

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

NÁDIA CHIODELLI SALUM

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE E SUAS CONTRIBUIÇÕES NA
CONSTITUIÇÃO DO PROFISSIONAL E NAS TRANSFORMAÇÕES
DO CUIDADO DE ENFERMAGEM**

**FLORIANÓPOLIS
2007**

© *Copyright* 2007 – Nádia Chiodelli Salum.

Ficha Catalográfica

S181e Salum, Nádia Chiodelli

A educação permanente e suas contribuições na constituição do profissional e nas transformações do cuidado de enfermagem / Nádia Chiodelli Salum — Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2006.

319 p.

Inclui bibliografia.

Possui Tabelas e Gráficos.

Tese defendida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Cuidado – Enfermagem. 2. Formação Profissional – Educação. 3. Enfermeiro. I. Autor.

CDD 21ª ed. – 610.730 708 1

Catalogado na fonte por Lidyani Mangrich dos Passos – CRB14/697 – ACB439.

NÁDIA CHIODELLI SALUM

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE E SUAS CONTRIBUIÇÕES NA
CONSTITUIÇÃO DO PROFISSIONAL E NAS TRANSFORMAÇÕES
DO CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Linha de Pesquisa: Educação, Saúde e Sociedade
Orientadora: Dra. Marta Lenise do Prado

**FLORIANÓPOLIS
2007**

NÁDIA CHIODELLI SALUM

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE E SUAS CONTRIBUIÇÕES NA
CONSTITUIÇÃO DO PROFISSIONAL E NAS TRANSFORMAÇÕES
DO CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para
obtenção do Título de:

DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 28 de setembro de 2007, atendendo às normas da legislação vigente
da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em
Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**



Dra. Marta Lenise do Prado
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



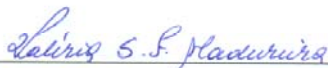
Dra. Marta Lenise do Prado
- Presidente -



Dra. Maria Henriquete Luce Kruse
- Membro -



Dra. Claudia Mara de Melo Tavares
- Membro -



Dra. Valéria S. F. Madureira
- Membro -



Dra. Kenya Schmidt Reibnitz
- Membro -

Dra. Eliane Matos
- Suplente -

Dra. Vânia Marli Schubert Backes
- Suplente -

Agradecimentos

Chegar ao final desta caminhada não foi tarefa fácil. A caminhada para chegar até este momento foi repleta de alegrias, tristezas, desafios, conquistas e perdas. Muitas vezes neste caminho precisei ser cuidada, apoiada, fazer escolhas, abdicar de coisas. Mas valeu a pena! Estou realizando um sonho!!!!!!!!!!!!

Entretanto, este mérito não é só meu, foi alcançado com a ajuda de outras pessoas que passaram ou fazem parte do meu caminho. Aproveito este momento para agradecer as pessoas que direta ou indiretamente me apoiaram nesta caminhada.

Dedico este trabalho a meu pai, meu ídolo, meu exemplo de dignidade e amor.

Agradeço a DEUS ela vida, por ter me permitido evoluir constantemente. Sou grata pela sua constante presença em minha vida, que me alenta e sustenta nos momentos alegres e difíceis auxiliando para que me transforme em alguém melhor.

A minha mãe Lydia que mesmo de longe mantém sua presença permanente em minha vida. Tenho orgulho de ser sua filha pela sua luta e determinação. Agradeço pela coragem, dignidade e amor que sempre dedicou à família. Obrigada! Pelo exemplo de luta. Te amo!

A você Rony, o que dizer? Amigo de todas as horas, apoio incondicional. Soube respeitar cada momento difícil vivenciado nesta caminhada, estando sempre a meu lado, com seu amor, sua alegria e dedicação, sua disponibilidade para me ajudar, sempre. Agradeço imensamente, sei que sem o seu apoio jamais estaria aqui hoje. Obrigada, te amo.

Aos meus filhos Guilherme e Fernando, como foi difícil né? Quantos momentos distantes, quantas conversas deixadas para depois. Vocês são a razão do meu viver, sem vocês nada teria sentido. Obrigada por me compreenderem e esperarem até que eu pudesse olhar para vocês. Meu amor por vocês é imenso. Obrigada!

Você Guilherme, tão seguro, tão responsável, tão independente e também tão frágil, precisando tanto de atenção. Sei que estás orgulhoso de sua mãe. Soube se conduzir bem neste período, também tenho orgulho de você! Te amo!

Você Feu! Amigo de tantos momentos. Ficava esperando horas e horas para poder me contar uma novidade, para apagar a luz, para consertar o computador. Como eu sempre digo: meu bichinho de estimação. Te amo!

A minha família: meu irmão Neri, Estela, Nestor, Sandra, quero que saibam que admiro muito vocês, que mesmo a distância sei o que fazem e que farão tudo por mim. Noto em seus rostos o orgulho e carinho que sentem de mim. Quero dizer que não se preocupem comigo aqui, meus amigos me cuidaram. Obrigada por tudo, amo vocês!

À minha sogra: Maria Elisa, Ronaldo, Vera por ajudarem a cuidar dos meus filhos enquanto estava ausente. Meu muito obrigada!

Aos meus amigos, minha família aqui: Eliane, Patrícia, Lúcia, Márcia, Mary, Regina, Léia, Betina, Tere. Obrigada por vocês existirem na minha vida, dando-me alegrias, carinho, compreensão e equilíbrio. Vocês são minha segunda família aqui. Amigos são muito importantes para mim. Muitos momentos de risadas e choros compartilhei com vocês.

Aos meus queridos amigos da janta e do vôlei: Márcia, Mary, Prudêncio, Wander, Fafá, Regina, Lúcia, Stênio, Daurinho, Firo, Nane, Chuca, Cristina, Helena que me apoiaram e compreenderam os momentos de isolamento, de introspecção, mas que também souberam me fazer rir, curtir momentos inesquecíveis nas nossas festinhas. Sem elas teria pirado!

À orientadora Prof^ª Marta, por sua presença na construção deste trabalho me orientando e impondo desafios com determinação e confiança no meu potencial. Obrigada!

Ao Hospital Universitário por me proporcionar o exercício da profissão, que me acolheu ainda uma enfermeira sem experiência e me transformou em uma enfermeira mais madura e consciente do meu papel neste processo de cuidar.

A Diretoria de Enfermagem pela luta e conquista de reconhecimento da enfermagem através de seu trabalho de qualidade, mostrando-se solidária e acreditando no potencial de seus profissionais, valorizando-os e hoje me proporcionando a liberação para fazer o doutorado. Meu eterno agradecimento.

Ao Grupo do CEPEn: Patrícia, Eliane, Fátima, Ilza, Eliane, Francine, Tânia, Terezinha, obrigada pelas inúmeras reflexões sobre educação permanente, as quais me fizeram crescer e acreditar que é possível mudar a prática do cuidado de enfermagem.

Ao Programa de Pós-Graduação pela oportunidade de aprendizado pessoal e acadêmico e por lutarem pela excelência do Programa. .

Ao corpo docente do programa de Pós-Graduação em enfermagem pela dedicação e aprendizado oportunizado.

A secretaria do programa de Pós-Graduação pelo auxílio, em especial a Cláudia que sempre se mostrou disponível em me conduzir nesta caminhada. Obrigada!

As profissionais que aceitaram participar deste estudo, me oportunizando sua valiosa contribuição que permitiu a reflexão do que significa a educação permanente na vida de cada uma. Agradeço imensamente a forma carinhosa como fui recebida por vocês. Acreditem a mudança só é possível por existir alguém que ainda acredita que o ser humano pode ser melhor a cada dia.

Aos profissionais da DPI: Joyce, Fátima, Tere, Ilza, Marta, Grace, Xinha, serei sempre grata por empenharem-se em me possibilitar de alguma forma o término deste trabalho. Em especial coloco a Joyce pelo apoio irrestrito nesta construção. Seu carinho e apoio, colocando-se sempre disponível com seu jeito carinhoso e calmo de realizar sua ajuda entendendo minha loucura.

As meninas do CEPEn Sabrina e Liana pelo apoio e ajuda em todos os momentos. Sabrina, obrigada pelo seu carinho, você é especial, nunca esquecerei as inúmeras

vezes que recorri a você e encontrei um sorriso.

As amigas de todas as horas Eliane e Lúcia, que não mediram esforços para me auxiliar e apoiar quando muitas vezes pensei em desistir. Valeu! Como me disse um paciente durante o estudo: “Chega! Vou subir ao palco, mesmo que seja para levar vaias”. Obrigada amigas, podem contar comigo.

A banca examinadora: prof^a Dra. Maria Henriqueta Kruse, a prof Dra. Cláudia Mara de Melo Tavares, a prof^a Dra Kênia Reibnitiz, a prof Dra. Eliane Matos, a Prof^a Dra Vânia Backes, a prof^a Dra Valéria Madureira, que aceitaram fazer o laborioso trabalho de apreciação deste estudo, trazendo contribuições para educação permanente na enfermagem. Obrigada por compartilharmos o mesmo sonho.

Aos pacientes, sujeitos desta pesquisa, que contribuíram mesmo em momentos de fragilidade de sua saúde, acreditando poder ajudar para ficar ainda melhor o atendimento.

Em especial, às amigas Eliane e Patrícia que facilitaram meu processo de aproximação com o campo e acreditaram na proposta deste estudo. Pelas inúmeras vezes que conversamos e discutimos novas vidas com suas alegrias e tristezas, conquistas e decepções. Muito obrigada!

Às amigas Patrícia, Eliane, Lúcia por me ouvirem nos momentos de incertezas e também de alegria, por me ajudarem na busca de caminhos, nas reflexões, por estarem comigo nesta caminhada.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram na construção deste estudo, meu muito obrigada!

SALUM, Nádía Chiodelli. **A educação permanente e suas contribuições na constituição do profissional e nas transformações do cuidado de enfermagem**, 2007. 319f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar as contribuições que a educação permanente traz para a transformação do profissional nas dimensões pessoal, profissional e institucional e sua contribuição para a transformação do cuidado e da prática de enfermagem. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter avaliativo, em razão do caráter complexo da natureza do estudo, que teve como foco a educação permanente realizada em um hospital escola. O referencial teórico que deu sustentação ao estudo traz, as contribuições da educação permanente nos serviços de saúde e as contribuições do processo avaliativo na visão que reconhece a subjetividade dos sujeitos envolvidos no processo. Para compreender-se a complexidade vivida nessa teia de relações sociais específicas do trabalho da enfermagem, mostram-se insuficientes os dados avaliativos na perspectiva objetiva da avaliação. A compreensão do significado que a educação permanente assume nessas transformações foi discutida a luz do referencial teórico da educação permanente e da avaliação qualitativa. Como estratégia metodológica foi utilizado o estudo de caso simples com vistas a compreender o fenômeno em profundidade. Os dados foram coletados através da triangulação de dados em três perceptivas: a perspectiva das profissionais, a perspectiva dos/as pacientes (entrevista) e da pesquisadora (observação sistemática). Estes últimos com a finalidade de complementar e confrontar os dados obtidos junto as profissionais. Fizeram parte do estudo 12 profissionais de enfermagem das diversas unidades de internação e 12 pacientes que foram atendidos por essas profissionais. A partir da análise dos dados pode-se constatar a tese de que a educação permanente contribui para a transformação da profissional nas dimensões pessoal, profissional e institucional com efeitos positivos para a transformação do cuidado e da prática da enfermagem. Entre as contribuições identificadas, o potencial na construção das competências técnicas, relacionais/comunicacionais e éticas/políticas aponta a predominância no reconhecimento da dimensão técnica como forma de garantir segurança e reconhecimento profissional. Entretanto as demais dimensões estão se consolidando e trazem contribuições no relacionamento interpessoal e na forma de organização do trabalho. No que se refere a educação permanente e a compreensão da multidimensionalidade do sujeito profissional, identifica-se que as dimensões pessoal, profissional, institucional contribuem para a formação do sujeito integral. A dimensão pessoal manifesta-se pelo saber ser. Favorece o reconhecimento de possibilidades e limites individuais e estimula a busca pelo crescimento e reconhecimento pelo grupo social e profissional. A dimensão profissional manifesta-se pelo saber fazer que inclui a habilidade e conhecimento para realização do trabalho, favorecendo sua inserção na instituição. Estimula a reflexão crítica sobre o trabalho e as relações nele mantidas com outros profissionais. A dimensão institucional mostra as contribuições da implantação de políticas internas de

flexibilização e participação que favorecem a valorização e o crescimento individual e coletivo. No que se refere as transformações do cuidado, estas se mostram no dia-a-dia como possibilidade de uma prática mais humaniza e interdisciplinar. Nessa perspectiva os resultados apontam que a educação permanente contribui significativamente na formação das profissionais para o longo da vida e para a transformação da prática.

Palavras Chaves: educação continuada na enfermagem, avaliação em enfermagem, cuidado de enfermagem.

SALUM, Nádia Chiodelli. **Permanent education and its contributions to the constitution of the professional and in nursing care transformations**, 2007. 319p. (PhD Dissertation in Nursing) – Nursing Graduate Program, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis.

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze the contributions that permanent education offers to the transformation of the professional in terms of personal, professional, and institutional dimensions, as well as its contribution towards the transformation of nursing care and practice. It is a qualitative, evaluatory study, due to its complex nature, focusing on permanent education occurring in a university hospital. The theoretical reference which supports this study brings the contributions of permanent education to health care services and the contributions of the evaluatory process within a vision that recognizes the subjectivity of the subjects involved in the process. In order to comprehend such the complexity lived in this web of specific nursing work social relationships, the evaluatory data reveals itself to be insufficient in the objective perspective of the evaluation. Comprehension of the significance that permanent education assumes in these transformations was discussed with respect to the theoretical reference of permanent education and qualitative evaluation. The simple case study was selected as the methodological strategy, seeking in-depth comprehension of the phenomenon. The data was collected through triangulation of data in three perspectives: The professionals' perspective, the patients' perspective (interview), and the researcher's perspective (systematic observation). These last perspectives were intended to complement and confront the data obtained from the professionals. Twelve nursing professionals from diverse internment units and twelve patients who were attended by them made up the sample. From the data analysis, one can conclude the thesis that permanent education contributes to the professionals' transformation in personal, professional, and institutional dimensions with positive effects for the transformation of nursing care and practice. Among the contributions identified, potential in the construction of technical, relationship/communicative, and ethical/political competencies point to the predominance of recognizing the technical dimension as a form of guaranteeing security and professional recognition. However, the remaining dimensions are consolidating themselves and bring contributions to the interpersonal relationships and in the form of work organization. Concerning professional education and comprehension for multi-dimensionality of the professional subject, one identifies that

the personal, professional, and institutional dimensions contribute to the formation of the subject as a whole. The personal dimension is manifested through knowing how to be. It favors recognizing individual possibilities and limits and stimulates the search for growth and recognition in social and professional groups. The professional dimension is manifested through knowing that it includes ability and knowledge for achieving work, favoring its insertion in the institution. It stimulates critical reflection about work and the relationships maintained within with other professionals. The institutional dimension shows the contribution of implanting internal policies for flexibility and participation that favor valuing individual and collective growth. In what refer to care transformations, these show themselves in day-to-day events as possibilities for a more humanized and interdisciplinary practice. In this perspective, the results point out that permanent education contributes significantly to the formation of professionals throughout their lives and for the transformation of the practice.

Keywords: continued nursing education, nursing evaluation, nursing care.

SALUM, Nádía Chiodelli. **La educación permanente y sus contribuciones en la formación del profesional y en las transformaciones del cuidado de enfermería**, 2007. 319f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Curso de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es analizar las contribuciones que la educación permanente aporta para la transformación del profesional en las dimensiones personal, profesional e institucional, así como su contribución para la transformación del cuidado y de la práctica de enfermería. Se trata de una investigación cualitativa de carácter evaluativo, en virtud de la complejidad de la naturaleza del estudio, el cual tuvo como centro de análisis la educación permanente realizada en un hospital escuela. En el referencial teórico que le dio sustentación al estudio, se presentan las contribuciones del proceso de evaluación a partir de la visión que reconoce la subjetividad de los sujetos participantes del proceso. Para comprender la complejidad vivida en ese tejido de relaciones sociales específicas del trabajo de enfermería, se mostraron insuficientes los datos evaluados desde la perspectiva objetiva de la evaluación. La comprensión del significado que la educación permanente adquiere en esas transformaciones fue discutida a la luz del referencial teórico de la educación permanente y de la evaluación cualitativa. Como estrategia metodológica fue utilizado el estudio de caso simple con el objetivo de comprender el fenómeno en profundidad. Los datos fueron recolectados a través de la triangulación de datos en tres perspectivas, a saber: la perspectiva de las profesionales, la perspectiva de los/las pacientes (entrevista) y la de la investigadora (observación sistemática). Esos últimos con la finalidad de completar y confrontar los datos obtenidos junto a los profesionales. Participaron de este estudio 12 profesionales de enfermería pertenecientes a las diversas unidades de internación, así como 12 pacientes que fueron atendidos por esas profesionales. A partir del análisis de los datos se pudo constatar la tesis de que la educación permanente contribuye para la transformación del profesional en las dimensiones personal, profesional e institucional con efectos positivos para la transformación del cuidado y de la práctica de la enfermería. Entre las contribuciones identificadas podemos señalar el potencial para la construcción de las competencias técnicas, relacionales/comunicativas y éticas/políticas que señalan el predominio en el reconocimiento de la dimensión técnica como forma de garantizar seguridad y reconocimiento profesional. Sin embargo, las demás dimensiones se están consolidando y aportan contribuciones para la relación interpersonal y la forma de organización del trabajo. En lo que se refiere a la educación permanente y a la comprensión de la multidimensionalidad del sujeto profesional, se identifica que las dimensiones personal, profesional e institucional contribuyen para la formación del sujeto integral. La dimensión personal se manifiesta por el saber ser. Favorece el reconocimiento de posibilidades y límites individuales y estimula la búsqueda del crecimiento y reconocimiento por el grupo social y profesional. La dimensión profesional se manifiesta por el saber hacer, el cual incluye la habilidad y conocimiento para la realización del trabajo, favoreciendo su inserción en la institución. Estimula la reflexión crítica sobre el trabajo y las relaciones en él

mantenidas con otros profesionales. La dimensión institucional muestra las contribuciones de la implementación de políticas internas de flexibilización y participación que favorecen la valorización y el crecimiento individual y colectivo. En lo que se refiere a las transformaciones del cuidado, ellas se muestran diariamente como la posibilidad de una práctica más humanizada e interdisciplinar. Desde esa perspectiva, los resultados obtenidos muestran que la educación permanente contribuye significativamente para la formación de las profesionales a lo largo de su vida y para la transformación de la práctica.

Palabras Clave: Educación continuada en enfermería; Evaluación en enfermería; Cuidado de enfermería.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Caracterização dos/as profissionais por formação, tempo de profissão, tempo na Diretoria de enfermagem, vínculos empregatícios e turno de trabalho	117
Quadro 2: Quadro demonstrativo das competências abordadas em cada uma das ações propostas e desenvolvidas nas capacitações do CEPEn no período de 2000 a 2005	136

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1:** Distribuição participações de enfermeiros/as segundo número de capacitações realizadas no CEPEn nos anos de 2000 a 2005**249**
- Gráfico 2:** Distribuição participações de técnicos/as de enfermagem segundo número de capacitações realizadas no CEPEn nos anos de 2000 a 2005**250**

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS.....	14
LISTA DE GRÁFICOS.....	15
1 INTRODUZINDO A QUESTÃO TEMÁTICA.....	18
1.1 Objetivos	29
1.1.1 Objetivo Geral	29
1.1.2 Objetivos Específicos.....	30
2 REVISÃO DE LITERATURA	31
2.1 Entrelaçando educação e trabalho	31
2.2 A Educação permanente: concepções e contribuições para a prática do cuidado de enfermagem.....	40
2.3 A indissociabilidade da educação e avaliação: suas implicações	54
2.4 Perspectivas da avaliação na área da saúde e enfermagem	59
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	68
3.1 Educação permanente: ação e transformação.....	68
3.2 Reconhecendo a subjetividade e a multidimensionalidade do profissional: implicações para uma avaliação	80
4 PERCURSO METODOLÓGICO	89
5 CONTEXTUALIZANDO O CENTRO DE EDUCAÇÃO E PESQUISA EM ENFERMAGEM: O CENÁRIO E OS SUJEITOS.....	100
5.1 Composição e trajetória do Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem.....	100
5.2 Políticas Institucionais adotadas com reflexos na educação permanente	112
5.3 Reconhecendo os sujeitos do estudo: quem são e o que pensam	116
5.3.1 Significados expressos pelas profissionais acerca da educação permanente na instituição.....	124
6 O POTENCIAL DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NA CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS TÉCNICAS, RELACIONAIS /COMUNICACIONAIS, ÉTICAS/POLÍTICAS	131
6.1 Desenvolvimento das competências	131
6.2 A dimensão técnica da competência	140
6.3 A dimensão relacional/comunicacional da competência	156
6.4 A dimensão ética/política da competência.....	180
7 A EDUCAÇÃO PERMANENTE E A COMPREENSÃO DA MULTIDIMENSIONALIDADE DO/A PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM.....	191
7.1 Aspectos potenciais de crescimento pessoal.....	191
7.2 Aspectos potenciais de crescimento profissional.....	208
7.3 Aspectos potenciais de crescimento institucional.....	227
7. 3.1 Reflexos de uma gestão participativa	244
8 REFLEXOS DE TRANSFORMAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM E DA PROFISSIONAL: AS CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	257
8.1 Transformações no cuidado de enfermagem.....	257
8.2 Perspectivas de práticas interdisciplinares	270
9 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	276

REFERÊNCIAS.....	292
APÊNDICES.....	308
ANEXOS	314

1 INTRODUZINDO A QUESTÃO TEMÁTICA

A relação entre a educação e as transformações que vêm ocorrendo no mundo do trabalho tem sido um dos temas mais discutidos atualmente. As tendências contemporâneas têm assinalado que o mundo do trabalho vem, gradativamente, sofrendo transformações no sentido de valorizar o potencial humano na sua subjetividade (sentimentos, necessidades e expectativas), como fator de crescimento da organização e fortalecimento das relações interpessoais (SALUM, 2000).

Esse cenário de mudanças e inovações traz novas exigências na formação dos/as profissionais para o trabalho, cujas habilidades – “competências requeridas”, apontam para um novo modo de entender, compreender e resolver as situações enfrentadas no cotidiano, diferentemente das habilidades técnicas requeridas pela racionalidade existente no pensamento da sociedade moderna. Assim, a visão fragmentada do real, desvinculada de um contexto histórico e distanciada da realidade, própria da ciência positivista, começa a dar sinais de esgotamento sendo concebida uma visão crítica e provisória da realidade, porque reconhece a diversidade e as transformações em cada momento e contexto histórico.

As insuficiências do modelo racional positivista, bem como seu esgotamento, têm sido abordadas por vários estudiosos que discutem a complexidade e a subjetividade, apontando a necessidade de um conhecimento mais global na educação (MORIN, 2000a; PERRENOUD, 1999; PERRENOUD; THULER, 2002, CECCIM, 2005a; 2005b, DELORS, 2003, DEMO, 2002, RIOS, 2001).

Morin (2000a, p. 32), ao falar da educação do futuro, defende uma ampla reforma da educação e enfatiza que “a reforma exigida vai gerar um pensamento do contexto e do complexo. Vai gerar um pensamento que liga e enfrenta a incerteza”, ressaltando, ainda, que o pensamento que une substituirá a “causalidade” unilateral e unidirecional por uma causalidade em círculo e multireferencial.

Para o autor, o mundo moderno da racionalidade, da certeza e da ordem, tem sido

transformado por uma cultura de incertezas, de subjetividade, marcadas pela pluralidade de opções e verdades. Vivencia-se um novo tempo e uma nova visão paradigmática, para que o ser humano construa sua realidade com autonomia (MORIN, 2000b).

O conjunto dessas transformações representa a necessidade de reorganização do processo social de produção e a reconstrução do processo educativo com a finalidade de formação integral do ser humano, sendo necessário superar a fragmentação do conhecimento e a verticalidade do processo educativo.

Dessa forma, entende-se que a educação é um processo de formação humana que precisa e deve ser complementar a um movimento contínuo e dialético, estimulando o exercício da reflexão crítica sobre a prática, desenvolvendo a capacidade de expressão, de compreensão, de trabalho em equipe e, sobretudo de projetar o novo, possibilitando a autonomia de idéias e a formulação de pressupostos tornando o/a aprendiz¹ um agente ativo com possibilidade de contribuir para transformar a realidade em que vive e na qual deve agir.

Em se tratando de educação e trabalho, entende-se que, nesse contexto, a educação permanente assume papel fundamental na continuidade de formação dos/as profissionais para atender as exigências decorrentes das práticas sociais e relacionais vigentes, do avanço tecnológico e das transformações pelas quais vêm se constituindo os modelos de organização do trabalho.

O avanço da educação, nesse sentido, vem sendo largamente discutido por educadores engajados em uma mudança de perspectiva que conduz a substituição dos modelos tradicionais de educação por outros modelos mais participativos e horizontais. Nesse contexto, apontam as competências e as habilidades que são necessárias aos/as aprendizes para tornarem-se críticos, reflexivos e criativos no século XXI, cujas competências estão inseridas nos quatro pilares da educação ao longo da vida, propostos pela UNESCO como saberes indispensáveis à sociedade contemporânea, compreendidos em “aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser”, reflexão que se adotará na discussão acerca da educação permanente (DELORS, 2003).

Espera-se, atualmente, da educação, em todas as esferas em que ela acontece,

¹ Aprendiz: neste estudo, por discutir a educação dos/as profissionais de enfermagem através da educação permanente, se utilizará a terminologia aprendiz ao longo do texto, por entender os/as profissionais como aprendizes (sujeitos que estão em constante aprender) que, com uma formação profissional prévia, atuam no cuidado da saúde e, no espaço do trabalho, buscam seu desenvolvimento pessoal e profissional.

que seja dirigida mais à transformação social que à transmissão de culturas, no sentido de conduzir o ser humano de modo que este saiba buscar as informações que necessita para solucionar as dificuldades de seu contexto.

No que se refere ao desenvolvimento dos/as profissionais da saúde, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de profissionais para o referido setor (BRASIL, 2004a, 2004b). Um dos objetivos dessa política é identificar necessidades de formação e de desenvolvimento desses/as profissionais e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde, fortalecendo o controle social no setor, na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva. Dessa forma, são revistas as concepções sobre a educação, sobre o trabalho e sua organização, reconhecendo a existência de múltiplos fatores que concorrem para a compreensão da essência das relações que o ser humano mantém no e com o trabalho. Contudo, é preciso reconhecer que as contribuições dessa nova concepção constituem uma tarefa ainda incipiente, tendo em vista seu caráter recente e sua profunda complexidade e que, por essa razão, se faz necessário dar continuidade à discussão (BRASIL, 2004a).

O processo avaliativo, inerente ao processo educativo, também se insere nessa evolução histórica, passando por diferentes fases. Foi por muito tempo considerado um processo apenas para controlar, mensurar, classificar e selecionar. Assim as perspectivas relacionadas com as crenças, valores e subjetividade dos/as profissionais foram pouco expressivas nessa visão classificatória da avaliação, impondo esforços na busca por uma forma mais participativa de métodos para sua realização.

Hoje, o enfoque da subjetividade nos processos educativos, dos quais a avaliação faz parte, representa um rompimento com os pressupostos positivistas, a partir da valorização das diversas dimensões humanas, entendidas como dimensão ética, relacional, cultural, social e espiritual, concebidas como complementares e indispensáveis à dimensão técnica e cognitiva.

Em vista disso, a busca por modelos de avaliação que priorizem a subjetividade e atitudes mais críticas e reflexivas permitindo a intervenção na realidade, escolhendo, prevendo e reconstruindo alternativas, rompe com a visão reducionista e classificatória da avaliação. Nesse processo contínuo, a avaliação transforma-se e deixa de ser um espaço de cobrança para constituir-se em um momento de diagnóstico e aprendizado.

Nessa perspectiva é que minha trajetória profissional como enfermeira², independente do cargo que assumi, esteve pautada na dimensão educativa da equipe de enfermagem. A preocupação com a educação dos/as profissionais de enfermagem sempre esteve presente e nela venho atuando nesses 24 anos de atividade profissional. Por 12 anos coordenei o Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem da Diretoria de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPEn, DE/HU), e ainda hoje exerço minhas atividades profissionais como enfermeira nesse local.

Nessa busca por conhecimentos na área educativa, tenho aprendido que o processo educativo expande a consciência crítica à medida que valoriza o/a profissional na sua humanidade e permite a integração horizontal das informações e decisões.

Na instituição em estudo o CEPEn é o órgão responsável pelo processo de educação permanente dos/as profissionais de enfermagem tendo como objetivo buscar algumas aproximações do educar para a transformação da prática e valorização do/a profissional de enfermagem.

Nesse período de atuação junto ao CEPEn, venho trabalhando em conjunto com a Diretoria de Enfermagem na concepção e na implementação de propostas e novas abordagens educativas que se caracterizam como possibilidades de reorganização do processo de trabalho da enfermagem, com base em um processo de educação permanente que considere a multidimensionalidade do ser humano.

