortalecer o vínculo com o usuário do serviço, garantir os direitos de usuários e familiares; aumentar a co-responsabilidade dos diferentes atores que compõem a rede SUS; fomentar a participação popular por meio das ações de controle social. Além da atenção voltada para o outro, inclui também o trabalhador, buscando a melhoria das condições para que os profissionais efetuem seu trabalho com dignidade e de forma criativa, possibilitando assim a participação como co-gestores de seu processo de trabalho.

Percebe-se que ao longo da história da Enfermagem o objetivo primordial era o cuidado prestado ao ser humano, atendendo assim suas necessidades básicas de conforto e bem-estar. Pensava-se o cuidado do outro, mas não o cuidado referente ao próprio cuidador. Compreende-se o cuidador sendo todo aquele que vivencia o ato de cuidar e expressa esta experiência em diferentes momentos e situações. Pode realizar-se com diferentes pessoas em ocasiões distintas de suas vidas (COSTENARO; LACERDA, 2002, p. 17).

O ser que é cuidado, além de receber as atenções de nível terapêutico, recebe um cuidado além de técnicas e procedimentos. É um cuidado feito com compaixão, com interesse e com carinho. O ser humano, ou seja, o ser cuidado é olhado, ouvido e sentido. Por outro lado, o ser que cuida encontra caminho para a integralização de suas ações. O ser que cuida também passa a perceber que necessita cuidar de si (WALDOW, 2011, p. 38).

Os profissionais de saúde, especialmente a enfermagem, não podem limitar sua atenção ao atendimento daquilo que é visível no corpo. Ampliar esta visão é uma necessidade, principalmente em áreas críticas onde a vivência com situação de vida-morte é sempre tão próxima. Portanto, é preciso ser oferecido aos profissionais subsídios para que compreendam aquilo que se apresenta de forma invisível aos olhos. Esta é uma forma de cuidar dos cuidadores (COSTENARO; LACERDA, 2002, p. 2).

É essencial pensar o cuidado do cuidador, e é nesse sentido que proponho um olhar voltado mais ao próprio profissional quanto às práticas educativas voltadas para o cuidado de si, com a finalidade de uma maior conscientização sobre essa temática e promover qualidade de vida desses trabalhadores na sua prática diária.

O cuidado de si é, em Foucault, “ocupar-se consigo mesmo”, tratando-se, portanto, de todo um conjunto de ocupações, sejam as ocupações de uma dona de casa, os cuidados com a governamentalidade do sujeito, os cuidados com um doente, em relação a si mesmo, etc., caracterizando-se de maneira interrelacional, que se dá no cuidado consigo e com os outros, considerando a complexidade das relações. Quanto ao cuidado do outro, pondera Foucault, “não se deve fazer passar o cuidado dos outros na frente do cuidado de si; o cuidado de si vem

eticamente em primeiro lugar, na medida em que a relação consigo mesmo é ontologicamente primária” (FOUCAULT, 2005, p. 271).

Essa reflexão de aproximação acerca do cuidado de si em Foucault como um conceito é um modo através do qual justifica apresenta-se o cuidado de si nesta pesquisa como uma categoria filosófica de análise. O cuidado de si em Foucault como um conceito é carregado de uma amplitude existencial que compreende desde a governamentabilidade<sup>3</sup> até os processos de vida coletiva e singular do ser humano em sociedade.

Ainda ao falar do cuidado de si, Foucault toma como referência alguns aspectos da cultura helenística referente ao cuidado com o corpo e o intelecto. (BILLOUET, 2003). Nessa perspectiva o cuidado de si como uma categoria de análise retoma aspectos heideggerianos, do cuidado como uma excelência em ação que produz e constitui o ser humano como um ser de cuidado, que ao mesmo tempo em que cuida é também fruto do cuidado. Numa concepção ontológica o cuidado é:

Cuidado do meu próprio estar-aí como ser-no-mundo e o dos outros em geral. O cuidar é um fenômeno ontológico fundamental, isto é, no fenômeno do cuidado o homem preocupa-se (Fürsorge) com o seu próprio existir e com o existir em geral. Isto porque o homem é um ser-no mundo que, enquanto presença, é também um ser-com os outros, o que lhe permite a abertura para a convivência. Esse fenômeno do cuidado se dá em uma temporalidade finita. (SANTOS, 2001, p.06).

No presente estudo, cuidado de si possui estreita relação com a promoção de saúde que inclua um comportamento ético pela vida, responsabilidade e preocupação com a qualidade de vida. Só desta forma é que se promove saúde (SILVA; OLIVEIRA et. al., 2009). Marques (1996) escreve que:

Quem ama se cuida e que devemos reconhecer as qualidades dos outros enquanto cuidamos das nossas. É agindo com cuidado que podemos nos tornar aptos a desempenhar posições de responsabilidade, principalmente em relação à saúde, à vida e à felicidade, pois estes resultam da obediência às leis físicas que governam nosso corpo. Desta forma devemos dar atenção e ouvir o nosso corpo, atender ao seu apelo e cuidado (apud COSTENARO; LACERDA, 2002, p. 82).

## 2.5 Breve Trajetória da Saúde do(a) Trabalhador(a)

---

<sup>3</sup> Governamentabilidade a partir de Foucault é uma estratégia através da qual o sujeito constitui modos de resistência ao governo normatizador.

O trabalho é vital para o ser humano, é uma experiência social, fator essencial na construção da identidade do sujeito, da socialização e da dinâmica das relações sociais (Cattani, 1996). Entende-se que o ciclo de vida do indivíduo apresenta-se em três importantes períodos: o de preparação para o trabalho, o de vida laborativa e o de aposentadoria, considerado, portanto, um elemento fundamental para a saúde. Todavia, a forma como esse trabalho está organizado na sociedade contemporânea e é executado por grande parte dos profissionais, tende a gerar efeitos contrários da ideia de trabalho enquanto fonte de prazer, de identificação e de realização profissional, como a exemplo dos acidentes de trabalho, do adoecimento e até mesmo da morte.

É importante destacar que a organização do processo de trabalho nos moldes ditado pelo capitalismo colabora para o des(cuidado) de si, sendo que as vezes é necessário atender uma grande demanda sem infra-estrutura adequada, com pouco recursos humanos, num menor tempo possível, para atingir uma produção adequada. Nestas condições de trabalho há dificuldade do trabalhador agir de forma segura e com responsabilidade social, frente aos riscos aos quais está exposto, inclusive de acidentes de trabalho.

Sabe-se que desde os primórdios, como na época do império grego e romano, de forma muito restrita, já havia referências sobre o processo saúde, doença e trabalho, tendo-se relatos de que escravos e servos sofriam acidentes de trabalho. Contudo, é na Idade Média, onde se tem a expansão das atividades comerciais e a revolução industrial burguesa a partir de 1870, que o tema se tornou mais frequente (OLIVEIRA; SANTOS et.al, 2013). As condições de trabalho eram demasiadamente subhumanas, degradantes, havendo pouca garantia pelas vidas, saúde, e melhorias de ordem profissional e social.

Como resposta humanitária e como parte do Tratado de Versalhes, que pôs fim a I Guerra Mundial, em 1919 surge a Organização Internacional do Trabalho (OIT). A OIT desempenhou um papel preponderante na definição de uma legislação trabalhista internacional e na elaboração de políticas econômicas, sociais e trabalhistas. Em 15 de janeiro de 1919 foi promulgada a Lei nº 3.724, a primeira contra acidentes de trabalho, que estabelece o seu conceito e a conduta a ser adotada após a ocorrência destes e questões indenizatórias (RIBEIRO, 2008). No Brasil, a OIT mantém representação desde a década de 1950, desenvolvendo programas e atividades em conformidade com os objetivos da Organização ao longo de sua história (OLIVEIRA; SANTOS et.al, 2013).

Cito, dessa Lei, o TÍTULO IDOS ACCIDENTES NO TRABALHO (Ribeiro, 2008,p.29):

**Art. 1º** Consideram-se acidentes no trabalho, para os fins da presente lei: a) o produzido por uma causa subita, violenta, externa e involuntária no exercício do trabalho, determinando lesões corporais ou perturbações funcionais, que constituam a causa única da morte ou perda total, ou parcial, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho;

b) a molestia contrahida exclusivamente pelo exercício do trabalho, quando este for de natureza a só por si causá-la, e desde que determine a morte do operário, ou perda total, ou parcial, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

Em seu art. 2º traz que no acidente ocorrido nas condições especificadas anteriormente o patrão passa a responsabilizar-se pelo pagamento indenizatório ao operário ou à família.

Quanto ao cálculo indenizatório, passa a ser feito com base nos problemas apresentados ao trabalhador, gravidade destes para o mesmo e conseqüentemente para o processo de trabalho, ou seja, incapacitando-o temporariamente ou definitivamente da atividade funcional. Neste sentido, deveria ser pago unicamente pelo empregador, devendo este custear todas as despesas, sendo elas de ordem médica, farmacêutica ou hospitalar, do acidentado. Em casos de incapacidade funcional permanente, são somados os salários correspondentes a três anos de trabalho. Em casos de ocorrência de acidentes culminando em suspensão do trabalho, deveria ser chamada a autoridade policial, que deveria comparecer ao local para lavrar o auto da ocorrência (RIBEIRO, 2008). Nota-se que ao longo da história a saúde do trabalhador brasileiro sempre esteve agregada às questões relacionadas à previdência social.

Historicamente, no Brasil, a preocupação com as questões relativas à saúde do Trabalhador reproduziram o movimento pós-revolução industrial, percebidas as condições degradantes das quais se encontravam os trabalhadores, sem mínimas condições de higiene, exploração da mão-de-obra de crianças e mulheres e extensas jornadas de trabalho. Soma-se a essa realidade um período de transformações políticas, sociais e econômicas no mundo que culminaram na luta dos trabalhadores por melhores condições de trabalho (OLIVEIRA; SANTOS et. al, 2013).

A partir da década de 60, o governo, no intuito de desestabilizar as forças sindicais, interviu de forma decisiva na segurança e saúde do trabalhador, regulamentando a questão do trabalho e acatando, assim, as recomendações técnicas da OIT, adaptando-as a legislação brasileira, onde se constitui como obrigatoriedade do patronato a implantação de Serviços de Segurança e Saúde do Trabalhador.

Dentre os marcos de avanço da legislação trabalhista brasileira está a criação das Normas Regulamentadoras (NRs), que regulamentam o processo de trabalho e de orientações sobre procedimentos obrigatórios de segurança e saúde do trabalhador. Aprovadas em 8 de junho de 1978 através da portaria nº 3.214, hoje totalizam 36 normas regulamentadoras -

NRs, sendo o cumprimento dessas de caráter obrigatório pelas empresas brasileiras regidas pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

Os profissionais da área da saúde não eram considerados grupos de alto risco para os acidentes ocupacionais (OLIVEIRA; SANTOS et.al2013), até que a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) se expandiu, tornando-se uma pandemia. Alguns profissionais de saúde foram contaminados pelo vírus da AIDS, o HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), no processo de trabalho. Esses casos foram confirmados e descritos pelo *Centers for Disease Control- CDC Atlanta*, constatando-se 52 casos de soro conversão após exposição ocupacional, sendo que o primeiro caso, de tipo perfurocortante, ocorreu em 1984 nos Estados Unidos e, a partir daí houveram outros registros (Sarquis; Felli, 2002). A transmissão do HIV em profissionais de saúde foi associada, principalmente, aos acidentes com instrumentos perfurocortantes (idem, 2002, p. 222,). A partir daí a *Centers for Disease Control Prevention (CDC)* criou as medidas-padrão que devem ser adotadas para todos os pacientes independentemente do diagnóstico, trazendo como recomendação o uso de aventais, óculos, luvas, enfim equipamentos de proteção individual, além da lavagem de mãos (OLIVEIRA, SANTOS et.al2013).

O advento da AIDS, que gerou um temor social, e a compreensão da susceptibilidade dos profissionais de saúde de serem contaminados no exercício de sua função, propiciaram profundas discussões técnicas, corporativas e acadêmicas que levaram à necessidade de uma Norma Regulamentadora que especificasse os riscos aos quais estavam sujeitos os profissionais da saúde, tais como riscos biológicos, agentes químicos e acidentes com materiais perfurocortantes, sendo criada assim a NR32, aprovada no dia 29 de setembro de 2005 pela Comissão Tripartite Paritária Permanente (CTPP), composta por representação do governo, trabalhadores e empregadores.

Nesse contexto, a OIT aprova, em sua 99ª Sessão, em 2 de junho de 2010, a RECOMENDAÇÃO 200/2010 – sobre o HIV e a AIDS e o Mundo do Trabalho, onde dispõe no item n.31 sobre as medidas de segurança para a prevenção da contaminação do vírus,

As medidas de segurança e saúde destinadas a prevenira exposição dos trabalhadores ao HIV no trabalho devem incluir precauções universais, medidas de prevenção aacidentes e riscos, tais como medidas organizacionais, controles de técnica e métodos de trabalho, equipamento deproteção individual, quando apropriado, medidas de controleambiental e profilaxia posterior à exposição, além de outras medidas de segurança para minimizar os riscos de contrair o HIV e a tuberculose, em particular nas ocupações de maior risco, inclusive no setor de assistência à saúde (OIT, 2010, p. 22).

A prevenção de acidentes de trabalho é à medida que pode mais significativamente diminuir essa exposição ocupacional aos riscos biológicos aos quais está exposto diariamente o trabalhador e a trabalhadora da saúde, devido aos mesmos trabalharem com objetos perfurocortantes, que contribuem para a maior exposição a sangue e fluidos (SARQUIS, FELI, 2002), apesar da possibilidade de prevenção desses acidentes pelo uso de medidas-padrão. Contudo, observa-se que nem sempre as recomendações são adotadas ou são de fácil uso, pois é alto o índice de acidentes de trabalho, com graves consequências. É urgente e necessária a conscientização através de práticas educativas para que os trabalhadores possam trabalhar com segurança e encontrar soluções na sua prática diária (idem).

A nova política de saúde trazida pelo Sistema Único de Saúde, conforme a Constituição Federal de 1988 e as Leis nº8.142/ 0 e nº 8.142/90, prescreveu a “saúde como um direito de todos”. Considerando-a um direito fundamental, deverá ser de garantia universal e neste sentido vai além dos direitos previdenciários – trabalhistas, superando assim o conceito de saúde ocupacional, que era baseado no modelo biomédico.

A lei 8080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, no capítulo I, Dos objetivos e atribuições, art. 6º, insere a saúde do trabalhador dentre as prioridades de atenção do Sistema único de Saúde, e define Saúde do Trabalhador como:

Um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASÍLIA, 19 de set. de 1990).

A referida lei considerou ainda atribuição do SUS participar do processo de fiscalização dos processos produtivos que apresentam riscos a saúde dos trabalhadores.

A Portaria 3.908, criada pelo Ministério da Saúde, datada de 30 de outubro de 1998, institui a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (Nost), encontrando-se previstas diretrizes para a realização de ações, muitas delas concordando com as diretrizes norteadoras do SUS, a saber, universalidade e equidade; integralidade das ações; controle social da participação dos trabalhadores desde o planejamento até a avaliação das ações efetuadas; utilização da Vigilância Epidemiológica e avaliação dos riscos aos quais estão submetidos os trabalhadores para planejamento de ações; definição da saúde do Trabalhador como “um conjunto de ações de vigilância e assistência, visando à promoção, proteção e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos decorrentes do processo de trabalho”. Para o

cumprimento dessas diretrizes, a portaria recomenda a criação de unidades especializadas de referência em saúde do Trabalhador (Brasil, MS, 2001; Silva, 2010 apud LACAZ, 2010).

A Rede Nacional de Atenção Integral à saúde do Trabalhador foi criada pelo Ministério da Saúde a partir da Secretaria de Assistência à Saúde através da publicação da Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002 (SANTOS, LACAZ 2011), e posteriormente ampliada pela Portaria nº 2.437 de 7 de dezembro de 2005. Esta rede de atenção deve ser articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Previu a implantação de ações na rede básica de saúde, inclusive Estratégias de Saúde da Família e em Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, hoje denominados CEREST, pela mesma portaria de 2005 (RIBEIRO, 2008).

Conceitualmente, a RENAST é uma rede nacional de informação e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção da saúde, no SUS, na perspectiva da Saúde do Trabalhador. A compreensão do processo saúde-doença dos trabalhadores, que norteia a RENAST, está baseada no enfoque das relações Trabalho-Saúde-Doença e da centralidade do trabalho na vida das pessoas, desenvolvido pela epidemiologia social. A RENAST integra e articula as linhas de cuidado da atenção básica, da média e alta complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar, sob o controle social, nos três níveis de gestão: nacional, estadual e municipal, tendo como eixo os CRSTs (DIAS; HOEFEL, 2005, p. 822).

Esta portaria trouxe como principais medidas a criação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador. Dentre suas atribuições destacam-se as de:

Prover suporte técnico adequado às ações de assistência e vigilância em saúde do trabalhador; recolher, sistematizar e difundir informações de modo a viabilizar as ações de vigilância, facilitar os processos de capacitação e educação permanente para os profissionais e técnicos da rede do SUS e o Controle Social (DIAS; HOEFEL, 2005, p. 822).

A RENAST, a partir de 2003, foi implementada como a principal estratégia da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST), pela coordenação de Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde para o Sistema Único de Saúde. Foi, portanto, organizado um suporte técnico estadual para garantir o processo de institucionalização da RENAST nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. No âmbito do Ministério da Saúde, mais especificamente na Atenção Básica, buscou-se fortalecer a articulação intersetorial envolvendo o Ministério do Trabalho, Emprego e Previdência Social. Outra medida tomada foi à implementação de um amplo processo de capacitação nos Estados e municípios,

articulando essas ações com a Secretária de Gestão do Trabalho em Saúde (SGETES), pólos de educação permanente, de universidades e instituições de ensino. Para a viabilidade desse projeto, foi organizada uma rede de centros de colaboradores em Saúde do Trabalhador no SUS, a fim de fornecer apoio a essas capacitações, assessoria técnica e produzir conhecimentos necessários ao desenvolvimento das práticas (DIAS; HOEFEL, 2005).

Quanto à educação permanente da equipe técnica do CEREST, esta constitui uma das diretrizes da Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores conforme a Política de Formação e Desenvolvimento de Trabalhadores para o SUS, definida pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde.