Na instituição, alguns processos vêm sendo vivenciados, propiciando uma experiência impar a esse respeito. Destaca-se entre essas, o Programa Vivendo e Trabalhando Melhor (VTM) realizado de 1996 a 2000 junto aos/as profissionais de enfermagem da DE/HU. O referido programa trouxe uma nova possibilidade de otimizar, pela educação no trabalho, as relações de vida e trabalho pela implementação de ações que integram as dimensões objetivas e subjetivas, pessoais, profissionais e institucionais dos/as integrantes da equipe de enfermagem, reconhecendo-os/as e valorizando-os/as como sujeitos-trabalhadores, co-responsáveis, portanto, pela qualidade das relações mantidas no cotidiano hospitalar e pelos resultados alcançados por toda a equipe (LEITE, 1996; LEITE, FERREIRA, 1998, 1999, 2000). O programa VTM foi realizado com base em um referencial teórico metodológico que se caracteriza por uma abordagem vivencial processual e evolutiva no processo ensino-aprendizagem na perspectiva de mudança da

² A autora da referida tese é enfermeira e seu trabalho foi realizado no órgão onde trabalha. Em virtude disso, sempre que se relacionar ao seu trabalho, a mesma usará a primeira pessoa.

realidade, pela reflexão e questionamento dos sujeitos sobre sua prática (LEITE, FERREIRA, 2000).

A partir desse referencial teórico-filosófico-metodológico, incorporei crenças pelas quais estava buscando, por acreditar que somente pelo entendimento do ser humano integral é possível fazer da educação permanente uma atividade que atenda as suas várias dimensões, hoje entendidas como competências fundamentais requeridas ao perfil dos profissionais neste mundo globalizado (LEITE, FERREIRA, 2000; PERRENOUD, THURLER, 2002; DELORS, 2003, RIOS, 2001).

No bojo das mudanças que aconteceram na Diretoria de Enfermagem a partir do Programa VTM, se buscou, no CEPEn, a implementação de propostas com vistas à superação da lógica do modelo tradicional da educação e a construção de uma nova lógica de educação permanente no trabalho baseadas no diálogo, além de uma prática aberta e participativa, reconhecendo o contexto e a multidimensionalidade do ser humano.

No sentido de tentar ampliar essa concepção, construí a dissertação de mestrado intitulada: **Educação continuada no trabalho: uma perspectiva de valorização do (a) trabalhador (a) de enfermagem e transformação da prática** (SALUM, 2000), buscando realizar um programa educativo para além da capacitação técnica, coerente com as reais necessidades sentidas pelas enfermeiras, e nela contemplar a valorização da profissional de enfermagem e a transformação da prática pela reflexão compartilhada das situações vivenciadas no cotidiano para posterior re-padronização de comportamentos.

Essa perspectiva está em consonância com os pressupostos defendidos pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para a construção de uma prática em saúde transformadora, reconhecendo a educação permanente como potencializadora para o desenvolvimento dos/as profissionais quando pensada como uma pedagogia problematizadora (CECCIM, 2005b). Para o autor, a perspectiva de transformação das práticas de cuidado à saúde só serão percebidas e aplicadas quando existe predisposição a mudanças, afirmando que a

condição indispensável para uma pessoa ou instituição mudar ou incorporar novos elementos a sua prática e a seus conceitos é a detecção e o contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho (CECCIM 2005a, p.165).

Nesse sentido, é preciso que tanto os/as profissionais quanto as instituições

incorporem e vivenciem seu contexto através de reflexões e análises conjuntas reconhecendo as diversidades e complexidades que se constituem no processo de trabalho em saúde com suas potencialidades e limitações. “Torna-se crucial o desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho perfilados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos eles mesmos como objeto de aprendizagem individual e coletiva e institucional” (CECCIM, 2005a, p. 163).

Nessa concepção, há inseparabilidade da educação em saúde e trabalho em saúde através do reconhecimento que um produz o outro. Assim, a proposta realizada no contexto do trabalho durante a dissertação favoreceu a perspectiva de desenvolvimento integral dos/as enfermeiros/as na sua capacidade de intervir nos processos sociais e, em específico, nos processos de trabalho da enfermagem, assinalando perspectivas de comportamento efetivo na reconstrução de sua identidade, quer como ser humano e cidadão quer como profissional pertencente a uma instituição. Além disso, contemplou as profissionais na sua integralidade e as percebeu na sua multidimensionalidade, buscou a participação na construção coletiva do conhecimento pela troca de saberes, valorizou e reconheceu as potencialidades e competências individuais; evidenciou o processo educativo como possibilidade de auto-avaliação; reconheceu na educação permanente a possibilidade de crescimento pessoal e profissional, confirmando que a educação no trabalho de forma contínua é uma possibilidade forte de transformação da prática (SALUM, 2000).

A partir das construções teórico-práticas realizadas no âmbito da educação permanente na DE/HU/UFSC, nos últimos anos, busca-se fundamentar e sistematizar um processo educativo comprometido com a emancipação dos indivíduos na sociedade para exercer sua cidadania, cujo compromisso implica em considerar as dimensões técnica, subjetiva, social, ética, política e cultural dos envolvidos, pela oportunização de ações mais participativas e reflexivas da prática diária.

Algumas dessas iniciativas trazem mudanças de grande impacto sobre a realidade e a necessidade de reflexão sistemática para compreender porque os fatos acontecem de determinada forma e não de outra, porque alguns projetos e/ou métodos surtem efeitos desejados e outros não. Por isso, a reflexão ajuda a compreender melhor as estratégias e ter o conhecimento sobre elas, além de antecipar, prever e reconstruir a própria realidade de forma que se possa, efetivamente, cumprir seus objetivos.

Conviver com a possibilidade de educar as pessoas envolvidas no cuidado de

enfermagem trouxe inquietações que me fazem questionar: Qual as contribuições que a educação permanente vem trazendo para a prática profissional e para a qualidade do cuidado prestado? Quais as percepções, sentimentos, valores, escolhas vão se perfilando como domínios desses/as profissionais? Será que a educação permanente tem melhorado a qualidade de vida e trabalho? Será que a qualidade do cuidado prestado tem melhorado com a educação permanente?

Essas são algumas das questões às quais busco respostas, pois na instituição em estudo existe uma prática reconhecida do referencial de educação permanente há 20 anos sem, contudo, existir qualquer forma de avaliação de como a mesma é vista e percebida pelos/as profissionais. O que existe na instituição são avaliações realizadas ao término de cada capacitação em que se identificam se as estratégias metodológicas e os conteúdos ministrados em cada uma delas são satisfatórios e atendem as expectativas dos/as profissionais. No entanto, tenho observado que a avaliação parece ser uma atividade assustadora e ameaçadora, pois vinculada a ela sempre há o medo da cobrança, da supervisão, da classificação. Mesmo reconhecendo a avaliação como uma necessidade habitual e cotidiana da gestão de serviços, ela é complexa e suas principais dificuldades operativas estão relacionadas com o domínio teórico de concepções, técnicas e métodos e com a própria finalidade da avaliação.

As propostas avaliativas existentes deixam a desejar no que se refere à identificação do alcance dos objetivos de transformação pessoal e da prática, incluindo a perspectiva subjetiva dos/as profissionais. A preocupação, quase sempre, tem sido identificar a qualidade da assistência, incluindo o processo de auditoria ou a qualidade total, baseada em rígidos indicadores que mostram apenas o grau de satisfação dos usuários e a relação custo/benefício.

Entretanto, percebendo as limitações desse modelo e suas conseqüências, este estudo busca a avaliação que é identificada a partir da expressão dos/as profissionais no sentido de conhecer quais as percepções que estes/as apresentam acerca das transformações ocorridas em sua vida pessoal, profissional e institucional a partir da educação permanente.

O processo de avaliação, porém, não é uma prática presente no CEPEn, como atividade sistemática. O que ocorre são iniciativas isoladas no sentido de avaliar o grau de satisfação dos/as profissionais quanto à estratégia metodológica e o conteúdo ministrado, por ocasião dos processos educativos existentes e a avaliação de desempenho dos/as profissionais, a qual avalia, dentre vários aspectos, o desempenho

do/a profissional em um determinado espaço de tempo, os indicativos de avanço e dificuldades existentes no desempenho de suas atividades. Em relação às contribuições e às transformações pessoais e institucionais decorrentes desses processos, não há uma estrutura organizada com indicativos que favoreça essa avaliação.

Com base nesses questionamentos, assume-se, como preocupação central deste estudo, avaliar, na perspectiva qualitativa e subjetiva que busca a realidade pelo entendimento dialógico entre os/as envolvidos/as no processo, as implicações que a educação permanente no trabalho tem trazido para mudar a prática, considerando que os estudos já realizados, apesar de indicarem essa possibilidade, não apresentam resultados que sinalizem a perspectiva dos/as envolvidos no processo, quer seja a nível pessoal, profissional e institucional. Dessa forma, é fundamental avaliar para que se repense a prática pedagógica com seus pressupostos, estratégias, programas de modo crítico e comprometido com o contexto da enfermagem e do mundo moderno.

Destaca-se, assim, a relevância do tema, no sentido de poder contribuir para apontar a diversidade de aprendizagem, negando a homogeneidade, pois nenhuma pessoa é homogênea do ponto de vista dos níveis de domínio alcançados, ou seja, considerar a “possibilidade de que domínios se desenvolvam segundo trajetórias e ritmos diferentes e que englobem habilidades diversas igualmente eficazes” (PERRENOUD, 1999, p. 95), exigindo uma individualização, bem como, o diagnóstico e orientação, facilitando o redimensionamento da política e planos de ações da educação permanente na enfermagem.

É preciso considerar que a prática não fala por si mesma, os fatos têm de ser identificados, contados, analisados, interpretados, já que como afirma Kuenzer (1999, p. 13).

a realidade não se deixa revelar através da observação imediata, é preciso ver além da imediatez para compreender as relações, as conexões, as estruturas e totalidade, as finalidades que não se deixam conhecer no primeiro momento, quando se percebem apenas os fatos superficiais, aparentes que ainda não se constituem em conhecimento.

É esse movimento de avaliação das contradições que deve ser necessário na práxis da educação permanente, assumindo o sentido, não de contemplação da realidade, mas o sentido de transformação a partir da atividade crítico-prática na qual não se encontram respostas que possam direcionar a novas ações e a práticas educativas no trabalho.

Muito se tem falado e escrito sobre a possibilidade da educação permanente

transformar a realidade, mas pouco se tem avançado no sentido de explicitar tais progressos na prática, os quais são pouco visíveis, por isso mesmo pouco compreendidos e discutidos.

Destaca-se que na enfermagem pouco se tem discutido ou avaliado as contribuições que o processo educativo no trabalho traz para a consolidação de uma prática diferenciada. As discussões acerca dos processos avaliativos na área da saúde, pouco diferem dos executados pela escola, ou seja, a avaliação assume o caráter de medir o desempenho dos/as profissionais após cada conteúdo repassado. A avaliação carrega o estigma de contemplar apenas os aspectos classificatórios e discriminatórios, pela verificação do alcance dos objetivos da área cognitiva sem a devida contextualização com a prática. Há de se reconhecer os limites impostos pela avaliação, porém reconhecer também o seu caráter diagnóstico e mobilizador na efetiva transformação da prática. Um dos motivos apontados tem sido a dificuldade de adequar um modelo de avaliação que contemple aspectos da multidimensionalidade e da subjetividade, apontado como fator fundamental se for considerado o desenvolvimento integral do ser humano. Também não se tem explícito quais são as competências consideradas necessárias aos/as profissionais para uma prática de enfermagem de qualidade para que possam ser determinados os julgamentos de valor.

Frente a essas questões, minha inquietação tem sido entender o quanto essa prática educativa, entendida como transformadora, tem realmente contribuído para a valorização do/a profissional e para a melhoria da qualidade do cuidado prestado, além da satisfação pessoal e institucional, ou seja, entender as consistências e inconsistências presentes no processo educativo no trabalho.

Acredita-se que o processo avaliativo possa imprimir no ser humano, pela consciência crítica, uma nova direção para as suas ações no seu contexto, de acordo com valores que elege e com os quais se compromete no decurso de sua historicidade. Tal reflexão contribui para a compreensão e para a busca de estratégias para re-elaborar e redefinir modelos que atendam as tendências, habilidades e competências necessárias para o mundo do trabalho contemporâneo.

A complexidade que envolve esse processo implica no reconhecimento da subjetividade presente na relação educação/trabalho, pela reflexão e busca da construção de caminhos que se aproxima cada vez mais da educação enquanto emancipação humana (BRASIL, 2004b).

Nesse sentido, focalizei meu problema de pesquisa em: como a educação

permanente contribui para a transformação do/a profissional e como tais mudanças se traduzem no cuidado de Enfermagem?

Aventurar-me no caminho da avaliação é entrar no caminho da subjetividade, pois é a abstração que permite a descoberta de padrões e sentidos, que significa simplificar a realidade para que possa ser entendida e transformada. Sob a influência dessas perspectivas defendo a tese de que **a educação permanente contribui para a transformação do/a profissional de enfermagem nas dimensões pessoal, profissional e institucional com efeitos positivos para a transformação da prática e para a qualidade do cuidado de enfermagem.**

Direcionaram o estudo os seguintes pressupostos:

- O ser humano é único, histórico, social, multidimensional e como tal deve ser desenvolvido;

- A educação faz parte da vida e se constrói permanentemente ao longo dela em todos os espaços;

- A educação permanente é um processo de formação contínua e processual que se constitui como estratégia de formação do sujeito profissional e de transformação da prática;

- A educação permanente caracteriza-se pela aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano da organização e ao trabalho, tendo como referência às necessidades de saúde das pessoas, a gestão setorial e o controle social, visando a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2004b);

- O/A profissional se constitui pelo conjunto de suas competências técnicas, relacionais/comunicacionais, éticas/políticas;

- A avaliação é um processo e como tal deve ser formativa, contínua, contextualizada, participativa e compartilhada, com a finalidade de construção de novos valores e provocar transformações na prática e;

- A avaliação, como atividade crítica da realidade e da aprendizagem, é parte integral e dinâmica da educação permanente, pois visa tanto à aquisição quanto à produção e reprodução do conhecimento.

Foram avaliadas, na investigação, as percepções das profissionais enfermeiras e técnicas de enfermagem acerca das contribuições que a educação permanente traz ou não para a vida pessoal, profissional e institucional, buscando reconhecer se essas contribuições têm favorecido uma prática de cuidado de enfermagem mais eficaz e

humanizada. Também foi analisado a perspectiva dos/as pacientes e seus familiares pelas suas expressões acerca do cuidado de enfermagem.

Como elementos de avaliação, elegeu-se o reconhecimento das competências técnicas, relacional/comunicacional e ética/política necessárias para construção do sujeito profissional com vistas a provocar mudanças na sua prática. Nessa perspectiva, buscou-se compreender as complexas dimensões que constituem a educação ao longo da vida e quais as influências que elas produzem no âmbito pessoal, profissional e institucional que se constituem no conhecer, no fazer, no conviver e no ser do ser humano profissional de enfermagem.

O pensar sobre o fazer, neste estudo, apresenta os resultados a partir de categorias nas quais se busca compreender como os atos educativos realizados no espaço do trabalho, através da educação permanente, contribuem ou não no processo de transformação dos sujeitos e de suas práticas, evidenciando as potencialidades e as limitações que esse processo traz a nível pessoal, profissional e institucional.

Para efeito de organização, o trabalho está dividido da seguinte forma:

Nesse primeiro capítulo apresentou-se, a temática explorada neste trabalho, o problema de pesquisa, a questão que estruturou o estudo, os objetivos pretendidos, além dos argumentos que justificam a sua realização.

No segundo capítulo, a revisão de literatura acerca da relação existente entre a educação e o trabalho, evidencia o entrelaçamento de ambas enfocando a educação permanente no contexto das políticas públicas de transformação das práticas do cuidado em saúde. O processo avaliativo e suas implicações para a educação foram discutidos a luz de autores que tem trabalhado com a perspectiva de a avaliação ser re-orientadora de processos, superando a visão quantitativa e classificatória (PERRENOUD, 1999; PERRENOUD e THURLER, 2002; DEMO, 1999, ESTEBAN, 2003).

No capítulo III, o referencial que deu sustentação a essa perspectiva de avaliação qualitativa reconhece a subjetividade e multidimensionalidade do/a profissional no processo de educação permanente como indicativos ao respeito e à flexibilidade de processos.

O capítulo IV traz o caminho metodológico percorrido nesse processo de reflexão, optando pelo estudo de caso simples por tratar-se de uma realidade concreta e delimitada que culminou com o V capítulo, no qual é apresentado o caso em estudo, a contextualização e o cenário do estudo de caso, a sua formação, os pressupostos e sua inserção no trabalho da enfermagem e, as políticas institucionais que favorecem a

educação permanente. Além disso, a caracterização dos sujeitos que compuseram este estudo, evidenciando suas histórias de vida pessoal e profissional, os significados atribuídos acerca da educação permanente.

Nos capítulos VI, VII e VIII, apresentam-se os resultados e análises do estudo, ou seja, no capítulo VI, consta a apresentação das contribuições da educação permanente na construção da competência técnica, relacional/comunicacional, ética/política; no capítulo VII, são discutidos os aspectos da multidimensionalidade do profissional, abordando os aspectos de crescimento pessoal, profissional e institucional e, o capítulo VIII apresenta a compreensão das complexas dimensões que constitui o sujeito profissional, no qual buscou-se apreender as contribuições da educação permanente na transformação do cuidado de enfermagem.

Nas considerações finais, sintetiza-se o conjunto dessas transformações expressas pelas profissionais, buscando a relação com a autonomia e com a liberdade conquistada individualmente e coletivamente decorrentes do processo de educação permanente.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar as contribuições que a educação permanente traz para o desenvolvimento do/a profissional de Enfermagem nas dimensões pessoal, profissional e institucional e sua contribuição para transformação do cuidado e da prática de enfermagem.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Refletir sobre o potencial da educação permanente para o desenvolvimento das competências do/a profissional de enfermagem;

- Identificar, na educação permanente, aspectos potenciais de desenvolvimento pessoal, profissional e institucional dos/as profissionais de enfermagem e;

- Refletir criticamente sobre o potencial e as limitações da educação permanente para o desenvolvimento do/a profissional de enfermagem e melhoria da qualidade do cuidado e/ou transformação da prática.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Entrelaçando educação e trabalho

A relação educação e trabalho têm se constituído fonte inesgotável de estudos por educadores preocupados com as articulações e implicações que ocorrem nesta complexa teia de relações. Os diversos estudos têm abordado as transformações ocorridas nas áreas econômicas, sociais e políticas e suas repercussões na formação do ser humano e no mundo do trabalho, trazendo mudanças significativas na sua organização (ARROYO, 1998; GRISPUN, 1999; CECCIM, 2005a, GADOTTI, 2002).

Muitos dos estudos em torno da educação situam-se na escola abrindo a discussão teórica sobre os objetivos, métodos e efeitos da aprendizagem em cada momento histórico. Em menor número encontra-se os estudos referentes ao processo educativo desenvolvido no trabalho como continuidade da formação profissional, tanto no desempenho de suas habilidades para a execução técnica do trabalho como para o desenvolvimento mais geral do/a profissional.

Discutindo o conceito de educação, Grispun (1999) defende que educar é uma prática realizada em um tempo histórico determinado. Nesse sentido, educa-se em todos os espaços da vida humana e por toda a vida. Assmann (1998, p. 65) define educar como uma atividade dinâmica em que é preciso “ir criando continuamente novas condições iniciais que transformem todo o espectro de possibilidades pela frente”. Assim concebida, a educação é um processo de aprendizagem permanente em busca de transformação. Sob essa perspectiva, a educação sempre esteve presente na evolução da humanidade, desde quando os homens iniciaram a produção de sua existência nas sociedades primitivas, e assim, trabalho e educação se confundem, pois se aprende trabalhando e trabalha-se aprendendo.

Com a evolução da sociedade através dos tempos, com o processo de

industrialização, a incorporação da ciência ao processo produtivo, o surgimento da escola enquanto espaço formal da educação, o trabalho e educação se separam e passam a acontecer em espaços específicos.

Saviani (1994) comenta que no comunismo primitivo a educação coincidia com o próprio processo de trabalho e, somente com a sociedade dividida em classes, em que uma classe não precisava trabalhar, surge uma educação diferenciada para permitir a qualificação da mão-de-obra.

O desenvolvimento das sociedades, a profunda evolução tecnológica das últimas décadas e as novas concepções acerca do trabalho e da educação resultaram em mudanças estruturais na sociedade, as quais afetaram os/as profissionais trabalhadores/as em seus modos de trabalhar e ser, necessitando com isso, adaptar-se às novas exigências impostas pela sociedade contemporânea.

A realidade atual tem levado estudiosos a pensar o trabalho sob uma lógica de instabilidade e imprevisibilidade, resultante das contínuas reestruturações do trabalho, o qual antes era tido como trabalho para a vida toda, e agora adquire um caráter de transitoriedade (GRISCI, BESSI, 2004).

Diante da questão que hoje se coloca em relação às transformações desencadeadas no mundo do trabalho, em especial no trabalho em saúde, torna-se pertinente e relevante compreender o papel que a educação tem assumido na sociedade.

Assim, Grisci e Bessi (2004) afirmam que a nova configuração do trabalho requer de quem trabalha, além da qualificação e performance, características como iniciativa, mobilidade, cooperação, domínio do processo, capacidade de prever e eliminar falhas, capacidade de comunicação e de interação com o próprio trabalho e com os/as demais profissionais e, principalmente com os/as pacientes.

Para Mello (1998), há de se considerar que a educação por si só não assegura a justiça social, mas sem dúvida é parte fundamental do esforço para tornar as sociedades mais igualitárias e integradas. O novo paradigma educacional supõe novos perfis de qualificação de mão-de-obra em que a inteligência e conhecimento são aliados à capacidade de solucionar problemas, liderar, tomar decisões e adaptar-se às novas situações. Postula-se assim, uma estreita ligação entre educação e trabalho, isto é, nessa perspectiva, a educação no trabalho consolida-se como a continuidade do processo de formação dos/as profissionais no sentido de mantê-los/as atualizados/as e preparados/as para a complexidade do mundo moderno.

Sobral (2000), em uma reflexão teórica questionando a educação enquanto

espaço para a competitividade ou para a cidadania social, busca um resgate histórico da educação e suas finalidades nas últimas décadas da era moderna. Aponta que nos anos 50 até a década de 60, a educação serviu como instrumento de mobilidade social, em que a mesma servia para a ascensão na hierarquia de prestígio, sobretudo para a classe média.

A consolidação do sistema capitalista monopolista, anos 60 e 70, repercute na sociedade brasileira pela necessidade de melhor qualificação para o trabalho de modo a assegurar o processo de industrialização em curso, e para os/as profissionais à melhoria de renda. Fruto dessa política capitalista surge a Reforma Universitária de 1968 e a Lei de Profissionalização do Ensino Médio de 1971, que se baseavam na constatação da deficiência de mão-de-obra qualificada necessária ao desenvolvimento econômico do país e, da discrepância entre a preparação oferecida pelo sistema educacional e as necessidades da estrutura de emprego (SOBRAL, 2000).

O final da década de 70 marca a abertura política no país e a educação passa a ser considerada, sobretudo, em seu papel de construção da cidadania. Abre-se a discussão quanto ao acesso ao ensino público e gratuito e à participação nas diferentes esferas do poder enquanto fator da construção da cidadania. Essa fase identifica-se pela necessidade e estímulo à produção do conhecimento científico dentro das universidades pelos cursos de graduação e de pós-graduação (SOBRAL, 2000).

A partir da década de 90, a educação é considerada promotora de competitividade, proporcionando ao indivíduo a condição de empregabilidade, trazendo para a sociedade a modernidade associada ao desenvolvimento sustentável. Nesse modelo vigente, a educação e o conhecimento estão associados a desenvolvimentos científicos e tecnológicos que, por sua vez, levam à competitividade própria do capitalismo e da globalização (SOBRAL, 2000).

Reforçando essa idéia, Cecílio (1999), Grisci e Bessi (2004), Segnini (2000), Ferretti (2004), ao analisarem as mudanças no mercado de trabalho em decorrência da globalização e flexibilização, apontam que a flexibilização da força de trabalho (contratos de tempo parcial, subcontratação, terceirização, entre outros) inscreve-se no mesmo processo que articula o discurso por maiores níveis de escolaridade para os/as profissionais que permanecem empregados/as. Para tanto, a educação e a formação profissional servem para possibilitar a competitividade, adaptar os/as profissionais às mudanças técnicas, bem como minimizar os efeitos do desemprego. Essas tendências, observadas mundialmente expressam que quanto maiores forem as competências

dos/as profissionais, maiores serão as possibilidades de absorver as novas tecnologias.

Koerich e Erdmann (2003) colocam que, para além das transformações cotidianas e das relações de trabalho, decorrentes da globalização e inovação tecnológica, desvelam

o cenário complexo de um novo paradigma do conhecimento, para o qual os processos de aprendizagem ocorrem ao longo da vida e não se resumem a conhecimentos acumulados, mas as experiências de aprendizagem e na competência para continuar aprendendo (KOERICH e ERDMANN, 2003, p. 529).

Nesse sentido, esse novo paradigma traz a necessidade de formação de pessoas que dêem conta de atender as exigências impostas pela modernização tecnológica, mas também se refere a seu papel para a diminuição das desigualdades sociais, ou seja, a conquista da cidadania social. Essa política pode ser evidenciada pela priorização do ensino fundamental, avaliação e reforma do ensino médio e superior, consolidada pela Lei nº. 394, de 20 de dezembro de 1996 da LDB (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional) (BRASIL, 1996a). Nela, há diretrizes filosóficas, conceituais, políticas e metodológicas com a finalidade de formar indivíduos aptos para a inserção em setores profissionais, para a participação no desenvolvimento da sociedade, estimulando o desenvolvimento do espírito crítico e reflexivo, necessárias às demandas do mercado de trabalho, ou seja, aptos a aprender a aprender. Nesse sentido, abre-se espaço para a flexibilização dos currículos de graduação que inovam seus projetos pedagógicos, tornando-os coerentes com o momento histórico e o local em que estão inseridos (BRASIL, 1996a, 2001).

Ao analisar a educação para a pós-modernidade, Gomes e Casagrande (2002) refletem a educação apontando que a mesma esteja voltada à liberdade e autonomia dos sujeitos aprendentes. Nessa perspectiva, “educar não será um esforço enciclopédico para estocar informação no cérebro ou no computador. Educar será capacitar pessoas para situar-se responsabilmente no mundo; será viver a partir da história, será criar história” (AZEVEDO, 1993).

Gadotti (2002, p. 7-8), discutindo as perspectivas da educação contemporânea, enfatiza que “uma educação voltada para o futuro será sempre uma educação contestadora, superadora dos limites impostos pelo Estado e pelo mercado, portanto uma educação mais voltada para transformação social do que para a transmissão cultural”, reconhecendo, assim, a pedagogia da práxis como referência para esse mundo complexo. Identifica o autor a aprendizagem em todos os espaços da vida humana,

asseverando que o espaço da aprendizagem é aqui - em qualquer lugar e o tempo de aprender é hoje e sempre. Consoante o autor, “a sociedade do conhecimento se traduz por redes, ‘teias’, ‘árvores’ do conhecimento, sem hierarquias, em unidades dinâmicas e criativas, favorecendo a conectividade, o intercâmbio, as consultas entre instituições e pessoas, articulando contatos e vínculos, interatividade”. Com essa perspectiva, espera-se que a educação do futuro seja mais democrática e menos excludente.

Para Ferretti *et al.* (2003), o predomínio da produção taylorista e fordista propunha para a educação (escola) uma função vinculada apenas ao conhecimento técnico para a execução do trabalho, negando dessa forma outras potencialidades do/a profissional. A concepção da qualificação profissional trouxe também mudanças estruturais e organizacionais no processo de trabalho, iniciando a divisão técnica e social do trabalho presente ainda hoje.

Shiroma e Campos (1997) enfocam que essas concepções modernistas respaldam-se na tese que os novos paradigmas produtivos fundados em um mercado de trabalho que se apresenta mais instável, flexível e integrado, demandam, da força de trabalho, conhecimentos e atitudes diferenciadas daquelas requeridas pelo taylorismo e fordismo, dando lugar ao desenvolvimento de competências laborais abrangentes, que passam a definir o perfil do “novo” profissional, deslocando a educação profissional do “aprender a fazer” para o “aprender a aprender” (KOERICH e ERDMANN, 2003, p. 530).

Arroyo (1998) corrobora com essa visão quando entende o objetivo da educação moderna como princípio de humanização do ser humano, para sua emancipação, autonomia, liberdade, individuação e construção intelectual e moral. Nessa acepção do/a profissional atual, se requer mais do que saber-fazer, se requer também saber-ser, revalorizando os aspectos da subjetividade, desprezados por tanto tempo pela organização tecnicista do trabalho. Coloca-se, nesse sentido, a necessidade de qualificação para apreender as complexas dimensões que constituem o ser humano - sujeito profissional.

Em vista disso, há necessidade de se repensar as relações entre a educação e o trabalho e suas interfaces, buscando a formação omnilateral do ser humano. Nesse sentido, a educação que se espera, não será uma educação para o compromisso e aceitação, mas uma educação voltada à liberdade e autonomia. Freire (1999) defende a idéia de que essa perspectiva educativa amplia a visão tradicional, pois emancipa o ser humano. Na percepção do autor o processo de educação se faz presente pela conscientização e reconhecimento do incompletude do homem. Para ele, educa-se

através de múltiplas organizações, não apenas na escola, mas também se educa no trabalho, através da convivibilidade do relacionamento informal das pessoas entre si.

No que diz respeito ao ensino superior de enfermagem, Meyer e Kruse (2003, p. 338), fazendo uma reflexão crítica acerca das diretrizes e bases curriculares dos cursos de enfermagem, apontam que estas ainda “se constituem num longo caminho a ser percorrido para que se estabeleça formação profissional nesta perspectiva”. Discutem a necessidade do exercício da problematização no sentido de criar outras possibilidades de atenção à saúde que contemple práticas ampliadas de saúde e justiça social.

A essas necessidades de formação, Perrenoud e Thurler (2002), denominam como “competências” necessárias a serem desenvolvidas pelos/as profissionais na busca de um sujeito social, tanto no plano individual quanto coletivo, capaz não só de conviver com tais transformações, mas principalmente, tirar delas o maior proveito.

Os autores definem competência como

a aptidão para enfrentar uma família de situações análogas, mobilizando de uma forma correta, rápida, pertinente e criativa, múltiplos recursos cognitivos, saberes, capacidades, microcompetências, informações, valores, atitudes, esquemas de percepção, de avaliação e de raciocínio (PERRENOUD; THURLER, 2002, p. 19).

Também as políticas públicas têm investido na concepção das competências para realização de sujeitos autônomos e críticos. No entender do Conselho Nacional de Educação (CNE), parecer nº 1/01, ser competente é ser capaz de mobilizar conhecimentos, informações e hábitos para aplicá-los com capacidade de julgamento, em situações reais e concretas individualmente e coletivamente com sua equipe de trabalho. Dessa forma, as características que integram o perfil do/a profissional devem englobar a abertura para o diálogo, interações, parcerias, respeito e reconhecimento pelo saber do outro (BRASIL, 2001).

É nesse contexto que se impõe aos/as profissionais a necessidade de se adequar aos novos desafios da reestruturação produtiva, nos aspectos tecnológicos, organizacionais e gerenciais de uma empresa.

Morin (2000b, p. 31) discute o ser humano complexo entendendo que este traz em si a racionalidade e a subjetividade, a técnica e a afetividade. Portanto, para ele, o século XXI deverá abandonar “a visão unilateral que define o ser humano pela racionalidade, percebendo-o ao mesmo tempo biológico, psíquico-social, afetivo e racional”.

Inscrevem-se sob essa perspectiva de olhar a educação ao longo da vida, os quatro pilares da educação defendidos pela UNESCO, compreendidos em aprender a

conhecer; aprender a fazer; aprender a ser e aprender a conviver, cujo objetivo é preparar cada um/a para exercer seu papel social, no sentido de educar para o desenvolvimento humano ao longo da vida (DELORS, 2003).

O **aprender a conhecer** caracteriza-se por

adquirir competência para a compreensão, o domínio dos próprios instrumentos do conhecimento, ou seja, construir habilidades para construir conhecimentos, exercitando pensamentos, a atenção e a memória, selecionando informações que efetivamente possam ser contextualizadas com a realidade que vive e ser capaz de se expressar através de diferentes linguagens (KOBAYASHI; LEITE, 2004, p. 224).

Para a Unesco, essa aprendizagem “pretende que cada um/a aprenda a compreender o mundo que o/a rodeia para viver dignamente, para desenvolver suas capacidades profissionais, para comunicar”. Defende a importância dessa aprendizagem favorecer o “despertar da curiosidade intelectual, estimular o sentido crítico e permitir compreender o real, mediante a aquisição de autonomia na capacidade de discernir” (DELORS, 2003, p. 91).

O **aprender a fazer** é o discernimento necessário para o fazer correto diante da exigência de intervenção, decisão ou de situações. Competência que torna a pessoa apta a enfrentar numerosas situações e a trabalhar em equipe, mas também aprender a fazer, no âmbito das diversas experiências sociais ou de trabalho (DELORS, 2003). Essa competência é adquirida, formalmente, através de cursos e treinamentos e/ou por meio de experiência profissional. É no aprender a fazer que os trabalhos em grupo se configuram como explicitação e enfrentamento de conflitos, buscando uma dinâmica de flexibilidade de regras, negociações e acordos entre os agentes.

O **aprender a conviver** tem sido considerado um dos maiores desafios da educação, no sentido de transmitir conhecimentos sobre a diversidade do ser humano e levar as pessoas a tomar consciência das semelhanças e da interdependência entre todos/as, acreditando que se colocando no lugar do/a outro/a, poderá se compreender as suas reações. Saber trabalhar em equipe é ser capaz de resolver problemas e realizar trabalhos novos e diversificados (KOBAYASHI; LEITE, 2004; RIOS, 2001). A finalidade de aprender a viver juntos é desenvolver a compreensão do/a outro/a e a percepção das interdependências, “projetos comuns e preparar-se para gerir conflitos, no respeito pelos valores do pluralismo, da compreensão mútua e da paz” (DELORS, 2003, p.102).

No **aprender a ser**, são incluídos traços de personalidade e caráter, que ditam os comportamentos nas relações sociais de trabalho, tais como capacidade de iniciativa,

comunicação, disponibilidade para a inovação e mudança, assimilação de novos valores de qualidade, e competitividade. Para a UNESCO

o desenvolvimento tem como objeto a realização completa do homem, em toda a sua riqueza e na complexidade das suas expressões, e dos seus compromissos: indivíduo, membro de uma família e de uma coletividade, cidadão e produtor, inventor de técnicas e criador de sonhos” (DELORS, 2003, p. 101).

Nesse sentido, reconhece-se que a racionalidade não é determinante no fazer dos sujeitos, abre-se espaço para a subjetividade, as emoções, os sentimentos, as relações. Existe a necessidade de reconhecer a complementaridade entre as competências como caminho para a constituição do sujeito integral.

Leite e Ferreira (1999, 2000) discutem essa perspectiva defendida pela UNESCO a partir de um referencial teórico que pensa a educação permanente no trabalho como um processo de formação contínua e processual para o desenvolvimento de um conjunto de habilidades necessárias ao desenvolvimento dos/as profissionais, classificando-as em habilidades básicas, específicas e de gestão.

Independentemente das noções de competência, habilidades, capacidades utilizadas por cada autor, estas denotam a polissemia que envolve suas perspectivas de atuação, reafirmando a necessidade de reintegração dos/as profissionais aos novos contextos de reestruturação do capital no âmbito dos locais de trabalho (MANFREDI, 1998).

Existe por parte de Leite (1996) uma crítica a essa noção de competência vinculada na atualidade, considerando-a como alternativa à qualificação exigida pelo capitalismo, apontando que esta se apresenta com nova roupagem utilizada pelas grandes empresas capitalistas para construir novos critérios de acesso e permanência no emprego. Enfatiza que se a educação não considerar a multidimensionalidade presente no trabalho como uma atividade humana, social e cultural, esta reduz a competência a um rol de aptidões e habilidades genéricas muito ao sabor das necessidades e exigências do capital.

Ainda para Manfredi (1998), comparando a concepção tecnicista de qualificação com o modelo de competência, nota que ambas definem a qualificação a partir da ótica do modelo de organização capitalista do trabalho. Porém, a primeira fica restrita no ponto de vista técnico-científico, enquanto a segunda defende a qualificação em termos mais amplos e multidimensionais, que ultrapassam o técnico-operacional, incorporando o subjetivo, psicossocial e cultural.

Nessa linha de argumentação, amplia-se o debate quanto às exigências de qualificação profissional para atender as demandas do mundo do trabalho tecnológico, globalizado, coadunando com uma lógica de substituição de uma visão baseada na competência técnica para uma visão na ótica de atender novos tipos de funções para reintegrar-se ao trabalho em função das mudanças técnico-organizacionais que estão sendo introduzidas nas empresas mais inovadoras, reconhecendo o caráter subjetivo presente nas relações de trabalho e sua organização pela valorização, tanto do sujeito do cuidado como do/a profissional, servindo de possibilidade para garantir o aumento da produtividade e da qualidade dos serviços prestados.

Reibnitz (2004, p. 23), discutindo o papel da educação, explicita que o “processo educativo deve assegurar condições para humanização do homem, valorizando uma postura crítica com liberdade e criatividade, contribuindo desta forma para a inserção do/a profissional reflexivo no mundo do trabalho”.

A essas inovações requeridas no trabalho, Cecílio (1999), em seus estudos na área da saúde, discute a necessidade de as organizações adotarem modelos de gestão mais flexíveis e participativas, buscando a autonomia dos/as profissionais, mesmo reconhecendo esta autonomia ser incompatível, em sua essência, em razão da ótica organizacional e das relações de poder nelas presente em decorrência dos modelos hegemônicos do capitalismo. Porém, reconhece e defende a idéia de dar ênfase nas estratégias de mudança organizacional no espaço da micro-política dos processos de trabalho, em cujo local ocorre à interação de subjetividades e se realiza o trabalho em saúde, apoiadas na idéia de que promover mudanças na atual gestão do hospital implica na distribuição de poder. Nesse sentido, acredita na participação como forma de gerar autonomia dos membros da instituição “para definir os destinos, os métodos e os resultados da ação da organização em que trabalham” (CECÍLIO, 1999, p. 322).

Na verdade, se requer atualmente das organizações, que no espaço do trabalho, além da realização da produção, haja a abertura para a participação coletiva e nela sejam pensadas e praticadas propostas que favoreçam a conscientização dos atores envolvidos dando-lhes significado para a sua práxis cotidiana. Sendo assim, a aquisição do saber resulta em itinerários e percursos complexos cuja apreensão depende das realidades nas quais ele se desenvolve. Os contextos de vida e de trabalho representam os lugares da experiência e de saberes não estruturados, absorvidos e reconstruídos de modo não-linear e ativo pelos indivíduos, resultando de uma complexa combinação entre os conhecimentos estruturados (escolares e/ou acadêmicos) e as experiências vividas,

suscetíveis de modificação ao longo da vida.

A essas considerações feitas se tem atribuído valor de agregação a educação permanente na perspectiva de trazer mudanças nas práticas de saúde e na transformação da realidade. Ceccim (2005b, p 976) discute a educação permanente como uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho. Para o autor, a educação permanente enquanto política pública “constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, comprometida e tecnicamente competente”.

Sendo assim, a educação permanente assume um papel político enquanto formação ética para a cidadania e autonomia dos sujeitos, ou seja, formar sujeitos de direitos e deveres na vida social do trabalho (FREIRE, 1999).

2.2 A Educação permanente: concepções e contribuições para a prática do cuidado de enfermagem

A educação permanente tem assumido diversas concepções no trabalho em saúde. A crescente inovação tecnológica tem colocado a educação permanente como necessidade de capacitação permanente para acompanhar o desenvolvimento do mundo moderno.

A problemática da inadequação dos/as profissionais para atender a essa demanda tem sido foco de discussões nas políticas públicas e nas escolas formadoras. No setor de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem assumido um papel ativo na reorientação de práticas de cuidar provocando importantes mudanças nas estratégias de ensinar e aprender. A lógica que tem permeado essas discussões assume conotação mundial, interferindo nas políticas de educação e saúde, no sentido de qualificação dos indivíduos frente às necessidades sociais e avanços tecnológicos. Nesse sentido, a educação busca resgatar seu potencial transformador da realidade.

O trabalho em saúde é realizado pela ação de diversos profissionais que tem como função principal prestar assistência no processo de saúde-doença do indivíduo, da comunidade nas situações de tratamento, prevenção e reabilitação. Nessa perspectiva, Pires (2000, p. 85) define o trabalho em saúde como essencial à vida humana, fazendo

parte do setor de serviços, “é um trabalho da esfera da produção não-material, que se completa no ato da sua realização”. Aponta também que uma das características desse tipo de trabalho é que seu produto não aparece de forma concreta no final do processo, não se produz uma mercadoria para ser vendida, pois o resultado do trabalho é consumido no momento em que é produzido.

Nesse processo, a organização do trabalho em saúde tem por finalidade atender o ser humano que, em algum momento de sua vida, necessita de atenção profissional de saúde, sejam ações preventivas, curativas e ou de reabilitação (CAPELLA, 1998).

A lógica que sustenta as ações de assistência à saúde está consubstanciada nos princípios do SUS que busca mudar a lógica da organização e a formação do trabalho em saúde com vistas a novos modelos assistenciais e de gestão.

A educação permanente vista como estratégia de formação e desenvolvimento dos/as profissionais da saúde propõe que os processos de qualificação abordem as necessidades de saúde das pessoas e comunidades no sentido de transformar essas práticas e a organização do trabalho (BRASIL, 2004a).

Na perspectiva de compreender as concepções educativas que têm norteado e influenciado o ensino da enfermagem, sintetiza-se as idéias centrais das linhas pedagógicas que exerceram maior influência na estruturação da educação permanente ao longo do tempo.

Collière (1999) descreve com propriedade como o cuidado se incorporou ao processo de trabalho da enfermagem ao longo do tempo. Inicialmente, o cuidado legado aos/as filhos/as e familiares doentes era transmitido de geração a geração por mulheres no seio das próprias comunidades, mantendo-se atrelado ao trabalho doméstico tão característico da mulher.

A enfermagem profissional iniciada por Florence Nighthengale sofreu influência da educação tradicional clássica. Florence expõe sua concepção pedagógica na necessidade de legitimar e treinar as *nurses* e *lady nurses* para a execução técnica e profissional do trabalho da enfermagem. Na sua prática, distingue-se a formação necessária para a execução do trabalho. O trabalho intelectual é exercido pelas *lady nurses* e o trabalho manual executado pelas *nurses*, cujo processo de produção do conhecimento era transmitido verticalmente, desconsiderando qualquer saber dos/as aprendentes, realizado pela repetição e normatização de condutas (COLLIÈRE, 1999).

No início do século XX, a significativa influência da concepção pedagógica que influenciou a educação no trabalho foi à concepção tecnicista, que fundamentou vários

princípios da moderna educação, a qual enfatiza a necessidade de aprendizagem para a execução rápida e eficaz do trabalho manual, uma vez que qualifica a mão-de-obra para atender ao mercado econômico vigente. Trata-se da aplicação dos princípios tayloristas, segundo os quais o/a gerente (enfermeiro/a) controla o processo de trabalho executado de forma parcelar pelos/as demais profissionais (técnicos/as e auxiliares de enfermagem).

A função principal da educação era exigir o máximo de competência do/a profissional, a fim de que pudesse produzir um trabalho, com qualidade, no menor tempo possível. Nela, esteve presente o desenvolvimento e estabelecimento de normas e procedimentos que guiam o trabalho da enfermagem até os dias atuais, manifestados pelos inúmeros manuais de procedimentos de enfermagem que direcionam as ações de enfermagem. A concepção tecnicista de qualificação profissional trouxe também mudanças significativas estruturais nas relações e na organização do processo de trabalho em enfermagem. Consubstanciaram-se no fortalecimento da divisão técnica e parcelar do trabalho e nas relações de poder presente no interior da enfermagem, que associam maior qualificação intelectual, cognitiva e poder ao/a enfermeiro/a, além de menor qualificação e poder aos/as profissionais de nível médio, gerando insatisfação e subordinação por parte destes/as.

Mais recentemente, a enfermagem foi influenciada pela concepção pedagógica libertadora de Freire (1999), cuja concepção entende o ser humano como inacabado. Trás outra perspectiva para a concepção da educação permanente na enfermagem, defendendo a tese de que ninguém educa ninguém se este não o quiser, bem como enfatiza a valorização e a participação do sujeito na construção de seu saber. Com essa concepção, busca-se uma aproximação com o desenvolvimento integral do/a profissional na tentativa de romper com as desigualdades e a hegemonia presentes na categoria no sentido de buscar acompanhar a evolução da profissão, as exigências do mercado de trabalho, o avanço tecnológico e, recentemente, a valorização do potencial humano dos/as profissionais, a partir da construção coletiva do conhecimento, através de uma relação dialógica que parte da reflexão crítica da realidade concreta dos/as aprendentes.

O processo de educação permanente na enfermagem, ao longo da história, se constitui motivo de reflexões, que por sua vez, tem contribuído para as transformações de concepção, objetivos e estratégias educativas utilizadas pelos diversos serviços de enfermagem para ampliar sua ação junto aos/as profissionais de enfermagem, ou seja, a aplicação da concepção da educação permanente como vem sendo atualmente defendida por educadores e pelas políticas públicas.

Tentando conhecer como tem sido produzido o conhecimento acerca da educação permanente na enfermagem, Silva, Ferraz, Backes (2004) fizeram uma busca aos estudos publicados sobre o tema nos periódicos nacionais e internacionais nos cinco últimos anos, no sentido de identificar como vêm se constituindo as diferentes concepções teóricas e práticas da educação permanente no âmbito da enfermagem, bem como apreender as possibilidades e limitações colocadas em prática. Observaram os autores que a terminologia educação permanente vem sendo utilizada após o estabelecimento da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde (BRASIL, 2003) ter sido implantada no país. Anteriormente a esse período, a educação no trabalho era entendida como educação continuada, que quando concebida como possibilidade de favorecer o crescimento integral do/a profissional assume a mesma concepção da educação permanente hoje defendida pelas políticas públicas.

Os autores encontraram cinco artigos escritos nas décadas de 60 e 70, quatro na década de 80, dez artigos na década de 90 e quatro a partir de 2000. Constataram assim, um pequeno número de artigos produzidos abordando a educação permanente, estando mais concentrados a partir da década de 80. Neles, identificam duas perspectivas de abordagem: na primeira, os autores direcionaram a educação no trabalho para o preparo do/a profissional para a execução técnica e, na segunda, a educação permanente no trabalho foi direcionada para o desenvolvimento integral destes/as, preocupando-se com o seu preparo nas várias dimensões.

Na primeira abordagem, fica claro que a preocupação presente foi o preparo técnico dos/as profissionais de enfermagem em virtude da baixa qualificação formal da equipe para prestar um cuidado de qualidade. Os estudos trazem o treinamento em serviço³ realizado como forma de auxiliar os/as profissionais a adquirir eficiência no trabalho, através da incorporação de conhecimentos e técnicas e mudanças de hábitos e atitudes. Suas referências, apesar de englobarem o desenvolvimento pessoal, reforçam a preocupação com a transmissão de conhecimentos e treinamento técnico em função da tarefa a ser realizada, adequação do/a profissional ao uso de novas tecnologias. Em

³Treinamento em serviço: terminologia utilizada até a década de 80, com uma concepção pedagógica tradicional, baseada na necessidade de conhecimento técnico. A partir da década de 90, amplia-se para educação continuada com uma concepção pedagógica mais abrangente, incluindo as dimensões relacionais e éticas do conhecimento e, atualmente, seguindo a concepção defendida pelo Ministério da Saúde, é utilizada a terminologia e os princípios da educação permanente, como desenvolvimento para que os/as profissionais consigam transitar com autonomia nessa realidade complexa e de aceleradas mudanças, concepção que adoto ao longo do estudo.

relação à concepção pedagógica, fica explícita a educação tradicional e as estratégias educativas utilizadas baseadas praticamente em treinamentos expositivos e supervisão direta (SILVA, FERRAZ, BACKES, 2004) mais característicos da perspectiva do treinamento em serviço.

Na segunda abordagem, os autores percebem a educação permanente de forma diferenciada, na qual o foco do processo educativo é o desenvolvimento do/a profissional, procurando inter-relacionar o saber e o fazer de forma reflexiva, dentro de um contexto sócio-político-cultural. Esses artigos estudados por Silva, Ferraz, Backes (2004) trazem como características o desenvolvimento de capacidades perceptivas, inter-relação entre a teoria e prática, método reflexivo de ensino e a utilização dos princípios da andragogia. Os objetivos são concebidos baseados nas tendências críticas da educação, para além da padronização de técnicas; busca maior segurança, rendimento e produtividade, além de sustentar o desenvolvimento integral do/a profissional, aumento da satisfação pessoal; incentivo à autonomia, à iniciativa e à reflexão do processo de trabalho da enfermagem e; qualidade na assistência. As estratégias educativas incluem aula expositivo-dialogada, programas dinâmicos e participativos, utilização do diagnóstico das necessidades educativas, avaliação construtiva (SILVA, FERRAZ, BACKES, 2004). Ainda assim, percebe-se a tendência na capacitação técnica como foco principal de atuação. Essas perspectivas constituem-se caminhos para a educação permanente.

Essa visão também pode ser observada no texto de Gelbcke e Capella (1994), que relataram a experiência de uma prática educativa realizada com profissionais recém-admitidos/as, buscando a superação dos modelos vigentes de educação permanente. Teve por objetivo refletir o cuidado na visão multidimensional do ser humano, contribuindo para a mudança da prática do cuidado.

Outra experiência de atuação da educação permanente observada é a desenvolvida pela DE/HU, realizada a partir da implantação do programa Vivendo e Trabalhando Melhor (VTM), na possibilidade da construção de um novo modo de ser e viver no trabalho. Buscou-se, através da consultoria de facilitadores externos, uma prática educativa-reflexiva com

ações tentando superar a dicotomia entre vida pessoal e vida profissional, na perspectiva de integrar as diversas dimensões do ser humano em todos os momentos de sua vida, ou seja, ações que o fizesse se colocar inteiro nas atividades que realize tanto no trabalho como fora dele (CAPELLA et al, 2002, p.52).

Nessa experiência, o desenvolvimento das ações, a partir da valorização das diversas potencialidades do sujeito profissional de enfermagem, resulta no reconhecimento do trabalho como espaço de interação dos seres humanos, no qual buscam não só a experiência material, mas a expressão de sua dimensão existencial, no desenvolvimento de seus papéis pessoal e profissional no contexto institucional (LEITE; FERREIRA, 2002). A partir da concepção teórica-filosófica-metodológica para intervenções institucionais utilizadas pelos autores, o CEPEn reestruturou as demais atividades educativas dentro dessa perspectiva utilizando-se do referencial teórico-metodológico da aprendizagem vivencial que é definida como

práxis que objetiva facilitar a vivência e realização dos potenciais humanos, em ressonância com os princípios ecológicos da vida, a partir da integração de várias dimensões da pessoa e restabelecimento da dinâmica de interação do indivíduo com seus semelhantes e com o mundo (LEITE, 1993, p.11).

A partir dessas reflexões, a enfermagem na instituição assumiu novo referencial para atuação na educação permanente. Assim, realiza sua práxis educativa no reconhecimento e valorização da multidimensionalidade do ser humano.

Salum e Prado (2000) contribuem para a reflexão sobre a educação permanente trazendo o relato de um processo educativo realizado com enfermeiros/as de um hospital escola na perspectiva de valorização dos/as profissionais e melhoria da qualidade da assistência. Para tanto as autoras adotaram a concepção teórico-metodológica criada por Leite e Ferreira (1996). Nesse espaço educativo, buscaram discutir os problemas cotidianos a partir das experiências vivenciadas e, nesse diálogo, construir conhecimento e mudanças de comportamento. Nela identificaram ser possível transformar a prática quando se respeita e valoriza o saber individual e coletivo dos/as profissionais.

Oguisso (2000), discutindo a educação continuada (denominação dada pela autora) na enfermagem, entende que a mesma deve promover o desenvolvimento integral dos/as profissionais do setor, se possível no seu próprio local de trabalho, utilizando-se o acontecer habitual de sua ocupação, o ambiente normal do fazer diário e o estudo dos problemas reais e cotidianos, assim como os instrumentos e as situações mais apropriados para se produzir a aprendizagem. Alerta, ainda, que a necessidade de uma educação permanente vem crescendo rapidamente em todo mundo, principalmente na Europa e Estados Unidos decorrentes do grande avanço tecnológico e do grande número de informações produzidas. Além disso, vincula-se a obrigatoriedade da

formação permanente como critério *sine qua non* para a manutenção do emprego.

Considerando esses aspectos, percebe-se a mudança de paradigma ao longo das décadas, mostrando a superação da prática da educação permanente que privilegia o preparo técnico, cedendo, em algumas instituições, espaços para a educação permanente, mediada por uma política institucional transformadora, por compreender que, quando se propiciam espaços para a manifestação da subjetividade e participação crítica e criativa, cria-se uma práxis emancipatória, colaborando na construção da autonomia dos sujeitos.

O discurso da enfermagem vem se inserindo dentro dessa nova abordagem, visando que a educação permanente sirva para favorecer ao/a trabalhador/a crescimento tanto pessoal como profissional. Entretanto, o que se observa ainda é uma prática voltada para o crescimento técnico realizado através de atividades esporádicas, para dar conta da tecnologia, das situações de crise e das dificuldades que a equipe enfrenta na execução do seu trabalho, ou de novo processo, caracterizando-se mais como treinamento para a tarefa a ser executada do que um processo de desenvolvimento do/a profissional.

Ao analisarem-se os aspectos relacionados à prática educativa na enfermagem, os estudos têm demonstrado ser quase inexistente, no dia-a-dia da enfermagem, um processo educativo organizado que centralize o planejamento, a execução e a avaliação das atividades.

Segnini (2000), estudando a educação no contexto do trabalho, aponta as contradições presentes, expondo um cenário em que convivem rotineiramente, uma educação para a competição e, uma educação para a solidariedade e o investimento em valores moralmente defensáveis, e diz que esse é o cenário das transformações e inovações tecnológicas. Ao falar da transformação do saber e da habilidade do/a profissional, relaciona que este saber só terá valor de troca no mercado de trabalho se as habilidades forem importantes para o processo de produção.

Os conhecimentos adquiridos pelo trabalhador através de diferentes processos e instituições sociais – família, escola, empresa – somados às suas habilidades também adquiridas socialmente e acrescidas de suas características pessoais, de sua subjetividade, de sua visão de mundo, constituem conjunto, que só se transforma em valor de troca, em um determinado momento histórico, se reconhecido pelo capital como relevante para o processo produtivo (SEGNINI, 2000, p. 79).

A problemática da educação permanente pensada como fator de qualidade de

vida e trabalho, vem sendo referida em âmbito mundial. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (1990, p. 10) acredita na educação permanente como “um processo dinâmico de ensino e aprendizagem ativo e contínuo, com a finalidade de análise e melhoramento da capacitação das pessoas e grupos, frente à evolução tecnológica, às necessidades sociais e aos objetivos e metas institucionais”.

A educação permanente é, portanto, uma realidade no panorama mundial e brasileiro, não só como exigência de capacitação técnica, devido aos avanços da ciência e tecnologia, mas também, e, principalmente, por ser entendida como “mecanismo de permanente capacitação reflexiva de todos os seres humanos às múltiplas exigências e aos desafios que a ciência, a tecnologia e o mundo do trabalho colocam” (FERREIRA, 2003a, p. 20).

Em vista disso, essa nova realidade exige qualificações cada vez mais elevadas dos/as profissionais e, por esse motivo, sendo necessária uma formação permanente para contribuir e facilitar a construção desse conhecimento, servindo como fator de transformação da realidade. Analisa-se que os/as profissionais que não acompanham essas mudanças, com certeza estarão inaptos ao trabalho em pouco tempo.

Ferreira (2003a) e Ceccim (2005b) discutem essa perspectiva, trazendo a educação permanente para além da atualização de conhecimentos, tendo em vista o direito à cidadania social, a qual é entendida como direito dos cidadãos que só se consolidará quando estiver alicerçada em uma ética humana solidária que respeite as diferenças e garanta uma continuidade de formação (FERREIRA, 2003a).

Essa lógica aponta a educação permanente como superação da educação pensada apenas para a capacitação dos/as profissionais para a execução do trabalho, mas para o direito de abertura à “formação, gestão, atenção e participação nesta área específica de saberes e de práticas” (CECCIM, 2005b, p. 976) que atende às exigências contemporâneas e de inserção profissional no mundo globalizado.

A Política Nacional de Educação Permanente, nesse sentido, se constitui uma política de saúde que prioriza a capacitação dos/as profissionais para prestar uma assistência de qualidade. Foi implantada para dimensionar a formação, gestão e participação na área específica de saberes e práticas da saúde (CECCIM, 2005b).

A proposta dá ênfase na necessidade de que a educação permanente oriente formas distintas de organização de processos educativos no interior das instituições que são determinantes para a melhoria da qualidade do cuidado terapêutico prestado.

Esses avanços, ainda que extremamente importantes, estão longe de se

concretizar na enfermagem. Há iniciativas que vem se inserindo dentro dessa nova abordagem, compreendendo que a educação permanente serve para favorecer crescimento ao/a profissional, tanto pessoal como profissional.

Entretanto, o que existe, na maioria das vezes, são atividades esporádicas, fruto de iniciativas e práticas individuais daqueles que acreditam no processo educativo como humanização e não como algo instituído. Dessa forma, observa-se, atualmente, um movimento de sensibilização de gestores institucionais no sentido de buscar modos e estratégias de enfrentar realidades complexas no cuidado à saúde, idealizadas pelo SUS de “um sistema de saúde universal, equânime, altamente resolutivo, acolhedor, responsável e capaz de contribuir para o desenvolvimento da autonomia das pessoas e das populações para um andar com mais saúde [...]” (CECCIM, 2004b, p. 979).

Nesse sentido, a Política Nacional de Educação Permanente constitui a estratégia fundamental do Governo às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente (CECCIM, 2005b). Essa política culminou com a elaboração dos “Princípios e Diretrizes para uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH)” que se constitui em ações e normas estabelecendo um maior comprometimento dos gestores federais, estaduais e municipais com a formação permanente dos/as profissionais de saúde baseado nas suas atribuições e competências para o trabalho (BRASIL, 2004b).