A RENAST não é considerada um “modelo” de atenção, uma vez que é incorporada pelo Sistema Único de Saúde, organizada segundo seus princípios de Universalidade de acesso, Integralidade de atenção com equidade, Controle Social e suas diretrizes. Compreende a territorialidade, de forma regionalizada e hierarquizada, possui enfoque na prevenção de saúde e contempla, em especial, a Atenção Básica de Saúde. Os trabalhadores sempre foram os usuários do Sistema Único de Saúde. Assim, o objetivo principal da RENAST é qualificar a atenção voltada a Saúde do Trabalhador, fazendo com que o sistema como um todo funcione nesta perspectiva.

Inserir-se na proposta da RENAST também a ação de coletivizar a questão dos acidentes de trabalho e adoecimentos relacionados ao trabalho por meio das notificações dessas ocorrências no sistema de informação, possibilitando assim a identificação dos fatores de risco e com isso o planejamento das ações da vigilância (DIAS; HOEFEL, 2005).

Os registros e notificações são de cunho obrigatório para que seja assegurado ao trabalhador o direito de ser assistido pela Previdência Social no recebimento do benefício acidentário e na recuperação de sua saúde após o acidente de trabalho ou doença ocupacional. A obrigatoriedade do registro dos eventos foi estabelecida pelo Ministério da Previdência Social em 24 de julho de 1991, através da Lei 8.213 (BRASIL, 1992), alterada pelo Decreto nº 611, de 21 de julho de 1992 (BRASIL, 1992b), no artigo 19º, e conceitua legalmente o “acidente de trabalho como aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou ainda, pelo exercício de trabalho dos segurados especiais, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução da capacidade para o trabalho, permanente ou temporária”. Podem-se considerar ainda como acidentes de trabalho os acidentes de trajeto, os acidentes típicos e as doenças do trabalho.

A doença profissional é o agravo decorrente do exercício da atividade peculiar inerente ao processo de trabalho. Neste caso o trabalho é o agente causal. Se eliminada a causa, o

agravo poderá ser completamente prevenido. Já as doenças do trabalho são os agravos oriundos das condições em que o trabalho é efetuado. Portanto, o trabalho transforma-se em um dos fatores de risco para o agravo da doença, e neste caso faz-se necessário estabelecer onexo causal, a partir de dados epidemiológicos. Sendo assim, cessando o fator de risco será possível diminuir a incidência do agravo ou modificar a evolução da doença (RIBEIRO, 2008).

A Atenção Básica, por ser a porta de entrada do sistema, favorece o reordenamento das ações de saúde na atualidade. É por meio desta estratégia que é possível otimizar a saúde, minimizando as desigualdades populacionais, garantindo a equidade e a universalidade no acesso. Além disso, dá ênfase a prevenção de doenças e não só ao tratamento destas, bem como direciona as situações/problemas aos níveis de maior complexidade. Vale considerar, que com o crescimento do trabalho informal e domiciliar, a Atenção Básica de Saúde possui meios de acesso que favorecem o acompanhamento desses trabalhadores.

O acolhimento dos trabalhadores na porta de entrada do sistema, a investigação do trabalho como fator determinante dos processos saúde-doença e avaliação e manejo das situações de risco no trabalho, incorporando o saber do trabalhador, sob o controle social, são possibilidades concretas na Atenção Básica de Saúde. Entretanto, para que isto se efetive, não basta acrescentar mais uma atribuição às já sobrecarregadas equipes de trabalho. É importante que as tarefas sejam redefinidas e redimensionadas, as equipes capacitadas e garantidos os procedimentos de referência e contra-referência (DIAS; HOEFEL, 2005, p. 824).

Resumidamente, as ações de Saúde do Trabalhador abrangem a assistência aos agravos, Vigilância Epidemiológica (da situação da saúde dos trabalhadores), Vigilância ambiental (da situação ambiental), Vigilância Sanitária (do ambiente e das condições de trabalho). Estando inserida, ainda, produção, análise das informações, divulgação das mesmas, sistema de informações, ações de práticas educativas, produção de conhecimentos, todas essas ações desenvolvidas sob o controle social de forma organizada.

Considerando o trabalho essencial a existência humana, pois provê os seus meios de sobrevivência e a inserção do indivíduo no meio social, é de fundamental importância buscar a qualidade de vida no ambiente de trabalho e a proteção e prevenção de patologias que encerram as atividades específicas, por meio da Saúde do Trabalhador, que traz e fundamenta ações específicas para orientar as práticas nesta área de abordagem.

Portanto, compreende-se que existem portarias e leis que regulamentam a prática voltada a atenção a Saúde do Trabalhador em conformidade com as diretrizes que norteiam o

Sistema único de Saúde e que também é atribuição da assistência primária de saúde contemplar essa área.

Quanto às trabalhadoras das unidades de Estratégias de Saúde da Família, os riscos ocupacionais que acometem a equipe das instituições de saúde são oriundos de fatores físicos, químicos, psicossociais, ergonômicos e biológicos (MARZIALLE; CHIODI, 2006).

Os riscos podem ser considerados como probabilidade de ocorrência de um dano à saúde. Esses riscos presentes no ambiente de trabalho variam em conformidade com o tipo de bem ou serviço produzido, podendo ser amenizados por medidas de proteção individual - EPI, mas são inerentes aos processos produtivos (RIBEIRO, 2008).

Agentes físicos podem ser: ruído ou barulho; temperaturas extremas, umidade e movimentação do ar; pressão atmosférica anormal; radiação ionizantes e não-ionizantes, sendo, portanto, formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores (VIEIRA, 2005).

Quanto aos riscos químicos, são aqueles ocasionados por substâncias, compostos ou produtos químicos que entram em contato com o organismo, podendo apresentar uma ação localizada ou serem distribuídos aos diferentes órgãos ou tecidos, produzindo uma ação generalizada (idem, 2005).

Os riscos psicossociais podem relacionar-se a fadiga, tensão e estresse; a perda do controle sobre o trabalho; o impacto dos rodízios do trabalho noturno e em turnos, das horas extras, das dobras de plantão; o trabalho subordinado; a desqualificação do trabalhador; o trabalho parcelado com a fragmentação e repetição de tarefas; o ritmo acelerado de trabalho, etc. Esses riscos se relacionam diretamente as condições de trabalho em que está inserido o trabalhador e a subjetividade, ou seja, sua relação com o ambiente de trabalho (RIBEIRO, 2008).

Os fatores ergonômicos referem-se à adequação entre o homem e o trabalho, principalmente aspectos relacionados à adoção de postura inadequada e/ou prolongada durante o transporte e movimentação de pacientes, equipamentos, materiais e mobiliários não reguláveis e devido às formas de organização do trabalho onde as capacidades psicofisiológicas dos trabalhadores não são consideradas (MARZIALLE; CHIODI, 2006).

Riscos ou agentes biológicos são formas vivas ou produtos e substâncias deles derivados, tais como: vírus (Hepatite A, B, C, D; AIDS; Herpes, Papiloma-vírus e etc.); fungos (*Cândida albicans*, etc.); protozoários: *Tripanossomo cruzi* (doença de chagas), etc. (CARVALHO, 2001).

As principais vias de contaminação por agentes biológicos na área da saúde são: via cutânea ou percutânea (apresentando lesão ou não, por acidentes com agulhas ou vidraria); via respiratória (contato com pacientes portadores de doenças respiratórias transmissíveis como tuberculose e meningite) e via conjuntiva e oral (MORAES, 2008).

Além dos riscos aos quais estão expostos os profissionais de saúde, possibilitam também a ocorrência dos acidentes, as atitudes desprotegidas dos profissionais durante o desempenho de suas atividades, como, por exemplo, o não uso de luvas durante procedimentos invasivos. O que compete a profissional Enfermeira, responsável pelo gerenciamento, é a averiguação de tais práticas e com isso estratégias de enfrentamento como a forma de educação visando a conscientização voltada para o cuidado de si. O trabalho na lógica do capital, onde há a necessidade de maximização de lucros, de realizar mais trabalho em menos tempo, com pessoal de enfermagem reduzido, dividido, torna o trabalho mais penoso, menos prazeroso, não contribuindo assim para a auto-estima, a autonomia e o sentimento de identificação institucional, sendo, portanto importantes fatores que contribuem para a incapacidade de realizar o cuidado de si.

Considero relevante neste estudo à preocupação voltada ao próprio cuidador nas unidades de atenção básica, onde busco a conscientização para o cuidado de si. É necessário, portanto, compreender as condições de trabalho em que se encontra inserido o profissional de saúde, a fim de buscar alternativas de prevenção e promoção de saúde. Desse modo, trago as práticas educativas como possibilidade de conscientização da necessidade do cuidado de si e reflexões sobre as condições de trabalho.

## **2.6. O trabalho em saúde nas unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF)**

Este trabalho busca abordar a Atenção Básica de Saúde - Estratégia Saúde da Família – ESF, uma vez que esse modo de pensar a saúde é de suma importância para constituir sujeitos emancipados na sua prática cotidiana em saúde. O Programa Saúde da Família iniciou em 1994, embora se tivesse noticiado que neste mesmo ano já havia sido implantado em alguns municípios, como Niterói (RJ), em 1991; Itacarambi (MG), em 1993, entre outros. Surge com a ideia de Programa e mais tarde passa a ser uma Estratégia, e tem sido uma das prioridades dos governos federal, estadual e municipal, no sentido de buscar uma reorganização do setor saúde (MERHY et.al, 2006).

Na tentativa de conceituar a ESF de uma forma mais ampla, Andrade e Barreto et. al. (2008), a definem como:

Um modelo de atenção primária, operacionalizado mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, de reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar e consistentes com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido. (ANDRADE e BARRETO, 2008, p. 804).

A Estratégia Saúde da Família possui como objetivo geral “contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população” (BRASIL, 1997, p. 11).

Houve necessidade de pensar uma nova estratégia para a saúde, pois o modelo técnico-biológico voltado para as ações curativas não estava mais dando conta da complexidade do setor. Encontrava-se, portanto, ineficiente, havendo insatisfação de ordem popular e profissionais desqualificados.

O Sistema Único de Saúde trouxe, portanto, uma nova visão, um modelo assistencial não mais voltado para a doença e sua cura, mas sim para a prevenção e manutenção da saúde, e esse novo modelo necessitava de novas ações e programas para atendê-lo.

Na verdade, a ESF não foi implantada somente para organizar a atenção primária no SUS temporariamente, mas essencialmente para estruturar esse sistema público de saúde, uma vez que houve um redirecionamento das prioridades de ação em saúde, reafirmação de uma nova filosofia de atenção à saúde e consolidação dos princípios organizativos do SUS. Logo, a nosso ver, seria mais apropriado nos referirmos ao PSF como Estratégia de Saúde, e não apenas como um programa setorial de saúde. (ANDRADE; BARRETO et. al., 2008, p. 803).

A Estratégia Saúde da Família visa tanto “prestar assistência na unidade de saúde quanto desenvolver tradicionalmente as ações de saúde no domicílio, numa perspectiva de ação integral em que todos os membros de uma família são acompanhados” (FIGUEIREDO, 2011, p. 297).

A equipe saúde da Família é composta por um grupo interdisciplinar de profissionais, sendo eles em geral um médico de clínica geral, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, e seis agentes comunitários de saúde, e ainda algumas contam com um odontólogo e um auxiliar de saúde bucal, com jornada de trabalho de 40 horas semanais. Estes profissionais são

responsáveis pela cobertura de oitocentas famílias (3.450 indivíduos) que residem em um território urbano ou rural, com uma população adscrita. Portanto, há uma territorialização, delimitando assim a área de responsabilidade de cada equipe. Sua unidade localiza-se de forma central, sendo, portanto, o *locus* operacional da estratégia.

Nesta unidade “aparece todo o arsenal de conhecimentos disponíveis no campo da epidemiologia/vigilância a saúde, cujo instrumental ocupa papel central nas práticas da Equipe Saúde da Família” (MEHRY, 2006, p. 57), haja vista que o principal foco é a prevenção de patologias e detecção dos riscos.

A enfermagem, como categoria profissional que visa saúde individual e coletiva, sempre buscou a interface entre a comunidade e os serviços de saúde. De imediato incorporou as estratégias do PSF (assim antes denominado), contribuindo de forma significativa nos processos de planejamento, coordenação, implantação e avaliação dessa nova proposta (FIGUEIREDO, 2011).

Essa interface entre comunidade e os serviços de saúde é fortemente utilizada através do vínculo criado pelos profissionais, facilitando assim o atendimento individual, familiar e coletivo. Vale lembrar que atenção básica de saúde e a atenção primária são termos que em aspectos legais se equivalem. Trago para este trabalho as especificidades do processo de trabalho da Atenção Básica em conformidade com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 BRASIL (2011):

I - ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade;

II - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde [...]. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;

II - adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com

construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;

V - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe [...] A presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe [...].

V - estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social. (BRASIL, 2011, p. 4-6).

Quanto às atribuições dos profissionais que compõe a equipe multidisciplinar de trabalho, apresento, em linhas gerais, as funções das profissionais enfermeira e técnicas de enfermagem na atenção básica, sujeitos deste estudo, destacando a realização de práticas educativas e de educação permanente, conforme a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011:

Do enfermeiro:

I - realizar atenção a saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

I - realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal observada as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;

III - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

IV - planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;

V - contribuir, participar, e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem:

I - participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

II - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

III - realizar ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe;

IV - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; e

V - contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente. (BRASIL, 2011, S/p).

Nota-se que a educação permanente em saúde é de responsabilidade da profissional enfermeira e da técnica de enfermagem, e inclui o profissional médico, conforme parágrafo V da referida portaria que possui como atribuições pertinentes a esses profissionais: “contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe”.

Os demais profissionais se envolvem, dentre outras funções, com ações visando educação em saúde para promoção e prevenção de doenças melhorando assim as condições de vida da comunidade.

A Educação Permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho, etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa) (BRASIL, 2011).

Este estudo foi realizado mais especificamente com a equipe de enfermagem que é composta pela enfermeira e técnicas de enfermagem, em Estratégias Saúde da Família. Visa discutir as práticas educativas trazendo à reflexão o cuidado de si frente à constante exposição aos riscos ocupacionais aos quais está exposta essa categoria e que se encontram imbricados às condições de trabalho, destacando os riscos biológicos, incluindo os acidentes de trabalho, que por sua vez trazem graves prejuízos a trabalhadora e ao trabalhador da saúde e a exposição aos riscos biopsicossociais que em sentido mais amplo, podem ser entendidos como “todo fator ou agente de risco existente no ambiente de trabalho que pode alterar o bem-estar do trabalhador gerando danos à sua saúde (NUNES; ROBAZZI, 2010, p. 207).

### 3 CONSTRUINDO CAMINHOS INVESTIGATIVOS

Para o levantamento de informações buscou-se apoio na pesquisa qualitativa, considerando que “O universo das investigações qualitativas é o cotidiano e as experiências do senso comum, interpretadas e re-interpretadas pelos sujeitos que a vivenciam.” (Minayo, 2006, p. 24), possuindo como teoria o materialismo histórico e dialético, que considera a existência de “[...] uma relação inseparável entre o mundo natural e o social; entre pensamento e base material; entre objeto e suas questões; entre a ação do ser humano enquanto sujeito histórico e as determinações que a condiciona, (Idem, p. 26). Conforme Minayo (2006):

o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2006 p. 57).

Para o materialismo histórico dialético as coisas não são analisadas na qualidade de objetos fixos, mas em seu constante movimento. E sempre há a necessidade de chegar à essência do objeto, considerando que “nenhuma coisa está “acabada”, encontrando-se sempre em vias de se transformar, desenvolver; o fim de um processo é sempre o começo de outro”. (LAKATOS; MARCONI, 2001, p. 101).

Na pesquisa qualitativa realizada nas unidades de ESF foi levado em conta o todo da situação cultural do local de trabalho com suas interações e influências recíprocas, numa visão de totalidade em que não é possível separar o sujeito que observa do objeto pesquisado. Ao aprofundar o contexto cultural do trabalho de uma unidade, não é possível objetivar totalmente observações e interações porque, como profissional de enfermagem, me encontrei envolvida na situação da totalidade do contexto do trabalho nesses locais.

Para Santos (1999), citado por Leopardi (2002, p. 120), “a pesquisa descritiva é um levantamento das características conhecidas ou componentes do fato, fenômeno ou problema. Normalmente, é feita na forma de levantamento ou observações sistemáticas”.

A coleta de informações se deu por entrevistas semiestruturadas que foram realizadas pela pesquisadora no modelo de aplicação face a face, acontecendo em unidades de Estratégias Saúde da Família, portanto no local de trabalho dos profissionais, em um município do Vale do Rio Pardo.

O município em questão conta com 12 unidades de Estratégias Saúde da Família. A amostra foi constituída de duas unidades, utilizando como critério de inclusão para o estudo o bairro que possui duas unidades inseridas, atendendo realidades bem diferentes e ainda pela facilidade de acesso pela pesquisadora, considerando que esta já realizou diversas atividades nas unidades em questão.

O total de sujeitos da pesquisa foi de cinco participantes, compreendendo duas Enfermeiras e três técnicas de Enfermagem, sendo, portanto, o total da população das unidades de saúde estudadas e foram denominadas com nomes de pedras preciosas para evitar sua identificação.

Nas unidades onde foram realizadas as entrevistas constatou-se através de dados dos relatórios de atendimentos que em uma delas o atendimento é dispensado a aproximadamente 1020 famílias, sendo aproximadamente 3.400 pessoas. 750 atendimentos mensais são realizados pelas técnicas de enfermagem e em média são realizados 160 atendimentos mensais de enfermagem. O total de procedimentos mensais da equipe da Estratégia Saúde da Família é de 1030 aproximadamente.

Em outra unidade verificou-se que o atendimento é prestado a 850 famílias, num total aproximado de 2.819 pessoas, sendo 200 procedimentos de enfermagem e 816 atendimentos efetuados pelas técnicas de enfermagem. O total de procedimentos mensais é de 1.016 nesta outra unidade de saúde.

Em observância à legislação para a realização de pesquisas com seres humanos, Resolução 466/12, o estudo requer respeito às questões éticas para com o entrevistado no que diz respeito à conservação do anonimato do mesmo e utilização desses dados com fins exclusivamente educacionais. Do mesmo modo foi informado e explicado os objetivos do estudo e solicitado o consentimento para a realização da pesquisa. Para tanto, se fez necessário estabelecer uma relação de confiança entre pesquisador e entrevistado. Somente dessa forma podem-se abordar os conflitos que permeiam as questões referentes ao processo de trabalho de forma veemente.