No entanto, o que se percebe no conjunto dessas reformas, é um certo comodismo, um descompromisso com a formação permanente, configurado pela inexistência de políticas institucionais e organizacionais internas de valorização dos/as profissionais que sustentem e assegurem sua inserção na complexa rede de relações do mundo do trabalho em saúde. Além disso, observa-se que é uma prática de educação assistemática e descontínua, desvinculada da realidade, sem a devida incorporação dos/as gerentes e profissionais do processo como possibilidade de crescimento individual e coletivo. Existe, no entanto, um envolvimento do governo em difundir essa perspectiva, acreditando na transformação das práticas de saúde através da educação permanente em que “a formação e o desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS” (BRASIL, 2003, p.9).

Diante desses aspectos, acredita-se que a prática tem se mostrado insuficiente, mesmo reconhecendo que há sensibilização no processo e iniciativas institucionais que vem cumprindo esse propósito. É uma tarefa árdua que necessita do envolvimento e da

co-responsabilidade de todos os segmentos da instituição pela incorporação dos pressupostos de participação e solidariedade e não apenas como propósito de alguns/as que gerenciam o processo de trabalho.

Peres, Leite e Gonçalves (2005) discutem o papel da educação permanente a partir da necessidade de capacitação dos/as profissionais para o enfrentamento das mudanças no mundo do trabalho, valorizando o ser humano e suas manifestações de desejo, tomando por base a educação reflexiva e participativa. Nesse sentido, destacam que a educação permanente assume uma posição estratégica nas instituições de saúde, adotando uma gestão participativa que flexibiliza as relações de poder, compartilha planos e decisões, estimula o auto desenvolvimento.

Lentz e Erdmann (2003, p.4) discutem a educação permanente “como a ação de ensinar os/as profissionais a criarem em conjunto, a vida por si próprios/as, a sonharem juntos/as e, por meio do aprendizado contínuo a fazer novas e melhores escolhas para si, seu grupo e a sociedade global”.

Ferreira (2003a, p. 16) defende que

é preciso reconhecer o trabalho como espaço da interação humana, onde, além da sobrevivência material, as pessoas buscam também a superação de sua dimensão existencial, pela conformação e confirmação de uma identidade social coerente e consistente. Assim, o espaço do trabalho deve servir para transformar-se num espaço de crescimento pessoal e profissional e não como instrumento de dominação, havendo necessidade de valorização própria e da equipe.

Salum e Prado (2007), realizaram um estudo teórico e reflexivo no campo específico da educação permanente na enfermagem enfocando que a mesma deve abrir espaço no trabalho utilizando-se de conhecimentos de seu ambiente e do seu fazer diário para promover o desenvolvimento integral dos/as profissionais. Esse compromisso com a realidade implica em considerar as diferentes dimensões presentes na educação; a técnica, a política, a histórica, a social, a cultural, a ética, a estética, a epistemológica e a afetiva.

Nessa perspectiva de transformação, discutida por estudiosos da educação, vislumbra-se uma educação no trabalho que supere a dicotomia teoria/prática, que adote a educação permanente como possibilidade para dar conta da complexidade da realidade. Além disso, que essa transformação seja ampliada e esteja preocupada em desenvolver a formação permanente do/a profissional para a competência técnica respaldada pelos conhecimentos e habilidades necessárias à execução do trabalho, à competência política que implica na articulação das determinações externas ao processo

de trabalho, às políticas sociais e de saúde e às contradições presentes na sociedade, na distribuição de poderes existentes no setor saúde; a competência comunicativa/relacional que se traduz na negociação presente nas relações de trabalho na equipe de saúde e; a competência para o desenvolvimento da cidadania que implica emancipação dos/as profissionais. Estas se consubstanciam nas competências de aprendizagem ao longo da vida, entendidas como o aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver, aprender a ser, associadas ao espírito crítico, à capacidade de resolver problemas e assumir responsabilidades, trabalhando em equipe e participando de forma ativa no seu processo de aprendizagem (KURGANT, 2005; CLAXTON, 2003; DELORS, 2003, SALUM, 2000).

Para Cecílio (2000) e Merhy (2005), essa prática pedagógica identificada para a educação permanente constitui uma ferramenta potente para provocar transformações de práticas de saúde, porém não se constitui tarefa fácil, uma vez que encontram o desafio de “produzir auto-interrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado, colocar-se ético-politicamente em discurso, no plano individual e coletivo, do trabalho; o que não é nada óbvio ou transparente” (MERHY, 2005, p.173).

Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 50) defendem como estratégia para suprir esse desafio, a mudança de estratégias na formação dos/as profissionais em que as demandas para a educação se definem a partir da necessidade e da problematização da prática concreta. “É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho em cada serviço, que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas”. Para os autores, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde “não podem ser simplesmente técnicas já que envolvem mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde, principalmente nas pessoas”.

Sob esse aspecto, a prática da reflexão e do diálogo entre os sujeitos revela-se fundamental para a valorização do/a profissional como detentor de saberes e vivências que, compartilhados/as com outros/as, podem ser a concretização da construção do conhecimento, do pensamento crítico, da compreensão do aprender a aprender, conduzindo-os/as à emancipação pessoal, à valorização profissional e à consolidação de uma prática institucional de qualidade.

Ceccim (2005b); Ceccim e Feuerwerker (2004) discutem a educação permanente defendida pelo MS (BRASIL, 2004a) no contexto da saúde, a partir da inserção de práticas que subsidiem sua aplicação. Destacam a necessidade de interação entre os

segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde, permitindo valorizar as capacidades instaladas, desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade, estabelecer a aprendizagem significativa e a efetiva e criativa capacidade de crítica. Ceccim (2005a) acredita que, para pensar e providenciar a Educação Permanente em Saúde, estão os componentes do quadrilátero da formação, entendida pela articulação entre formação, gestão, atenção e participação, assim compostos:

- a) análise da educação dos profissionais de saúde: mudar a concepção hegemônica tradicional (biologicista, mecanicista, centrada no professor e na transmissão) para uma concepção construtivista (interacionista, de problematização das práticas e dos saberes); mudar a concepção lógico-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento (por centros de excelência e segundo uma produção tecnicista) para o incentivo à produção de conhecimento dos serviços e à produção de conhecimento por argumentos de sensibilidade;
- b) análise das práticas de atenção à saúde: construir novas práticas de saúde, tendo em vista os desafios da integralidade e da humanização e da inclusão da participação dos usuários no planejamento terapêutico;
- c) análise da gestão setorial: configurar de modo significativo e original a rede de serviços, assegurar redes de atenção às necessidades em saúde e considerar na avaliação a satisfação dos usuários;
- d) análise da organização social: verificar a presença dos movimentos sociais, dar guarida à visão ampliada das lutas por saúde e à construção do atendimento às necessidades sociais por saúde (CECCIM, 2005a, p.166).

Bonetti e Kruse (2004), ao analisarem a 12^a Conferência Nacional de Saúde (CNS), apontam que as mudanças no mundo do trabalho acarretam o desafio de implantar uma política que reduza a precarização nas relações de trabalho no setor de saúde, possibilitando o investimento na capacitação e na educação permanente em todos os níveis para adequá-las às necessidades do sistema de saúde.

Por esse olhar, se percebe ainda os limites e as insuficiências que o espaço do trabalho tem deixado quanto à contribuição na formação integral do/a profissional, em razão da divisão existente no mercado de trabalho, quer nas relações de poder, quer na divisão técnica do trabalho.

Arroyo (1998, p.138) discute o espaço do trabalho como possibilidade de humanização do ser humano quando pensa o trabalho como

prática social sobre como se forma o ser humano, como se produz o conhecimento, os valores, as identidades, como se dá o processo de individualização, de constituir-se sujeitos sociais e culturais, livres, em relações sociais regidas por princípios éticos, onde o trabalho, a técnica produtiva seja objetivo e ponto de referência para a liberdade pessoal e coletiva.

Cartana (2001) também enfatiza a educação no trabalho não como espaço físico de aprendizagem, mas também como espaço social, político, e de relações humanas. Há, nessa perspectiva, o reconhecimento de a educação permanente servir como possibilidade de contribuir para a mudança da prática do cuidado da enfermagem.

A necessidade de uma nova identidade profissional imposta pela modernidade reforça a busca por processos de trabalhos mais participativos e flexíveis, que pode encontrar eco na atuação de uma educação permanente no trabalho como sensibilização e desenvolvimento de habilidades e competências individuais e coletivas. Levando em conta essas exigências e considerando a educação como possibilidade de desenvolvimento da cidadania do sujeito, é prioridade desenvolver ações de qualificação e habilidades no interior do espaço do trabalho.

Pensando nas competências para a evolução do ser humano no reconhecimento de sua multidimensionalidade, inserido em um contexto complexo de trabalho, Moscovici (1996); Leite e Ferreira (1999) e Delors, (2003) entre outros autores, relacionam as competências a serem adquiridas nesse mundo complexo de tantas inovações.

Moscocici (1996) identifica os “níveis de aprendizagem” capazes de dar conta das inovações e transformações da modernidade. O **nível cognitivo** refere-se à aquisição de informações, de conhecimentos, de compreensão intelectual; o **nível emocional** compreende as emoções e sentimentos, os gostos e as preferências; o **nível atitudinal** relaciona as percepções, as emoções, os conhecimentos e a predisposição para a ação integradora e, por fim, o **nível comportamental** que compreende sua atuação e sua competência.

Outra visão dessas competências é identificada e defendida por Leite e Ferreira (1999), apontando três níveis de habilidades necessárias para o desenvolvimento para o mundo do trabalho: **habilidades básicas** entendendo como a sensibilização e a adequação das competências individuais e coletivas para o desenvolvimento das relações interpessoais no espaço do trabalho; **habilidades específicas** como o desenvolvimento e a atualização de ações voltadas à capacitação técnica dos profissionais de acordo com o tipo de solicitação envolvida em sua atuação profissional e; **habilidades de gestão** como a ampliação dos processos de socialização institucional, otimizando a inserção de todos/as os/as profissionais nesta unidade e totalidade, reforçando neles a compreensão mais consciente do contexto geral onde se insere seu trabalho e atuação mais específica.

Em todas as visões de competências abordadas para o ser humano no mundo

moderno existe o reconhecimento da interdependência e complementaridade entre as diversas competências.

Kurgant et al (2005) apontam a educação permanente como uma necessidade institucional com a finalidade de capacitar os/as seus/as profissionais através de uma educação reflexiva e participativa no sentido de que a educação permanente impulsiona a transformação da organização, criando oportunidades de capacitação e desenvolvimento pessoal e profissional, dentro de uma visão crítica e responsável da realidade, resultando na construção de conhecimentos importantes para a organização, para a profissão e para a sociedade (KURGANT et al (2005, p. 139).

A constituição de uma prática de educação permanente baseada nesses pressupostos permite o desenvolvimento do/a profissional, respeitando também os/as seus interesses de aprendizagem uma vez que partem da realidade de práticas reais, de profissionais reais em ação (BRASIL, 2004a).

No campo das experiências concretas de educação permanente evidencia-se a existência de duas concepções distintas: uma voltada à adequação e ao desenvolvimento de habilidades técnicas, ao mesmo tempo em que busca moldar o indivíduo às normas e rotinas institucionais; e a outra concepção, que trabalha na perspectiva de transcender o preparo técnico do indivíduo, entendendo a educação permanente como um processo facilitador, capaz de proporcionar o desenvolvimento das potencialidades individuais e coletivas para a concretude de um/a profissional consciente e reflexivo, inserido em um contexto sócio-econômico, político e histórico moderno. Essa concepção, portanto, mais realista com a demanda atual do processo de trabalho que requer profissionais competentes nas várias dimensões que o constituem.

Espera-se atualmente do/a profissional uma aprendizagem para a vida, haja vista a impossibilidade de um conhecimento que seja suficiente para a vida toda, em função da evolução rápida do conhecimento em todas as áreas. Dessa forma, enseja-se um/a profissional que saiba se adaptar a essa evolução, não no sentido de adaptação por acomodação, mas no sentido de saber buscar o saber que necessita e ter a flexibilidade necessária para transitar entre a diversidade de saberes e práticas.

A política de educação permanente traz como marco referencial que a formação e o desenvolvimento sejam realizados

de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar de modo a propiciar a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem; o desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de saúde; o trabalho em equipes matriciais; a melhoria

permanente da qualidade do cuidado à saúde; a constituição de práticas tecnológicas, éticas e humanísticas (BRASIL, 2004a, p. 9).

A superação da prática da educação permanente que privilegia o preparo técnico vem cedendo, em algumas instituições, espaços mais refletivos através de uma pedagogia problematizadora, mediada por uma política institucional transformadora, por compreender que, quando se propicia espaços para a participação crítica, propicia-se uma práxis emancipatória, colaborando na construção da cidadania.

Diante dessas considerações, acredita-se que uma proposta de educação permanente consistente e sólida só se efetivará se for pensada, fundamentada, planejada, executada e avaliada nessas perspectivas, ou seja, na criação participativa de programas que busquem atender o desenvolvimento dessas competências quer individualmente quer coletivamente. O desafio posto é preparar o sujeito profissional para o mundo e suas contradições, favorecendo-lhe instrumental por meio da aquisição de conteúdos e da socialização destes, em uma relação dialógica, participativa e organizada, que efetive o desenvolvimento pessoal, profissional e institucional.

2.3 A indissociabilidade da educação e avaliação: suas implicações

O processo de avaliar é realizado diariamente nas mais simples ações que o ser humano executa, assumindo múltiplas dimensões dependendo de diferentes concepções. Ferreira (1993, p. 35) refere que “avaliar é determinar a valia de; apreçar, estimar, fazer idéia de; ajuizar”. Observa-se que avaliar traz consigo a conotação de atribuir valor a alguma coisa ou a algo, ou seja, conferir valor, manifestar-se a respeito de algo, sem compromisso ou com um método específico. Avalia-se quando se procede à comparação com outras pessoas, objetos, situações, coisas, ou em relação a nós mesmos, podendo-se ter como base critérios pessoais ou critérios pré-estabelecidos, dependendo do que está sendo avaliado e com que propósito.

Por muito tempo, a avaliação foi considerada patrimônio da escola. Atualmente, ela ultrapassou e muito os muros das salas de aula, das escolas, das universidades, deslocando-se para instituições, para a política, para os serviços, e outros, espalhando seus efeitos para toda a sociedade.

Na sua maioria, o termo avaliar sempre causa grande polêmica, muitas vezes por ser vinculado ao sentido de medir, punir, selecionar, classificar, porém, apesar de todo o preconceito existente em torno da avaliação, ela está presente em toda a prática diária, bem como na prática educativa e na prática de prestação de serviços. Nesse sentido, pode-se afirmar que a avaliação e a educação caminham juntas, fazendo parte de um mesmo processo pedagógico.

A avaliação é polissêmica e extremamente complexa, pois possui múltiplas e heterogêneas referências, significados e métodos ao se inserir em um campo composto por diversas disciplinas e práticas sociais, e por isso tem potencial para desencadear polêmica, na medida em que possibilita interpretações diferentes do seu significado, segundo diferentes capacidades valorativas.

Cartana (2001), em sua tese, faz uma revisão das concepções, que a avaliação assumiu no decorrer dos anos. Assevera que a avaliação, entendida como senso comum, refere-se àquela em que cada um apresenta um juízo de valor sem critérios determinados, dependendo de verdades individuais, de forma assistemática, podendo ser interpretada pelo dito popular “em cada cabeça uma sentença”. A avaliação sistemática caracteriza-se por ser metodologicamente passível de reconstituição, cujos critérios e procedimentos são explicitados, com atribuição de juízo de valor defensável ética e logicamente, tendo como propósito, que o ser humano conheça o mundo, reveja idéias e crenças para gerar novas idéias e crenças.

A utilização de modelos de avaliação sistemática vem sendo amplamente discutida e utilizada por diversos autores, instituições e associações mundo afora. Portanto, nos últimos 60 anos, a avaliação passou a fazer parte de investimentos teórico-práticos, visando a maior eficiência e efetividade de ações, principalmente no mundo capitalista. Esse fato está relacionado às mudanças no paradigma das relações sociais de produção, cujas características traz o acelerado crescimento das informações, e focalização de ações (MINAYO *et al.*, 2005).

A avaliação tem sido também um tema amplamente discutido por muitos educadores (Hoffmann, 1999; Demo, 1996; Perrenoud e Thurler, 2002, Esteban, 2003) devido o seu significado, seus objetivos e sua complexidade de que hoje se reveste. Mais recentemente, a avaliação tem sido responsabilizada por um grande problema que se instaurou, principalmente na escola pública: a evasão escolar, considerada um dos grandes instrumentos da exclusão social. Daí a necessidade, cada vez mais, de estudos e pesquisas, em uma busca incessante de melhores formas, métodos, instrumentos,

modelos e/ou estratégias para realizar a avaliação.

Cada autor discute os objetivos da avaliação escolar baseado na sua experiência, enquanto professor. Para Freire (1999), na concepção da educação bancária, a avaliação se torna uma mera cobrança do que foi supostamente ensinado. Já na educação crítica, a avaliação deixa de ser um processo de cobrança para se transformar em um momento de aprendizagem, no sentido de rever e refazer os procedimentos e a atribuição de valor que se determina.

Alguns educadores definem a função da avaliação tanto como a verificação do que os alunos/as (aprendentes) conseguiram aprender, quanto daquilo que o/a (facilitador/a) professor/a conseguiu ensinar, ou seja, ao avaliar o aprendente, o/a facilitador/a se auto-avalia. Nesse sentido, foram desenvolvidos inúmeros métodos a fim de possibilitar o processo de avaliação, de acordo com os objetivos e as metodologias da aprendizagem. Assim, organiza-se o tipo de avaliação requerida, cuja opção está intimamente relacionada com o modelo pedagógico que orienta a prática educacional.

A implementação de práticas pedagógicas tradicionais traz consigo uma avaliação classificatória que utiliza procedimentos mensuráveis como provas, testes cognitivos, grau ou nível de participação em atividades programadas ou julgamento de um “*expert*” ou perito que igualmente traz a falta de objetividade e de confiabilidade. Entretanto, na implementação de práticas pedagógicas críticas, se reconhece à avaliação como um processo subjetivo que persegue, não apenas os resultados, mas como se chegou a eles.

Romão (1998), ao discutir a avaliação educacional, se contrapõe ao caráter punitivo geralmente presente na avaliação, ainda muito praticada nas escolas. Ele propõe uma avaliação dialógica, com base no pensamento de Paulo Freire. Sua proposição é a de que a escola realize avaliações dialógicas internas, quanto ao estabelecimento e alcance de seus objetivos e, externas nas relações que mantém com a comunidade e com os órgãos oficiais responsáveis pela educação.

Luckesi (1995, p.174) propõe que a avaliação escolar atenda aos objetivos de “auxiliar o/a aprendente no seu desenvolvimento pessoal, a partir do processo ensino-aprendizagem; e responder à sociedade pela qualidade do trabalho educativo realizado”. O autor propõe que a avaliação ocorra, não como forma de correção dos erros, mas no sentido de diagnóstico das dificuldades e de qualificação do ensino - aprendizagem de modo contínuo, dando significado aos objetivos, identificando as partes dentro de um contexto da globalidade. A avaliação como ato diagnóstico tem por objetivo a inclusão e

não a exclusão. Nesse sentido, a mesma serve a dois propósitos:

detectar características próprias dos alunos, como interesses, atitudes, habilidades, conhecimentos anteriores, bem como estratégias e métodos de ensino adequados àquele programa escolar e, descobrir as razões dos sintomas de deficiência de aprendizagem apresentados, a fim de que, se possível sejam tomadas medidas terapêuticas para corrigir ou eliminar os obstáculos para o processo ensino-aprendizagem (LUCKESI, 1996, p. 43).

Hoffmann (1999) privilegia a avaliação como mediadora e a considera oposta à avaliação classificatória, que consiste em corrigir periodicamente tarefas e provas do/a aprendente para verificar respostas certas e erradas, e tomar decisões sobre sua aprovação ou reprovação.

Perrenoud (1999) defende a avaliação formativa como continuidade no intuito de formar o/a aprendente. Para ele, a avaliação formativa convive, também, com a avaliação somativa, que é entendida como aquela utilizada ao final do período, curso ou programa, cujo ato de avaliar prende-se à ação classificatória e não diagnóstica ou acompanhamento das aprendizagens. Percebe-se que durante muito tempo e ainda atualmente, em nosso sistema educacional, há um forte enfoque neste tipo de avaliação o que se chama de avaliação de resultados.

Afonso (2003) reconhece que, como qualquer processo avaliativo, a avaliação formativa tem limites e virtualidades. Em relação à virtualidade, aponta o acompanhamento par e passo das aprendizagens, permitindo ajudar o/a aprendente no percurso cotidiano, afirmando ser talvez “a única modalidade de avaliação fundamentada no diálogo e congruente com um reajustamento contínuo do processo de ensino, para que todos cheguem a alcançar com sucesso os objetivos definidos e a revelar as suas potencialidades” (AFONSO, 2003, p. 92).

Por outro lado, aponta como limitação desta, o fato de ser muito trabalhosa, exigindo disponibilidade de tempo do facilitador/a, que ultrapassa o limite da sala de aula, pois necessita realizar registros diários de acompanhamento de cada aprendente. Pontua também que, muitas vezes, é desvalorizada por se caracterizar como uma avaliação subjetiva, significando para alguns como menos rigorosa.

Percebe-se entre os estudiosos da avaliação, uma busca incessante de modelos de práticas avaliativas que a torne mais condizente com as situações e as circunstâncias do processo ensino-aprendizagem. Sabe-se, também, que o referencial teórico, epistemológico e metodológico que orientam estes estudos baseia-se no modelo hegemônico de produção do conhecimento que privilegia a objetividade, muitas vezes,

em detrimento de aspectos subjetivos.

Na avaliação, deverão ser considerados os conteúdos conceituais, os procedimentos e as atitudes, que promovam as capacidades motoras, de equilíbrio e de autonomia pessoal, de relação interpessoal e de inserção social. Assim, a função da avaliação não deve ser seletiva ou exclusiva e sim, deve oferecer a cada um dos/as aprendentes a oportunidade de se desenvolver, no maior grau possível, todas as suas capacidades. A atenção da avaliação deixa de ser centrada nos resultados (notas e pareceres) e volta-se para o processo de ensino-aprendizagem na sua totalidade.

Mendez (2002) defende a idéia que uma nova postura avaliativa requer desconstruir e reconstruir a concepção e a prática da avaliação e romper com a cultura de memorização e classificação, seleção e exclusão tão presente no processo de ensino.

Percebe-se dessa forma, que a questão da subjetividade na avaliação já constitui preocupação para os estudiosos da educação, através da proposição de instrumentos, cada vez mais flexíveis, em que se pode observar, não apenas resultados, mas a evolução do/a aprendente em relação às atitudes, à afetividade e ao seu ajustamento ao contexto social como possibilidade para produzir, a partir do processo ensino-aprendizagem.

Nesse contexto educacional, a avaliação busca sua transformação, que não tem sido fácil nem está pronta, mas dá sinais de visibilidade enquanto possibilidade de vir a ser a compreensão da ação concreta e contextualizada. Sob essa perspectiva, a avaliação se caracteriza como processual, contínua, participativa, diagnóstica e investigativa. Loch (2003) descreve como princípios básicos da avaliação, nessa perspectiva, a possibilidade de ser

processual e contínua, porque está intimamente ligada à concepção de conhecimento e currículo como a construção histórica, singular e coletiva dos sujeitos; processo permanente de reflexão-ação; contínua porque ocorre durante o processo de aprendizagem dos alunos e não após, com a finalidade de proporcionar avanço conceitual, progressão, inclusão e reinclusão no sentido do auto-conhecimento e autopromoção do sujeito. Participativa, porque envolve todos os segmentos: pais/mães, alunos/as, professores/as, funcionários/as como co-participes, co-autores, co-responsáveis na práxis durante o processo de aprendizagem, retomando, reorganizando e reeducando os envolvidos por meio de reuniões, assembléias e conselhos de classe, de série/etapa ou ciclo. Investigativa e diagnóstica porque o/a aluno/a é o parâmetro de si mesmo; respeita o processo de construção de conhecimento do aluno considerando o acúmulo de conhecimentos dele; considera o erro construtivo como ponto de reflexão, busca de alternativa e desafio para novas construções; inclui a medida, mas não se esgota nela: a observação, o registro e a reflexão constantes são alguns múltiplos instrumentos para levantar dados e “ver” a realidade (LOCH, 2003, p. 133-4).

Assim, mesmo reconhecendo a importância dos aspectos apontados por Loch (2003), observa-se que, na sua maioria, as avaliações da aprendizagem têm oscilado na classificação de indicadores da qualidade de ensino e no rendimento dos/as aprendentes.

A visão unilateral pode estar influenciando a forma como os/as profissionais vêem o processo avaliativo – caracterizada pelo controle rígido de resultados, levando-os, provavelmente, à banalização dos objetivos e possibilidades que o processo avaliativo traz. Nesse sentido, mesmo reconhecendo que a cultura avaliativa tenha avançado, o fazer avaliativo no cotidiano ainda traz resquícios de uma avaliação mensuradora e classificatória.

Contudo, há educadores que trazem outras perspectivas para a avaliação, entendendo-a como sistemática formadora e diagnóstica, entre eles Demo (1996) que defende a avaliação qualitativa; Hoffmann (1999), a avaliação mediadora; Romão (1998), a avaliação dialógica; Saul (1999), a avaliação emancipatória; Perrenoud (1999), Perrenoud e Thurler (2002), a avaliação formativa; Esteban (2003), a avaliação para a inclusão social, entre outros que vem avançando na discussão da avaliação como superação do ato classificatório. Entendem que a mesma deixa de ser um processo de cobrança para se transformar em mais um momento permanente de aprendizagem tanto para o/a aprendente como quanto para o facilitador/a, no sentido de rever e refazer suas ações para possíveis mudanças de rumos e estratégias no decorrer do próprio processo de aprendizagem. Nessa relação dialética, a avaliação não é uma estrutura estática, mas um processo de construção coletiva, mediatizada pelo diálogo entre educador/a e educando/a em todo o processo ensino-aprendizagem.

Esteban (2003, p.16) defende que o processo de avaliação deve ultrapassar os limites da técnica e incorporar, em sua dinâmica, a dimensão ética, pois “a avaliação na perspectiva excludente silencia as pessoas, suas culturas e seus processos de construção de conhecimentos”.

2.4 Perspectivas da avaliação na área da saúde e enfermagem

Em relação ao processo de avaliação no sistema de saúde, este surgiu após a

segunda guerra mundial, em virtude da necessidade de melhoria da eficácia da aplicação dos recursos pelo Estado. No Brasil, esse processo ainda é bastante tímido, iniciando com maior ênfase a partir dos anos 90 com os processos de avaliação na área social (DESLANDES, 1997; UCHIMURA e BOSI, 2004).

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde se constitui um processo complexo e de extrema relevância, já que viabiliza escolhas de planejamento e possibilita um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade. A utilização de indicadores de avaliações econômicas, tecnológicas e de qualidade da atenção em saúde (acesso, utilização, cobertura, eficácia, eficiência, satisfação do usuário, objetivos, estrutura, processos, resultados, entre outros) é hoje reconhecida e amplamente divulgada no campo da saúde (DESLANDES, 1997).

No campo das experiências concretas da avaliação nos serviços de saúde, os modelos de avaliação de objetivos e resultados são os mais utilizados. Contudo, o paradigma positivista hegemônico nesse campo, passa a ser questionado por pensadores que apontam a subjetividade inerente a qualquer avaliação, questionando a objetividade como campo limitado de investigação (UCHIMURA e BOSI, 2004; BOSI e MERCADO, 2006; ESTEBAN 2003, DEMO, 2000). Dessa forma, o estudo do atendimento para a saúde mostra que o processo saúde/doença é permeado de elementos culturais, sociais, e econômicos sendo compreendidos e vivenciados, diferentemente, por diversos atores que dele participam, que devem ser considerados quando se objetiva avaliar a atuação de programas, estratégias de saúde.

Donabedian (1989), um dos primeiros estudiosos da avaliação dos serviços de saúde, discute-a, contextualizando-a com a realidade dos serviços de saúde, cuja qualidade desses serviços está sob a perspectiva de um conjunto de três indicadores representativos: 1º a estrutura, que corresponde às características relativamente estáveis dos seus provedores, aos instrumentos e recursos, bem como às condições físicas e organizacionais; 2º o processo que corresponde ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes; e 3º os resultados, que correspondem às mudanças verificadas no estado de saúde dos/as pacientes que podem ser atribuídas a um cuidado prévio.

O autor afirma, ainda, que a avaliação dos serviços comporta sempre duas dimensões: uma do desempenho técnico, ou seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica de modo a maximizar os benefícios e minimizar os riscos, de acordo com as preferências de cada paciente; e a outra, o relacionamento pessoal com o/a

paciente, de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as legítimas expectativas e necessidades dos/as pacientes. A partir da interação entre o paciente e o/a médico/a, existe um processo complexo, que vai desde componentes comportamentais até componentes técnicos muito específicos.

Define também, a qualidade do cuidado médico a partir dos atributos de eficácia, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade por reconhecer a complexidade da avaliação da qualidade. Mais tarde, o próprio autor indica os limites do seu processo de avaliação, alertando para o fato de o mesmo ser uma versão simplista da realidade. Avança então, na perspectiva da avaliação da qualidade incluir ao componente técnico as relações interpessoais entre o/a paciente e o/a profissional (DONABEDIAN, 1991).