Todas as entrevistadas assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido antes da realização da entrevista, contendo os objetivos do estudo, a preservação do anonimato e dando à entrevistada o direito de querer participar, e ou ainda de abandonar a pesquisa a qualquer momento se julgar oportuno, ver (Apêndice A). O tipo de entrevista realizada foi a semiestruturada:

Podemos entender por entrevista *semi-estruturada*, 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 dos informantes. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa (TRIVIÑOS, 1987, p. 146).

As entrevistas apresentam questões divididas em eixos categoriais. Foram definidos tais eixos da seguinte forma: 1. Dados de Identificação; 2. Condições de trabalho; 3. Cuidado da Trabalhadora da Saúde e acidentes de trabalho; 4. Educação e Práticas Educativas na ESF; 5. Educação Permanente em Saúde.

Para a análise das informações nos apoiamos no método da análise de conteúdo, assim definida por Bardin (1977):

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 1977, p. 42).

E ainda, seguindo o pensamento da autora (1977, p. 44), “A análise de conteúdo busca conhecer o que está atrás das palavras sobre as quais se debruça [...] é uma busca de outras realidades através das mensagens”. No momento de realização da pesquisa são levados em consideração todos os aspectos, como a própria fala dos sujeitos, seus olhares, gestos e a observação do próprio cenário cultural da pesquisa. Na concepção de Bardin (1977), todas as ações e espaços onde constituímos uma pesquisa podem nos fornecer, para além de dados, aspectos e constatações objetivas e subjetivas acerca do objeto de estudo.

A análise de conteúdo assenta implicitamente na crença de que a categorização (passagens de dados brutos a dados organizados) não introduz desvios (por excesso ou por recusa) no material, mas que dá a conhecer índices invisíveis, ao nível dos dados brutos (BARDIN, 1977, p. 119).

Por ser uma pesquisa qualitativa, em um ambiente onde se constituem dilemas éticos e morais, a análise de conteúdo orientada por Bardin permite-nos um olhar apurado para as coisas não ditas. Coisas estas que são muitas vezes fundantes para a compreensão do objeto de estudo em questão e para as possibilidades de transformação social pela pesquisa.

## 4ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

### 4.1 Sujeitos da pesquisa

Iniciamos a análise apresentando uma descrição dos sujeitos da pesquisa. A começar pela formação, todas as enfermeiras ingressaram ou concluíram o ensino superior entre os anos 2000 e 2003. Uma delas realizou pós-graduação em Saúde do Trabalhador em 2010 e outra terminou sua pós-graduação em Saúde da Família em 2012. A formação das técnicas de enfermagem ocorreu no período entre 2008 a 2010. Quatro (04) dos sujeitos realizaram sua formação na UNISC- Universidade de Santa Cruz do Sul/RS e um (01) na Escola Dom Alberto, também em Santa Cruz do Sul, RS.

O tempo de trabalho nas unidades ESF é de quatro meses e oito anos para as enfermeiras, e 10 anos, 05 anos e 03 anos para as técnicas de enfermagem. As participantes possuem idades de 30 a 58 anos. Todas são do sexo feminino. Quanto à questão do gênero, sabe-se que é “É majoritariamente feminino o trabalho na enfermagem(RIBEIRO; SHIMIZU, 2007, p.536)”, configurando a questão da dupla jornada de trabalho, onde o trabalhador concilia os afazeres domésticos com a profissão. Como afirma também Waldow, “as práticas de cuidar inegavelmente se desenvolveram no contingente feminino da profissão e se afirmaram como tal justificadas falsamente porque as mulheres seriam dotadas de qualidades ‘naturais para seu desempenho’”. (2010 p.76). E ainda, segundo Lopes, Meyer et.al (1996):

O trabalho dos cuidados é conjugado no feminino e mostra-se como prática social sexuada. Convoca, para o seu exercício, contingente de mulheres que, de acordo com o “dever ser da enfermeira”(...)precisam ser dotadas de qualidades intrínsecas à sua natureza feminina e reveladora de suas atribuições como reprodutora(LOPES, MEYER ET.AL,1996,p.65).

Neste sentido, as autoras ponderam que essas atribuições não se enquadram na ordem dos conhecimentos científicos, e são, portanto, relativas à “vocação”, moralidade, na capacidade de adaptação e subordinação e algumas qualidades como paciência, autocontrole, perspicácia, lealdade, obediência, disciplina, organização, docilidade, senso prático, rapidez, integridade, confiança em si, boa vontade, etc.

Pode-se perceber a partir daí um real desprezo por outras qualidades como inteligência e criatividade, ancorando-se, portanto, o sistema de recrutamento e formação de tal mão de obra diferenciada em valores que, não sendo reconhecidos como profissionais/adquiridos, revelam-se, ao contrário, atrelados a uma suposta natureza de mulher, independentes de aprendizagem social e entendidos, finalmente, como

inerentes a biologia feminina, à qual se atam como inevitáveis atribuições de identidade. (LOPES; MEYER et.al, 1996,p.65).

Na história, as práticas de cuidar eram desempenhadas por ambos os sexos. Mesmo após o cristianismo e durante o período medieval não havia um predomínio de um ou outro sexo. No Brasil, na época da colonização, os jesuítas desempenhavam essas práticas, sendo que possuíam formação ou conhecimento da medicina. E entre os indígenas, os pajés possuíam o domínio do saber referente a corpo e espírito. Contudo, é com a institucionalização da enfermagem e mais tarde com a criação dos primeiros hospitais, que se configurou a predominância do gênero feminino e posteriormente com a formalização do seu ensino por Florence, que aceitava exclusivamente moças, reafirmando assim a questão do sexo feminino para a realização do cuidado (WALDOW,2010).

Neste sentido, muitas são as discussões em torno do gênero. Pondera-se sobre esse assunto que a enfermagem desenvolve-se no contingente feminino devido o cuidado estar ligado às questões domésticas. Outro ponto é também considerar o cuidado uma tarefa não tão importante como a medicina, por isso então seu desempenho pelo universo feminino. Também possui relação com a questão religiosa, advindo do período em que a prática de cuidar era realizada por religiosas, virgens e viúvas. Após, de forma negativa, é a associação ao período em que a igreja sofre a Reforma e as religiosas são expulsas dos hospitais. Com isso, o cuidado dos doentes passa a ser realizado por elementos à margem da sociedade: bêbados(as); prostitutas e marginais.

Concluem Lopes, Meyer et.al que “O que determina, portanto, o conteúdo do trabalho feminino não é o trabalho tomado a partir de suas exigências técnicas e de conhecimento, e, sim, a sua posição no *ranking* de (des)valorização ocupacional no mercado (1996,p.71)”. Assim, para as autoras, é o próprio trabalho que passa a ser avaliado em conformidade com os valores atribuídos à questão do gênero. Na atualidade a enfermagem mantém seus vestígios históricos, inclusive quanto à predominância do sexo feminino nas instituições.

Em princípio poderíamos dizer que existe no meio da enfermagem brasileira uma seletividade deliberada, baseada no sexo. Esta seleção se exprime no ensino, e ela é condicionada ideologicamente por parte das candidatas. Ela é igualmente deliberada no sentido em que ela marca as preferências do sistema em todos os níveis. Os textos didáticos e a conduta dos professores (96% mulheres) atestam tal seletividade. Nos processos de recrutamento, o mercado de trabalho também atesta esta preferência. Os espaços físicos e os espaços que ocupam as especialidades profissionais no meio hospitalar são outras evidências desta concepção sexuada de exercício profissional. A organização hospitalar, na sua diversidade de qualificações e na complexidade do

processo de trabalho, é, a nosso ver, a expressão mais acabada da divisão social e sexual do trabalho no setor da saúde(LOPES; MEYER, et.al. 1996, p. 99).

Como experiência profissional anterior, as entrevistadas responderam da seguinte forma: duas possuem experiência na mesma área, Enfermagem; duas eram Agentes Comunitários de Saúde, portanto também na área da saúde e uma era auxiliar de cozinha.

Duas das entrevistadas trabalham em outros empregos, mas continuam na área da saúde. Uma trabalha nos finais de semana quando solicitado pela prefeitura no Plantão de Urgência e outra leciona na faculdade, perfazendo 12,5 horas diárias de trabalho.

A condição social de gênero na enfermagem também constitui implicações nas condições de trabalho e cotidiano das mulheres. Para além dessas cargas horárias excessivas, o trabalho feminino ainda se completa no cuidado com a casa, com o lar, com a família e isso tudo é carregado de um peso que parte de uma construção social do gênero. Sobretudo no âmbito da enfermagem o gênero, historicamente, perpassava pela ideologia da mulher como um ser pacífico e que naturalmente cuida e tem potencial para fazê-lo, constituindo assim, conforme discutem as autoras Lopes, Mayer et al (1996), uma forma de divisão sexista. As enfermeiras possuem uma essência feminizada referente ao cuidado, tendencialmente exploratória no trabalho.

#### **4.2As Condições de Trabalho nas Estratégias Saúde da Família**

As condições de trabalho contribuem e muito para a ocorrência de acidentes no exercício profissional: “O trabalho em si é uma orientação que não cura, nem faz adoecer; o que cura, enriquece a personalidade ou faz adoecer, são as condições humanas e inumanas em que o trabalho é realizado(CARVALHO, 1995, p. 64)”.Dejours assim define condições de trabalho:

Por condições de trabalho é preciso entender, antes de tudo, ambiente físico (temperatura, pressão, barulho, vibração, irradiação, altitude etc.), ambiente químico (produtos manipulados, vapores e gases tóxicos, poeiras, fumaças, etc.), o ambiente biológico(vírus, bactérias, parasitas e fungos), as condições de higiene, de segurança e as características antropométricas do posto de trabalho(DEJOURS, 1992, p. 25).

Assim, está claro que as condições de trabalho são em parte determinantes para o processo de saúde-doença dos trabalhadores, assim como o bem-estar físico e mental pode influenciar no desenvolvimento das atividades profissionais.

As condições de trabalho nos remetem não apenas as condições físicas do ambiente de trabalho (calor, ruído, postura, iluminação, etc.). Encerram também as condições sociais do trabalho a vida social, o salário e as perspectivas de reconhecimento do meio (reconhecimento dos usuários e demais profissionais). É em parte por meio do contrato de trabalho que se definem as condições de trabalho, como jornada de trabalho, carga horária, atividades a desenvolver, remuneração e outros. Contudo, existem aspectos não explícitos no contrato de trabalho, como a própria organização do trabalho, relacionamento interpessoal, apreensão da possibilidade de ser demitido, corte de gastos com recursos materiais e humanos, etc, contribuindo assim para o processo de adoecimento do trabalhador de saúde (Mauro; Paz et.al, 2010).

Quanto à questão de como o trabalhador da ESF avalia as condições de trabalho no seu ambiente de trabalho, a maioria das entrevistadas coloca que as percebem como boas. Quando perguntadas sobre o ritmo de trabalho, quatro delas responderam que é bem intenso. Para Mauro, Paz et. al., “a intensificação laboral é traço característico da atual fase do capitalismo (p. 14)”. Consequentemente a essa grande demanda de atendimentos, não há espaço para tornar real todas as possibilidades de cuidado com o cuidador.

No que se refere ao horário de pausa, a maioria três sujeitos consideram muito pouco diante das suas reais e vitais necessidades de descanso, observaram que poderia ser maior do que os aproximadamente 01h15min. Algumas trabalhadoras permanecem organizando materiais para a continuidade do trabalho no seu horário de descanso:

*“O intervalo é muito pouco, 11h45min fecha o posto e abre as 13h00min, é muito pouco para a gente descansar, e às vezes nem dá para descansar, pois tem de arrumar o material para o próximo turno.” (SAFIRA).*

O tempo para descanso é obviamente algo muito importante para o trabalhador. O corpo do sujeito em si precisa de repouso. E como cuidar dos outros se o cuidado de si está à margem? A respeito disso:

Alguns estudos ponderam que a sobrecarga de trabalho acrescentada ao pouco tempo destinado ao descanso são situações que prejudicam também a saúde mental do trabalhador de enfermagem, podendo trazer problemas pessoais, nas relações interpessoais e no desempenho de suas atividades profissionais (ELIAS; NAVARRO, 2006; MAURO; PAZ et.al, 2010).

A maioria das entrevistadas referiu que a carga horária não está adequada em função do horário do intervalo. Majoritariamente relataram que o ritmo de trabalho é acelerado, a maioria queixando-se da falta de recursos humanos e o conseqüente acúmulo de funções, a sobrecarga de trabalho. Quando se fala em acúmulo de funções e sobrecarga de trabalho, resultante disso tem-se a fadiga. Como exemplo trago a fala de Safira e Cristal:

*“Falta recursos humanos porque a gente tem que fazer tudo, como atender na recepção, fazer limpeza, atender as pessoas e fazer todos os procedimentos e relatórios mensais. Então nós ficamos sobrecarregados, isso é demais”. (Safira).*

*“[...]chego a fazer em torno de 35 ou mais atendimentos diários, direto ao paciente, fora o que a gente faz de burocrático, assim, de papéis e atendimentos no balcão e as pessoas vem consultar com o Dr., com a Dentista, falar com a Enfermeira, mas tudo passa pela gente, pelo técnico antes. Se olhar bem, acho que faço até mais que isso, chega no final do dia a gente tá muito cansada, louca para ir pra casa”.(Cristal).*

São poucos profissionais frente à grande demanda de atendimento, e nesse contexto de acúmulo do trabalho as trabalhadoras da saúde realizam mais de uma atividade ao mesmo tempo, sobretudo tarefas que não são pertinentes à formação profissional, como atender o telefone, distribuir fichas, fazer limpeza, entre outras ações que comprometem o tempo e as condições de trabalho. A exigência aumenta à medida que o tempo não para, e assim mais uma vez o cuidado do cuidador consigo mesmo é banalizado.

Quanto aos recursos materiais, no caso, equipamentos de proteção individual- EPIs, três delas responderam que sempre está disponível. Dentre elas, duas responderam que é insuficiente e/ou às vezes faltam, e uma disse que sempre tem, mas às vezes o tamanho é inadequado, a exemplo de luvas. É de responsabilidade do empregador a oferta dos EPIs, e estes devem estar à disposição do trabalhador em quantidade e tamanho adequado, bem como a inspeção do uso dos mesmos, conforme a NR-6 (Portaria SIT n.º 25, de 15 de outubro de 2001). A mesma entrevistada também se referiu às condições do ambiente, como a falta de ar condicionado, que é sentida principalmente no verão, quando as trabalhadoras encontram-se de jaleco e calças compridas.

Pode-se perceber que em todas as falas situações de precariedade no que se refere às condições materiais e objetivas do trabalho, condições estas essenciais para o desempenho das atividades, e que quando ausentes podem colocar o trabalhador em risco de adoecimento físico, psíquico e subjetivo. Assim, nota-se que as condições de trabalho, no geral, são

inadequadas para o profissional de enfermagem, embora tenha sido colocado anteriormente que a percebiam como boas. Referente às relações interpessoais, todos consideraram que são boas.

#### **4.30 Cuidado de si da Trabalhadora das ESF**

Este capítulo objetiva refletir sobre o grande legado da profissão que é o cuidado num outro prisma. Um olhar para o cuidador, logo, para o cuidado de si. Discute-se ainda acerca das práticas educativas enquanto processo de transformação e possibilidades de melhoria do cuidado de si.

O cuidado enquanto essência da profissão de Enfermagem vem sendo estudado com a finalidade de aprimorar a construção do saber desta profissão como ciência em constante evolução, e de resgatar aspectos históricos ao revelar os elementos constituintes de uma prática social cujas raízes encontram-se na evolução da humanidade, na garantia da sobrevivência e nas relações homem-natureza (SOARES, 2012). A Enfermagem se constituiu nas necessidades humanas referentes aos cuidados de saúde.

Nas entrevistas com as trabalhadoras, quando questionado acerca da definição de cuidado do trabalhador e trabalhadora da saúde, em suma, foi colocado à questão de medidas de biossegurança no trabalho, a trabalhadora como um todo em seus aspectos físicos, mental e social, incluindo aí atividades de lazer, o ambiente de trabalho e a prevenção de acidentes.

A concepção de cuidado das entrevistadas está de acordo com a concepção ampliada de saúde instituída pela Constituição Federal de 1988, que define saúde como: “(...) resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde”.

O modo como as trabalhadoras da saúde conceituam o cuidado aproxima-se dessa ideia, a qual evidencia uma nova relação do homem e da mulher com seu meio-social, percebendo-se um movimento no qual o homem passa a assumir a instância de sujeito das ações, suprimindo a condição anterior de mero objeto no processo de atenção a sua saúde (MENDES, 2003).

Sendo assim, a visão de cuidado apresentada pelas trabalhadoras é consideravelmente relevante para o estudo, pois já se distancia de um olhar que tende a tornar ou perceber o cuidado como o procedimento técnico realizado quando em estado de doença. As entrevistadas relatando cuidado como:

*“É tudo, entendo assim, é olhar o trabalhador quanto a sua saúde física, psíquica e social, buscar esse bem-estar no local de trabalho, o que é difícil de acontecer, né, porque o tempo é curto e a gente tem de atender a demanda que é grande.”(Jade).*

*“Compreende tudo, é olhar para o cuidador como alguém que também precisa de cuidado, pois a gente tem de estar bem para cuidar dos outros e isso envolve tudo, é saúde mental, né, saúde física, enfim, é o trabalhador como um todo, é tudo.”(Safira).*

*“O cuidado do trabalhador da saúde deve ser diário, eu penso assim, e passo assim para quem trabalha comigo: “todo mundo é soro-positivo até provem o contrário”, então deve-se ter o cuidado, como, usando luvas e etc. para não ocorrer um acidente e deve-se ter o cuidado com todos, não pensar assim: ah! essa aqui eu conheço, então não precisa usar luvas! Não é assim. O cuidado do trabalhador abrange tudo, o trabalhador como um todo, além da contaminação, tu também tem de ter algo, além disso...algo que faça também fora daqui, como jardinagem, fotografia, artesanato, algo que você faça também como lazer, que venha a se distrair, sair da rotina, isso é saúde mental.”(Esmeralda).*

*“Ah! O cuidado é fazer essa conscientização quanto ao uso de EPIs, essa coisa da calma que eu acho que é bem importante, as questões de segurança do próprio trabalhador. O técnico de enfermagem, ele é tão sobrecarregado que ele se esquece de si. Seria bom e necessário que ele também fosse lembrado, que também houvesse essa preocupação com a saúde de quem cuida.”(Pérola).*

*“O cuidado é tudo, é a roupa adequada, o uso de EPIs, o ambiente de trabalho, tudo isso é cuidado com o cuidador”(Cristal).*

A concepção de cuidado é vivificada no cotidiano das trabalhadoras. Portanto, vale ressaltar a contradição existente frente ao discurso e ação realizada, pois as práticas de cuidado encontram-se no plano do ideal, do como deveria ser, uma vez que no diálogo com as trabalhadoras da saúde percebeu-se uma lacuna no que se refere ao cuidado do trabalhador como algo que efetivamente aconteça.

É necessário que o profissional de enfermagem, a partir de uma práxis consciente, constituía uma cultura do olhar de uma forma ampla e reflexiva em relação à realidade em que se encontra, a fim de compreender a dimensão do cuidado humano na sua complexidade e a necessidade do cuidado de si, de modo a transformar sua prática diária.

No que se refere ao cuidado do trabalhador ser objeto de discussão no trabalho, todas as entrevistadas responderam que não. Não há um olhar e uma reflexão que constitua uma consciência crítica acerca do cuidado da trabalhadora da saúde. É possível compreender que o trabalhador da enfermagem do contexto pesquisado muitas vezes nem pensa no cuidado de si, até mesmo pela ênfase que há em torno do cuidado do outro. Para, além disso, é notável também a exigência de produtividade, que no contexto capitalista tenciona o trabalho da

enfermeira por mais atendimentos em menor tempo, o que compromete a qualidade do serviço na excelência do cuidado, tanto do outro como de si.

Duas das entrevistadas incluíram a sobrecarga de trabalho e/ou a demanda muito grande para atender em pouco tempo como uma justificativa para a dificuldade de pensar o cuidado do cuidador, ou ainda para ser lembrado como alguém que também precisa de cuidado e que adocece. Pode-se ainda afirmar que as condições de trabalho, sobretudo as questões do tempo e da sobrecarga de trabalho, se tornam influentes até mesmo nesse processo de cuidado, pois as enfermeiras e técnicas relatam que:

*“Não é costumeiro assim, às vezes nem dá tempo de parar para refletir sobre essas questões, devido à correria no trabalho. Não dá tempo de voltar o olhar mais para nós mesmos.”(Esmeralda).*

*“Não, não ocorre, não dá tempo, então acaba não acontecendo.” (Cristal).*

*“Não, não é, não acontece nenhuma fala especificamente sobre isso, é mais o cuidado do outro, que é pra atender bem, fazer acolhimento.” (Pérola).*

*“Não, é produção, produção, produção, o negócio é mão-de-obra”. (Safira).*

*“Não, não tem tido, não se tem tempo para dispensar para nós mesmos. Sempre o foco é o outro.” (Jade).*

Na questão referente ao que fazer em termos de educação para o cuidado do trabalhador, é possível perceber que há uma necessidade reconhecida pelas enfermeiras e técnicas de enfermagem, de constituírem práticas educativas em seu ambiente de trabalho. Todas colocaram que seria necessário fazer uma educação de forma continuada ou permanente acerca dos assuntos que encerram o cuidado do trabalhador de saúde. As trabalhadoras da enfermagem destacam a necessidade de:

*“Práticas de educação que façam com que a gente se conscientize da necessidade de cuidar de nós mesmos e deveriam ser contínuas. Não adianta trazer um assunto uma vez e nunca mais.”(Cristal).*

*“Fazer uma conscientização profunda sobre os assuntos que encerram a saúde do trabalhador, seja prevenção de acidentes, seja saúde mental, que também considero muito importante, porque o profissional de enfermagem está sempre envolvido com a dor, o sofrimento. Há essa necessidade de olharmos para nós mesmos, cuidadores que somos.” (Pérola).*

A formação de uma conscientização que se expressa como “gritos de socorro” em prol do pensar em si mesmas enquanto seres que precisam de cuidado pode se traduzir mais uma vez como a necessidade de um projeto de práticas educativas permanentes no contexto

pesquisado. Como dizia Adorno (1995), a educação deve ter como princípio a formação da consciência, para daí se pensar em emancipação.

#### **4.4 Acidentes de Trabalho**

Este capítulo busca a reflexão sobre os acidentes de trabalho, entendendo a gravidade dos mesmos e que a sua prevenção é constituinte do cuidado com o profissional da saúde que se encontra constantemente susceptível a sua ocorrência em virtude do próprio processo de cuidar, a considerar as práticas invasivas e ainda as condições de trabalho em que se encontra. “A equipe de enfermagem quando comparada a outras categorias profissionais da saúde tem destaque no tangente a acidentes ocupacionais (OLIVEIRA; SANTOS et.al., 2013 p.41)”.

Entre os agravos que acometem a saúde dos profissionais desse setor, destacam-se os acidentes de trabalho (AT) que sobrevêm de maneira abrupta ou insidiosa no corpo dos trabalhadores, em decorrência do desgaste sofrido e provocado pela exposição às cargas de trabalho existentes nos serviços de saúde (SÊCCO; ROBAZZI et.al apud MARZIALE; ROCHA, et.al 2013, p. 02).

O trabalho de enfermagem é marcado pela hierarquização, pela fragmentação de tarefas, seguindo os princípios tayloristas. No capitalismo sob uma política neoliberal acrescenta-se no trabalho da enfermagem o controle social, a produção em massa e o profissional é visto como um tarefeiro. Assim, os profissionais se deparam constantemente com sofrimentos, receios, conflitos, tensões, disputa pelo poder, ansiedade e estresse, convivência com a vida e a morte, longas jornadas de trabalho, entre tantos outros fatores que são inerentes a prática diária desses trabalhadores (MARTINS, ROBAZZI, 2010).

É imprescindível que esses profissionais sejam compreendidos em todos os seus aspectos, biológicos, sociais e culturais, sendo relevante o entendimento das questões subjetivas, saúde física e mental.

Compreender as novas complexidades do trabalho em saúde significa, igualmente, tomar consciência da enorme responsabilidade que tem a sociedade na formação de trabalhadores capacitados para assumir com competência as tarefas da atenção à saúde das populações, de tal modo que esses trabalhadores se sintam seguros e percebam o trabalho como fonte de satisfação e de crescimento pessoal (BELISÁRIO; ASSUNÇÃO, 2006, p.8).

Os acidentes de trabalho contam como prioridade nas agendas da Rede Nacional de Atenção integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e do Ministério do Trabalho e Emprego. Todavia “Os ATs continuam representando o principal agravo à saúde do Trabalhador no Brasil, com repercussões e impactos negativos para a vida de milhares de brasileiros (ALMEIDA; VILELA, GOMES et al., 2010, p. 232)”.

Para esses autores, a expressão acidentes de trabalho é enganosa, pois no sentido da palavra estão embutidos eventos casuais, fatalidade sem explicação e sem possibilidade clara de prevenção e antecipação: “A experiência mostra que a quase totalidade desses eventos é previsível e evitável (idem, 2010, p. 231)”.

Predomina em nosso meio a questão reducionista de que os acidentes seriam eventos simples e a sua causa estaria no comportamento inadequado do trabalhador. Pondera-se atualmente que a rede de condições que origina os acidentes de trabalho é descrita como de natureza sociotécnica, envolvendo componentes que interagem: uma social, própria das relações humanas, e outra técnica, referente aos objetos ou instrumentos utilizados na produção de bens e serviços (ALMEIDA; VILELA; GOMES et. al., 2010).

É válido salientar que em muitos locais de atuação da enfermagem são insatisfatórias as condições de trabalho, evidenciadas por problemas de organização, deficiência de recursos humanos e materiais e área física inadequada do ponto de vista ergonômico. Acredita-se que esta conformação é fator preditivo para a exposição a riscos ocupacionais (GALLAS; FONTANA, 2010, p.787).

Quanto à pergunta sobre “Que tipos de acidentes ocorrem no seu trabalho”, duas entrevistadas responderam que não têm ocorrido. Outras três mencionaram acidentes que ocorreram no local de trabalho com outros colegas, como, por exemplo, um desses colegas que, no ato de reencapar agulha<sup>4</sup>, houve contaminação.

Num primeiro momento da entrevista os acidentes de trabalho apareceram sempre com o outro ou então foram suprimidos, talvez até mesmo numa tentativa de assegurar a potência de um cuidado retórico que de fato não acontece. Pode ser percebido nas falas:

*“Com nós não aconteceram durante esses oito anos.” (Esmeralda).*

*“Uma vez a colega foi fazer uma injeção, hoje ela não trabalha mais aqui, mas ficou até pouco tempo, então ela aplicou a injeção e com a agulha ela furou o dedo, acho que foi reencapar a agulha contaminada, não sei dizer se estava usando EPI ou não. Foi uma vez só que eu lembre, mas isso há mais de três anos atrás e ela foi orientada*

---

<sup>4</sup> É quando o sujeito, após aplicar uma injeção, por exemplo, no descarte da agulha resolve encapá-la novamente, o que não é tecnicamente aceito devido ao risco de contaminação.

*sobre isso pela enfermeira, quanto a necessidade do cuidado e o que fazer depois, as notificações, o encaminhamento pro CEMAS. Na época não tinha o teste rápido do HIV no posto, enfim todo o procedimento pós-acidente.”(Cristal).*

*“Não têm, não ocorreram.” (Pérola).*

*“Uma vez aconteceu com uma colega minha que foi por respingo de vacina nos olhos, acredito que ela deveria estar muito próxima do local de aplicação, foi um acidente mesmo porque normalmente isso não acontece.” (Safira).*

*“Na verdade ocorreu um acidente aqui, foi assim... ela se picou com uma agulha mas foi assim, ela foi diluir uma medicação e se picou com uma agulha, não estava contaminada e se picou. Aqui não ocorreu nenhum outro acidente, que eu lembre não, nesse período em que estou, não.”(Jade).*

Portanto, considero pertinente abordar a contradição existente entre as falas. Em alguns momentos aquele sujeito que negou a ocorrência de acidentes consigo mesmo tornou-se o outro acidentado em outra fala. Percebe-se então essa negação do que ocorre consigo no seu ambiente de trabalho como uma tentativa de ocultamento que pode ter origem no fato de não haver uma cultura de relatos acerca do erro e das próprias tensões do ambiente de trabalho no qual estão inseridos.

No contexto de produção capitalista no qual a enfermagem está inscrita, o trabalhador e a trabalhadora da saúde também está sob as tensões de um trabalho aligeirado, em menor tempo e com maior qualidade no produto final, o que implica em questões objetivas e subjetivas no agir cotidiano do profissional da saúde. Daí uma necessidade inventada ideologicamente no sistema capitalista, que implica diretamente na enfermagem, por meio de uma cultura de não cometer erros e de não falhar. Diante de um erro, o profissional sente-se desqualificado e impotente para o exercício de sua profissão.

Quando perguntado se haviam sofrido um acidente de trabalho, três dessas entrevistadas responderam que sim, que já vivenciaram um acidente de trabalho no desempenho de suas atividades, ainda que uma delas tenha sido durante a formação acadêmica.

Essas falas confirmam que os acidentes de trabalho ocorreram com as entrevistadas. Portanto, são relatos que se referem a ocorrências em outro espaço de trabalho e até mesmo no decorrer da trajetória acadêmica, pois no atual local de trabalho, campo da pesquisa, todas negaram a ocorrência de acidentes de trabalho consigo.

É um aspecto delicado a considerar, uma vez que uma das entrevistadas primeiramente negou o acidente e a mesma entrevistada, nesta questão, relatou ter sofrido um acidente no local pesquisado. O que se pode analisar é que na primeira questão acerca da

ocorrência de acidentes no local de trabalho a entrevistada pode ter entendido como o tempo presente. Já na questão referente ao acidente diretamente consigo, a entrevistada lembrou-se de um fato distante, que ocorreu nesse local há um tempo.

Percebi, durante as falas, no momento da entrevista, certa naturalização da questão dos acidentes. O acidente é classificado em níveis de gravidade e importância, sendo considerado “acidente” aquele em que há uma contaminação com sangue, fluídos corpóreos ou que tragam prejuízos extremos ao trabalhador. Fora disso o acidente ganha certa invisibilidade, sendo banalizado. Foram relatados de forma que desse a impressão de fazerem parte da profissão, por ser uma profissão que fica constantemente exposta a riscos. Isso se apresenta:

*“Em todos os meus anos de profissão eu só tive um<sup>5</sup>. Foi com um aluno, eu tava com os alunos do PU e numa punção, a primeira punção, que o aluno fica bem inseguro. Daí ela foi colocar o garrote, e aí ela foi punccionar e eu avisei que iria soltar o garrote, e ela tremendo né, não sei como, soltei o garrote e fiquei com a seringa no meu braço.” (Esmeralda).*

*“Sim, foi com a agulha de injeção quando estava fazendo diluição de medicação. Daí me piquei quando fui tirar a agulha 40x12 da borrachinha do frasco, daí não tem como fazer, né, reencepei e acabei me picando.” (Pérola).*

*“Só quando<sup>6</sup> eu era acadêmica, eu tava no SIS, aí eu fiz uma injeção e me piquei. Fiz todo o tratamento, era num idoso, isso há mais de dez anos, só que, ah, todo mundo dizia, um idoso não precisa fazer o tratamento. Daí eu disse não, vou fazer igual, porque hoje não existe mais isso de idade.” (Jade)*

Quanto ao agente causador, todos os três casos relatados foram por agulha de injeção. Dois casos ocorreram devido à falha técnica, mais especificamente reencepe de agulhas. É possível perceber que mesmo uma das entrevistadas que sofreu acidente por reencepe de agulhas, lembrando-se de ter recebido orientações sobre as precauções padrão e a prevenção de acidentes, ainda assim ocorreu a falha na realização do procedimento de enfermagem. Contudo, a entrevistada alega que essas orientações se deram no ano de 2010, e não são diálogos comuns no local de trabalho, fazendo parecer distante do cotidiano. O outro acontecimento no mesmo grau- reencepe de agulhas- se deu durante a academia, mesmo diante de todas as orientações em graduação acerca da prevenção e riscos de acidentes de tal prática. O terceiro caso relatado foi uma vivência com aprendizes acadêmicos de enfermagem, em um procedimento de punção venosa, no qual, em função do próprio processo

<sup>5</sup> Fica claro nessa fala que um acidente é algo pertinente a profissão e que é esperado. Poderia ter mais de um, para esta entrevistada.

<sup>6</sup> O *só quando* nos dá margem para pensar na banalidade de um fato ocorrido.

de aprendizagem do acadêmico, que às vezes se pauta em uma insegurança técnica, o acidente ocorreu.

As práticas educativas para buscar a prevenção de acidentes de trabalho devem ser uma constante no ambiente, haja vista que a profissional enfermeira encontra-se o tempo todo exposto aos riscos de sofrer acidentes de trabalho, e consequente contaminação por agentes biológicos que trazem sérios prejuízos ao trabalhador.

Constata-se que há o predomínio dos acidentes envolvendo material perfurocortante, sendo a agulha o principal objeto responsável por estes eventos. Os dados revelam que a prática de reencape de agulha ainda se configura como a maior causa geradora de acidentes de trabalho (OLIVEIRA; SANTOS et.al, 2013; TEIXEIRA; FERREIRA, 2012; SILVA; MACHADO, 2011; GALLAS; FONTANA, 2010; GOMES; AGY et.al 2009; CANINI; MORAES, 2008; RIBEIRO; SHIMIZU, 2007).

Na questão que se refere à presença de sangue e/ou líquidos corpóreos, em três acidentes, duas das entrevistadas foram potencialmente contaminados com sangue. Percebe-se a gravidade desses acidentes, uma vez que quando ocorrem colocam a vida do profissional em risco, pois as possibilidades de contaminações com vírus como HIV e Hepatite B são de alto risco. Os acidentes ocupacionais com perfurocortantes ou por contato de secreções com mucosas são os mais frequentes na área da enfermagem e, por conseguinte, os de maior gravidade.

Diversos micro-organismos podem ser disseminados por contato direto ou indireto. Mais de vinte patógenos podem ser transmitidos por exposição percutânea, sendo o sangue a principal via de transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), vírus das Hepatites B (VHB) e C (VHC)(GOMES; AGY, 2009, p. 221).

Na concepção de Lapa e Silva (2012), a profissão de enfermagem pode ser considerada de altíssimo risco frente aos acidentes com material biológico. Por isso deve-se estar atento as normas de biossegurança e o cuidado de si durante a realização das práticas, o que favorece a prevenção de acidentes e a questão da educação voltada para a prevenção dos mesmos, de forma contínua. Devendo-se, portanto, atentar para os índices de ocorrência de acidentes e o grau de adesão das medidas de biossegurança.

Uma das principais vias de contaminação com material biológico se dá, sobretudo, através de materiais perfurocortantes como agulhas de injeção, de punção, de realização de testes que tenham contatos invasivos que contenham fluídos corpóreos. Esse tipo de contaminação representa graus mais extremos de perigo, pois seus efeitos podem se difundir

desde os aspectos físicos da saúde do profissional até emocionais e psicológicos, e inclusive financeiros, pois em algumas situações contratuais existem dificuldades acerca da comprovação por parte do trabalhador no que se refere ao acidente sofrido.

Nos dias atuais, os acidentes por materiais perfurocortantes representam um grave problema nas instituições de saúde, tanto pela frequência com que ocorrem como pela grave repercussão que representam sobre a saúde desses trabalhadores (TEIXEIRA; FERREIRA, 2012, p. 46).

Quanto ao uso de EPIs, uma entrevistada respondeu que não estava utilizando no momento em que ocorreu o acidente. A justificativa da não utilização do EPI foi a atuação numa outra função, que era a de orientar o aluno na hora do procedimento.

Como essa entrevistada em outra questão relatou ter sofrido acidente de trabalho, tendo o seu braço picado com uma agulha de punção, supõe-se que além do não uso de luvas de procedimento poderia estar usando um jaleco de mangas compridas. Como a parte atingida foi o braço, supõe-se que essa profissional estava sem jaleco adequado.

Acidentes com material perfurocortante representam uma parcela importante das exposições. Apesar das precauções padrão recomendarem o uso de EPIs e o não-reencape de agulhas, essas práticas não têm sido adotadas plenamente nas atividades diárias dos profissionais de Enfermagem, propiciando maiores riscos de acidentes e agravos à saúde do trabalhador (GOMES; AGY, 2009 p. 223).