Consoante Donabedian (1989, p. 79), o objetivo da avaliação da qualidade é “determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, em se autogovernarem, de modo a impedir a exploração ou a incompetência, e o objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua”, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos.

Guba e Lincoln (1989) mostram que a avaliação, atualmente concebida, pressupõe para sua realização um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada. Classificaram a avaliação em quatro gerações, que foram gradativamente evoluindo em sua concepção. A quarta e última geração surge a partir dos anos 90, dentro de um referencial construtivista que utiliza um método voltado à inclusão dos grupos de interesse em todo o processo de avaliação e comprometido com a utilização efetiva dos resultados do processo avaliativo. Assim, a chamam de “*processo hermenêutico dialético*” porque “tem caráter interpretativo e dialético que implica comparação e contraste de diferentes pontos de vista, objetivando um alto nível de síntese” (FURTADO, 2001, p. 173).

Uchimura e Bosi (2004) apontam a proposta compreensiva e dialética de avaliação dos serviços de saúde como forma de superação do modelo positivista e quantitativo de avaliação, pelo reconhecimento da subjetividade inerente a qualquer avaliação. Reconhece que as análises dos sujeitos sociais e suas experiências não podem ser ignoradas, mas reconhecidas como portadoras de racionalidade e analisadas sob a luz das conexões histórico-sociais que conformam tais discursos, no reconhecimento das contradições presentes na ação de saúde. Esse método intitula-se RAP (Rapid Assessment Procedures) e fundamenta-se na premissa de que é preciso

articular informações estatísticas sobre determinada demanda de ação em saúde com o significado desses fatos para os sujeitos sociais que os vivenciam. Assim, afirma que a avaliação deixou de ser considerada um processo exclusivamente técnico, no qual, através de indicadores, avalia a efetividade de determinado serviço para considerar que os valores e expectativas culturais, sociais e econômicos são compreendidos e vivenciados diferentemente pelos vários atores que dele participam e precisam. Nela, a visão qualitativa vem complementar e enriquecer o arsenal quantitativo da avaliação.

Nos trabalhos em avaliação em saúde, a opção metodológica também tem sido dirigida para os aspectos quantitativos pela utilização de “*check-list*”. Essa tendência não é incomum, e pode ser visualizada no trabalho de Toassi e Petry (2002), quando avaliaram a eficácia de estratégias motivacionais em relação ao controle do biofilme dental e sangramento gengival em 153 escolares da rede estadual de Santa Tereza (RS). Utilizaram, como estratégias educacionais, palestras e orientação direta da técnica de escovação e uso do biofilme junto aos alunos e, constataram que os reforços educativos-preventivos utilizados atuaram positivamente para a redução do biofilme dental e sangramento gengival. Nesse estudo, percebe-se que apesar de terem sido usadas abordagens pedagógicas críticas, a análise dos dados ocorreu através do programa de Epi-info, ou seja, a análise foi toda quantitativa.

Por outro lado, já são visíveis trabalhos que utilizam abordagens qualitativas, portanto mais subjetivas, para a avaliação de ações de saúde. Minayo *et al.* (2003a) refletem que a presença de cientistas sociais no campo da saúde é relativamente recente, sendo que sua inserção sistemática tem pouco mais de 30 anos. Nos anos 70 e 80, a linha acadêmica trazia a realização de análises macrossociais e institucionais de estudos a partir de dados secundários e documentais. Só a partir da metade dos anos 90 se iniciou um investimento teórico-conceitual e metodológico em outras abordagens compreensivas e dialéticas das determinações e da subjetividade.

Entre eles, destaca-se o trabalho de Figueiras e Deslandes (1999) no qual apresentam a avaliação das ações de aconselhamento que se efetuaram nos serviços do SUS nos contextos institucionais: Centro de Testagens e Aconselhamento e, Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS e Doenças Sexualmente Transmissíveis. A metodologia adotada foi a abordagem qualitativa para avaliação sócio-antropológica, tendo como estratégias de coleta de informações as entrevistas e a observação de campo, as leituras de documentos e as conversas informais.

Torres e Ruffino (2001) também avaliaram a construção e a validação de um

instrumento para mensurar a competência técnica das ações educativas desenvolvidas pelo enfermeiro na prevenção do HIV/AIDS nas Unidades Básicas de Saúde. No trabalho, apesar do entendimento dos autores ser mais amplo acerca das competências, o estudo todo foi direcionado para o levantamento de dados de forma quantitativa, inclusive das competências adquiridas.

Uchimura e Bosi (2004) discutem a avaliação de programas e serviços em saúde, dando ênfase à subjetividade presente no processo de avaliar, trazendo a intersubjetividade do encontro da vivência dos/as informantes e na vivência do próprio pesquisador/a, através de compreensões e interpretações compartilhadas. Consideram que é preciso delimitar, com clareza, o objetivo da avaliação, já que esta definirá a estratégia a ser empregada na sua condução.

Mesmo reconhecendo a necessidade e o esgotamento da avaliação como indicador de resultados no campo específico da área da saúde, o processo de avaliação vem sendo tratado quase que exclusivamente de maneira objetiva, mensurável, quantificável, apesar de muitos discursos apontarem para a avaliação na perspectiva da subjetividade. A enfermagem, nesse sentido, tem apresentado um avanço na busca de concepções avaliativas que ultrapassem os métodos objetivos, adentrando para o campo da subjetividade, reconhecidamente identificada em cada processo de avaliação.

No campo das discussões da avaliação na enfermagem, Saul (1999, p. 81) ao abordar a avaliação de projetos de pós-graduação, entende a avaliação emancipatória como “um processo de descrição, análise e crítica de uma dada realidade, visando transformá-la. Destina-se a avaliação de programas educacionais ou sociais”. A autora aponta que o compromisso principal dessa avaliação é o de fazer com que as pessoas direta ou indiretamente, envolvidas em uma ação educacional, escrevam a sua “própria história” e gerem as suas próprias alternativas de ação.

Sob essa perspectiva, Romão (1998, p. 20) aponta a participação dos/as envolvidos/as como essencial para identificar os passos necessários para que se efetive um processo de avaliação que são: 1. identificação e objetivos do que vai ser avaliado; 2. constituição, negociação e estabelecimento de medida de avaliação; 3. construção de instrumentos de medida de avaliação; 4. procedimento de medida de avaliação e; 5. análise dos resultados e tomada de decisão quanto aos passos seguintes no processo de aprendizagem. Esses aspectos merecem atenção, uma vez que, na maioria dos processos avaliativos os objetivos, os procedimentos a serem adotados, as formas, a periodicidade e os instrumentos de avaliação são estabelecidos com a participação

apenas dos gestores, dirigentes ou peritos, desconsiderando os/as profissionais e pacientes envolvidos/as no processo. Romão (1998) acredita que a participação do/a aprendiz no processo de criação é fundamental para a determinação dos padrões desejáveis pelo grupo.

Perrenoud e Thurler (2002) compartilham as idéias de Romão (1998) ao discutirem a inseparabilidade da determinação dos objetivos do que se pretende, com os instrumentos e os resultados alcançados. A delimitação clara e precisa dos objetivos e perfis é que determina o sucesso ou não do processo avaliativo.

Cartana (2001), em seu doutoramento, faz a avaliação do Projeto Auxiliar de Enfermagem da UFSC com a criação de um modelo de avaliação dentro dos referenciais teóricos de Jürgen Habermas e orientações de avaliação utilizadas por AOKI (1986). No estudo, consegue ultrapassar a perspectiva classificatória da avaliação tradicional, buscando convergir para a utilização de avaliação sistemática em projetos complexos, tais como a educação e área da saúde.

Nele, traz explícito o compromisso com a qualidade do projeto, gerando conhecimento para sua melhor execução a fim de potencializar resultados, permitindo a construção de um processo concreto e participativo. Em sua estrutura, o modelo é constituído por aspectos relacionados a forma e conteúdo. Quanto à forma, defende a idéia de explicitar a organização e a participação da avaliação e, quanto ao conteúdo, inclui as orientações que guiam a avaliação: a técnica, a interpretativa-situacional e a crítica.

Cartana (2001), baseada na abordagem de avaliação nessas orientações identificadas por Aoki (1986), propõe, em seu estudo, a realização de avaliação para o projeto do curso de auxiliar de enfermagem, identificando que a orientação técnica foi realizada em termos de eficiência e eficácia; a abordagem interpretativa-situacional foi empregada para conhecer o significado do Projeto para os/as participantes concebendo o aspecto humano do projeto; a orientação técnica desvelou aspectos ocultos do projeto promovendo a auto-reflexão e autonomia, assim:

A orientação técnica refere-se à verificação dos aspectos eficiência, eficácia, coerência, meio-fins, análises de custo, predições e certezas relacionadas à execução do projeto. Estes aspectos tomados em conjunto privilegiam o valor controle sobre o projeto. A orientação interpretativa-situacional interessa-se pelos significados atribuídos às experiências vivenciadas pelas participantes durante a execução do projeto. A orientação crítica visa esclarecer perspectivas do projeto dadas como garantidas, não questionadas e, portanto, fora da consciência (CARTANA, 2001, p.76).

Avançando também na perspectiva da avaliação incluir aspectos da subjetividade, Narchi e Friedlander (2001) avaliaram, junto aos egressos de instituições de ensino da rede de Ensino do Estado de São Paulo que oferecem cursos técnicos de enfermagem, os indicadores de desempenho dos/as técnicos/as de enfermagem. No estudo, utilizaram-se de métodos quali-quantitativos por compreenderem que ambos isolados são insuficientes na perspectiva de avaliar os indicadores de qualidade e os de desempenho na sua subjetividade. Como metodologia utilizada, incluíram grupos de discussão, uso de provas de avaliação de conhecimentos, entrevistas com enfermeiros/as de instituições que recebem esses egressos e com os egressos. Apontam que esse método serviu para melhor compreensão da realidade das instituições de ensino avaliadas.

A subjetividade presente na avaliação é discutida por Uchimura e Bosi (2004), pela necessidade da inclusão de métodos qualitativos de investigação como forma de obter uma visão mais próxima de uma realidade mutável.

Acúrcio (1991, p. 51) ao discutir a avaliação nos serviços de saúde exprime que

não há uma pergunta chave ou um caminho metodológico padrão por trás de toda a avaliação de programas sociais, pois não existe uma verdade única na esfera dos fenômenos sociais. [...] Dependendo do postulado teórico assumido, encaminhar-se-á em uma ou outra direção e se selecionarão algumas dimensões para análise, em detrimento de outras. [...] O que torna científica uma avaliação não é a descoberta de uma única verdade, e sim, o esforço para verificar observações e validar o seu significado ou seus diferentes significados.

Na sua maioria, as escolas trabalham quase que exclusivamente no desenvolvimento da área cognitiva dos/as aprendentes e da hegemonia absoluta das provas como instrumentos de avaliação. Essa realidade não foge do que se observa nos processos de avaliação da área da saúde, principalmente da enfermagem hospitalar, que cria processos avaliativos para medir a capacidade técnica dos/as profissionais, sem, contudo, preocupar-se com a construção de processos que contemplem os aspectos subjetivos dos/as profissionais.

A questão da qualificação dos/as profissionais de enfermagem é uma problemática séria a ser enfrentada quando se pensa no futuro da educação permanente para o trabalho de enfermagem. Muitos/as profissionais expressam o desejo de maior preparo para enfrentar o processo de avaliação dos/as profissionais, revelando ansiedade em assumir a responsabilidade de julgar alguém. Por outro lado, não concebem o processo de crescimento pessoal sem o devido feedback e avaliação do seu desenvolvimento para definição de estratégias de mudanças. Há uma grande resistência

em realizar a avaliação de desempenho nos serviços de enfermagem, em primeiro lugar porque reproduzem o modelo de avaliação classificatória não mais aceita pelos/as profissionais e, em segundo lugar, porque tais práticas garantem o poder decisório de alguns/as sobre os/as outros/as, sem questionamentos a partir de parâmetros não explicitados, gerando injustiças, preferencialismos e desmotivação.

Buscando romper com essa percepção negativa do processo de avaliação, a instituição deste estudo, por meio de sua política da educação permanente, tem se mostrado aberta a construir novos significados e ajustá-los ao seu contexto, criando, assim, espaços permanentes de discussão com toda a equipe para definir concepções, estratégias e indicadores de avaliação de desempenho que ofereçam sustentação para a avaliação baseada na atuação de cada profissional, de acordo com o nível de formação e função na enfermagem. Dessa forma, já foi possível a revisão e a reestruturação de vários indicadores avaliativos, na perspectiva formativa, o que tem garantido que todos/as os/as profissionais participem pelo menos de uma avaliação anual (PADILHA, SELHORST, NUNES, GELBCKE, 2005; HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2001)

As experiências vivenciadas na instituição ao longo dos anos trazem o fortalecimento da avaliação formativa defendida por Perrenoud (1999), a qual serve como diagnóstico e revisão de condutas, em substituição a avaliação classificatória e punitiva, que não permite espaço no cotidiano do trabalho para expressão e reconhecimento dos saberes individuais (ESTEBAN, 2003). Apesar dessa ser a prática dominante hoje na instituição, não se acredita que haja ruptura total com o modelo anterior, haja vista que ainda se utiliza valor numérico para o enquadramento do desempenho em: excelente, ótimo, satisfatório, regular e insuficiente. O que alterou foi a conduta adotada mediante essas classificações, o que antes era somente para identificação da qualidade, hoje serve para diagnosticar avanços e entraves, para intervir, agir como indicador de acompanhamento e reconstrução de conhecimentos.

O debate acerca do impacto das novas tecnologias e práticas educativas tendem, por um lado, a se polarizar em torno das conquistas e rendimentos quantitativos e por outro, evidenciar a ausência de um consenso entre os diversos pesquisadores acerca dos indicativos de qualificação que contemplem a subjetividade presente no processo de avaliação, decorrente da complexidade humana: formação profissional, experiência profissional, hierarquia de postos e articulação de diferentes saberes do/a profissional. Perrenoud e Thurler (2002) destacam que os diferentes enfoques privilegiam um aspecto específico da qualificação, oferecendo uma concepção fragmentada do fenômeno.

Existem estudos que mostram o processo de avaliação de projetos e programas de educação no trabalho, suas dificuldades e suas inconsistências. No entanto, são inexistentes estudos que focalizam a avaliação em sua relação com a subjetividade do/a profissional e paciente, bem como as mudanças que ocorrem a nível pessoal, profissional e institucional.

Levando em consideração as reflexões tecidas ao longo do texto, pode-se inferir que a incorporação ainda incipiente da avaliação, como prática sistemática nos diversos níveis de serviço de saúde, e, principalmente na enfermagem, poderia propiciar aos seus gestores, as informações requeridas para a definição de estratégias de intervenção. Percebe-se uma gama de informações registradas rotineiramente pelos serviços que não são utilizadas, nem para análise da situação, nem para definição de prioridades, nem para reorientação de práticas e, nem para a avaliação da eficácia e eficiência contínua de suas ações.

É nessa perspectiva que se pretende avaliar as influências que a educação permanente exerce nos/as profissionais e na instituição que nela deposita sua credibilidade. O enfrentamento desses desafios implica na adoção de uma política de decisão partilhada entre gestores e profissionais na incorporação de um processo de avaliação, mesmo reconhecendo as insuficiências e inadequações metodológicas de sua implantação. Nesse sentido, a avaliação aqui desenvolvida busca identificar a expressão de profissionais e pacientes acerca das contribuições que a educação permanente traz ao desenvolvimento pessoal, profissional e institucional, bem como a transformação da prática do cuidado em saúde. Essa é uma dentre as possíveis possibilidades abertas pelo processo de avaliação que busca a manifestação da subjetividade presente em cada envolvido no processo em avaliação no sentido de interferir na renovação de serviços e programas, situando-se no planejamento, organização, relações e educação permanente no trabalho.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

As idéias que sustentam este estudo orientam-se pelas concepções da política governamental da educação permanente (BRASIL, 2004a, 2004b, BRASIL, 2001) e de autores que discutem a educação permanente (BACKES *et al*, 2002, 2003; CECCIM, 005a, 2005b) e a avaliação na perspectiva qualitativa (PERRENOUD E THURLER, 1999, 2002; HABERMAS, 1989, 2002; ESTEBAN, 2003, UCHIMURA e BOSI, 2004) na concepção do reconhecimento, na manifestação da subjetividade presente nas mesmas e da capacidade de transformação que produzem. O referencial da educação permanente e avaliação tem a perspectiva da participação e do diálogo entre os/as envolvidos/as na busca de um consenso diagnóstico que permita mudar as suas relações com e no trabalho, transformando-o e transformando-se.

As várias abordagens contribuem para a reflexão acerca das novas perspectivas da educação permanente e seu potencial para as transformações da prática do cuidado em saúde, enquanto que os eixos básicos da avaliação trazem a manifestação da subjetividade expressas nas falas e sentimentos dos/as profissionais e pacientes que vivenciam o cuidado de saúde.

3.1 Educação permanente: ação e transformação

A educação permanente é uma realidade no trabalho em saúde. Na enfermagem o entrelaçamento entre educação e trabalho iniciou com a própria profissão, quando o ensino da enfermagem ocorria na própria prática.

Historicamente, a enfermagem tem defendido o cuidado como finalidade do trabalho da profissão. Nessa perspectiva, muito tem se produzido na literatura de

enfermagem sobre o cuidar ou cuidado de enfermagem e, embora não haja consenso quanto à natureza do cuidado de enfermagem, reconhece-se que existe uma estreita relação entre cuidado humano e o trabalho da enfermagem. O cuidado é essencial à vida humana e, segundo Neves (2002, p. 79), o cuidar sempre esteve presente nas diversas dimensões do processo de viver, adoecer e morrer”. O cuidado tem sido desenvolvido ao longo da história por leigos, clérigos e profissionais. No que se refere ao cuidado terapêutico, embora outras profissões da saúde também possam cuidar quando assistem de alguma forma o ser humano, é a enfermagem quem mais tem se dedicado a estudar sobre o cuidado, resultando uma identidade da profissão com o cuidado.

Assim, no contexto da saúde pode-se afirmar que a enfermagem tem se ocupado do cuidado terapêutico, e que as ações de cuidado na enfermagem, em função da composição da equipe de enfermagem, são realizadas por diversos/as profissionais com níveis diferenciados de formação. De modo geral, essa composição da equipe de enfermagem tem caracterizado um cuidado compartimentalizado, fragmentado, pois a formação diversificada dos/as profissionais determina a distribuição das ações de cuidado, conforme as competências de cada membro, adquiridas formalmente pela profissionalização.

Enquanto profissão da saúde, que se ocupa do cuidado de pessoas doentes ou com possibilidades de adoecer, a enfermagem tem se utilizado de conhecimentos advindos das diversas disciplinas do campo da saúde e de outras disciplinas como educação, sociologia, antropologia e outras. Utiliza-se também de conhecimentos próprios da disciplina de enfermagem, os quais lhe dão sustentação teórico-prática.

Desse modo, o cuidar tem se constituído a base teórico-prática de sustentação da enfermagem. O cuidar/cuidado é visto como ideal da moral da enfermagem, consistindo de espaços transpessoais de ser humano para ser humano no sentido de proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando as pessoas a encontrarem significado na doença, no sofrimento e na dor, bem como na existência, ajudando a obter autoconhecimento (WALDOW, 1998). Nessa interação, o/a enfermeiro/a expressa e compartilha conhecimentos, sensibilidade, habilidade técnica e espiritualidade, elevando o/a outro/a, ajudando-o a crescer.

Para que ocorra o cuidado de enfermagem, são necessários o compromisso e a co-responsabilidade dos/as diferentes profissionais para que, em interação, realizem, permanentemente, uma reflexão sobre o seu fazer cotidiano, buscando estratégias de assegurar um cuidado de qualidade (SULZBACHER, LUNARDI, FILHO, 2006).

Erdmann (1998) fala que o ato de cuidar pode ser aprendido, desaprendido, reaprendido, transmitido e partilhado apesar de ser único e singular, porém em momentos e espaços não isolados das múltiplas situações do viver social. Afirma a autora que

esse sistema de cuidado enquanto processo produtivo está no sistema organizacional e controlador da enfermagem, entidade institucional como seu foco, razão, finalidade principal, sendo realizado pelas ação, negociação, deliberação de seus profissionais/cuidadores mediante as necessidades levantadas, normatizadas ou não (ERDMANN, 1998, p. 62).

Para o exercício do cuidado em Enfermagem, é requerida uma formação profissional prévia, sustentada pelas Leis e Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1996). Essa formação determina o perfil (os conhecimentos, as habilidades, a técnica) e as competências nas diversas áreas, necessárias ao/a profissional para uma atuação técnica, humanista, crítica e reflexiva e, sustentadas pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COREN, 2003), que regulamenta o rigor científico e ético da atuação da enfermagem, seguindo as exigências sócio-políticas e culturais complexas decorrentes de cada momento histórico.

No entanto, o conhecimento adquirido pelos/as profissionais não tem sido suficiente para acompanhar os avanços do conhecimento no mundo contemporâneo, haja vista a velocidade com que se reproduzem e trazem novas tecnologias, necessárias ao desenvolvimento de um trabalho competente.

A educação permanente é, portanto, uma realidade e uma necessidade no panorama mundial e brasileiro, não só como exigência de capacitação técnica devido aos avanços da ciência e tecnologia, mas também, e, principalmente, por ser entendida como mecanismo de permanente capacitação reflexiva de todos os seres humanos às múltiplas exigências/desafios que a ciência, a tecnologia e o mundo do trabalho colocam (FERREIRA, 2003a).

Entende-se que a educação permanente se constitui de práticas educativas realizadas continuamente no contexto do trabalho que possibilitam o desenvolvimento dos/as profissionais em suas várias dimensões, reconhecendo e valorizando as potencialidades individuais e coletivas de forma que produzam transformação da prática pela reflexão compartilhada entre os sujeitos.

Essa percepção encontra semelhanças nas discussões que Backes et al (2002, p. 201) realizam no Grupo de Pesquisa sobre Educação, Enfermagem e Saúde (EDEN) na Universidade Federal de Santa Catarina, no qual conceituam a educação continuada com

o mesmo enfoque defendido pela Política Nacional de Educação Permanente, acerca da educação permanente, vendo-a

como um processo formal ou informal, dinâmico, dialógico e contínuo de revitalização pessoal e profissional de modo individual e coletivo, buscando qualificação, postura ética, exercício da cidadania, conscientização, reafirmação ou reformulação de valores, construindo relações integradoras entre os sujeitos envolvidos, para uma práxis crítica e criadora.

A perspectiva apontada por esse grupo de estudo, que tem se dedicado a identificar os impactos provocados pela educação permanente no campo da enfermagem, as quais se aproximam com as referências sobre educação permanente, apontada pela política do SUS. Segundo a perspectiva do SUS, a política de educação permanente na área da saúde “congrega, articula e coloca em rede diferentes atores, destinando a todos um lugar de protagonista na condução dos sistemas de saúde” (CECCIM, 2005b, p. 977).

Percebe-se na educação permanente defendida pelas políticas públicas a intenção na participação como fundamento principal para que ocorram as mudanças internas e pessoais dos/as profissionais, bem como ocorram mudanças nas práticas de saúde. Assim, a proposta de educação permanente no campo da saúde assume um caráter de política e não de programa por entender que “a política requer a produção ativa de coletivos, de protagonismo e de autonomia” (CECCIM, 2005b, p. 977).

A autonomia desejada refere-se “a aptidão que os indivíduos dispõem numa situação de trabalho para determinar a natureza dos problemas com que se defrontam e para saberem resolvê-los” (CECÍLIO, 1999, p. 321). Nesse entendimento, a autonomia é conquistada quando o/a profissional tem a liberdade e o poder de controlar, tomar atitudes e organizar seu trabalho responsabilizando-se por suas ações.

Atribui-se potencial de autonomia à educação permanente quando esta favorece o diagnóstico da realidade, valoriza as capacidades individuais, desenvolve as potencialidades existentes, estabelece as aprendizagens significativas, criativas e com efetiva capacidade de crítica da realidade existente (CECCIM, 2005b).

No contexto da política de educação permanente do Ministério da Saúde, a aprendizagem encontra-se alicerçada na aprendizagem significativa entendida como a “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” consubstanciada na estratégia de “Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde” (BRASIL, 2004a, p. 09). Seu objetivo é a promoção e

a articulação entre formação, gestão, atenção e controle social em saúde, tendo em vista a humanização, a integralidade e o trabalho em equipe como enfoques para a organização do trabalho em saúde. Para que essa aprendizagem seja significativa, deve trabalhar com uma pedagogia diferenciada, que considere cada aprendente com seus potenciais e limitações “e que esteja voltada à construção de sentidos, abrindo caminhos à transformação e não para reprodução acrítica da realidade social” (BRASIL, 2003, p. 4).

A adoção dessa perspectiva de educação permanente é defendida a partir do entendimento que a formação em saúde inclui-se na visão tradicional da educação, que conduz o conhecimento dos problemas sociais de modo fragmentado, levando a uma formação que não identifica a realidade complexa e, em que se formam profissionais que dominam as tecnologia e as especialidades, mas não conseguem lidar com as subjetividades dos sujeitos e a complexidade do trabalho em saúde.

Conseqüente a essa necessidade, a política para a educação permanente propõe que “os processos de capacitação sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho e que tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho [...]” (BRASIL, 2003, p.5). A aprendizagem que parte das necessidades identificadas pelos/as profissionais no seu cotidiano do trabalho é considerado recurso estratégico que favorece a valorização e a co-responsabilidade dos sujeitos, possibilitando que os/as mesmos/as construam sua própria vida.

Assim, pensar na educação permanente como valorização do sujeito profissional implica no desafio cotidiano de adotar uma política de participação na esfera de decisões; na implantação do planejamento e gestão participativa; na oferta de processos educativos que correspondam às reais necessidades e expectativas dos/as mesmos/as; na oferta de boas condições de trabalho; no respeito e reconhecimento das diferenças; na adoção de política de remanejamento interno e ascensão profissional; na política de acolhimento e avaliação permanente, entre outros aspectos capazes de favorecer o envolvimento dos/as profissionais por considerá-los/as protagonistas ativos na construção de sua vida e trabalho, objetivando a produção de sua autonomia.

Para Demo (2000b), a abertura para a participação exige um novo paradigma cultural que amplie o conceito de educação permanente e privilegie o diálogo crítico e criativo entre os sujeitos que, no fundo, fazem a mesma coisa: aprender, ou seja, uma educação baseada na relação dialógica, no encontro de indivíduos, na busca de entendimento e na solução de seus problemas e conflitos.

Nessa perspectiva, novos requisitos educacionais passam a ser valorizados e entendidos como fundamentais: a incorporação de conhecimentos gerais e humanísticos e a capacidade de raciocínio. Assim, só se pode propor uma educação permanente que seja transversal, que opere articulando e interagindo as várias dimensões, os vários níveis de complexidade do trabalho e a articulação dos vários saberes específicos e gerais necessários para dar conta da realidade e das necessidades de saúde.

A perspectiva de transformação discutida por Ceccim (2004a, 2004b); Backes et al (2002), Brasil (2003, 2004a) impõe que: se pense em uma educação no trabalho que supere a dicotomia teoria/prática; que seja ampliada e esteja preocupada em desenvolver a formação permanente do/a profissional para a competência técnica respaldada pelos conhecimentos e habilidades necessárias à execução do trabalho; desenvolva a competência política, que implica na articulação das determinações externas ao processo de trabalho, às políticas sociais e de saúde e nas contradições presentes na sociedade, na distribuição de poderes existentes no setor saúde; favoreça a competência comunicativa/relacional que se traduz na negociação presente nas relações de trabalho na equipe de saúde e; a competência para o desenvolvimento da cidadania que implica na emancipação dos/as profissionais, que se consubstanciam nas competências de aprendizagem ao longo da vida, entendidas como o aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver, aprender a ser, associada ao espírito crítico, à capacidade de resolver problemas e assumir responsabilidades, trabalhando em equipe e participando de forma ativa no seu processo de aprendizagem (CECCIM, 2005a, 2005b; DELORS, 2003; SALUM, 2000).

Diante desses aspectos, infere-se que para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção é fundamental a capacidade para dialogar com as práticas e concepções vigentes, a capacidade para problematizá-las – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde (CECCIM, 2005a; BRASIL, 2004a) A possibilidade concreta dessa transformação é vislumbrada pela ação de uma educação permanente firmada na perspectiva problematizadora e participativa.

No entanto, a prática tem se mostrado insuficiente para atender a essa necessidade, mesmo reconhecendo que já há sensibilização ao processo e iniciativas institucionais que vem cumprindo esse propósito. A educação permanente é uma tarefa

árdua que necessita do envolvimento e da co-responsabilidade de todos os segmentos da instituição pela incorporação dos pressupostos de participação e solidariedade e, não apenas o propósito de alguns/as que gerenciam o processo de trabalho. É vista como um processo em construção compartilhada, em que os diversos atores estabelecem vínculos de co-responsabilidade e co-gestão pela melhoria da qualidade do cuidado (CAMPOS, 1994, 1998, 2004, 2006; CECCIM, 2005b).

Sob esse aspecto, a prática da reflexão e o diálogo entre os sujeitos revelam-se fundamentais para a valorização do/a profissional enquanto possuidor/a de saberes e vivências que compartilhados/as com outros/as, podem concretizar a construção do conhecimento, do pensamento crítico, da compreensão do aprender a aprender, possibilitando assim a emancipação pessoal, a valorização e a consolidação de uma prática institucional de qualidade.