Outra entrevistada não lembra se estava usando ou não o equipamento de proteção individual. O fato de não lembrar é grave, pois a utilização de um equipamento de proteção imprescindível para a realização de procedimentos e processo do cuidado de si e do outro se torna banalizado. O ideal é que o trabalhador previna-se sempre que tiver contato com material biológico e, também, durante o desempenho das práticas cotidianas referentes ao cuidado do outro, indiferentemente se é sabido ou não o diagnóstico, utilizando-se, portanto, das precauções universais padrão.

O Equipamento de Proteção Individual é de uso obrigatório e a sua utilização deve ser exigida para o desenvolvimento das práticas de enfermagem. No entanto, é inevitável considerar as contradições entre o que institui o uso obrigatório de EPIs e diferentes realidades que se constituem nas condições de trabalho. Nem sempre a unidade de saúde dispõe de recursos materiais para o cumprimento de tal obrigatoriedade, ainda mais em país periférico como o Brasil, no qual os recursos financeiros e humanos muitas vezes não são

suficientes para atender a demanda de necessidades da população que procura os serviços do Sistema Único de Saúde.

Foi observado pela pesquisadora o não uso de luvas por uma técnica de enfermagem em uma das unidades na realização de uma injeção intramuscular. Quando abordado sobre o porquê de não utilizar o EPI, a mesma disse que era uma injeção intramuscular. Portanto, não precisava e ainda mais que ela já tinha experiência, sentindo-se então segura. O mesmo percebi nas práticas de coletas de HGT, hemoglicoteste, por considerar-se um procedimento de baixa complexidade.

Um estudo epidemiológico que analisou 616 acidentes de trabalho típicos aponta que as agulhas hipodérmicas (utilizadas para coletas de HGT) foram responsáveis pela maioria dos acidentes com perfurocortantes (SÊCCO; ROBAZZI; SHIMIZU, et. al2008 apud GALLAS; FONTANA, 2010, p. 789). Portanto, além das colocações dos autores, entendo que a experiência e o entendimento num dado procedimento ser considerado simples são também um dos motivos para a não adesão das precauções padrão. Nesta perspectiva, é fundamental verificar o processo de trabalho, dando ênfase ao uso de EPIs e adoção de práticas seguras, sobretudo por meio do processo educativo, a fim de fomentar conhecimento e propiciar a conscientização sobre o cuidado de si e da responsabilidade social.

Abordarei agora as respostas às seguintes perguntas: Houve a indicação de profilaxia com anti-retrovirais após o acidente? Se sim, terminou a profilaxia recomendada? Receberam as três doses da vacina contra a Hepatite B? Se não, por quê?

Em dois dos casos relatados houve a indicação de profilaxia anti-retrovirais. Como medida de segurança foi feita a medicação conforme protocolo-padrão, percebendo-se assim a gravidade desses acidentes.

Quanto à questão sobre as notificações de acidentes, como a Comunicação de Acidentes de Trabalho-CAT<sup>7</sup>, uma das entrevistadas não realizou. No entanto, existe uma política de notificação dos acidentes, o que implica que se deve levar em consideração a forma contratual da trabalhadora para a realização da notificação do acidente. Caso haja vínculo empregatício deve ser notificado, salvo se o vínculo do trabalhador é regulamentado pelo regime estatutário. Existe o caso de prestadores de serviço autônomos em que não ocorre a notificação em caso de acidentes. Porém, a entrevistada entendeu não haver essa necessidade,

---

<sup>7</sup>Ocorrido o acidente de trabalho, a Lei n. 8.213/1991 garante o acompanhamento médico do profissional acidentado e benefício perante a autoridade competente, desde que o acidente seja devidamente notificado pelo trabalhador. A notificação também visa garantir os direitos do trabalhador quanto a benefícios, auxílios e recursos pertinentes.

o que acabou incorrendo em subnotificações. A justificativa dada pela não notificação foi por ser uma trabalhadora flexível e horista. A trabalhadora relatou:

*“Não fiz a CAT, até mesmo porque era estágio, não tem nenhuma ligação fixa assim, né, é por horas, o velho problema da subnotificação.” (Esmeralda).*

É perceptível que o que mais implicou neste caso de ocultamento do acidente de trabalho foram às questões que encerram o contrato de trabalho. Para uma trabalhadora mulher com contrato flexível, quais as condições dadas no meio que lhe asseguram a permanência no trabalho após um acidente? As condições de trabalho impostas através de um contrato flexível comprometem o sujeito de assumir o não dito, o não realizado, e logo, o que não deu certo, neste caso um acidente em saúde, que compromete a integralidade do cuidado. Salienta-se ainda que um dos fatores que contribuem para o desconhecimento do impacto dos acidentes sobre a saúde do trabalhador é a inexistência de respostas organizadas por parte do SUS no que se refere à prevenção e ao controle. As subnotificações (ocultamento de acidentes) são parte de uma preocupação para com os profissionais de saúde, que vem sendo pesquisada frente aos riscos biológicos e dos direitos dos trabalhadores, uma vez que, na atualidade, encontram-se profissionais da saúde sem registros no que se refere a legalidade do contrato de trabalho. Legalidade esta no sentido de uma situação contratual que esteja em concordância com o código de exercício da profissão.

Além disso, vários estudos revelam que, muitas vezes, o registro do acidente não ocorre, caracterizando assim a subnotificação e impedindo o conhecimento da real magnitude dos acidentes ocorridos (SILVA; MACHADO et. al, 2011; FERREIRA; TEIXEIRA, 2012, OLIVEIRA; SANTOS et. al, 2013). Embora a realização da CAT seja obrigatória, na prática observa-se a subnotificação dos acidentes de trabalho, impossibilitando assim a quantificação fiel do número de acidentes, bem como a prevenção com quimioprofilaxia, monitoramento e acompanhamento sorológico, e ainda o planejamento de estratégias preventivas. Neste contexto se constituem prejuízos causados em longo prazo, deixando o trabalhador desamparado e desconhecedor dos seus direitos, sem muitas vezes condições de comprovar qualquer dano à sua saúde ocasionado ou relacionado ao acidente.

Quando um profissional deixa de notificar o acidente, pode-se perceber que este apresenta uma conduta de (des)cuidado de si e do outro também, frente às exposições materiais perfurocortantes com sangue e/ou fluidos corporais. Por outro lado, a negação do acidente e dos eventos adversos deixa uma lacuna para aqueles profissionais, que em um contexto de

acidentes que se constituem a partir de diversos fatores, lutam pela organização e institucionalização de uma política de prevenção e promoção da saúde, bem como também práticas educativas que versem a integralidade do cuidado.

No campo pesquisado não existe uma conversa sobre a importância das notificações de acidentes. As entrevistadas relataram que:

*“Não, não há orientações sobre isso porque não tem acontecido nada(...)” (Pérola).*

*“Muito difícil haver essa conversa. Como as coisas não têm acontecido, então não é falado.” (Safira).*

*“Quanto a essa fala é difícil. A gente fala mesmo só quando as coisas acontecem.” (Jade).*

É essencial e urgente que se trabalhe a prevenção e a notificação com o objetivo de minimizar a exposição e a vulnerabilidade aos acidentes, o que se dá através das medidas de precauções-padrão<sup>8</sup>, como o incentivo e investimento para utilização de EPIs, práticas educativas permanentes que objetivem, sobretudo, a conscientização acerca da utilização dos equipamentos e em caso de acidentes a urgência do ato de notificar.

Quando perguntadas sobre a que atribuem à ocorrência dos acidentes de trabalho, todas as entrevistadas se referiram a sobrecarga de trabalho. A correria para atender a demanda, o excesso de confiança e principalmente se têm anos de experiência; são os motivos apontadas por elas. Ainda, o acidente pode ocorrer também quando o profissional, em função do tempo de experiência, passa a acreditar que consigo as coisas não vão acontecer. É sempre o outro que se acidenta. Uma das trabalhadoras relatou, além dos fatores acima mencionados, o cansaço como algo ligado ao acidente. As falas apontam:

*“Aquele rotina né, falta de conscientização, acho que é a correria do dia-dia, ou então são tão seguros de si que pensam “em mim não vai pegar nada”, excesso de confiança até devido há anos de profissão. E é. Se tu entra nessa, tu não cuida mais.” (Esmeralda).*

*“Às vezes é a sobrecarga de trabalho, a correria é grande, já veio aqui em dia de movimento assim? Tem muito movimento de manhã, é a sobrecarga de tarefas, fica muita coisa pra uma pessoa só fazer e às vezes é falta de cuidado, que nem essas coisas de reencapar agulha. Todo mundo sabe que não é pra fazer, mas às vezes, numa hora de bobeira, acaba fazendo, e também às vezes pensa que tem experiência, que com ele não vai acontecer, então não cuida o uso de luvas e aí as coisas acabam acontecendo.” (Cristal).*

---

<sup>8</sup>São um conjunto de recomendações que visam ações preventivas para reduzir ou evitar a ocorrência de acidentes de trabalho entre os profissionais de saúde.

*“A pressa, correria mesmo, devido à demanda de atendimentos, falta de atenção. Quando a gente fica muito cansada, nossa atenção diminui.” (Pérola).*

*“Acredito que seja a correria mesmo, a pressa em fazer tudo no menor tempo possível para poder atender mais pessoas. Às vezes o cansaço mesmo, também o excesso de confiança devido a muitos anos de experiência profissional. Acho que isso tudo contribui.” (Jade).*

Nas falas das entrevistadas são atribuídas diferentes e diversas causas para a ocorrência de um acidente. Em comum percebe-se o quanto a sobrecarga de trabalho e a sobrecarga de tarefa, sob condições de trabalho muito aligeiradas, fragmentadas e técnicas, se torna um “atalho” veloz para eventos adversos. A tentativa de excelência do cuidado de si e do outro, a correria, a exigência da produtividade na relação com o outro ser humano, que é o usuário do sistema, é perpassada por desafios que cada vez mais suprimem a vivência e a experiência de se protagonizar o cuidado.

É possível compreender que do modo como tem se constituído o trabalho e as condições deste no campo pesquisado, tem se configurado uma ação de cunho mais técnico a nível de produção da saúde e do próprio cuidado numa lógica capitalista. Mas, seguindo o pensamento de Marx e Engels (2003), mesmo sob a lógica mercantil e desumana a qual é submetida o trabalho da enfermagem, as trabalhadoras estão fazendo sua história, porque mesmo sujeitas aos processos técnicos, rotinizados e por vezes essencialmente taylorizados, cada uma das enfermeiras e técnicas de enfermagem não dissocia o trabalho do seu viver, porque o trabalho também as produz e identifica como humano. À medida que trabalham, não agem mecanicamente, porque na contradição cotidiana do trabalho, travam formas de resistências e assim se tornam sujeitos reais, produzem história. No entanto, é válido pensar as implicações das condições de trabalho – que são opressoras - no processo de protagonismo do sujeito enquanto cuidador de si, que para cuidar do outro primeiro precisa cuidar de si, constituindo-se assim o cuidado que precede.

Na fala das profissionais de saúde, essa falta do cuidado de si em decorrência da pressa em atender o maior número de pessoas em menor tempo é demasiadamente preocupante. O ato de calçar luvas, que é essencial para desenvolver as técnicas de maneira adequada e segura, tanto para o cuidador como para o ser que é cuidado, se torna suprimido pela própria pressão do trabalho sobre as trabalhadoras pesquisadas. A exemplo trago a fala de Safira:

*“A falta de uso de EPIs, como luvas, por exemplo, devida a correria do dia-dia **não dá tempo para calçar luvas.** Temos de atender rápido em função da demanda.”*

Percebe-se que as atividades dos profissionais de saúde são profundamente constituídas em campos de tensões entre o que se deve fazer e o que realmente se consegue fazer, devido às prolongadas jornadas de trabalho, ao número limitado de profissionais e ao desgaste emocional nas tarefas realizadas.

Quanto à pergunta sobre a necessidade de práticas educativas específicas sobre acidentes de trabalho, todas as entrevistadas disseram que sim, que sentem necessidade de tais práticas. Na concepção de Navarro (2006), um desafio na área de acidentes em enfermagem é promover práticas educativas que enfoquem a conscientização como uma forma de constituir uma consciência na qual os trabalhadores se percebam em situação de risco e assim adotem ações seguras em sua prática diária. A prática educativa que se defende não é uma capacitação esporádica e pontual, mas um processo contínuo capaz de promover a transformação social no trabalho.

*“Devemos pensar na nossa proteção primeiro. Nós temos de estar bem para atender o outro, mas essa conscientização a gente só consegue por meio de práticas educativas e essas práticas voltadas para nós mesmos é difícil de acontecer.”(Esmeralda).*

Esmeralda fala sobre a preocupação com a proteção de quem cuida e a necessidade de estar bem para cuidar do outro e, ainda, que essa consciência só se faz presente se ocorrerem práticas educativas voltadas para o cuidador.

*“Sinto sim necessidade de ter. Não acontece essa fala. Aqui, ainda que a gente esteja sempre em contato com os riscos, se acontecer a gente nem sabe o que fazer quando é com a gente né.”(Cristal).*

*“Sim, acho bem importante a questão da prevenção e essa é a finalidade das práticas educativas, porque a gente trabalha sob pressão. (...)pode acontecer um erro, né, tudo em função da demanda, né, que nem intramuscular, essas coisas, HGT, a gente nem usa luvas, já vai na prática, economiza tempo, né. Então, a gente peca às vezes na prevenção. Entendo essa questão dos acidentes serem muito importantes de serem colocadas, porque nós também estamos susceptíveis, e como, né, a sofrer um acidente de trabalho e ter uma contaminação. A gente sabe que tem de fazer os encaminhamentos, mas bem ao certo, não, porque isso não acontece quase, então não se fala sobre esse assunto.”(Pérola).*

Os acidentes de trabalho que ocorrem na enfermagem, como já foi pontuado, são graves, frequentes, podem ser traumáticos, mas que ainda assim, no campo pesquisado, são irrelevantes. Irrelevantes por parte das trabalhadoras que já interiorizaram a cultura do

acidente como algo que é normal na profissão. Por outro lado, a saúde que se institucionaliza também banaliza os acidentes de trabalho, quando dá a uma unidade de saúde o formato de qualquer outra instituição de produção, neste caso, a “fábrica”.

Existem também contradições, porque através da pesquisa se torna compreensível que ao mesmo tempo em que os acidentes são naturalizados ou interiorizados, o cerne dessa contradição, desse antagonismo, é permeado pelas condições de trabalho. Condições que no capitalismo tendem cada vez mais a reprimir, oprimir e desconsiderar a historicidade, vivências e experiências que constituem o trabalhador da enfermagem, sobretudo uma desconsideração frente aos riscos cotidianos que se estruturam no processo de cuidado de si e do outro.

Embora o trabalho da enfermagem esteja sofrendo efeitos de diferentes causas, é importante o anseio por uma formação de consciência e de práticas educativas, que as entrevistadas demonstraram e relataram. Acredita-se que, tais ações já são significativas no que se refere a constituição de outro olhar para os acidentes de trabalho e suas causas, que muitas vezes são determinantes para que ocorra um evento adverso.

#### **4.5 Formação Complementar - Práticas educativas na Estratégia de Saúde da Família**

Este capítulo objetiva abordar a questão da formação complementar, entendida como educação continuada, educação permanente e capacitações. Essas ações constituem o que se compreende por práticas educativas no trabalho.

De acordo com a Portaria GM/MS nº198 de 2004, pode-se definir educação permanente em saúde como uma aprendizagem que está em relação com os saberes acadêmicos, as experiências e vivências que se constituem no ambiente de trabalho. É uma prática educativa que abarca saberes instituídos e saberes cotidianos das organizações de trabalho. Os processos de educação permanente dos trabalhadores da saúde precisam tomar como referência as necessidades de saúde dos seres humanos e do controle social em saúde. É também necessário que uma prática educativa em um processo de educação permanente tenha em vista a transformação das práticas profissionais, com ênfase no cuidado de si e do outro, bem como transformações no cerne da própria organização do trabalho, estruturados a partir da problematização do processo de trabalho de forma a estarem coerentes com o exercício da profissão em saúde.

Quanto à questão referente à participação em práticas de formação no local de trabalho, quatro das entrevistadas responderam que costumam participar. Apenas uma respondeu que raramente costuma participar. No entanto, a participação das entrevistadas sempre ocorre em outros espaços.

As entrevistadas relataram que todas as práticas de formação de que participam são iniciativas de outras instituições. E quando acontecem no local de trabalho, também é por iniciativa externa. Como respondeu Pérola:

*“Sim, mas é mais fora do local de trabalho. Aqui só aconteceu este ano duas, através do PET- Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde.”*

Deve-se salientar que é também de responsabilidade da profissional enfermeira contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente, em conformidade com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011, S/p). Mesmo que o ambiente de trabalho não esteja fomentando práticas de formação, compete também ao trabalhador lutar por esse espaço e protagonizar experiências de formação, de educação permanente em seu trabalho.

Por outro lado, o não exercício de práticas educativas oriundas da formação no local de trabalho contribui para uma rotina cristalizada no trabalho, favorecendo práticas alienantes e alienadas. Ainda o profissional da saúde não tem um espaço para problematizar suas ações cotidianas no trabalho e as questões referentes à segurança no trabalho, que não se dissocia da segurança do usuário do serviço.

Quanto aos tipos de formação que já participaram, as entrevistadas responderam com os mais diversos termos, como, por exemplo, capacitações, educação continuada, treinamentos com a finalidade de atualização de técnicas. Contudo, parecem ser mais frequentes as capacitações, no sentido de treinamento para/no trabalho. Não foi, portanto, mencionado a educação permanente em saúde, que parece estar, na prática, distante do cotidiano dos profissionais.

*“São capacitações para aperfeiçoamento. A gente tem um cronograma anual, que nós chamamos de educação continuada, né, agente faz nas nossas reuniões.” (Esmeralda).*

*“Capacitações, como palestras.” (Cristal).*

*“Capacitações, ”palestrinha”.” (Pérola).*

Nota-se que Pérola se referiu as práticas educativas como “palestrinha”. Isso faz pensar: que práticas têm sido estas? Uma prática educativa precisa necessariamente vir ao encontro da realidade e necessidades do ambiente de trabalho, além de seu caráter emancipatório e sério. Sério no sentido de que em saúde se trabalha com vidas, seres humanos que buscam em uma unidade de saúde a manutenção e restabelecimento de sua saúde. Outras falas acerca do tema:

*“Educação continuada, atualização de técnicas.”(Safira)*

*“Capacitações; treinamento.”(Jade)*

A educação continuada se assemelha a capacitação, no sentido de atualização de técnicas. Entende-se por educação continuada uma continuidade do modelo escolar ou acadêmico, pautado na atualização de conhecimentos. Mas nem toda capacitação pode ser uma educação continuada ou permanente, pois o sentido e a significação de uma educação permanente ou continuada é muito mais amplo que um processo de atualização de técnicas. De acordo com Davini:

Embora toda capacitação vise a melhoria do desempenho do pessoal, nem todas essas ações representam parte substantiva de uma estratégia de mudança institucional, orientação essencial nos processos de educação permanente (DAVINI, 2006, p. 40).

Os diferentes termos referentes à educação em saúde, em suma, vieram a ressignificar tais práticas, acompanhando as transformações socioeconômicas, políticas e tecnológicas.

Silva, Ferraz et. al (2010), ajudam-nos a compreender que no que se refere às práticas aligeiradas, no sentido imediato como é o caso das capacitações, na lógica do capital, na qual predominam as políticas neoliberais de mercado, estima-se que os trabalhadores sejam cada vez mais tecnicamente qualificados, mais produtivos e gerem mais-valia às organizações.

Na atualidade, por meio de práticas educativas de “educação permanente”, tem se visado à configuração das organizações, de forma que o trabalhador seja concebido a partir de atividades a serem realizadas com qualidade, economia e segurança. Isso com o objetivo de atingir índices consideráveis de produtividade, o que de certa forma enquadra novamente a profissão de enfermagem na lógica capitalista neoliberal. No entanto, a enfermagem tem se estruturado emitindo críticas, através da produção científica, a esse modelo reducionista em que o trabalhador é visto por aquilo que produz.

Tais concepções do processo de trabalho procuram romper com o modelo assistencial hegemônico de saúde e de organização do trabalho, com a introdução de novas formas de organização e relações mais flexíveis e participativas, que visam melhorar a qualidade dos serviços prestados e a satisfação dos sujeitos-trabalhadores(SILVA; FERRAZ et. al. 2010,p. 558).

É neste sentido que a Educação permanente em saúde - EPS (Brasil, 2004), juntamente com a Política Nacional de Humanização- PNH (Brasil,2004) visa valorizar o trabalhador e a trabalhadora da saúde, em especial na enfermagem, transformando-o em protagonista das ações de trabalho.

Para muitos educadores, a Educação Permanente em Saúde configura um desdobramento da Educação Popular ou da Educação de Jovens e Adultos, perfilando-se pelos princípios e/ou diretrizes desencadeados por Paulo Freire desde Educação e Conscientização/Educação como Prática da Liberdade/Educação e Mudança, passando pela Pedagogia do Oprimido, Pedagogia da Esperança, Pedagogia da Cidade, Pedagogia da Autonomia e Pedagogia da Indignação. De Paulo Freire provém a noção de aprendizagem significativa, por exemplo. (CECCIM, 2005, p.162).

A Educação Permanente em saúde é uma política pública cuja proposta está centrada no enfrentamento de problemas que emergem do processo do trabalho, “... que pode indicar quais saberes são necessários para a qualificação do atendimento ao usuário e para a melhoria das condições do próprio trabalho em saúde (SILVA; CONTE; VIAL,2008, p.15)”.

Quanto à frequência com que ocorrem essas práticas educativas, para as duas enfermeiras são mensais, mas para as três técnicas a ocorrência de práticas educativas é num intervalo de aproximadamente quatro em quatro meses. Porém, vale lembrar que são iniciativas de outras instituições, pois na própria unidade as práticas educativas não têm ocorrido em decorrência de diversos fatores, sobretudo as condições de trabalho. Uma entrevistada relatou:

*“É tipo capacitação, na verdade uma “palestrinha”. Bem essas sobre alimentação. Era do PET, daí veio o pessoal do Senai e deram uns “livrinhos” e a gente ia lendo e dizia como incentivar a alimentação, depois cada equipe tinha que fazer um teatro, essa foi até dinâmica, porque na maioria das vezes é tipo palestra. Eram duas equipes, a do Senai e a nossa, isso foi no início desse ano e durou uma tarde, das 14:30 às 17hs. A outra também foi esse ano, por iniciativa do PET, não lembro bem o período e foi palestra, duração de 01 hora e 30 min, mais ou menos.”(Pérola).*

Esse intervalo em que ocorrem as práticas educativas para as profissionais técnicas de enfermagem não é suficiente, tamanha a complexidade do trabalho de enfermagem, que requer práticas educativas de forma constante, que possibilite problematizar as questões e desafios encontrados no trabalho, constituindo assim uma educação crítica, consciente e reflexiva. A problematização como estratégia presente nas práticas educativas possibilita a aprendizagem baseada em problemas cotidianos e, portanto, significativos, estruturados em pressupostos que prezem uma reflexão teórica para a análise política e síntese de informações e conhecimentos que permeiam a experiência do trabalhador.

É necessário que as práticas educativas sejam realizadas no local de trabalho, que venham discutir e problematizar o próprio processo no qual se insere o trabalhador e a trabalhadora da saúde, para uma verdadeira tomada de consciência. “Quanto mais refletir sobre a realidade, sobre sua situação concreta, mais emerge plenamente consciente, comprometido, pronto a intervir na realidade para mudá-la (Freire, 1980, p.35)”.

No que se refere ao modo como ocorrem, os assuntos são abordados em sua maioria em forma de palestras. Nessas palestras busca-se a interatividade, possibilitando a discussão dos temas pelas participantes, como, por exemplo, a técnica de teatro. E todas as temáticas mencionadas pelas entrevistadas são diversificadas, porém são majoritariamente voltadas para o usuário do serviço.

Na questão referente à descrição de como são feitas essas práticas educativas, por parte das entrevistadas, distinguem-se as práticas voltadas para as enfermeiras e para as técnicas de enfermagem. Na fala das enfermeiras as reuniões são mensais, na maioria das vezes. Há a possibilidade de escolha dos assuntos, o conteúdo é por vezes dinâmico, dependendo do assunto, mas em geral é em forma de palestra. Percebe-se que os assuntos são majoritariamente acerca do cuidado do outro, sobretudo os protocolos institucionais que normalizam os procedimentos. Ao priorizar o cuidado do outro, muitas vezes de forma aligeirada, ou o estudo das normas de trabalho, pouco se constituem práxis<sup>9</sup> sobre saúde do trabalhador. Como relatou Safira:

*“Cuidados com idoso, criança, gestante, as prioridades do Ministério da Saúde<sup>10</sup>, era pouco tempo para cada coisa. Tinha coisas que tinha que passar correndo, não dava tempo de absorver o assunto e se debruçar sobre ele. Bem interativo, todas as*

<sup>9</sup> Na concepção de Vásquez (1977), a práxis é a relação entre o pensamento e a ação, a teoria e a prática. Sendo assim, o cuidado com o cuidador já é instituído em algumas políticas e diretrizes, mas precisa tornar-se uma realidade cotidiana no trabalho.

<sup>10</sup> Sabe-se que o Ministério da Saúde prioriza o cuidado em todas as fases da vida, que é o cuidado da criança, do adolescente, do adulto, da mulher, do homem e do idoso, mas também inclui a saúde do trabalhador. Na fala das entrevistadas elas reportam-se às prioridades do Ministério, mas não inserem a saúde do trabalhador.

*técnicas participavam e tinham outras que eram para técnicas e enfermeiras, tinha práticas e às vezes até teatro. Aconteceram em 2012. No momento não tem sido feita nenhuma prática educativa no ambiente de trabalho.”(Safira).*

Percebe-se que na fala de Safira é colocado que o conteúdo às vezes é de forma rápida demais, até mesmo devido à falta de tempo para a realização da prática educativa, gerando assim a ausência de tempo para a reflexão e criticidade. É preciso “vencer” o conteúdo, mas também é necessário refletir sobre como está sendo feito tal prática, se com qualidade ou não, sobre a possibilidade de estar ou não proporcionando uma aprendizagem significativa. Seria pertinente realizar mais um encontro ou quantos fossem necessários para este fim.

Ainda conforme relatos das trabalhadoras técnicas de enfermagem, as temáticas abordadas nas práticas educativas quase sempre são verticalizadas, ou seja, não há participação na escolha das abordagens. *“Eles (os assuntos) vêm de cima, já estão determinados” (Cristal).* Assim, a prática educativa toma um aspecto “conteudista”. Senão possibilita a descodificação do processo de trabalho pelo profissional, não o liberta, apenas faz com que se adapte a realidade. *“O fim da descodificação é chegar a um nível crítico de conhecimento, começando pela experiência[...] que tem de sua situação em seu “contexto real” (FREIRE, 1980,p. 31)”*.

Ainda segundo Freire, *“neste sentido, a educação libertadora, problematizadora, já não pode ser o ato de depositar, ou de narrar, ou de transferir, ou de ‘transmitir conhecimentos’ e valores aos educandos, meros pacientes, à maneira da ‘educação bancária’...(2003, p. 68)”*. A prática bancária inibe a criatividade. A educação problematizadora de caráter verdadeiramente reflexivo sugere um constante ato de desvelamento da realidade, buscando a emersão das consciências, inserindo o homem criticamente na realidade, tornando-o, portanto, sujeitos das ações(idem).

Quanto à questão sobre os temas abordados nessas práticas, todos os entrevistados colocaram ser sobre a saúde do outro, do usuário do serviço.

*“Todos os assuntos referentes ao cuidado do outro.”(Safira).*

Como afirma Campos, *“o cuidador também precisa ser cuidado. Precisa de alguém que lhe dê suporte, que lhe ofereça proteção e apoio, facilitando seu desempenho, compartilhando, de algum modo, sua tarefa” (CAMPOS; 2002 p.42).* A enfermagem é uma profissão que vem conquistando seu espaço e reconhecimento junto à sociedade e entre as

demais profissões da área da saúde. Contudo, na forma em que se encontra organizado o processo de trabalho ditado pelo capital, em que há a divisão social do trabalho, a intensificação, a necessidade da constante atualização, da precarização de forma intensa do trabalho, o trabalho, que é fonte de prazer, satisfação e identificação, pode concorrer para o adoecimento. De acordo Krug (2006):

Os aspectos organizacionais do trabalho em saúde, pelas próprias particularidades e singularidades inerentes ao processo de trabalho, acabam determinando situações de sofrimento, de lesões, de adoecimentos, nem sempre somente físicos e mentais, mas também, sociais. Esses podem envolver, entre outros, dificuldades no relacionamento e na assistência ao usuário e ao próprio trabalhador da saúde, prestador dessa assistência (KRUG, 2006, p. 17).

Portanto, os profissionais de enfermagem são gente que cuida de gente, e, como tal, necessitam serem cuidados. As enfermeiras que administram devem, além de cuidarem de si, cuidarem também dos cuidadores profissionais da equipe de enfermagem e mobilizarem estes para a prática do cuidado de si.

Em resposta à pergunta: É possível realizar uma prática educativa se os trabalhadores vêm a necessidade de realizá-la? Quatro entrevistadas responderam que sim, há essa possibilidade, mas as mesmas quatro trabalhadoras responderam que ainda não aconteceu.

Uma entrevistada respondeu que nem sempre há a possibilidade de realização de uma prática voltada para suas necessidades. Como justificativa apontou mais uma vez a falta de tempo para esse exercício. Esta mesma entrevistada ressaltou que ainda que solicitem atualizações sobre a saúde do trabalhador, estas acabam não acontecendo. Percebe-se novamente o “fardo” das condições de trabalho, que impossibilita a realização de práticas voltadas para o cuidado de si.

Entende-se que as práticas educativas, para terem validade no sentido de serem significativas, têm de ser do interesse do profissional, ligadas a sua prática, e devendo, portanto, haver a disponibilidade no local de trabalho para sua realização. “Assim, a vocação do homem é a de ser sujeito e não objeto. Pela ausência de uma análise do meio cultural, corre-se o perigo de realizar uma educação pré-fabricada, portanto, inoperante, que não está adaptada ao homem concreto a que se destina (FREIRE, 1980, p. 34)”.

Sobre a saúde do trabalhador, Esmeralda respondeu que algumas das práticas educativas tratavam da saúde do trabalhador, sendo iniciativa do PET para a equipe, sobre acidentes de trabalho, dispensando só um encontro. Do CEREST, sobre como fazer encaminhamentos quando da ocorrência de acidentes de Trabalho, ambas no ano de 2012, e

no presente ano, na reunião com a nova coordenação sobre saúde mental para Enfermeiras. Esmeralda acrescentou:

*“Em média, essas capacitações voltadas para a saúde do trabalhador acontecem uma vez no ano e olha lá, não é muito frequente não.” (Esmeralda).*

Três entrevistadas responderam que não acontecem práticas educativas voltadas para a saúde do trabalhador:

*“Este ano não foi abordado nada sobre esse assunto. A preocupação maior não é quem cuida, é o outro, é quem é cuidado, o usuário do serviço.” (Perola).*

*“Não, sempre o cuidado dos outros.” (Cristal)*

*“Não, não acontece.” (Safira)*

De certa forma, nota-se que as práticas educativas voltadas para o cuidado do cuidador não são comumente realizáveis, não contribuindo assim para uma tomada de consciência sobre o cuidado de si. Ainda que o profissional de saúde esteja inserido no processo geral do trabalho, este parece não ser suscetível ao processo de adoecimento.

O cuidado com o cuidador é uma necessidade quase urgente, não somente por parte das políticas que de certa maneira têm cumprido o seu papel, colocando o trabalhador como protagonista das ações de cuidado, mas, também pelas unidades de saúde institucionalizadas, as quais precisam tornar o cuidado com o cuidador uma realidade no ambiente de trabalho.

Referente a questão “você sente necessidade de mais práticas educativas sobre o cuidado do trabalhador da saúde? Como pensa que deveriam ser essas práticas? Do que elas deveriam tratar?”, todas as entrevistadas responderam que sim, que deveria ter mais práticas educativas para o cuidado com o cuidador.

*“Eu acho que deveria ter mais. As práticas educativas é que vão mudar o nosso olhar, mudar nosso trabalho, acho que os acidentes de trabalho, por exemplo, já está incorporado no trabalho da Enfermeira, pois a Enfermeira está sempre correndo o risco de sofrer um acidente, afinal, lida com instrumentos perfurocortantes, e penso ser muito importante abordar esse tema sim, sinto que é necessário trabalhar a saúde do trabalhador em si e a prevenção de acidentes que de certa forma prejudicam a vida e a saúde do cuidador.” (Esmeralda).*

*“É, deveria de se pensar mais sobre o cuidado com o cuidador, só que não dá tempo e a gente acaba ficando pra trás, pra depois, e as coisas acabam não ocorrendo. Primeiro é o cuidado do outro, sempre, e nosso tempo acaba todo voltado pra isso.” (Jade).*

*“Sim, acho que em forma de palestra, né, todo mundo junto para trocar ideia sobre o cuidado com o trabalhador, de forma contínua, que nem às vezes o trabalhador, ele tá doente e não se cuida, não tira um dia de repouso para cuidar de sua saúde, acho que isso deveria ser mais bem trabalhado. Claro que têm uns que faltam por nada, né,*

*mas eles já conhecem os que são assim. Mas o fato é que a gente não pensa em si, sempre no outro e deveríamos pensar mais em nós mesmos, cuidadores.” (Cristal).*

*“Sim, contínuas. Ai eu acho que tudo assim, eu acho que deveriam de trabalhar com a paciência da gente, assim, na forma de fazer tudo com calma, tudo com tempo, porque às vezes eu atendo três, quatro pessoas ao mesmo tempo para ser mais ligeiro. Bem, acho que deveriam tratar o que é possível de acontecer com essa correria toda, como até os acidentes de trabalho mesmo. Muitos ocorrem pela nossa pressa e necessidade de atender muitas pessoas em pouco tempo.” (Pérola).*

O fato de as entrevistadas considerarem necessário práticas educativas voltadas para o cuidado do cuidador é relevante e significativo. Porque está no querer das trabalhadoras e refletindo elas pensaram sobre o cuidado de si mesmas. É notória a lacuna que se estabelece entre o discurso e a prática.

É demasiadamente grave o cuidador se preocupar com o cuidado do outro e ficar a margem, ficar para trás no que se refere ao cuidado de si. Na excelência do cuidado não se pode conceber o descaso alheio e do próprio trabalhador consigo mesmo, reportando a ideia de que o mesmo não está susceptível ao processo de adoecimento.

Nota-se que a saúde do cuidador e ainda a própria organização do processo de trabalho encontra-se atrelada às condições de trabalho. A demanda de atendimento é muito grande e existem recursos humanos insuficientes. Não há tempo para refletir, discutir o cuidado de si, e às vezes até de agir de forma segura no desenvolvimento das práticas.

Sobre a questão “Que outras práticas de formação você participa fora do trabalho (seminários, grupos de estudo, eventos, etc.)? Com que frequência? Qual o espaço do cuidado do trabalhador nessas práticas?” Apenas uma entrevistada disse que participava e que se encontrava sempre participando de congressos, mas nada sobre saúde do trabalhador. Uma entrevistada disse que sim, mas em raras vezes devido ao cansaço no final da jornada de trabalho. Quanto ao espaço para abordar a saúde do trabalhador, é muito pouco. Três colocaram que não participavam, na maioria das vezes em virtude da falta de tempo, sendo que duas trabalham em outros empregos. Dessas três, uma entrevistada disse que poucas vezes, que se lembre, foi abordada a saúde do trabalhador em si, para não dizer que não aconteceu. Outra disse que não lembra desse assunto nas rodas de conversa e outra ponderou que não tem participado.

Quanto ao espaço do cuidado do trabalhador nessas práticas educativas, observa-se através da fala dos entrevistados que o espaço é muito pouco ou quase inexistente.

*“Quando tem alguma coisa e eu consigo participar. Agora faz tempo que não, porque trabalho muitas horas, então fica difícil. Se for fora do horário de trabalho é bem*

*complicado de fazer. Poucas vezes, que eu lembre, pra não dizer que não aconteceu, foi abordada a saúde do trabalhador em si.” (Esmeralda).*

*“Não, não participo porque às vezes, quando saio daqui, tenho de fazer horas no P.A (Pronto Atendimento), conforme solicita a Prefeitura. Lá eu faço regulação de leitos, trabalho sextas-feiras, sábados e domingos, 12hs. Mas quando tinha mais tempo participava mais. Eu não lembro de trazerem a saúde do trabalhador para a roda de conversa, como se não fosse importante, apenas é o cuidado do outro.” (Cristal).*

*“Sim, mas são raras às vezes. A gente sempre sai daqui muito cansada, quando tem alguma coisa que me interessa, um assunto que me interessa, daí eu vou, mas faz um tempo que não tenho participado, mais de um ano. Quanto ao espaço, é muito pouco. O foco é a saúde do outro.” (Pérola).*

*“Não tenho participado.” (Safira).*

*“Eu faço PET, né, sou preceptora do PET saúde cegonha, tô sempre trabalhando com artigos, sempre buscando trabalhos para fazer, eu e a médica né,...sempre inteirada nos congressos. A gente sempre escreve trabalhos, mas não sobre saúde do trabalhador.” (Jade).*

#### **4.6 Educação Permanente em saúde**

Educação Permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que o processo de educação dos trabalhadores da saúde se faça a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas organizacionais e da própria organização do trabalho (Portaria GM/MS nº1.996, de 20 de agosto de 2007, ANEXO II, p.20).