A necessidade sentida de uma nova identidade profissional imposta pela modernidade reforça a busca por processos de trabalhos mais participativos e flexíveis, que pode encontrar eco na atuação de uma educação permanente sensível ao desenvolvimento de habilidades/competências individuais e coletivas. Levando em conta essas exigências e considerando a educação como possibilidade de desenvolvimento da cidadania do sujeito, é prioridade desenvolver ações de qualificação e habilidades no interior do espaço do trabalho.

Acredita-se que uma proposta de educação permanente consistente e sólida só se efetivará se for pensada, fundamentada, planejada, executada e avaliada nessas perspectivas, ou seja, na criação participativa de programas que busquem atender o desenvolvimento dessas competências, quer individualmente quer coletivamente. O desafio posto é preparar o sujeito profissional para o mundo e suas contradições, favorecendo-lhe instrumentalizar-se pela aquisição de conteúdos e da socialização destes, em uma relação dialógica, participativa e organizada, que efetive o desenvolvimento pessoal, profissional e institucional.

Porém, a educação permanente não pode ser pensada como uma estratégia única e imutável a ser aplicada sobre os/as profissionais, ao contrário ela deve responder às necessidades pessoais e de trabalho dos sujeitos, envolvendo-os/as no percurso de diagnóstico da situação, planejamento, execução e avaliação das ações desenvolvidas.

No que diz respeito ao processo de avaliação da educação permanente, objeto central deste estudo, para colocar-se em sintonia com as bases referenciais da avaliação subjetiva, a mesma deve romper com o modelo reducionista, em cuja ação prende-se a

ação classificatória e não diagnóstica da situação. Precisa assumir atitudes que reflitam a perspectiva dos sujeitos, pois a reflexão possibilita intervir com maior discernimento sobre a realidade, escolhendo, prevendo e reconstruindo alternativas de ação.

Sob esse aspecto, percebe-se que a avaliação tem ligação estreita com a subjetividade do sujeito, pelo reconhecimento de que as mudanças de comportamento, atitudes, valores, crenças e posturas decorrentes do processo de educação permanente não se dão da mesma forma para todos, nem se efetuam instantaneamente, mas constituem um processo contínuo e permanente de transformações diversificadas, muitas vezes imperceptível por longo tempo (UCHIMURA, BOSI, 2004). Na verdade, o momento de construção pessoal de novo conhecimento precisa ser identificado por um processo de avaliação que tenha a sensibilidade de captar os aspectos não mensuráveis em dados quantitativos.

Perrenoud (1999, p. 17) discute o processo de avaliação a partir da perspectiva da avaliação formativa como “aquela que visa obter evidências úteis ao desenvolvimento do processo”. Reconhece o autor que a avaliação está presente em todo o processo e tem a finalidade de auxiliar o/a aprendiz a caminhar seguro na busca dos meios necessários para chegar ao domínio da aprendizagem. É orientadora e permite a recuperação paralela, tantas vezes quantas forem necessárias para que se alcancem os domínios necessários, mesmo reconhecendo que estes como mutáveis e transitórios.

Nesse sentido, a avaliação da educação permanente deve ser realizada tantas vezes quantas forem necessárias para adequar seus programas, objetivos, pressupostos em consonância como as reais necessidades dos sujeitos, do processo de trabalho e das inovações do mundo do trabalho. A possibilidade da participação efetiva dos/as envolvidos/as na avaliação, parece ser a melhor possibilidade de concretizar uma avaliação formativa e visível no processo de educação permanente em um contexto complexo e diversificado como o trabalho da enfermagem.

Acredita-se que a avaliação, na perspectiva da subjetividade, é capaz de comunicar percepções e desejos, intenções, expectativas e pensamentos, para além dos dados observáveis, mensuráveis, tão importantes para o conhecimento do impacto provocado por um processo educativo permanente no trabalho. Habermas (2002) vislumbra a possibilidade de que, através do diálogo, o sujeito possa retomar seu papel de sujeito. Propõe um modelo de ação comunicativa, em que as pessoas interagem e, pela utilização da linguagem, organizam-se socialmente, buscando o consenso de uma forma livre de toda coerção externa e interna. O exercício da problematização, da

discussão, da negociação e da participação no espaço do trabalho poderá propiciar aos/as aprendentes a permanente re-construção de suas ações. Portanto, em um processo de avaliação nessa perspectiva, é oferecida a oportunidade do sujeito explicitar suas relações eu-mundo sob a forma de ações verbais ou não, que poderá ser aceita ou contestada pelo interlocutor, implicando em novas relações eu-mundo. O resultado desse ciclo de interações decorrentes da ação comunicativa serve para perseguir objetivos, negociar relações, orientar e modificar o processo. Nesse processo, cada sujeito é mediador e construtor de sua própria história.

Para Habermas (2002), a ação comunicativa que os sujeitos estabelecem entre si, mediadas por atos de fala, diz respeito sempre a três mundos: o mundo objetivo das coisas, o mundo social das normas e instituições e o mundo subjetivo das vivências e dos sentimentos. No seu entender, o mundo objetivo compreende o “conjunto de todas as entidades sobre as quais são possíveis enunciados verdadeiros”; o mundo social é representado pelo “conjunto de todas as relações interpessoais legitimamente reguladas”; e o mundo subjetivo comporta “a totalidade das vivências do falante, às quais ele tem acesso privilegiado”. Define que o mundo subjetivo, o mundo objetivo e o mundo social constituem conjuntamente o sistema de referência que os/as envolvidos/as em uma interação supõem em comum nos processos de comunicação, e é esse sistema que permite aos sujeitos decidir, entender e orientar suas ações (HABERMAS, 1989 p.144).

Destaca Habermas (1989), que a transformação perpassa pela ação comunicativa, na qual o diálogo é a base para a busca do consenso, mesmo reconhecendo que há o dissenso, pois nele há também a possibilidade de buscar o entendimento, sendo que os/as envolvidos podem argumentar suas opiniões sem a ação da coerção. Segundo o autor, o sucesso de um discurso em realizar efetivo diálogo apóia-se em três níveis de validação intersubjetiva: a) na aceitação por parte do/a interlocutor/a, de que o projeto de mundo e de vida que orienta este discurso é correto desde um ponto de vista ético, moral, político; b) na proposição de enunciados aceitáveis intersubjetivamente como expressão da realidade, isto é, de que se trata de fator tido como verdadeiro por ambas as partes e; c) na sua capacidade de expressar autenticamente a perspectiva subjetiva daquele que protege o discurso.

A questão dos mundos subjetivo, objetivo e social discutidos por Habermas pode manifestar-se na identificação das dimensões pessoal, profissional, e institucional.

E a educação permanente, quando assume o compromisso com o desenvolvimento das dimensões pessoais, profissionais e institucionais do sujeito,

vislumbra a sua atuação no que Habermas define como mundo subjetivo, mundo objetivo e mundo social. A dimensão pessoal engloba o mundo subjetivo, das vivências pessoais, dos sentimentos, das necessidades afetivas e relacionais que determinam os valores éticos que norteiam as condutas individuais.

A dimensão profissional engloba o mundo objetivo das coisas no qual se manifestam as ações práticas, os conhecimentos, as habilidades, as rotinas e as práticas que direcionam o trabalho.

Já, a dimensão social engloba a instituição, espaço onde atores sociais convivem com a diversidade e com a unicidade de sujeitos, guiados por uma cultura institucional que regulamenta a conduta dos grupos.

Capella (1998) destaca que o trabalho em saúde atende às múltiplas necessidades, as dos sujeitos que procuram o serviço de saúde, as dos/as profissionais e as da instituição. Embora destaque a precedência da necessidade dos que procuram os serviços de saúde sobre as dos demais, defende a autora a importância de se considerar, no processo de trabalho, as diferentes necessidades, dando assim visibilidade às necessidades também dos/as profissionais da instituição. No que se refere especificamente ao/a profissional de enfermagem, a autora lembra que esse é um sujeito portador de vontades, de necessidades, que sente alegria, tristeza, que precisa de espaço para a criatividade, dentre muitas outras, ou seja, o reconhecimento de sua dimensão pessoal. Leite e Ferreira (1998) defendem que as diversas dimensões: pessoais, profissionais e institucionais não podem ser vistas isoladamente quando se trata de entender “o sujeito do trabalho”. O sujeito do trabalho possui vontades, necessidades, que precisam manifestar no espaço cotidiano do trabalho das instituições. É na inter-relação das três dimensões que o sujeito se constitui como pessoa e profissional para atender as necessidades institucionais.

Entende-se que é na perspectiva da compreensão desses três mundos, o da dimensão pessoal, o da dimensão profissional e o da dimensão institucional, mediados pelo diálogo, que se pode concretizar uma avaliação que contemple a subjetividade, superando a antinomia da objetividade, pelo reconhecimento da avaliação em sua complexidade.

A avaliação como instrumento de verificação das interferências da educação permanente presente em um contexto complexo, como é a instituição hospitalar de saúde, que envolve vários sujeitos sociais, portadores de papéis, interesses, lógicas e linguagens diversas e, muitas vezes, contraditórias, configura-se como um desafio, cujo

significado específico considera a lógica e a interferência de uns/as sobre os/as outros/as.

Observa-se, portanto, ao avaliar as implicações da educação permanente sobre os/as profissionais de enfermagem, apresenta questões intrínsecas ao campo da avaliação como a disponibilidade de tempo, custos elevados, despreparo e dificuldade das pessoas para realizar a avaliação, inexistência de critérios adequados, entre outros, e questões extrínsecas relacionadas à compreensão do ser humano na sua multidimensionalidade, que dificultam sua operacionalização.

Nesse sentido, realizar a avaliação da educação permanente e desvendar seus efeitos (impacto) sobre o ser humano, sua vida e seu local de trabalho implica no reconhecimento da complexidade e multidimensionalidade do ser humano, sua objetividade e sua subjetividade. Entretanto, o que se observa na prática, é que embora o discurso da avaliação esteja inserido em uma abordagem qualitativa e subjetiva, sua operacionalização encontra entraves que dificultam a mensuração dos dados referentes aos sentimentos, recaindo-se em critérios quantificáveis. Em outra corrente a avaliação é enfocada no reconhecimento da manifestação da subjetividade também do avaliador/a que não se mantém neutro/a e sofre constantemente influência de suas crenças e percepções ao observar uma determinada realidade, portanto um amplo espectro de configurações.

Tornar o trabalho um espaço dialógico de construção de identidades implica no reconhecimento das subjetividades presentes no ser humano, que pressupõe uma nova cultura e responsabilidade profissional. As transformações recentes nos processos de gestão têm trazido as influências das dimensões subjetivas, intersubjetivas e relacionais aos processos de trabalho e a qualidade do trabalho. Mesmo assim, Leite e Ferreira (2002) fazem uma crítica a esta tentativa de valorização das dimensões humanas, alertando que, muitas vezes, a subjetividade tem sido utilizada não como busca do respeito pelo sujeito profissional, mas como uma nova forma de alienação e dominação, passando a ser mais um elemento explorável da força de trabalho.

Nesse sentido, ao tratar do tema avaliação, este tem sido mais um desafio, o de olhar reflexivamente sobre a realidade, no respeito ao sujeito profissional, aproximando-se da visão contextualizada na realidade, garantindo assim, a relevância dos resultados encontrados para a transformação da prática sem a qual a avaliação perde sua finalidade. Trabalhar a avaliação nessa perspectiva requer mudar o modo de pensar objetivo, racional que nega claramente a dimensão subjetiva, que implica em transformação de normas institucionais, relações de poder para uma relação sustentada

em uma relação dialógica, participativa, que valoriza as falas dos sujeitos, não como repetição e obediência às regras impostas, mas como critérios de verdade a ser respeitado (PERRENOUD; THULER, 2002; ESTEVAN, 2003, MENDEZ, 2002; DEMO, 2002).

Pode-se inferir então, que a avaliação, em seu caráter objetivo, pode ser mensurável e, portanto, generalizável, o que não ocorre na sua dimensão subjetiva. A dimensão subjetiva habita o espaço das vivências, das emoções, dos sentimentos, os quais expressam singularidades que não cabe quantificar pela impossibilidade de valorar sentimentos (UCHIMURA; BOSI, 2004, BOSI e MERCADO, 2006).

Essa configuração traz à educação permanente um novo desafio, na busca de métodos, objetivos e abordagens, que precisam ser constantemente avaliados para atender às exigências de formação dos/as profissionais de viver a diversidade e pluralidade de verdades e opções, reconhecendo ser estas verdades provisórias e mutáveis.

Desse modo, a avaliação da educação permanente não pode ser construída através de um ato solitário de auto-reflexão, precisa resultar de um processo contínuo de reflexão que se processa em uma complexa rede de interações. O que se pode perceber é uma inclusão gradativa de aspectos e indicadores subjetivos que contemplem a percepção, os sentimentos e a expressividade dos sujeitos envolvidos nos mais diversos contextos de trabalho, no sentido de apreender as sutilezas e entrelinhas não visíveis pela observação objetiva da realidade, em reconhecer a unicidade e a coletividade dos sujeitos, para re-significar seu modo de ser e agir.

Contribuindo para o debate da educação permanente, Deluiz (1996) discute sobre as competências que abrangem a multidimensionalidade do ser humano, entendidas como competências técnico-intelectuais, organizacionais e metódicas, comunicativas, sociais e comportamentais. A dimensão comportamental incorpora a subjetividade do/a profissional no processo produtivo. Para a autora, a mobilização da subjetividade no processo de trabalho tem como perspectiva a expansão das potencialidades humanas e a emancipação do coletivo. Entende que, para que isso ocorra, é necessário agregar também as competências políticas, pois estas permitem aos sujeitos a reflexão e a atuação crítica nas instituições, constituindo-se como atores sociais legítimos e reconhecidos. Sendo assim, a subjetividade é entendida não como um processo dado, mas como algo em renovação que pode ser permanentemente inventado, exercitado (AYRES, 2001; GOMES, BARROS, 2002).

No campo das experiências concretas, o movimento de valorização das várias competências humanas no espaço do trabalho, quer seja pela educação permanente, quer seja pela adoção de uma gestão participativa, contribui para a manifestação da subjetividade e, conseqüentemente, a transformação da realidade atual. Ao falar-se do sujeito transformado pela ação da educação renovadora, fala-se do sujeito entendido como “ser autêntico, com suas necessidades e valores capazes de produzir coisas e transformar sua própria história” (AYRES, 2001, p.65).

3.2 Reconhecendo a subjetividade e a multidimensionalidade do profissional: implicações para uma avaliação

Os desafios ao estudo da subjetividade partem do reconhecimento de seu significado. Na realidade, a dimensão da subjetividade remete a um campo do conhecimento pouco explorado, portanto guarda, certamente em seus meandros, muitos aspectos a serem desvelados, já que pertence ao plano das nuances do profundo, do particular, das emoções e que precisa ser incorporado nos valores dos processos de gestão institucional.

Assim, falar em subjetividade significa dizer que esta não é entendida como origem, mas como um processo, que nunca está acabada, portanto, se constitui em processo contínuo que se manifesta de acordo com a configuração sócio-histórica em que se situa (PRATA, 2005). A subjetividade vai se produzindo, no sentido de ser reflexo das experiências de natureza interna e externa (afetivas, familiares, do desejo, do corpo) pelo fato de se viver diferentes papéis, implícitos no desenvolvimento humano e indissociáveis de práticas sociais concretas.

A subjetividade é reconhecida como um processo inerente ao sujeito, entendido como “ser real, considerado como algo que tem qualidades ou exerce ações, o sujeito como ser que produz a história, responsável pelo seu próprio devir” (AYRES, 2001, p.65).

A subjetividade é também entendida como relativo a subjetivo. Segundo Ferreira (1986, p. 1335), subjetivo significa o que diz respeito ao sujeito: individual, pessoal, particular; que se passa no íntimo do sujeito; que varia de acordo com o julgamento, os sentimentos, os hábitos de cada um.

O significado de subjetivo como pertencente ao “eu” ou ao sujeito do homem é encontrado, pela primeira vez, em alguns escritores alemães do século XVIII. Entendia-se por objetivo “uma propriedade dos objetos” e por subjetivo “uma representação da relação entre as coisas e nós, ou seja, uma relação com quem as pensa” (ABBAGNAMO, 2003, p.922). Ainda para o autor, subjetividade significa caráter de todos os fenômenos psíquicos, enquanto fenômenos de consciência, que o sujeito relaciona consigo mesmo e chama de seus.

A subjetividade é construída ao longo de sua vida, sendo decorrente de suas experiências inseridas na complexa rede de interações que estabelece na convivência com outros sujeitos. A interação social é, ao menos potencialmente, uma interação dialógica, comunicativa, que gera no sujeito contemporâneo, formas de sentir, pensar e agir fundadas na demarcação da individualidade pessoal e coletiva. Habermas reconhece o mundo subjetivo como a totalidade das vivências para as quais cada sujeito tem acesso privilegiado (SOUZA, 2005).

É nessa direção que se tem pensado a subjetividade nos processos de avaliação ao se considerar a multidimensionalidade dos sujeitos como importante aspecto de identificação, partindo da noção de que os sujeitos não têm um único movimento, de que se constituem em um movimento multifacetado e imprevisível. Há de se considerar que a verdade é sempre relativa, ela faz parte de possíveis e variadas possibilidades de verdades e essências.

Reforçando essa idéia, Gómez e Barros (2002) afirmam que, na medida em que se quer mudanças nos processos de trabalho, o desafio que se coloca é a de incorporar a construção de novos quadros teórico-conceituais na criação de propostas que afirmem e reafirmem uma ética dialógica, em ruptura às formas hegemônicas de trabalho para o fortalecimento da produção da subjetividade dos/as profissionais. Para os autores, ao imprimir um sentido de valorização do/a profissional nas ações de mudanças de gestão, sinaliza-se para a possibilidade de colocar em questão as abordagens subjetivas que se produzem nas redes, nos movimentos e nas tramas que vão se constituindo no cotidiano dos/as mesmos/as e, que podem ser permanentemente inventadas e exercitadas. Enfatizam que a não valorização dos sujeitos profissionais limita e fragiliza sua autonomia e produz uma subjetividade de submissão e repetição. Acreditam que cada época cria formas específicas de ser, e são as práticas sociais que constroem diferentes formas de existência.

Hoje é inegável que o enfoque de valorização da subjetividade, representa um

rompimento com a grande parte dos pressupostos da visão positivista (técnica e cognitiva), pela valorização de outras dimensões humanas (ética, relacional, cultural, social, espiritual), concebidas como complementares e indispensáveis à dimensão técnica e cognitiva.

Dessa forma, as práticas relacionadas com a avaliação, longe de se reduzirem a uma evidência objetiva, estão intimamente relacionadas com as características de cada contexto sócio-cultural e também com a forma como cada sujeito experimenta subjetivamente essas experiências (UCHIMURA; BOSI, 2004). O interessante é perceber, porém, que nas práticas cotidianas da avaliação, baseadas no modelo tradicional hegemônico, continua-se negligenciando essa complexidade ao focar a aprendizagem e desconsiderar o valor da experiência subjetiva do/a aprendiz, além da permanente interdependência entre os condicionantes biológicos, psicossociais, culturais, éticos e ambientais relacionados ao processo de aprendizagem.

A compreensão da subjetividade requer a imersão em significados que se manifestam pela fala dos sujeitos. Assim, ao ouvir os sujeitos falarem de seu cotidiano de vida e trabalho abre-se à perspectiva de reconhecimento da inserção do sujeito no mundo e do sentido que ele dá às atividades que executa (GOMEZ, BARROS, 2002).

Em vista disso, são nessas práticas sociais cotidianas que se produzem diferentes maneiras de comportamento, sentimentos e vivências e, portanto, nelas vão se constituindo e revelando os sujeitos e suas subjetividades.

Nesse sentido, compreende-se que o espaço do trabalho é marcado pela configuração social, mas também tem o papel de definir o sujeito, seja por meio das relações de poder entre profissionais, seja na forma pela qual concebe a aprendizagem e transmite o saber.

Reconhecer a subjetividade como inerente ao sujeito é reconhecer sua multidimensionalidade. Leite e Ferreira (2002, p.39) discutem que esta multidimensionalidade no espaço institucional é percebida quando são considerados não só o que os/as profissionais “pensam” a respeito da realidade profissional e institucional, mas também o que “sentem” e, sobretudo, o que “fazem” e como “agem” nesse cotidiano. Na percepção desses autores, é na integração dessas dimensões que se fundamentam as possibilidades de transformação dos sujeitos e do trabalho, trazendo, conseqüentemente, transformação nas subjetividades dos mesmos.

Castiel (1994, p.25), contribui para o debate da subjetividade definindo-a como

o conjunto das condições que torna possível que instâncias individuais e/ou coletivas estejam em posição de emergir como território existencial auto-referencial, em adjacência ou em relação de delimitação com uma alteridade ela mesma subjetiva”. (...) a subjetividade se configura tanto na esfera individual, considerando-se o conjunto de valores e as tradições construídas com base na experiência vivida de cada indivíduo, quanto na esfera coletiva, já que abrigaria uma multiplicidade que se desenvolve para além do indivíduo, no socius...”, por meio da inserção particular em um determinado contexto cultural, econômico e social.

Grisci, Bessi (2004, p. 189) entendem a subjetividade como “algo construído a partir do social e como construtor do social”. Afirmam as autoras que a subjetividade “não é algo abstrato, trata-se da vida, mais precisamente das formas da vida, das maneiras de sentir, de amar, de perceber, de imaginar, de sonhar, de fazer, mas também de habitar, de vestir-se, de embelezar-se [...]”, que se constroem a partir da concretude do mundo.

Partindo-se do exposto, ou seja, de que a valorização de práticas que permitem a subjetividade traz o resgate das dimensões da “afetividade, dos sentimentos, da criação e da liberdade, possibilitando essa integração, construindo o sujeito, que é a vontade de um indivíduo é de agir e ser reconhecido como ator”, esses aspectos possibilitam o reconhecimento e a identidade dos indivíduos para transformá-los em sujeitos habilitados à contestação (GELBECKE, et al, 2002, p.107). Cria-se, também, o compromisso ético de alcançar consensos entre os diversos atores na busca de autonomia individual e coletiva.

Essa idéia também é defendida por Teixeira e Costa (2000, p. 150), pois afirmam que todo “espaço social”, todo “espaço de relações sociais” se constitui e opera um pouco como um “espaço pedagógico”, quando apresentam indicativos que permitem a manifestação da expressividade e da criatividade dos sujeitos pela relação intersubjetiva entre eles/as.

Focando o trabalho como um dos espaços de continuidade de formação dos sujeitos, é necessário o reconhecimento de que essa formação é fruto dos eventos da experiência de viver, simultaneamente, papéis sociais diversos e distintos que atuam em um mesmo lugar. Um sujeito não é apenas profissional da área da saúde, mas um conjunto de muitas condições e papéis sociais, é profissional de enfermagem, mulheres, homens, mães, pais, esposos, esposas, filhos, filhas, brancos, brancas, negros, negras, que apresentam diversos modos de viver, de vestir, de morar, de sentir, de pensar.

Nessas contradições vivenciadas, em um espaço constituído pelo trabalho, como espaço de sobrevivência e de crescimento, é que deve estar explícito o reconhecimento da singularidade e da multidimensionalidade presente em cada um, mulher e homem, como seres singulares que compõem a complexa teia da vida. A expressão dessa

multidimensionalidade leva a entender "o ser humano como um todo único, indivisível, histórico em contínua interação com outros seres humanos possuindo várias e complementares dimensões" (GELBCKE et al, 2002, p.87).

Sob essa perspectiva, um processo de avaliação que inclua claramente a subjetividade das possíveis contribuições da educação permanente no trabalho sobre a vida dos/as profissionais, precisa ter como pressupostos o reconhecimento do/a profissional em sua multidimensionalidade, diminuindo a distância entre a técnica e a afetividade.

Leite (1996, p.162) discute o entendimento e a direção que vem sendo dada à competência e qualificação necessária ao trabalho atualmente. Segundo a autora, parece haver certo consenso quanto à noção de qualificação, entendida como a capacidade de resolver bem os problemas concretos e complexos que surgem no exercício de sua atividade profissional. Para a autora, no decurso da vida ativa dos/as profissionais que integraram seu estudo, tanto em situações de trabalho como fora deste, está presente o "**saber fazer**", que recobre dimensões práticas, técnicas e científicas, adquiridas formalmente através de cursos/treinamentos e/ou por meio da experiência profissional. Estão presentes também: o "**saber ser**", incluindo traços de personalidade e caráter, que ditam os comportamentos nas relações sociais de trabalho, como capacidade de iniciativa, de comunicação, de disponibilidade para a inovação e mudança, de assimilação de novos valores de qualidade, de produtividade e de competitividade; e o "**saber agir**", subjacente à exigência de intervenção ou decisão diante de eventos como: saber trabalhar em equipe, ser capaz de resolver problemas e realizar trabalhos novos, diversificados. Concluiu a autora que esta é a visão que permeia o desenho do 'perfil ideal' de qualificação nas empresas inovadoras.

Dessa forma, também se pode inferir que essa é uma possibilidade concreta para pensar um desenho para o processo de avaliação, de modo a atender a multidimensionalidade humana, ou seja, uma proposta de avaliação que aponte indicativos avançando na identificação de aspectos do saber fazer, saber ser e saber agir, dando visibilidade, tanto a aspectos objetivos como subjetivos da avaliação.

A avaliação, ao caracterizar-se como fazer julgamento de valor de algo, coloca como dimensões a determinação da qualidade e da quantidade como fatores fundamentais, que devem ser orientados por princípios éticos imprescindíveis para que haja o consenso e o entendimento.

Diante dessas reflexões sobre a subjetividade, pode-se afirmar que a subjetividade

é histórica, por ser inerente ao sujeito, construída permanentemente em decorrência das experiências vivenciadas em interação social, que se manifestam pela expressividade dos sentimentos, das percepções, das atitudes e dos comportamentos. Reconhecer a subjetividade presente na avaliação implica na superação da concepção positivista pela incorporação de uma prática de avaliação que consiga apresentar aspectos subjetivos como condição determinante para que se possa construir uma prática de educação permanente que perceba os sujeitos profissionais na sua totalidade e na sua multidimensionalidade.

É possível perceber que os impasses e os desafios postos pelo processo de avaliação e, em especial, a avaliação das influências da educação realizada no espaço do trabalho têm levado os estudiosos, mais recentemente, a atuarem de modo incisivo e propositivo nas propostas de avaliação, construindo novas abordagens, que contemplam os aspectos inerentes às percepções dos sujeitos. Essa atuação vem se delineando pelas iniciativas propostas no âmbito das políticas públicas e de intervenções institucionais. Entretanto, muitas dessas políticas não se encontram consolidadas nem completamente definidas, razão pela qual se observam modificações ainda superficiais, constituindo-se mais em referências teóricas do que práticas.

A insuficiência de modelos de avaliação para a educação permanente que considere, em seus pressupostos, os aspectos subjetivos de forma que responda a dinâmica da aprendizagem concebida pelo compromisso de uma proposta de educação dialógica comprometida com o respeito às diferenças, com a construção coletiva, reforça o que tem se considerado antinomia entre avaliação e subjetividade.

Entende-se que uma mesma realidade pode ser apreendida de diferentes maneiras, dependendo da intenção e objetivos a que se propõe. Nesse contexto, a avaliação pode se constituir em uma prática sistemática fragmentada e detalhada, voltada para tecnicismos característicos da visão positivista, ou de forma sistemática voltada para a subjetividade dos aspectos humanos e sociais, característica de uma visão contextualizada e mutável. Pensar a superação da avaliação racional, imutável, cujos fins se apresentam redutíveis a mensurações quantitativas chama a atenção para a necessidade da consolidação de indicativos voltados para o diálogo, para a participação coletiva, para as argumentações expressas nas falas dos sujeitos, descortinando a intersubjetividade presente nessas interações.

Em vista disso, poderão surgir múltiplos significados, múltiplas formas e aspectos que indicam a subjetividade, que devem ser dinâmicos e constantemente debatidos e

reformulados, haja vista as diversas expectativas e representações sociais, que integram um contexto histórico em constante movimento. Desse modo, entre os desafios atuais de construção do processo de avaliação está a necessidade de voltar-se para a relação entre a objetividade e a subjetividade.

Na educação no trabalho, é importante dar visibilidade às experiências que atuam no sentido da formação dos novos valores por meio da sensibilidade e da responsabilidade de análise e intervenção sobre a cotidianidade do trabalho, no qual sujeitos concretos podem encontrar as possibilidades de construção de sua autonomia. Essa perspectiva reforça a ação comunicativa como possibilidade de avaliar as diversas ações produzidas pelos sujeitos no âmbito da instituição, uma vez que uma prática pautada no diálogo defende o caráter processual e coletivo dos processos de interação e subjetividade, contra o caráter individualista prevalente no modelo positivista.

Entende-se que as ações comunicativas podem operar na instauração de uma relação horizontal e participativa entre os/as profissionais, rompendo um pouco com a fragmentação do fazer em enfermagem. Segundo Souza (2004, p. 80), “é central para a enfermagem o saber técnico, mas reconhecer a expressividade humana faz com que o exercício da profissão suplante a noção tecnicista legitimada pela modernidade e possibilite a emancipação humana pelo cuidado por intermédio da compreensão dos atos de fala e de ação que os/as profissionais realizam ao prestar o cuidado”. Essa perspectiva encontra eco em Habermas (2001) que aponta a compreensão e o consenso, como resposta a uma ação comunicativa, e esta permite revelar a subjetividade inerente em cada um/a dos/as envolvidos/as na interação, quando expressam suas falas e significados distintos.