As políticas governamentais se representam pela educação permanente em saúde, política nacional de humanização, normas regulamentadoras do trabalho (NRs) e outras diretrizes, portarias, emendas, estratégias e iniciativas. Todas essas ações e programas visam discutir e implementar ações em torno da saúde do trabalho e do serviço em saúde como um todo, entendendo o ser humano em sua integralidade. Quanto à questão “você conhece as políticas governamentais sobre a formação do trabalhador da saúde?”, a maioria dos sujeitos respondeu que não, que não conheciam, que não sabiam dizer nada sobre isso. Uma entrevistada afirmou que se trata de uma política pública.

A partir do que foi relatado pelas trabalhadoras, nota-se o quão distante estão do cotidiano a compreensão e aproximação do trabalho com as políticas públicas de saúde. O conhecimento das políticas que instituem o trabalho em saúde torna-se um conhecimento que

permite à trabalhadora e ao trabalhador lutarem por seus direitos nos espaços de trabalho, recorrendo às políticas que potencializam e protagonizam o trabalhador em sua integralidade.

Portanto, o conhecimento e a discussão referente às políticas de educação permanente requerem um tempo, é um processo. Neste contexto estudado, o que as trabalhadoras menos têm é tempo, o que constitui uma contradição entre a necessidade de apropriar-se das leis do seu próprio trabalho e o tempo restrito em função das condições de trabalho.

Quanto à questão “já ouviu falar em Educação Permanente no Trabalho? Relate o que sabe”, todas afirmam ter ouvido falar sobre a Educação Permanente, porém a maioria não a reconhecem como política pública.

A maioria das trabalhadoras se referiu à educação permanente enquanto continuada. Uma delas entende ser eventos que acontecem fora do local de trabalho, o que não é uma compreensão coerente com a proposta da educação permanente, pois esta encerra a realização de educação em parceria com outras instituições, mas, sobretudo, no próprio local de trabalho. Duas referenciam capacitação como sendo mais pontual, e, portanto, a que mais ocorre no seu local de trabalho, enquanto a educação permanente ou continuada é entendida pelas mesmas como aquela que ocorre em mais encontros.

Uma entrevistada colocou que já ouviu falar, mas entende ser mais frequente em empresas e não trouxe para sua realidade local. Ainda outra entrevistada compreende serem práticas educativas mensais no local de trabalho.

Parece que nessa questão a maioria compreende o significado de educação permanente, ainda que de forma mais simplista e a empreguem também no sentido de educação continuada, relatando que pode ocorrer fora ou no local de trabalho. Todavia, não tão somente “extra muros”, como colocado pela maioria das entrevistadas. Nem somente organizada por outras instituições, lembrando que a educação permanente deve ocorrer no local de trabalho e que o seu desenvolvimento é também responsabilidade da profissional enfermeira para com sua equipe de saúde. As entrevistadas relataram:

*“Sim, é o mesmo que educação continuada temo objetivo de atualizar o profissional, mas não apenas uma vez, tá sempre acontecendo, o que é difícil de ter no meu ambiente de trabalho, é mais capacitações sobre assuntos diversos e assuntos internos do posto.” (Safira).*

*“É a nossa educação continuada ou permanente que é a mesma coisa, que geralmente é fora daqui, mas o que mais ocorre é capacitação. Educação Permanente é quando tem um congresso fora, em Porto Alegre, Santa Maria, é quando tu sai do teu ambiente, é fora, tem uma maior duração, três ou quatro dias, mas não lembro de um trabalho voltado para o cuidador, parece que a Enfermeira*

*tem o corpo fechado, não entra nada, e é bem o contrário. Olha onde a gente tá trabalhando, olha com o que tô trabalhando.”(Esmeralda).*

É importante destacar a fala de Esmeralda, quando ela diz que “*parece que a enfermeira tem o corpo fechado, não entra nada*”. Este sentimento, em geral, é comum a categoria. Parece que a Enfermeira está imune ao processo de adoecimento, ou, de certa forma, banaliza os riscos aos quais está exposto no trabalho.

Na questão referente a “*você acredita que a educação possa trazer melhorias nas condições de trabalho?*”, todas as entrevistadas acreditam que sim, entendida a educação como maneira de se atualizar, de se reciclar, de mudança, de aperfeiçoamento profissional e de se envolver melhor com o trabalho.

Compreende-se que a educação é essencial para as mudanças, segundo as entrevistadas, para o melhor fazer e o melhor ser. É nesse sentido que a educação deve ser utilizada de maneira mais conscientizadora e problematizadora para mudar a realidade acerca dos riscos aos quais estão expostas as trabalhadoras, que são riscos pertinentes do trabalho na enfermagem, mas que podem ser previstos, protagonizando a conscientização do cuidado de si no desenvolvimento de técnicas invasivas, as quais colocam o sujeito em risco de adoecimento. Seguem depoimentos a esse respeito:

*“Claro que pode, tenho certeza que pode, é a única maneira de se atualizar. Imagina tu não aprender nada. Tem que estar sempre sabendo o que está acontecendo, quais as novidades, quais as realidades. As coisas mudam, quais os novos materiais. E é a Educação que muda nossa realidade, muda nosso trabalho, nossa maneira de fazer as coisas e de ser também.”(Esmeralda).*

*“A educação pode acrescentar coisas novas no meu trabalho, um novo jeito de fazer as coisas, aprimorar meu trabalho, aprender a atender o público melhor, sempre faz a nossa prática melhor. A gente nunca sabe tudo, e nunca o que tu vai aprender é aquilo para o resto da vida, as coisas sempre mudam e a gente tem que acompanhar. As práticas que tu fazia daqui a pouco não são mais aceitas. Vai aparecer coisas novas e a gente só consegue melhorar se for através da educação.”(Cristal).*

*“Sem dúvida, a gente aprende mais coisas, se atualiza e com isso atende melhor as pessoas, tem um melhor entendimento das coisas. Só através da educação que posso ir reciclando meus conhecimentos porque o que é hoje, amanhã muda, nada é estanque.”(Pérola).*

*“Sim, é uma maneira de ficar mais envolvida no trabalho, se atualizando, porque as coisas sempre mudam e a gente tem de acompanhar e não vejo outro jeito de me atualizar se não for por meio da educação.” (Safira).*

*“Sim, mas tem de ser dinâmica, a gente aprendendo coisas novas melhora nosso trabalho, aperfeiçoa.” (Jade).*

Embora a educação permanente em saúde embora ainda não tenha o seu conceito compreendido pelas trabalhadoras da enfermagem, elas reconhecem a necessidade de um processo educativo que seja inerente as suas práticas cotidianas, para qualificar e emancipar o trabalho e a trabalhadora. Reconhecem ainda que uma educação permanente não é um evento isolado, mas sim com continuidade e que precisa se fazer presente primeiramente no próprio trabalho.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final de uma pesquisa alguns questionamentos são respondidos, mas, sobretudo se constituem novas questões, pois a vivência com o campo pesquisado ressignifica o olhar do pesquisador.

O caminho que se trilhou não foram apenas flores, pois além dos contratemplos do próprio tempo cronológico que mede cada passo, ainda questões pessoais e acadêmicas perpassaram o período de pesquisa e escrita da presente dissertação. Houve momentos difíceis e alegres, mas a utopia concreta de que no final tudo pode dar certo se fez presente. O resultado é este estudo.

É também considerável que a aprendizagem da vida e acadêmica se transforma também a partir de uma pesquisa. A realidade estudada expressa situações, práticas, contradições e possibilidades que me indagaram como pesquisadora. Enquanto enfermeira, ao me colocar no lugar do outro, também refleti que poderia compartilhar das mesmas falhas, no sentido de entender, eleger e priorizar o cuidado do outro como objeto do trabalho de enfermagem. Em alguns momentos escutei na fala do outro coisas que algum dia já foram interiorizadas em meu ser.

No presente estudo percebeu-se que a maioria das entrevistadas costuma participar de práticas de formação. Todavia foram unânimes em dizer que essas práticas não acontecem no local de trabalho, e quando acontece no local de trabalho é sempre por iniciativa de outras instituições ou órgãos, algo que se destaca neste estudo, pois as questões referentes às práticas profissionais que visam à qualificação do profissional de saúde devem ser uma constante no trabalho e devem sim partir do próprio local de trabalho.

Nota-se que as condições de trabalho são inadequadas para as trabalhadoras de enfermagem nos locais onde foi realizado este estudo, uma vez que a maioria colocou que a carga horária não está adequada em função do horário do intervalo, por considerarem pouco para o descanso. Todas colocaram que o ritmo de trabalho é acelerado, a maioria queixou-se da falta de recursos humanos e, portanto, do acúmulo de funções, conseqüentemente a sobrecarga de trabalho. E quando se fala em acúmulo de funções e sobrecarga de trabalho, resultante disso a fadiga, parece que facilita o entendimento da falta de tempo para pensar o cuidado de si.

A concepção de cuidado é vivificada no cotidiano das trabalhadoras, portanto vale ressaltar a contradição existente frente ao discurso e ação realizada. Pois as práticas de

cuidado encontram-se no plano do ideal, do como deveria ser, mas no diálogo com as trabalhadoras da saúde percebeu-se uma lacuna no que se refere ao cuidado da trabalhadora como algo que efetivamente aconteça.

É necessário que o profissional de enfermagem, a partir de uma práxis consciente, constitua uma cultura do olhar de forma ampla e reflexiva da realidade em que se encontra, a fim de compreender a dimensão do cuidado humano na sua complexidade e a necessidade do cuidado de si, de modo a transformar sua prática diária.

Do exposto, percebe-se o trabalhador de saúde um tanto desamparado quanto ao cuidado de si no ambiente de trabalho. Portanto, compreende-se que é fundamental a desenvolver práticas educativas contínuas para a conscientização do cuidado de si. As políticas existentes sobre a saúde do trabalhador precisam ser incorporadas às práticas diárias. Elas existem com a finalidade de promover a saúde do trabalhador e da trabalhadora da saúde no intento mudar a realidade no mundo do trabalho dessas profissionais.

Percebeu-se nessas unidades que as práticas educativas mais comuns são as capacitações, que são, portanto, pontuais no sentido mais de atualização técnica, e ainda de forma não frequente no ambiente de trabalho. É preciso que a educação possibilite verdadeiramente a mudança comportamental no trabalho e isso só é possível através de uma educação voltada para a realidade de forma permanente, reflexiva, dialógica e crítica.

Compreende-se que o processo de trabalho deve ser constantemente revisto, com ênfase para o uso de EPIs e de práticas seguras, bem como uma educação permanente sobre a prevenção de acidentes e saúde do trabalhador em geral. É importante o olhar para o cuidador de forma a prevenir riscos, agravos e adoecimento em função do trabalho.

Sabe-se que as condições de trabalho contribuem para o desgaste físico e mental, bem como para a ocorrência dos acidentes de trabalho e o processo de adoecimento. Neste sentido, deve-se implementar melhorias no ambiente de trabalho, com a participação dos trabalhadores nas estratégias de mudança.

É necessário pensar a educação como promotora de transformações, que se faz mediante a reflexão crítica a cerca das questões pertinentes ao trabalho, buscando sempre uma aprendizagem significativa para a trabalhadora e o trabalhador e não como meio apenas para instruir.

Acredita-se que este trabalho venha a contribuir à medida que possibilita a reflexão sobre o cuidado do cuidador, sobre as condições de trabalho nas quais se encontram e sobre a necessidade de tornar as práticas educativas voltadas para o cuidado de si uma constante no

cotidiano do trabalho, bem como o favorecimento de medidas que beneficiem a trabalhadora e o trabalhador de saúde quanto às fragilidades encontradas neste estudo.

## REFERÊNCIAS

- ADORNO, Theodor W. *Educação e emancipação*. 2 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.
- ANDRADE, BARRETO et.al. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; MINAYO; Maria Cecília de Souza et. al (org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. 2 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- ALBORNOZ, Suzana. *O que é trabalho*. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- ALMEIDA, Ildeberto Muniz de; VILELA, Rodolfo Andrade de Gouveia; GOMES, Marcos Hister Pereira et.al. *Pressão por Produção e Acidentes: Estudo a partir de Acidente com Ferramenta Manual em Fábrica de Móveis*. In: SANTÁNA, Raquel Santos et.al (org.). *Avesso do Trabalho II: Trabalho, precarização e saúde do trabalhador*. 1ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.
- ASSUNÇÃO; Ada Ávila; BELISÁRIO; Soraya Almeida (Orgs). *Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde*. Belo Horizonte: Nescon - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2007.
- BAGGIO, Maria Aparecida; ERDMANN, AlacoqueLorenzini. *Relações múltiplas do cuidado de enfermagem: o emergir do cuidado do “nós”*. Revista Latino Americana de enfermagem 18(05), set.-out. 2010. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae). Acesso em julho de 2013.
- BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977. 225p.
- BILLOUET, Pierre. **Foucault**. São Paulo: Estação Liberdade, 2003
- BOFF, Leonardo. *Princípio de Compaixão e Cuidado*. Tradução de Carlos Almeida Pereira. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.
- BOFF, Leonardo. *Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
- BRASIL. *Decreto nº. 3.724 de 15 de Janeiro de 1919*.
- BRASIL. Ministério da Previdência Social. *Anuário estatístico da Previdência Social 2007*. Brasília, 2007. Disponível em: [www.mpas.gov.br](http://www.mpas.gov.br). Acesso em: 15 de julho de 2014.
- BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de Julho de 1991. *Consolida a legislação que dispõe sobre os Planos de Benefícios e Custeio da Previdência Social e sobre a organização da Seguridade Social e dá outras providências*. Diário Oficial da União. Brasília, 1991.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Notificação de acidentes do trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.saude.gov.br> . Acesso em: 08 de maio de 2014.

\_\_\_\_\_. Lei 8.213 de 24 de julho de 1991. *Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências*. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília; de 25.07.91 - 170º da Independência e 103º da República.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, DF, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica*. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *HIV/Aids, hepatites e outras DST / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1996, 20 de agosto de 2007. *Dispõe sobre diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em saúde e dá outras providências*. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 162, 22 ago. 2007. seção 1.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 198/GM/MS – 13 de fev. 2004. *Institui a política nacional de educação permanente em saúde para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor e outras providências*. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/admin\\_ses/diretoria\\_desev\\_humano/educaçãopermanente/PORTARIA](http://www.saude.sc.gov.br/admin_ses/diretoria_desev_humano/educaçãopermanente/PORTARIA)> Acesso em 18 jul.2012.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 2.437, de 7 de dezembro de 2005. *Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde – SUS e dá outras providências*. – Brasília:Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011.Seção 1, pt1.

CAMPOS, Eugenio Paes. *Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais da saúde*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. 148 p.

CANINI, Silvia Rita Marin da Silva; MORAES, Suzana Alves de, et.al. *Fatores Associados a Acidentes Percutâneos na Equipe de Enfermagem de um Hospital Universitário de Nível Terciário*. Revista Latino Americana. Enfermagem 2008 setembro-outubro; 16(5). Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae). Acessado em maio 2013.

CATTANI, Antonio D. *Trabalho e autonomia*. Petrópolis: Vozes, 1996.

CARVALHO, Geraldo Mota de. **Enfermagem do trabalho**. São Paulo: EPU, 2001.

CARVALHO, Ricardo Augusto de. *Saúde Mental e Trabalho: Um novo (velho) campo para questão da subjetividade*. In: CODO, Wanderlei; SAMPAIO, José Jackson Coelho (Orgs.). *Sofrimento Psíquico nas Organizações: Saúde mental e trabalho*. Ed. Vozes Ltda.: Petrópolis, RJ, 1995.

CECCIN, Ricardo Burg. *Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário*. Interface - Comunicação, Saúde, Educação: v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

COSTENARO, Regina Gema Santini; LACERDA, Maria Ribeiro. *Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador*. 2. ed. Santa Maria: LTr Editora, 2002.

DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; ACIOLI, Sonia. **Mudanças na formação e no trabalho de enfermagem: uma perspectiva da educação popular e de saúde**. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 63, n. 1, Feb. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672010000100021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672010000100021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 set. 2012.

DAVINI, Maria Cristina. *Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos da Saúde*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em <http://www.saude.gov.br/bvs>. Acessado em fev. 2010.

DELORS, Jacques et. al. *Educação: um tesouro a descobrir*. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

DEJOURS, Christophe. *A loucura do Trabalho: Estudo de psicopatologia do Trabalho*. Trad.de Ana Isabel Paraguay e Lucia Leal Ferreira. 5ª. Ed. Ampliada. São Paulo: Cortez. Oboré, 1992.

DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elisabeth; JAYET, Christian. Coordenação e tradução BETIOL; Maria Irene Stocco et.al. *Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.

EGRY, Emiko Yoshikawa. *Saúde Coletiva: construindo um novo método em enfermagem*. São Paulo: Ícone, 1996. 144p.

ELIAS; Marisa Aparecida; NAVARRO, Vera Lucia. *A Relação entre o Trabalho, a Saúde e as Condições de vida: Negatividade e Positividade no Trabalho das Profissionais de Enfermagem de um Hospital Escola*. Revista Latino-americana Enfermagem 2006 julho/agosto;14(4):517-25. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae). Acessado em maio de 2014.

FARAH, Beatriz Francisco. *Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções?* Revista APS, v.6, n.2, p.123-125, jul./dez. 2003.

FAURE, Edgar et. al. *Aprender a ser*. Lisboa: Bertrand, 1974. 457 p. (Coleção Documentos de todos os tempos).

FERREIRA, A.B.H. *Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FIGUEIREDO; Elisabeth Niglio de. *A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS*. UNA- SUS. UNIFESP. 2011. Disponível em: <<http://www.unasus.unifesp.br>> Acesso em fev. 2013.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade: o cuidado de si*. 10 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

\_\_\_\_\_. *Ética, sexualidade, política*. Col. Ditos e Escritos (v.V). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FREIRE, Paulo. *Conscientização: teoria e prática da libertação, uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 35. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

FROMM, Erich; MARX, Karl. *Conceito marxista do homem: Manuscritos econômicos e filosóficos*. 3. ed Rio de Janeiro: J. Zahar, 1964. 233p.