A avaliação dentro da perspectiva da ação comunicativa pode constituir-se em diagnóstico e possíveis soluções, quando indica mudanças na organização e nas relações de trabalho reconhecidas pelo conservadorismo e obediência, substituídas por atitudes mais participativas e flexíveis que podem ser compartilhadas e centradas nas interações como fundamento e reorientação para sua prática, superando posicionamentos inquestionáveis, de verdade absoluta. Essa percepção é corroborada por Souza (2004, p.269) quando defende a tese de que a ação comunicativa “é um das possibilidades para a realização da emancipação humana, pois resgata a subjetividade e a capacidade de ser - mais em uma relação”.

Assim, reitera-se o que Leite e Ferreira (2002, p. 26) apontam como proposta educativa de intervenção institucional aos/as profissionais, defendendo uma

aprendizagem de forma contínua e processual

voltada à ampliação do repertório existencial e à sensibilização para o contato de cada pessoa consigo mesma e em suas múltiplas interações com o meio natural e social". (...) em que as relações interpessoais e o desenvolvimento individual e coletivo são trabalhados a partir do reconhecimento das dinâmicas envolvidas nessas interações e pelo respeito às várias dimensões da pessoa humana, em seus aspectos emocionais, cognitivos e motores.

Da mesma forma, a reflexão da avaliação enquanto possibilidade de subsidiar novas práticas pode consistir em uma das vias de superação dos problemas existentes relacionadas ao reducionismo, desencadeando uma dinâmica de transformação na qual os/as profissionais tornam-se sujeitos principais, contrapondo a concepção do mundo objetivo sobre o subjetivo.

Pensa-se que a avaliação da educação permanente tem um amplo desafio para superar, no plano da construção teórico-prática, desvendando as relações sociais e culturais, manifestadas no plano das subjetividades. Reconhecer a subjetividade presente na avaliação implica em superar a concepção apenas objetiva que a avaliação carrega em sua constituição, ou seja, negar que existe uma antinomia entre avaliação e subjetividade.

Conclui-se, portanto, com essa reflexão que não há antinomia entre avaliação e subjetividade, uma vez que a avaliação, em sua essência, incorpora a subjetividade, pelo reconhecimento que a mesma não dá conta de conhecer o real sem a apreensão das experiências vivenciadas e os significados que estas representam e manifestam para os sujeitos envolvidos no contexto que é alvo de avaliação. Essa antinomia é negada pelo reconhecimento da não neutralidade da avaliação enquanto aspecto que determine a valia de algo, ou seja, sujeito avaliando sujeito.

Dessa forma, reconhece-se a subjetividade como prática intrínseca e complementar da prática objetiva de valoração de algo, podendo uma mesma realidade ser apreendida de ambas as formas. Isoladamente nem uma nem outra são suficientes para apreensão de uma realidade tão complexa quanto a complexidade das ciências humanas e sociais (MINAYO, 2005). Visualiza-se, dessa forma, a possibilidade de construção de indicativos, abrangendo dimensões antes não reconhecidas ou não valorizadas na avaliação, e que hoje são consideradas indispensáveis.

É necessário, entretanto, buscar referenciais indicativos que articulem a avaliação e a subjetividade como inerentes e complementares sem perder de vista sua caracterização valorativa. Para além dessa antinomia, é possível observar que o enfoque

da avaliação muda. O importante não são as notas, as estatísticas, os conceitos; interessa a compreensão do processo e seus significados. Nesse sentido, deixa de ser considerado um processo exclusivamente técnico, fixo, imutável, incorporando a subjetividade constituindo-se de significados múltiplos, abertos a outras possibilidades, superando o reducionismo da mensuração clássica.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

A escolha do caminho a percorrer, em um estudo, se constitui em um processo de delineamento das possibilidades e dos limites que podem ser encontrados neste percurso, reconhecendo a natureza do objeto em investigação. A inquietação em identificar as implicações que a educação permanente traz ao profissional de enfermagem, reconhecendo sua multidimensionalidade, favoreceu a opção por um estudo de caráter qualitativo. Nesse sentido, esta pesquisa caracteriza-se como um estudo de caso de caráter qualitativo, tendo em vista a estratégia de buscar conhecimento em profundidade de uma realidade complexa que é a educação permanente no contexto do trabalho em saúde com todas as suas contradições e complexidades. Buscou-se, em várias fontes teóricas de autores que discutem a relação trabalho/educação, o instrumental necessário para o entendimento qualitativo das transformações e suas contradições para o direcionamento das futuras relações de trabalho/educação no contexto do trabalho da enfermagem.

A pesquisa qualitativa, como modalidade de investigação, apresenta-se como uma orientação cada vez mais aceita na área científica, principalmente nas áreas da saúde e das ciências humanas e sociais, em virtude do crescente interesse na reflexão por parte de pesquisadores acerca do ser humano, nos seus aspectos subjetivos, sensíveis e afetivos.

Esses aspectos têm servido como resposta aos

desafios contemporâneos, em particular na área da saúde pela sua complexidade e multidimensionalidade, que pedem, além do avanço do conhecimento científico simultaneamente, ao lado do avanço tecnológico de conhecimentos e soluções técnicas, um desenvolvimento mais intenso do comportamento humano, domínio dos estudos qualitativos (MARTINEZ; BOSSI, 2004, p. 27).

Nesse contexto, o setor saúde é um dos espaços em que a complexidade do ser humano é investigada constantemente e a pesquisa qualitativa pressupõe a existência de

diversos pontos de vista, como também a inexistência de verdades únicas, universais, eternas. Portanto, a visão dos/as especialistas passa a ser considerada uma dentre tantas interpretações possíveis ou existentes, ou seja, há o reconhecimento da existência de diversos pontos de vista em diversos contextos. Implica, nesse sentido, em reconhecer que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado e em constante transformação.

Minayo (2004, p. 33) aponta a pesquisa qualitativa como aquela que se “preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo de significações, motivos, crenças, aspirações, valores e atitudes que correspondem a um espaço mais profundo de relações”. Em vista disso, há uma relação intersubjetiva que, para Habermas (1998), se processa através da ação comunicativa entre os/as envolvidos/as, buscando que nesse diálogo haja intercomunicação. Assim, traz como fundamento, a intersubjetividade, em que é impossível pensar o ser humano e sua transformação fora das relações que estabelece com o outro. Há, portanto, nesse diálogo entre os/as participantes, a possibilidade de desconstrução e reconstrução de verdades e certezas.

Sob essa perspectiva, Minayo (2004, p. 15) aponta que a abordagem qualitativa trabalha com um universo de significados e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos. Reconhecendo que o campo da avaliação é uma realidade complexa que demanda conhecimentos objetivos e subjetivos integrados, requer uma abordagem dialógica, dialética e participativa, pois afirma que “as condições de vida e trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as classes e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito dela”.

Nessa perspectiva, o reconhecimento da melhoria da qualidade da assistência e a transformação dos sujeitos pela educação no trabalho apresentam muitas facetas que vão além de uma interpretação simplista da realidade. A complexidade que envolve essas questões ultrapassa os aspectos objetivos identificáveis através de avaliações apenas quantitativas. Como diz Konder (1981, p.137) a “realidade é sempre mais rica do que o conhecimento que temos dela”.

Ao reportar-me à avaliação das contribuições da educação permanente concordo com Demo (1999, p. 9) que ao discutir a qualidade da educação enfatiza que os termos quantidade e qualidade não são estanques e dicotômicos, mas fazem parte de uma mesma realidade. Transpondo para a avaliação do desenvolvimento humano aponta dois tipos de qualidade: a formal e a política. A primeira está relacionada a “instrumentos,

formas, técnicas e métodos” diante dos desafios do desenvolvimento em sua dimensão objetiva e mensurável. A outra está relacionada a “finalidades, valores e conteúdos em sua dimensão subjetiva e simbólica (DEMO, 2000, p.14).

Desse modo, avaliar o desenvolvimento das várias dimensões humanas no cotidiano do seu trabalho implica em relativizar o conhecimento como uma verdade parcial a partir de um dado momento histórico e social, no qual os/as profissionais convivem e se desenvolvem. Em vista disso, fiz a opção pela abordagem qualitativa, tendo como desenho metodológico o estudo de caso.

O **estudo de caso** tem como característica principal desvendar um problema em profundidade, de modo a permitir seu amplo e detalhado conhecimento. A investigação científica, nesse sentido, tem a pretensão de apreender o objeto de estudo com máxima amplitude, mesmo reconhecendo ser uma verdade provisória.

Segundo Yin (2005, p.32), o estudo de caso trabalha a partir de uma perspectiva de “investigação de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. Assim, é utilizado para explorar aquelas situações nas quais a intervenção, que está sendo avaliada, não apresenta um conjunto simples e claro de resultados.

Optou-se pelo estudo de caso único representativo com o objetivo de capturar as circunstâncias e as condições de um lugar comum ou do dia-a-dia, uma vez que este fornece muitas informações a respeito das experiências da instituição (YIN, 2005).

A investigação buscou a compreensão do processo de educação permanente sob uma perspectiva particular – a educação permanente realizada na enfermagem, em um hospital de ensino - considerando sua inserção no contexto de trabalho em saúde em uma instituição hospitalar complexa e visivelmente passando por momentos de transformação em sua estrutura de gestão.

Portanto, a escolha do **cenário do estudo** de caso é o Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), por ser o local no qual atuo desde 1983 e nele estar constituído, estruturado e implantado o Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem (CEPEN) desde 1988, órgão responsável pela educação permanente da enfermagem, que se destaca como referência no cenário estadual. A intenção de investigar a educação permanente ocorreu em virtude de minha inserção profissional junto ao CEPEN, objeto deste estudo, e este apresentar um processo implantado de educação permanente há mais de 20 anos, com papel de destaque na comunidade, cujo serviço não conta com uma avaliação de sua interferência na vida dos/as profissionais, no

trabalho e na instituição. Durante sua experiência de consolidação, o CEPEn passou por diversos processos de transformação, caminhando de uma prática educativa tradicional, para uma prática de educação mais crítica e problematizadora. Nesse sentido, passou por vários processos de inovação, e assumiu novos paradigmas de educação permanente no qual integra em tese a educação no trabalho com a perspectiva de desenvolvimento do potencial dos/as profissionais e de transformação da prática.

É no cenário do trabalho em saúde que têm se produzido perspectivas de incorporação de gestões mais flexíveis e participativas na busca da democratização e autonomia dos/as profissionais. Dessa maneira, apontam vários estudos que a educação permanente tem se constituído em estratégia de concretização desta perspectiva, trazendo benefícios tanto para os usuários dos serviços de saúde como para a valorização dos/as profissionais.

O **estudo de caso único** baseia-se em várias fontes de evidências, com os dados convergindo em um formato de triângulo. Considera-se que o estudo de caso apresenta uma estratégia descritiva por descrever fatos, fenômenos, intervenções em determinada realidade, exigindo do/a investigador/a uma série de informações sobre o objeto de estudo no intuito de compreender o fenômeno (YIN, 2005).

Nessa perspectiva, se traz como método de **coleta de dados**, a triangulação de dados, na tentativa de abranger o contexto da educação permanente na enfermagem em uma instituição complexa como o hospital. Para Yin (2005, p. 125-126), “a triangulação é o fundamento lógico para se utilizar fontes múltiplas de evidências”. Assim, a coleta de dados para essa proposta utilizou-se de diferentes estratégias metodológicas entre as quais estão a análise documental, as entrevistas e a observação sistemática.

Minayo (2005) chama a atenção ao fato de que na prática essa combinação e cruzamento de múltiplos pontos de vista permite a interação, a crítica intersubjetiva e a comparação, podendo haver convergência de evidências ou não.

A estratégia de **análise documental**, para Yin (2005, p.112), “corroborar e valorizar as evidências de outras fontes”. Neste estudo, tem como finalidade uma primeira aproximação com a realidade estudada, oportunizando o levantamento de aspectos referentes à organização do CEPEn, da sua estrutura e da sua filosofia, bem como a identificação de dados relativos à participação dos/as profissionais nas capacitações desenvolvidas, dos temas e dos seus programas, do número de liberações para formação profissional de curta ou longa duração, da identificação das competências contempladas nas capacitações, do número de acompanhamentos realizados, entre

outros dados que se fizeram necessários.

Neste estudo, a análise documental ocorreu no decorrer do processo de pesquisa quando as informações se faziam necessárias para a continuidade do estudo. Foram verificados livros de atas do CEPEn, documentos internos da DE/HU relativos a normas que regulamentam o processo de avaliação, liberação, acompanhamento, remanejamento, filosofia da DE, documento do CEPEn quanto à filosofia e aos programas, livros de registros, relatórios, listas de frequência das capacitações, entre outros.

A **entrevista** (Apêndice 01 e 02) é uma das mais importantes fontes de informações para o estudo de caso. Para Minayo (2004, p 108), a entrevista é um instrumento precioso destinado a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa. Para a autora, mediante a entrevista é possível obter-se dados de duas naturezas: os que se referem a fatos que o/a pesquisador/a poderia obter através de outras fontes como censos, estatísticas, registros, entre outros, denominados dados “objetivos” e, “os que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado, isto é, suas atitudes, valores e opiniões”. São informações do nível mais profundo da realidade, denominados dados “subjetivos”.

Nessa perspectiva, a entrevista busca no diálogo a apreensão dos sentimentos e expectativas individuais relacionados aos efeitos da educação permanente sobre sua vida e trabalho, ou seja, apreende aspectos da subjetividade do/a profissional que, na maioria das vezes, são ocultadas nos processos de avaliação de serviços de saúde.

A entrevista semi-estruturada “apresenta-se como opção em que combina questões fechadas e abertas, onde o/a entrevistado/a tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pela pesquisadora” (MINAYO, 2004, p. 108). A mesma foi utilizada com vistas a identificar a percepção, os valores e as opiniões dos/as profissionais e pacientes acerca da influência que a participação em atividades educativas no ambiente de trabalho têm propiciado sobre sua vida pessoal e profissional e, sobre a qualidade do cuidado de enfermagem. Entende-se que a compreensão da subjetividade requer a imersão em significados que se manifestam na fala dos/as envolvidos/as, apontando, dessa forma, a entrevista como alternativa fundamental utilizada. A avaliação é realizada através do diálogo em que se valoriza as expressões manifestadas, que se busca o desenvolvimento e expressão do raciocínio crítico, defendendo suas idéias sem a pretensão de coação ou exercício de influência sobre os/as entrevistados/as, mas valorizá-los e respeitá-los.

A entrevista buscou a compreensão dos dados em duas perspectivas: a visão dos/as profissionais e a visão do/a paciente. A intenção em investigar as experiências dos diversos atores na perspectiva de compreender aspectos de inter-relação educação/trabalho tem em vista uma maior amplitude de sua ação na melhoria da qualidade do cuidado prestado pela equipe de enfermagem, mesmo reconhecendo que a visão do todo é impossível.

A escolha dos/as participantes foi específica para cada uma das perspectivas. Em relação aos/as profissionais, foram envolvidos/as os/as enfermeiros/as e técnicos/as de enfermagem por constituírem-se em maior número de profissionais de enfermagem na instituição. A escolha foi realizada após o levantamento individual do número de participações nas capacitações promovidas pelo CEPEn nos anos 2000 a 2005. Esse processo ocorreu através do levantamento entre os/as 140 enfermeiros/as e 243 técnicos/as de enfermagem lotados/as na DE/HU.

Foram realizadas 12 entrevistas com os/as profissionais de enfermagem, dentre os/as quais 06 enfermeiros/as e 06 técnicos/as de enfermagem, após ter sido realizado pré-teste para adequação do roteiro de entrevista. A mostra constitui-se exclusivamente de mulheres⁴, seguindo a dinâmica abaixo relacionada:

- sorteio aleatório dentre aquelas profissionais que participaram de no mínimo dez (10) capacitações no período determinado;
- manifestação da profissional em participar após convite pessoal e agendamento da entrevista e;
- aceite da profissional através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 04), garantindo o anonimato das informações.

Essa dinâmica de escolha aleatória por sorteio se justifica, uma vez que as propostas de educação permanente são desenvolvidas para todas as profissionais de enfermagem, independente de seu local e turno de trabalho. Dessa forma, a amostra foi composta por enfermeiras das unidades de internação cirúrgica, médica, UTI adulto, emergência adulto e pediatria. Quanto as técnicas de enfermagem, estas estão lotadas nas unidades de clínica médica, clínica cirúrgica, UTI neonatal e UTI adulto.

No que se refere à perspectiva do/a paciente, foram selecionados/as para a entrevista, 12 pacientes e/ou acompanhantes daqueles/as pacientes e/ou acompanhantes que foram cuidados pelas profissionais entrevistadas, que aceitaram

⁴ A partir deste momento em razão dos participantes constituir-se exclusivamente de um grupo formado por mulheres, passarei a utilizar o gênero feminino quando me referir aos sujeitos deste estudo.

participar através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 05), garantindo o anonimato das informações. Foram realizadas 2 entrevistas com acompanhantes, um por ser recém-nascido e outro por estar em condições graves de saúde no momento da entrevista e, 9 entrevistas com o/a próprio paciente. Uma entrevista mesmo agendada com o acompanhante não pode ser realizada em virtude de óbito do paciente.

A entrevista foi uma estratégia metodológica utilizada para buscar uma aproximação entre a percepção do/a paciente e/ou acompanhante quanto à qualidade do cuidado de enfermagem recebido e a percepção da profissional que prestou o cuidado. Com o intuito de não interferir na fidedignidade dos dados e na qualidade do cuidado prestado, procurou-se entrevistar o/a paciente com um intervalo de tempo após a realização da observação sistemática, sempre buscando uma aproximação anterior para formar um vínculo e agendar a entrevista.

As entrevistas das profissionais foram gravadas, transcritas e enviadas por e-mail para as participantes que realizaram a validação dos dados. Quanto às entrevistas dos/as pacientes, estas foram gravadas e validadas no momento da entrevista através da confirmação dos dados pela técnica de paráfrase (técnica de comunicação que consiste em repetir o que foi dito pelo interlocutor) para confirmar a precisão e o seu entendimento uma vez que percebi a dificuldade em transcrever e retornar para validação em função de altas, agravamentos ou óbitos. Assim foram validadas no momento da entrevista e posteriormente transcritas para análise.

A entrevista traz a perspectiva da fala das envolvidas ser reveladora de condições culturais, de sistemas de valores e ter a expectativa de transmitir as representações de grupos determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (MINAYO, 2005). Nesse sentido, foram respeitadas as normas preconizadas pela Resolução 196/96 (BRASIL, 2006) que trata da Pesquisa com Seres Humanos, seguindo os trâmites de aprovação no Comitê de Ética (anexo 1), aprovação da instituição e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo o anonimato das informações e, posteriormente, devolução dos dados a instituição.

A **observação sistemática** é entendida como uma estratégia que permite fazer observações diretas, partindo-se do princípio de que “os fenômenos de interesse não são puramente de caráter histórico, encontrar-se-ão disponíveis para observação alguns comportamentos ou condições ambientais relevantes” (YIN, 2005, p.119-120).

Minayo (2004) refere que o observador deve reunir, além do preparo intelectual, a

sagacidade, a curiosidade, a persistência, a sensibilidade, a paixão e a ética na observação dos fatos. Para que a mesma ocorra nessa perspectiva, foi elaborado um roteiro (Apêndice 03) que orientou a observação da pesquisadora na avaliação de aspectos objetivos e subjetivos. Na visão de Ludke e André (1988), para que uma observação seja um instrumento válido e fidedigno de investigação científica, faz-se necessário que a mesma seja controlada e sistemática, o que requer um preparo rigoroso da observadora definindo claramente o quê e como observar.

Vasconcelos (2002, p.219-220) relembra que a observação precisa ser

cuidadosamente planejada e ter suas implicações sistematizadas e incluídas na própria análise do fenômeno. A interação entre os investigadores e os atores sociais do campo de pesquisa constitui sempre, do ponto de vista do paradigma da complexidade, uma relação intersubjetiva e marcada pelos atravessamentos institucionais, sociais, culturais, ideológicos e políticos. Entretanto, estes aspectos fazem parte de qualquer tipo de relação humana e, portanto, de qualquer investigação e, assim não podem ser eliminados. Os possíveis “ruídos de informação”, conflitos e problemas devem ser interpretados e avaliados como importantes dados reveladores das estruturas e das relações de poder subjacentes aos processos e da própria dinâmica da investigação.

Articulada com as entrevistas, a observação sistemática teve a finalidade de ser efetuada durante a realização do cuidado de enfermagem aos/as pacientes por aquelas profissionais que foram entrevistadas, sendo que esta ocorreu em diversas situações e cuidados de saúde, tais como, realização de curativos, administração de medicação, auxílio na higiene pessoal, arrumação de camas, informações fornecidas, visitas aos/as pacientes, passagem de plantão, verificação de sinais vitais, procurando focalizar as várias dimensões do cuidado, ou seja, as dimensões técnica, cognitiva, relacional e ética envolvida em determinado cuidado e utilizada pelas profissionais de enfermagem. Nesse sentido, a observação foi realizada pelo menos uma vez com cada profissional após a realização da entrevista com as mesmas.

A realização dessa etapa da pesquisa sofreu algumas interferências conforme relatado por Vasconcelos (2002) em que houve atravessamentos durante o processo de observação. Por ser a pesquisadora bastante conhecida entre as profissionais de enfermagem, ao chegar nas diversas unidades com o intuito de realizar o processo de acompanhamento com a profissional específica, as demais profissionais intervinham conversando, questionando o que estava fazendo na unidade ou sobre os processos de remanejamento, abertura de vagas, datas de capacitações, entre outros tantos assuntos importantes para elas naquele momento. A princípio tive dificuldade de trabalhar com a situação, sem saber como me posicionar diante das profissionais, porém, fui me

adaptando após a realização de alguns acompanhamentos. Foi necessário esclarecer a finalidade daquele momento me colocando sempre à disposição após a realização do acompanhamento. Buscando o distanciamento crítico da situação, observei que em alguns momentos até foi bom essa aproximação, pois pude perceber nuances do relacionamento entre a equipe que não seriam possíveis pelo acompanhamento individual da profissional.

Foi considerado cenário de observação, por exemplo, na execução de um curativo, observar como se processava a relação mantida com o/a paciente, levando-se em conta se a ética e a privacidade do/a paciente foram respeitadas; se havia utilização racional dos recursos materiais disponíveis; como era realizada a organização e divisão de trabalho, se a execução da técnica estava dentro dos princípios científicos; se havia o respeito aos familiares e acompanhantes, além do registro do Método de Assistência de Enfermagem (MAE) e das anotações de enfermagem quanto às características de sinais e sintomas apresentados; se havia a utilização de medidas de biossegurança pela profissional, além da realização de educação em saúde e da relação com as demais profissionais, e, também, os sentimentos, as emoções e as atitudes demonstradas durante o ato de cuidado, entre outros aspectos. O registro dos dados da observação foi coletado em diário de campo. Procurando apreender as reações e sutilezas presentes no ato de cuidado, bem como, as minhas impressões, foram sendo feitos registros importantes e/ou falas significativas no momento da observação para posterior transcrição através da memória recente.

Para a **análise e interpretação dos dados**, foi utilizado o procedimento analítico que incorporou as entrevistas das profissionais e pacientes, as observações sistemáticas e a análise documental sistematizados em categorias temáticas de análise com o objetivo de identificar aspectos de contribuições e limitações que a educação permanente traz para as profissionais e para os/as pacientes. Para Minayo (2004, p. 209), fazer uma análise temática “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação que denotam os valores de referências e os modelos de comportamento presente no discurso”.

Mercado (2004, p. 168) discute que no processo de análise qualitativa dos dados, há entrecruzamento de um “conjunto de fatores de natureza acadêmica, mas também remetem ao social, ao cultural, ao tecnológico e, inclusive relativos à própria subjetividade do pesquisador”.

Nesse sentido, utilizei as três etapas utilizadas por Minayo (2004) para análise

temática, ou seja, a etapa de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na fase de **pré-análise**, foi realizada uma leitura exaustiva dos dados procurando dominar o conteúdo das falas em cada entrevista e

determinar a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientam a análise (MINAYO, 2004, p.240).

Na fase de **exploração do material**, que consistiu na codificação do material, busquei a compreensão das falas com o conjunto dos demais dados provenientes da observação e análise documental, extraíndo destes dados as idéias centrais, agregando falas em áreas temáticas que auxiliaram a definição das categorias empíricas, buscando uma aproximação com os objetivos.

Na fase de **tratamento dos resultados obtidos e interpretação**, os dados foram submetidos ao estudo orientados pelo referencial teórico, possibilitando a apreensão das estruturas relevantes dos atores sociais de modo a contemplar e dar visibilidade à totalidade dos dados, definindo as categorias em consonância com os objetivos definidos.

A investigação qualitativa requer como “atitudes fundamentais, a flexibilidade, a capacidade de observação e a interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos”. Seus instrumentos costumam ser facilmente corrigidos e re-adaptados durante todo o processo de trabalho de campo, visando às adequações necessárias as finalidades da investigação (MINAYO, 2004, p. 101).

A inserção nesse contexto conhecido foi vivenciada de modo difícil, no sentido de manter o distanciamento necessário para observar e analisar os fatos, sem a aproximação e o julgamento de quem vivencia esse processo de educação permanente diariamente, no sentido de buscar explicações para cada situação encontrada. Nesse sentido, muitas vezes estive analisando os dados com minha percepção da educação permanente e foi necessário uma reflexão exaustiva para não me colocar nas respostas obtidas, procurando manter o afastamento necessário para a análise, não negligenciando os fatos evidenciados. Foi um exercício importante de afastamento e reconhecimento das inúmeras perspectivas de se observar o mesmo objeto, o que, no entanto, não acarretou prejuízo a pesquisa.

Em relação aos **aspectos éticos do estudo**, este seguiu as Leis e as Diretrizes e Normas que regulamentam a Pesquisa, envolvendo os Seres Humanos através da

Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS (BRASIL, 2006). Assim, o projeto foi apresentado ao Comitê de Ética da Universidade do Sul de Santa Catarina (anexo 1) para apreciação e, posteriormente, encaminhado à instituição para conhecimento dos objetivos e da proposta metodológica.

Rios (2001) define a ética como uma reflexão de caráter crítico sobre os valores presentes na prática dos indivíduos em sociedade. Nesse sentido, como forma de atender os aspectos éticos de não maleficência, as profissionais foram identificadas pela letra inicial da profissão, seguidas de números para garantir o anonimato das participantes, incluindo a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 04 e 05), ficando estas livres para desistir do estudo a qualquer momento se assim o desejassem (BRASIL, 2006), o que não ocorreu. Atendendo ainda a exigência do anonimato, foram extraídas das falas dos sujeitos expressões ou nomes que pudessem identificar as participantes.

As profissionais foram identificadas pela letra inicial da profissão seguidos dos números de ordem para indicar diferentes profissionais. Assim as enfermeiras foram identificadas com a letra “E” – seguidos de ordem numérica 1, 2, 3, 4 e, as técnicas de enfermagem “TE” – seguidos de 1, 2, 3, 4 e assim sucessivamente.

Para os/as pacientes, foi utilizada a sigla “P” para indicar o/a paciente, juntamente, com a sigla da profissional que realizou o atendimento e a ordem numérica do mesmo - “PTE” 1, 2, 3, 4, PE 1, 2, 3, 4 e assim sucessivamente. Quando a entrevista foi realizada com o acompanhante, o mesmo foi identificado como “APTE” seguidos de 1, 2, ... e para a observação “OPTe” seguidos de 1, 2, 3 e assim sucessivamente, OPE seguidos de 1, 2, 3 e assim sucessivamente.

O conjunto das informações permitiu a análise do estudo organizado em categorias finais que avaliam as contribuições da educação permanente para as profissionais e para a prática do cuidado, assim distribuídas:

Contextualizando o Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem;

O potencial da educação permanente na construção de competências técnicas, relacionais/comunicacionais e éticas/políticas;

A educação permanente e a compreensão da multidimensionalidade do/a profissional de enfermagem e,

Transformações no cuidado de enfermagem: as contribuições da educação permanente.

5 CONTEXTUALIZANDO O CENTRO DE EDUCAÇÃO E PESQUISA EM ENFERMAGEM: O CENÁRIO E OS SUJEITOS

Este capítulo apresenta o cenário da investigação que se caracteriza como um estudo de caso único – o Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem do HU/UFSC, com suas potencialidades e limitações, assim como a caracterização dos sujeitos profissionais com suas histórias de vida pessoal e profissional. A caracterização do CEPEN acontece a partir da análise de dados documentais institucionais.

5.1 Composição e trajetória do Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem

Avaliar a evolução do CEPEn implica em entender sua estrutura, filosofia, objetivos e concepções que norteiam sua prática evidenciando as possibilidades e limites vivenciadas no decorrer de sua atuação. Considerando que este estudo traz o CEPEn como foco de análise no sentido de avaliar as contribuições que o mesmo trouxe para as profissionais e para a qualidade do cuidado prestado, faço uma retrospectiva de como este Centro tem se estruturado ao longo do tempo na Instituição.