FURTER, Pierre. *Educação Permanente e Desenvolvimento Cultural*. Tradução de Tereza de Araújo Penna. Petrópolis: Vozes, 1974.

\_\_\_\_\_. *Educação e Vida*. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1976.

GADOTTI, Moacir. *A Educação contra a Educação*. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1982.  
\_\_\_\_\_. *Concepção Dialética da Educação: Um estudo introdutório*. 12 ed. rev. São Paulo: Cortez, 2001.

GALLAS, Samanta Rauber; FONTANA, Rosane Teresinha. *Biossegurança e a enfermagem nos cuidados clínicos: contribuições para a saúde do trabalhador*. Revista. Brasileira de Enfermagem: Brasília 2010 set-out; 63(5): 786-92 .

GEOVANINI, Telma et al. *História da enfermagem: versões e interpretações*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002. 338 p.

GOMES, Ana Carolina; AGY, Livia Loureiro et.al. *Acidentes Ocupacionais com Material Biológico e Equipe de Enfermagem de um Hospital - Escola*. Rev. enfermagem. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 abril/junho; 17(2):220-3.

GOMES, Elizabeth Laus Ribas et.al. *Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem*. In: ALMEIDA, M.C.P de; ROCHA, S.M.M. (orgs). *O Trabalho de Enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1997.

HEIDEGGER, M. *Ser e Tempo*. 5 ed. Petrópolis: Vozes 1995. Parte I.

HOUAISS A, Salles VM. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

KRUG, Suzane Beatriz Frantz. *Sofrimento no trabalho: a construção social do adoecimento de trabalhadoras da saúde*. 2001. Tese (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2003.

FERNANDES; DI PACE, et.al. *Organizações e condições de trabalho em Telemarketing: Repercussões na Saúde Psíquica dos Trabalhadores*. In JACQUES; CODO (orgs.). *Saúde Mental & Trabalho: Leituras*. 2ª.ed. Petrópolis, RJ: vozes, 2003.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**. 16. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2005.

LACAZ; Francisco Antonio de Castro. *Política Nacional de Saúde do Trabalhador: Desafios e Dificuldades*. In SANT'ANA; Raquel Santos (org) et.al. *Avesso do Trabalho II: trabalho, precarização e saúde do trabalhador*. 1ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

LAPA, Alessandra da Terra; SILVA, Jessica Mello da, et.al. *A ocorrência de acidentes por material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem intensivista*. Rev. Enfermagem. UERJ, Rio de Janeiro, 2012 dez; 20(esp.1):642-7.

LEOPARDI, Maria Tereza. *Metodologia da pesquisa na saúde*. 2. ed., rev. e atual. Florianópolis: UFSC, 2002.

LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina (Org.). *Gênero e saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

LOBO NETO, Francisco José da Silveira; PROVENZANO, Maria Esther; TORREZ, Milta Neide Freire Barron (Coord.). *Formação pedagógica em educação profissional na área de saúde: enfermagem*. Brasília: MS, 2000.

MARTINS, Julia Trevisan; ROBAZZI, Maria Lucia do Carmo Cruz et.al. *Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana*. Revista Escola de Enfermagem USP 2010; 44(4):1107-11. Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp](http://www.ee.usp.br/reeusp). Acessado em agosto de 2014.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1971-1974 v.

MARX, Karl. *Manuscritos econômico-filosóficos e outros textos escolhidos*. Tradução de José Carlos Bruni et. al. In: GEOVANINI, Telma et al. *História da Enfermagem: versões e interpretações*. 2ª. ed., São Paulo, Abril Cultural, 1978.

MARZIALE, Maria Helena Palucci; ROCHA, Fernanda Ludimila Rossi et.al. *Influência organizacional na ocorrência de acidentes de trabalho com exposição a material biológico*. Revista Latino Americana de enfermagem. 21(Spec):[08 telas] jan.-fev. 2013. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae). Acessado em junho de 2014.

MENDES; Jussara Maria. *O acidente e a morte no trabalho: o verso e o averso de uma história e a construção social de sua invisibilidade*. In JACQUES, Maria da Graça; CODO, Wanderlei. *Saúde Mental & Trabalho: Leituras*. 2ª. ed. Petrópolis: RJ: Vozes, 2003.

MERHY, Emerson Elias et.al. *O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano*. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, Maria de Souza Cecília. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MORAES, Marcia Vilma G. **Enfermagem do trabalho**: programas, procedimentos, técnicas. 3. ed.rev. São Paulo: látria, 2009.

MOREIRA, Márcia Chaves. *Educação Permanente em Saúde: Revisão Sistemática da Literatura Científica*. UFRGS, Porto Alegre, 2010.

MAURO, Maria Yvone Chaves, PAZ, Andréia Fontes da. *Condições de Trabalho da Enfermagem Nas Enfermarias De um Hospital Universitário*. Esc Anna Nery Revista Enfermagem 2010 abril-junho; 14 (1): 13-18.

OLIVEIRA, Deyse Cardoso.; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; SANTIAGO Jênifa Cavalcanti dos Santos Santiago. *Ações de cuidado de Enfermagem em Saúde do Trabalhador: Revisão integrativa*. Revista Enfermagem UFPE online., Recife 8(4): 1072- 80, abr. 2014.

OLIVEIRA, Fernanda Maria do Carmo da Silveira Neves de; FERREIRA, Emiliane Cunha et. al. *Educação Permanente e Qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem*. Ano 11. vol. 11. nº 1. CHÍA, Colombia. Abril 2011.

OLIVEIRA, Queila Borges de; SANTOS, Rafaela Sousa dos, et.al. *Acidentes de Trabalho na Equipe de Enfermagem: uma revisão de literatura*. Revista Enfermagem Contemporânea, Salvador. 2013 Agosto 2(1):32-52. Disponível em: <http://www.bahiana.edu.br/revistas>. Acessado em março de 2014.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; BORENSTEIN, Miriam Süsskind; SANTOS, Iraci dos (Org.). **Enfermagem**: história de uma profissão. São Caetano do Sul: Difusão, 2011.

PASCHOAL, A.S.; MANTOVANI, M.F.; MÉIER, M.J. *Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino*. Revista Escola Enfermagem.USP [serial na Internet]. Set. 2007, 41(3):478-88484. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttex&pid=S008062342007000300019&lng=en&doi:10.1590/S0080-62342007000300019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S008062342007000300019&lng=en&doi:10.1590/S0080-62342007000300019). Acesso em: 06 abr. 2012.

PIRES; Ana Paula Bernardes. *Ética e Cuidar em Enfermagem*. Rev. Sinais Vitais, n 72. Set., 2004. Disponível em [http://www.forumenfermagem.org / index2.php?option=com\\_pdf=1&id=3](http://www.forumenfermagem.org/index2.php?option=com_pdf=1&id=3)>. Acesso em: 30 nov. 2012.

RIBEIRO, Emílio José Gonçalves; SHIMIZU, Helena Eri. *Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem*. Rev. Bras. Enferm., Brasília 2007 set-out; 60(5): 535-40.

RIBEIRO, Maria Celeste Soares. *Enfermagem e Trabalho: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores*. São Paulo: Martinari, 2008.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. *A política de educação permanente em saúde: a trajetória no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2008. 105 p.

(Escola de Saúde Pública. Educação Permanente). PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; BORENSTEIN, Miriam Süsskind;

SÁNCHEZ VÁZQUEZ, Adolfo. *Filosofia da praxis*. 2. ed Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977

SANTOS, E. S. *As angústias impensáveis em relação à angústia de castração*. Dissertação de Mestrado. UNICAMP, Campinas, 2001.

SARQUIS, L. M. M.; FELLI, V. E. A. *Acidentes de trabalho com instrumentos perfurocortantes entre os trabalhadores de enfermagem*. RevEscEnferm USP 2002; 36(3): 222-30.

SAVIANI, Dermeval. *Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos*. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação. Revista Brasileira de Educação v. 12 n. 34 jan./abr. 2007.

SORDI, Mara Regina Lemes de; BAGNATO, Maria Helena Salgado. *Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século*. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.6 no.2 Ribeirão Preto Apr. 1998.

SECRETÁRIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, Departamento de Atenção Básica de Saúde. *Programa Saúde da Família*. Rev. Saúde Pública, v. 34, n.3, São Paulo. jun., 2000.

SILVA, Ana Isabel Dias da; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. *Acidentes com material biológico relacionados ao trabalho: análise de uma abordagem institucional*. Rev. bras. Saúde ocup., São Paulo, 36 (124): 265-273, 2011.

SILVA, Mara Níbia da; CONTE, Marta; VIAL, Sandra Regina Martini. *Educação Permanente em Ato*. In VIAL, Sandra Regina Martini; DIAS; Miriam Thais Guterres, et.al. *A Política de Educação Permanente em Saúde: a trajetória no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul/ Escola de Saúde Pública, 2008.

SILVA, Gizelda Monteiro da; SEIFFERT, Otília Maria L. B. *Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica*. Revista Brasileira de Enfermagem [em línea] 2009, vol. 62 [citado 2012-04-18]. Disponível em Internet: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=267019599004>.

SILVA, Irene de Jesus; OLIVEIRA, M.F. V et al. *Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem*. Rev. esc. enferm. USP [online].2009, vol.43, n.3, pp. 697-703.ISSN 0080-6234.<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300028>.

\_\_\_\_\_. *Sistematização da Assistência de Enfermagem em Saúde do Trabalhador: instrumentos para coleta de dados direcionadas aos exames ocupacionais da NR 7 e a exposição aos agentes ambientais*. São Paulo, 2008.

SMAHA, Índia Nara; CARLOTO, Cássia Maria. *Educação Permanente: da pedagogia para a saúde*. 2011. Disponível em: <http://www.estudosdotrabalho.org/anais-vii-7seminário-trabalho-ret->

2010/india\_nara\_smaha\_cassia\_maria\_carloto\_educaco\_permanente\_da\_pedagogia\_para\_a\_sade.pdf. Acesso em 09 abril, 2013.

SOARES, Raquel Juliana de Oliveira; ZEITOUNE; Regina Célia Gollner. *O cuidado e suas dimensões*: Subsídios para o cuidar de si de docentes de enfermagem. R. pesq.: cuid. fundam. online 2012. jan/mar. (Ed. Supl.):41-44 41.

SOUZA, M. L. et al. *O Cuidado em Enfermagem*: uma aproximao teórica. Texto contexto - enferm. [online]. 2005, vol. 14, n.2, pp. 266-270. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000200015>.

TEIXEIRA, Priscila Silva; FERREIRA, Milce Burgos. *Acidentes com material biológico entre os profissionais de saúde*: revisão. Perquirere, 9(2):44-53, dez. 2012 © Centro Universitário de Patos de Minas 2012.

TWARDOWSCHY, Carlos Alexandre; BERTOLUCCI, Cristina Buselatto et.al. *Acidentes de Trabalho com Material Biológico na Universidade Federal do Paraná*. Centro Universitário de Lins Unilins, SP: 2013. Disponível em: [Linshttp://revista.unilins.edu.br/index.php/cognitio/article/download/76/78](http://revista.unilins.edu.br/index.php/cognitio/article/download/76/78).

TRIVIOS, Augusto N. *Introduo à pesquisa em ciências sociais*: A Pesquisa Qualitativa em Educao. São Paulo: Atlas, 1987.

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

WALDOW, Vera Regina. *O cuidado na saúde*: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

WEBER, Max. *A gnese do capitalismo moderno*. São Paulo: Ática, 2006. 134 p. (Ensaios comentados).

VIEIRA, Sebasto Ivone. *Manual de saúde e Segurança do trabalho*: Segurança, higiene e Medicina do Trabalho. v. 3. LTr, 2005.

## APÊNDICES

### **Apêndice A-** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A aluna Gisele de Fátima Rodrigues, do Curso de Mestrado em Educação da Universidade de Santa Cruz do Sul, R/S – UNISC, sob a orientação do Professor, Dr. Moacir Fernando Viegas desenvolve pesquisa com coleta de dados para fins de elaboração de dissertação de mestrado que tem como título: Práticas Educativas do Cuidado com o Cuidador em Enfermagem na Estratégia Saúde da Família.

O estudo tem como principal objetivo Descrever e analisar as práticas educativas do cuidado de si na Atenção Básica de Saúde em um município do Vale do Rio Pardo. A coleta de dados será feita por meio de entrevistas semiestruturadas.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste estudo, pois fui informado (a), de forma clara e detalhado, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa do mesmo. Fui, igualmente, informado (a) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo; 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. Asseguramos que qualquer dado que possa identificá-lo será descaracterizado, de maneira a proteger a sua privacidade, assim sendo não haverá qualquer tipo de risco ou danos que possa sofrer os sujeitos da pesquisa.

A pesquisa é de suma importância, pois através desta estaremos beneficiando os profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família a prevenir os acidentes de trabalho por meio da educação, no intuito de que haja uma redução destes e melhoria da qualidade de vida no trabalho. Os objetivos da pesquisa são: descrever e analisar as práticas educativas do cuidado de si em unidades de Atenção Básica de Saúde em um município do Vale do Rio Pardo; interpretar e compreender como é praticado o cuidado de sino desenvolvimento das atividades dos trabalhadores em saúde de unidades de Atenção Básica de Saúde; compreender como os sujeitos na atenção primária problematizam a questão do cuidado de si no seu cotidiano; analisar e descrever as condições de trabalho dos profissionais da Saúde.

Nesse sentido estou solicitando sua colaboração na participação desta pesquisa, participando da entrevista e fazendo a narrativa sobre a vivencia ou experiência referente ao acidente de trabalho no desempenho das atividades específicas da profissional Enfermeira e

Técnico de Enfermagem. As entrevistas serão gravadas, transcritas e armazenadas pelo prazo de cinco anos, após destruídas pelo pesquisador. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Para identificação dos sujeitos me utilizarei do nome de flores. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Este termo de consentimento obedecerá à resolução 466/12 que trata de pesquisas envolvendo seres humanos atendendo as exigências éticas e científicas fundamentais, garantindo assim, os princípios de “autonomia”, ou seja, deverá sempre tratar o sujeito em sua dignidade, respeitá-lo em sua autonomia e defendê-lo em sua vulnerabilidade; “beneficência”, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; “não-maleficência” garantia de que danos previsíveis serão evitados e “justiça e equidade”, sendo portanto, relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária.

Caso você queira mais informações poderá entrar em contato com a aluna Gisele de F. Rodrigues, que estará ao seu dispor pelos telefones:

- Residencial 51-2109-0098

- Celular 51-8130- 1515

E ainda o contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul- UNISC pelo telefone:

CEP/UNISC- HSC: 3717-7680

Santa Cruz do Sul \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura do participante\_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador\_\_\_\_\_

## **Apêndice B - Roteiro da entrevista semiestruturada**

### **A) Identificação**

1. Idade:
2. Sexo: feminino
3. Data de nascimento:
4. Cidade em que nasceu:
5. Cidade onde mora:
6. Estado civil:
7. Filhos:
8. Formação (nível, quando concluiu, onde fez):
9. Está estudando? O que? Onde? Para que?
10. Função:  
Carga horária:
11. Há quanto tempo trabalha nesse local?
12. Experiência profissional anterior.

### **B) Práticas educativas na ESF**

1. Você costuma participar de práticas de formação no local de trabalho?  
Que tipos de formação você participou? Quando elas ocorrem? Com que frequência? Fale um pouco sobre cada uma delas (temas tratados, duração, como ocorrem, quem faz o que, etc.).
2. Como são definidas essas práticas educativas? Fazem parte de alguma política pública? Há um cronograma? Quem decide sobre a realização e o conteúdo? Você tem alguma participação nessa escolha?
3. Em geral, quais são os temas abordados nessas práticas?
4. É possível realizar uma prática educativa se os trabalhadores veem a necessidade de realizá-la?
5. Alguma(s) dessa(s) práticas educativas trata(m) do cuidado do trabalhador da saúde? Quais? Quando elas ocorrem? Com que frequência? Fale um pouco sobre cada uma delas (temas tratados, duração, como ocorrem, etc.).

6. Que outras práticas de formação você participa fora do trabalho (seminários, grupos de estudos, eventos, etc.)? Com que frequência? Qual o espaço do cuidado do trabalhador nessas práticas?

07. Como você definiria “cuidado com o cuidador” e especificamente “cuidado do trabalhador da saúde”?

### **C) Acidentes de trabalho na ESF**

08. Que tipos de acidentes ocorrem no seu trabalho? Com que frequência?

09. E você? Já sofreu um acidente de trabalho? Como foi?

10. Qual foi o agente causador? (pode ser agulha de injeção; de escalpe; líquido; pinça; tesoura; sonda vesical...). Em caso de falha técnica, como reencape de agulha ou descarte inadequado de material, havia recebido orientações sobre isso?

11. Havia presença de sangue e/ou líquidos corpóreos?

12. Estava utilizando Equipamento de Proteção Individual (EPI) no momento do acidente? Se não, por quê?

13. Houve indicação de profilaxia com antirretrovirais após o acidente? Se sim, terminou a profilaxia recomendada? Recebeu as três doses da vacina contra Hepatite B? Se não, por quê?

14. Foi feita a notificação de acidente de trabalho – CAT? Se não, por quê? No seu ambiente de trabalho, há uma orientação sobre a importância da notificação dos eventos adversos?

15. A que você atribui a ocorrência dos acidentes de trabalho na saúde?

16. Como você avalia as condições de trabalho no seu ambiente de trabalho?

17. E especificamente com relação a: ritmo de trabalho; carga horária; recursos materiais; relacionamento com colegas e chefias.

18. Você sente necessidade de práticas educativas sobre o cuidado do trabalhador da saúde? E quanto às práticas educativas específicas sobre os acidentes de trabalho? Você sente necessidade? Como pensa que deveriam ser essas práticas?

19. O cuidado do trabalhador é objeto de discussão no seu trabalho? Como isso ocorre?

20. O mais você acha que seria necessário fazer em termos de educação para o cuidado do trabalhador em saúde?

21. Você conhece as políticas governamentais sobre formação do trabalhador da saúde? O que você sabe?

22. Já ouviu falar de educação permanente no trabalho? Relate o que sabe

23. Você acredita que a educação possa trazer melhorias nas condições de trabalho? Por quê?