O Hospital Universitário é um Hospital Federal de ensino, sem fins lucrativos, sendo um órgão suplementar da Universidade Federal de Santa Catarina, vinculado ao Serviço Público Federal, mantido com recursos do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde. Foi implantado em 1980, tendo como objetivo o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa, assistência e extensão. É reconhecido como importante centro de referência no atendimento às necessidades de saúde da população catarinense, cujo critério o Ministério da Educação defende, ou seja, acredita que “os hospitais universitários de ensino são unidades de saúde, capazes de prestar serviços altamente

especializados, com qualidade e tecnologia de ponta, à educação” (BRASIL/MEC, 2005, p.1).

Os Hospitais Universitários são importantes centros de referência na formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia de ponta para a área da saúde, oferecendo oportunidade de articulação técnica as profissionais de todo o sistema de saúde. Nessa perspectiva, o HU/UFSC tem como missão “preservar e manter a vida, promovendo a saúde, formando profissionais, produzindo e socializando conhecimentos, com ética e responsabilidade social” (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2006, p 11), buscando ser um centro de referência e excelência no ensino, pesquisa e assistência.

A enfermagem, inserida no contexto institucional desde a abertura do HU, vem buscando cumprir esse papel, ou seja, esteve envolvida em conquistar e consolidar seu espaço junto às demais profissões da saúde no cuidado à saúde e à educação. Assim, participou ativamente de sua estruturação e das decisões políticas que têm sido conduzidas no HU. Com essa perspectiva, sempre esteve preocupada com a formação das profissionais de enfermagem, que se constitui no maior contingente de recursos humanos da instituição. Mesmo que informalmente, sempre esteve realizando a educação permanente a suas profissionais, buscando o desenvolvimento e a melhoria da qualidade do cuidado.

A equipe de enfermagem ligada à Diretoria de Enfermagem e esta a Direção Geral no mesmo nível hierárquico que as demais Diretorias: Medicina, Apoio Assistencial e Administração. O Hospital conta em seu quadro funcional com 1415 funcionários entre os de tabela permanente e os de contrato temporário, dos quais 600 pertencem à enfermagem. A equipe de enfermagem, em sua distribuição por categoria funcional, conta com 140 enfermeiros/as, 243 técnicos/as de enfermagem, 170 auxiliares de enfermagem e 40 auxiliares de saúde que estão atuando como escriturários, transporte e outros.

Envolvidas com a necessidade de capacitar suas profissionais para a execução do trabalho, a enfermagem criou, em 1988, a Comissão de Educação em Serviço (CES). A CES, de acordo com documentos da instituição, deve ser coordenado por uma enfermeira, com autonomia técnico-científica, a qual está subordinado diretamente a Diretoria de Enfermagem, como órgão de assessoria, sendo responsável por todas as atividades educativas das profissionais de enfermagem (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 1988). Consta no Regimento da Diretoria de Enfermagem, cap. II, seção IV, art. 23-24 a CES como “uma comissão permanente da diretoria de enfermagem e tem por finalidade

buscar estratégias e programas voltados à pesquisa e formação continuada das profissionais de enfermagem” (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2004, p. 7).

A DE/HU implantou a CES com o propósito de favorecer o desenvolvimento integral das profissionais nas suas várias dimensões e a transformação da prática, trazendo como filosofia:

que a educação no trabalho possibilita o crescimento profissional e pessoal do indivíduo;
a educação no trabalho é um processo sistemático e contínuo, desenvolvido sob a responsabilidade do órgão de educação em serviço das profissionais da Diretoria de Enfermagem;
a educação no trabalho é uma atividade essencial para assegurar uma assistência de enfermagem de qualidade adequada (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 1998, p.4):

A princípio, a prática educativa esteve pautada na pedagogia tradicional, buscando suprir as deficiências técnicas da profissional para a execução do seu trabalho. Os conteúdos ministrados nas capacitações referiam-se às técnicas e aos procedimentos necessários para o cuidado de enfermagem. Essa necessidade corrobora com a visão administrativa e burocrática que conduz a grande parte da organização do trabalho da enfermagem.

Porém, as constantes inovações no campo da saúde e da educação trouxeram, também, novas perspectivas para a enfermagem, na luta por melhores condições de trabalho, mostrando-se como abertura para uma participação mais efetiva da equipe e entendimento da capacitação integral dos profissionais.

Nesse sentido, na gestão da DE/HU 1996-2000, um novo paradigma se instalou na enfermagem na busca por maior satisfação no trabalho, trazendo uma abertura, não só na participação da equipe como também na concepção pedagógica que norteou as práticas educativas cotidianas. Assim, inicia-se uma nova reflexão dentro da enfermagem que prevê uma visão mais crítica da educação, não só como forma de melhorar a eficiência técnica para o desenvolvimento do trabalho, mas para o desenvolvimento global da profissional e sua satisfação no trabalho.

Dessa forma, a partir do ano de 2000 essa comissão, ao incorporar em seus objetivos o desenvolvimento individual e profissional das profissionais da enfermagem, incorporou a pesquisa, favorecendo a produção do conhecimento na enfermagem da instituição, passando a ser intitulado como Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem (CEPEn). Traz, também, como objetivos, preparar as várias categorias de enfermagem técnica-científica e humanisticamente para o desempenho de suas

atribuições através três grandes programas: o programa de orientação, de treinamento e de atualização (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 1988, 2000).

Sua aprovação se deu no Colegiado da Enfermagem como um Centro de Educação Permanente, servindo de assessoria a DE/HU, com autonomia administrativa e gerencial e responsabilização pelas questões relativas a formação e capacitação dos/as profissionais de enfermagem nos vários níveis de qualificação. Com essa nova configuração, amplia-se a responsabilidade, o compromisso e a visibilidade da educação permanente na DE, passando a ser um centro de referência para as profissionais de enfermagem nas questões de inclusão, capacitação e atualização. A inclusão da pesquisa como programa caracteriza-se por um avanço e ousadia, uma vez que na enfermagem da instituição não existia a cultura da pesquisa associada ao fazer diário.

A nova estrutura passa a ser constituída por duas enfermeiras para a coordenação das atividades educativas, quatro chefias de Divisão: Divisão de Enfermagem Médica (DEM), Cirúrgica (DEC), Criança, Adolescente e da Mulher (DESCAN), Pacientes Externos (DPX), um representante da Comissão de Ética dos Profissionais de Enfermagem, uma coordenadora da Comissão Permanente de Materiais Assistenciais de Enfermagem (CPMA), uma Diretora de Enfermagem (DE) e três professores/as do Departamento de Enfermagem da UFSC (NFR) (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2004a).

O CEPEn, na sua composição organizacional, prevê a abertura para a participação do nível médio através da representatividade de um membro efetivo nos fóruns de decisão quanto às políticas e programas, nos processos mais decisórios de planejamento e execução das atividades educativas. Essa representatividade, apesar de limitada, tem a função de trazer a coordenação do CEPEn, os anseios e necessidades de seus pares, nas reuniões de planejamento, execução e avaliação dos programas, no atendimento às visitas de outras instituições no HU, nos trabalhos em comissões de remanejamentos ou para revisão e criação de documentos entre outras atividades. A escolha da representante do nível médio para ocupar assento junto ao CEPEn ocorre através de seleção entre as candidatas interessadas, seguindo os critérios de avaliação do *curriculum vitae*, avaliação de desempenho da DE/HU e tempo de trabalho na instituição e na Diretoria de Enfermagem. Percebe-se que essa representatividade é insignificante se comparada ao número de profissionais de nível médio lotados na DE/HU, porém é um espaço aberto para que possam ser ouvidos os anseios e as expectativas de seus pares. A representatividade das enfermeiras fica garantida com a participação das chefias de Divisão, que além de sua contribuição como chefia, tem a

preocupação de encaminhar as solicitações das enfermeiras.

Contudo, os desafios colocados nessas representatividades enfatizam a necessidade de divulgação junto à equipe de enfermagem que não a percebem dessa forma. Há um desconhecimento geral da existência dessa representatividade, tanto por parte do nível superior como do nível médio. Para o grupo, o CEPEn está composto pelas enfermeiras que ficam exclusivamente com essa atividade e as chefias. Não se sentem representadas por seus pares.

Você, a [...] e a tua secretária são as pessoas que compõem o CEPEn e só, eu acho, não sei...(E5).

O CEPEn é você, você tem a cara do CEPEn. Os louros e os deslouros são seus. Brincadeira, o CEPEn tem duas enfermeiras, sendo que uma é coordenadora e a outra é enfermeira assistencial. Na verdade são as duas pessoas de representatividade dentro do CEPEn. E dentro destas tem as representantes do Departamento de Enfermagem, uma representante das divisões, que no caso a [...] faz parte e a Diretora de enfermagem (E4).

É nesse cenário complexo de mudanças que a função administrativa-pedagógica do CEPEn é questionada e revista. Surgem perspectivas teóricas e políticas com o intuito de re-significar a educação no trabalho como possibilidade de crescimento pessoal e profissional. Imbuído de uma nova filosofia a DE traz outras referências e concepções às relações de vida e trabalho, ampliando seus pressupostos para a educação permanente.

Foi basicamente através do Programa Vivendo e Trabalhando Melhor (VTM), que tem como proposta a reflexão e a atualização das relações interpessoais na enfermagem DE/HU, na perspectiva de resgatar e reforçar a identidade do “sujeito-trabalhador” como condição para superar as condições alienadas e alienantes na organização do trabalho pela ação/reflexão, favorecendo “o questionamento de sua prática, a discussão de seus problemas, suas expectativas e necessidades” (LEITE e FERREIRA, 2002, p.23), que mudanças puderam se tornar visíveis.

A estruturação do VTM tem sua premissa teórico-filosófica denominada de Sistema de Aprendizagem Vivencial (SAV) a qual é desenvolvida em uma abordagem psicopedagógica e sociológica de reflexão e atualização das relações na enfermagem, inserindo os valores e as questões humanas envolvidas no cotidiano do trabalho, em um contexto das relações profissionais e, sobretudo, das dinâmicas e necessidades institucionais. A proposta do VTM foi direcionada para as vivências institucionais reconhecendo a mutidimensionalidade do "sujeito trabalhador", vistos como "sujeitos do trabalho que realizam, onde buscam não só as condições para a sua sobrevivência

material, mas também a realização de seus potenciais humanos” (LEITE, FERREIRA, 2002, p. 25).

Essa intervenção institucional possibilitou buscar outras referências teóricas que minimiza a dicotomia de vida e trabalho pela correção e re-orientação de aspectos identificados, consolidando-se em um movimento de construção de novos modos para a educação permanente no trabalho da DE/HU, transformando a concepção de educação que vinha até então sendo realizada. A partir dessa vivência, novas propostas foram sendo incorporadas pelo CEPEn para a educação permanente, culminando novamente com a reestruturação de seus programas, agora constituído em 4 grandes programas de atuação: Programa de Inclusão, Capacitação, Atualização e de Pesquisa (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2005). Essa nova configuração do CEPEN quanto aos seus programas, apesar de estar sendo adotada há 2 anos, ainda não foi reorganizada em documento oficial. Os dados e objetivos de cada programa constam dos relatórios anuais.

O **Programa de Inclusão** tem como objetivo favorecer a inclusão gradativa das profissionais no ambiente de trabalho. Dentro desse programa estão incluídos o Programa de Orientação Introdutória (POI) e Acompanhamento de 60 dias, destinados as profissionais de enfermagem recém-admitidas na instituição. A idéia de construção deste programa surgiu da preocupação do CEPEn com a forma como vinham sendo realizados o acolhimento e a inclusão das profissionais de enfermagem recém-admitidas na DE/HU, para que esse momento não se tornasse um momento de sofrimento e estresse. Este tem a finalidade de nortear o acompanhamento da profissional nos seus primeiros 60 dias na instituição, favorecendo sua inclusão gradativa no contexto da instituição, “num processo inter-relacional de socialização de conhecimentos e práticas com a perspectiva de linear caminhos para auxiliá-lo na busca de efetivas relações de trabalho, bem como do seu desenvolvimento técnico-científico” (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2003, p. 2). É realizado no horário de trabalho, com carga horária de 20 horas, tendo como premissa a obrigatoriedade da participação a todas as profissionais recém-admitidas na DE/HU.

O **Programa de Capacitação** tem por objetivo favorecer a capacitação das profissionais de enfermagem no que tange à aquisição de habilidades técnico-científicas, relacionais e socialização de informações. Nesse sentido, as necessidades levantadas para esse programa são frutos da observação direta, avaliação das profissionais, análise dos relatórios anuais do CEPEn, levantamento das necessidades individuais ou coletivas nas reuniões das equipes nas unidades, das reuniões de chefias, bem como, daquelas decorrentes das inovações tecnológicas, ou políticas adotadas pela enfermagem ou

instituição. As capacitações neste programa são sistematicamente e permanentemente programadas, caracterizando uma continuidade necessária com o objetivo de favorecer o atendimento das principais necessidades da categoria para execução do seu trabalho, para o crescimento pessoal das profissionais e para a transformação da prática. É realizado no horário de trabalho. Caso seja impossível sua liberação, a profissional realiza fora de seu horário de trabalho e, posteriormente, recebe em horas de folgas proporcionalmente o número de horas da capacitação, as quais são rotineiramente envidas mensalmente pelo CEPEn para cada unidade.

O **Programa de atualização** tem como objetivo favorecer o aperfeiçoamento e a ampliação dos conhecimentos em um campo de ação específico, de acordo com as necessidades sentidas pelas profissionais. A atualização é realizada através de cursos, palestra, eventos, seminários, congressos relacionadas à área de enfermagem ou da saúde, quer sejam internos ou externos a Instituição. A participação neste programa parte do interesse individual, sendo concedido pelo menos uma liberação e um auxílio financeiro anual para cada profissional.

O **programa de pesquisa** tem como objetivo estimular e desenvolver nas profissionais o espírito crítico e investigativo das questões relacionadas a vida e ao trabalho, estimulando a construção e divulgação do conhecimento que é produzido na prática diária da enfermagem. Este programa ainda está em consolidação e é pouco visível pela equipe de enfermagem. Através desse programa busca-se uma vinculação com o Departamento de Enfermagem/UFSC, ficando a coordenação do programa com os/as professores/as representantes que tem assento junto ao CEPEn. Tem sido apontado como uma fragilidade do CEPEn, necessitando maior divulgação e envolvimento de toda a equipe de enfermagem. Desde sua criação em 2004, foi realizada apenas uma pesquisa que incorporou grande número de profissionais de enfermagem, principalmente enfermeiras, as quais auxiliaram no levantamento de dados acerca do papel do acompanhante na instituição, na visão das profissionais e dos/as pacientes e acompanhantes. No entanto, os resultados obtidos com a pesquisa serviram para modificar a prática, no sentido de favorecer a humanização da assistência, ampliando os horários de visita aos/as pacientes, permitindo a entrada de crianças e a permanência de acompanhantes a todos/as que desejarem e, ainda, melhorando as acomodações e refeições aos/as acompanhantes (SILVA, MATOS, SALUM, HONÓRIO, MESQUITA, 2004). As demais iniciativas de pesquisa são realizadas por grupos de interesse nas unidades ou iniciativas individuais através de cursos de pós-graduação, as quais o

CEPEn tem dado sua contribuição no sentido de possibilitar a divulgação, o estímulo e a participação das profissionais em grupos de estudo, oficinas, grupos focais, entre outras técnicas de coleta de dados, que também favorecem o desenvolvimento das profissionais (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2007b).

Essa perspectiva da pesquisa ainda precisa ser melhor desenvolvida junto à enfermagem, porém a mesma vem se fortalecendo e se consolidando gradativamente. Uma iniciativa concreta dessa produção ocorreu através da realização pelo CEPEn de uma capacitação para enfermeiras com carga horária de 182 horas. Esse curso tinha como objetivo para sua conclusão, a realização de um artigo científico, que poderia ser uma revisão de literatura, pesquisa e/ou reflexão teórica com base na prática de cada participante. Essa estratégia possibilitou a produção de 12 artigos que posteriormente foram encaminhados para publicação em diversos periódicos nacionais. Nesse sentido houve uma ampla divulgação das práticas de cuidado que vem sendo utilizadas na instituição, bem como um reconhecimento das potencialidades individuais (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2005).

No estudo, quando foi questionado se tinham conhecimento dos programas do CEPEn, apenas uma participante fez referência a pesquisa, lembrando a pouca importância que a enfermagem da instituição tem dado à pesquisa, demonstrando que esta não é uma prática reconhecida pela equipe como integrante das atividades diárias da profissional e do CEPEn.

Eu acho que a gente poderia fazer mais aqui é a pesquisa. Eu sinto falta de um grupo de pesquisa aqui no HU, porque a gente está envolvida na assistência, a gente faz assistência, a gente fica muito tarefeiro. Faz o nosso serviço, faz a coisa com o paciente, faz a metodologia, mas não escreve, não registra, não publica. A gente faz pouca pesquisa em relação a isso! É uma das coisas que eu tenho sentido falta! Na enfermagem acho que a gente está muito voltado para a assistência, a gente trabalha pouco com a pesquisa, com o científico. A gente trabalha muito com a coisa que está no livro, vai lá e faz a técnica do livro, mas se está na pesquisa, aí tem mais resistência (E2).

Essa percepção demonstra que além do pouco envolvimento da equipe de enfermagem com a pesquisa, há também o desconhecimento do CEPEn como órgão de pesquisa e a existência dos vários grupos de pesquisa do Programa de Pós-graduação de Enfermagem/UFSC nos quais podem ser inseridas a qualquer momento de acordo com sua área de interesse. A participação nos grupos de pesquisa do Programa de Pós-Graduação está mais evidente para as enfermeiras que estão cursando ou pretendem cursar pós-graduação e então se incluem nesses grupos, as demais tem pouco

conhecimento a respeito.

O fortalecimento dos programas do CEPEn tem ocorrido através do desenvolvimento sistemático e contínuo baseado no planejamento participativo anual, possibilitando a manutenção da qualidade da assistência de enfermagem, renovação e construção do conhecimento e a valorização da profissional. Essa sistematização e continuidade dos programas do CEPEn é que tem consolidado e incorporado à importância da educação permanente junto a equipe de enfermagem.

As percepções acerca da necessidade de continuidade das atividades educativas são reconhecidas como fundamentais para a credibilidade da educação permanente. Quando questionadas a avaliarem se as atividades do CEPEn provocam mudanças, reconhecem que a realização de educação permanente de forma pontual e esporádica não favorece o crescimento, é necessário a sua continuidade, por reconhecer que o conhecimento se esgota em pouco tempo, confirmando a necessidade de atividades contínuas de aprendizagem.

Eu acho que quanto mais a gente aprende mais a gente vê que tem tanta coisa para aprender, por isso precisa ser contínuo (TE4).

Teve até um momento que melhorou, mas depois acabou, novamente cai naquela rotina, as pessoas voltam a fazer tudo igual. Se não fizer mais curso, esquece (TE1).

Sempre que eu tenho possibilidade de fazer algum curso, alguma capacitação aqui dentro eu sempre faço porque por mais que você já tenha conversado e visto aquilo, você sempre aprende mais alguma coisa, porque as coisas mudam. Devagar, mas elas mudam. Sempre tem uma evolução, uma diferenciação em alguma coisa (E3).

O CEPEn é responsável pela coordenação dos campos de estágios curriculares obrigatórios das escolas de graduação, pós-graduação, ensino técnico e outros estágios não obrigatórios e pós-profissionais. Coordena, também, as visitas de alunos dessas escolas que vêm ao HU buscar referência de atuação.

O CEPEn é também responsável pela seleção das profissionais de enfermagem, realizada através de concurso público pela UFSC, além do recrutamento e seleção das profissionais com contrato temporário, através da Fundação de Amparo a Pesquisa e Extensão Universitária⁵ (FAPEU), o qual se constitui como órgão de apoio que possibilita

⁵ FAPEU – A Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária com personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, instituída pela Universidade Federal de Santa Catarina para apoiá-la no desenvolvimento das atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária. Entre suas

a utilização de recursos financeiros para questões de auxílio aos profissionais e algumas contratações temporárias.

Além disso, coordena os processos de remanejamento interno das profissionais de enfermagem; a política de liberação para cursos de longa duração (aspectos que serão discutidos a seguir); a divulgação interna dos cursos e eventos da categoria; a participação nos planejamentos e ações da DE/HU; o controle e a coordenação da emissão de certificados e o controle e coordenação do Plano de Capacitação/UFSC; o apoio e assessorias às chefias de diversas unidades no planejamento e execução de programas de educação no trabalho; o processo de avaliação e acompanhamento das profissionais recém-admitidas; a divulgação do conhecimento produzido pela enfermagem através da exposição de pôsteres nas diversas unidades, dos trabalhos apresentados pelas profissionais em eventos científicos, entre outras atividades de estímulo e desenvolvimento das profissionais de enfermagem.

O desenvolvimento desses programas ganhou nova configuração com a renovação dos cargos diretivos da enfermagem para a gestão 2002-2006. Com essa nova configuração administrativa, renovam-se as forças e as expectativas em relação à educação permanente, trazendo-lhe outras concepções. Nesse sentido, houve uma ampla reflexão entre as integrantes do CEPEn acerca de qual educação permanente a enfermagem almejava, que objetivos e que estrutura o CEPEn apresentava, culminando, em 2005, em uma nova re-estruturação organizativa dos programas, que amplia a visibilidade das inúmeras atividades que vinham sendo realizadas por este órgão que não incluíam-se em nenhum dos programas desenvolvidos. Assim, reorganiza-se cada atividade dentro de um dos eixos de atuação, ampliando o alcance dos objetivos de cada capacitação de forma a atender as necessidades de desenvolvimento das várias dimensões do sujeito profissional defendidas para o mundo moderno (RELATÓRIOS CEPEn, 2004b, 2005).

Atualmente, o CEPEn configura seus programas em quatro eixos norteadores, cada um com suas subdivisões: **Eixo de Educação no trabalho** que inclui os Programa de Inclusão (POI e acompanhamento 60 dias), Programa de Capacitação, Programa de

finalidades inclui-se: celebrar contratos, acordos ou convênios com instituições públicas ou particulares, membros de instituições estrangeiras, visando através de cooperação técnica ou financeira, apoiar, fortalecer ou ampliar os serviços dessas instituições e a utilizá-los em conjunto com os programas em execução. É um órgão de apoio ao HU no sentido de auxílio na organização, realização e avaliação de processos seletivos e ou concursos, visando de absorção de recursos humanos por empresas e instituições públicas, privadas ou associações.

Atualização, esses programas já existentes anteriormente. Ampliou sua atuação criando o Eixo de Gestão de Pessoas; Eixo de Formação Profissional e Eixo de Pesquisa. O **Eixo Gestão de Pessoas** se ocupa da seleção de pessoal através de concurso público e contratações via FAPEU, bem como seleciona as profissionais para ocupação de bolsas de estudos; o remanejamento interno das profissionais; as avaliações de desempenho; e a política de liberação para cursos de longa e curta duração. O **Eixo de Formação Profissional** organiza os estágios curriculares obrigatórios e não obrigatórios e as visitas nas dependências do HU. E, no **Eixo de Pesquisa** são desenvolvidas as atividades de produção do conhecimento interna e externa a instituição, representadas pelos trabalhos produzidos em pesquisas da prática cotidiana ou de trabalhos de conclusão de cursos de especialização, mestrado e doutorado (HU, 2005).

Essa estrutura, assim constituída, configura, atualmente, as atividades e as ações do CEPEn pensadas a partir de uma nova reflexão das finalidades da educação no trabalho para as exigências impostas pelo avanço do conhecimento na busca da qualificação profissional, qualidade do cuidado prestado e da valorização da profissional na sua subjetividade. Está representada pelos valores e princípios defendidos pela DE/HU para a educação permanente, como:

- o ser humano é único, individual, multidimensional, integral, histórico social e cultural;
- o cuidado ao ser humano se pauta nos princípios da ética e da solidariedade, no respeito à diversidade, na integralidade, na responsabilidade, no afeto e acolhimento, na equidade, sendo, portanto, humanizado e integral;
- a educação permanente caracteriza-se pela aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano da organização e ao trabalho, tendo como referência às necessidades de saúde das pessoas, a gestão setorial e o controle social, visando a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (Ministério da Saúde, 2004);
- buscar a valorização do trabalho e da profissional através de estratégias e programas voltados à pesquisa, à formação continuada e à organização profissional;
- a educação no trabalho é ação/reflexão/ação, construída em uma relação dialógica horizontal e andragógica;
- a avaliação é um processo contínuo e evolutivo das ações desenvolvidas visando à transformação da realidade;
- as ações educativas contribuem para o crescimento e valorização das

profissionais de enfermagem na sua multidimensionalidade;

- a interdisciplinariedade e a ética são princípios fundamentais na educação e pesquisa;

- a avaliação é parte do processo educativo e deve acontecer de forma evolutiva e continua visando reorientar a prática e transformar realidade e;

- a pesquisa serve como instrumento para produção de conhecimento em enfermagem (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2004a).

Observa-se que esses pressupostos que norteiam a DE/HU e o CEPEn estão em consonância com os pressupostos defendidos pela Política Nacional de Educação Permanente, a qual insere a educação no processo de trabalho como estratégia de transformação das práticas de saúde e desenvolvimento humano.

Uma limitação por mim identificada da prática da educação permanente na enfermagem refere-se a estrutura física para o andamento das capacitações. O CEPEn possui uma sala de secretaria para atendimento ao público que encontra-se no mesmo espaço da coordenação, ficando complicado o atendimento mais individualizado as profissionais. Outra limitação refere-se às salas para realização de capacitações que são limitadas dentro da instituição. Existe um trabalho iniciando em parceria com o Departamento de Pessoal da instituição, no sentido de viabilizar mais espaços para a enfermagem, que tem correspondido ao maior contingente de recursos humanos e capacitações da instituição. Esta parceria têm proporcionado a ampliação de capacitações executadas pela enfermagem atendendo diversas unidades simultaneamente. Porém, reconhece-se que ainda é uma fragilidade do CEPEn essa limitação de espaço físico, tendo que ficar a mercê de conseguir ou não espaço para realização de atividades educativas.

No que diz respeito à trajetória e composição do CEPEn, ainda que não sejam as ideais, a prática educativa no trabalho, conforme está constituída, contribui para que a educação permanente seja valorizada e requerida pela equipe de enfermagem. As iniciativas educativas realizadas de forma contínua vêm trazendo, cada vez mais, visibilidade e impacto junto as profissionais, diminuindo a distância entre a teoria e a prática.

Analisando a trajetória do CEPEn, observa-se que o mesmo apresenta uma inserção lenta e gradativa na cultura institucional, sendo difundida a todas as profissionais que hoje procuram e acreditam no CEPEn como possibilidade de crescimento. Acontece um reconhecimento das atividades desenvolvidas como possibilidade de realizar um

trabalho mais satisfatório.

A adoção de políticas institucionais internas, quer sejam gerais ou da enfermagem, tem dado sua parcela de contribuição, conforme discutiremos a seguir.

5.2 Políticas Institucionais adotadas com reflexos na educação permanente

A estrutura organizacional de um hospital é complexa, em razão da diversidade de profissionais, saberes, tecnologias e usuários que se inter-relacionam produzindo o cuidado em saúde.

A complexidade do hospital como um setor de saúde implica na necessidade de gestão de saúde, tanto para o gerenciamento de processos políticos e administrativos quanto de gerenciamento de pessoas, que seja capaz de responder às necessidades de saúde de quem procura o serviço como das profissionais que ali atuam. Um dos desafios postos por estudiosos refere-se a dificuldade de coordenar adequadamente um conjunto diversificado, especializado e fragmentado de atos de cuidadores individuais, com a finalidade de um cuidado integral (MERHY e CECÍLIO, 2002).

Tendo em vista que a gestão de pessoas constitui um dos pontos críticos das instituições, a adoção de uma gestão mais flexível, que valorize as capacidades e potencialidades individuais e coletivas, é imprescindível para que todos se sintam inseridos na instituição e tem sido apontado como forma de superação das desigualdades entre os diversos atores que constitui o sistema de saúde.

Sendo a perspectiva desse estudo a análise das contribuições da educação permanente para o desenvolvimento das profissionais e das potencialidades de transformação da prática, é a partir das políticas institucionais adotadas e identificadas em documentos institucionais internos que este estudo se realiza.

Nesse sentido, a discussão sobre a formação das profissionais passa a ser fundamental e, assim, a instituição/HU e a DE/HU procuram algumas estratégias para administrar a gestão de pessoas, pela implantação de algumas políticas que beneficiem as profissionais, trazendo repercussões positivas na educação permanente, no sentido de tornar o exercício do trabalho uma rede de ensino-aprendizagem.

O exercício concreto dessa educação permanente se faz como política para além das capacitações e cursos, incluindo a descentralização de poderes, saberes e recursos de aprendizagem. A instituição possui uma política de distribuição de recursos para auxílio financeiro direcionada as profissionais para participação em eventos científicos de curta duração da categoria com vistas à atualização. A distribuição dos recursos financeiros prioriza àquelas profissionais que apresentam trabalhos nesses eventos nacionais. Independente da categoria profissional, os recursos são distribuídos mensalmente pela Direção Geral entre as divisões médica, de enfermagem, de apoio assistencial e administrativa. Mesmo com recursos restritos, essa política possibilita a participação de pelo menos um evento anual para cada profissional.

A participação em eventos externos à instituição é apontada como um estímulo de crescimento pela possibilidade de buscar informações atualizadas e interdisciplinares que contribuem para as questões de interesse próprio em consonância com os interesses da instituição.

Outra política adotada pela instituição e pela enfermagem é a política de concessão de liberação de pessoal de enfermagem para cursos de curta e longa duração que permite a profissional de enfermagem a redução de sua carga horária para formação (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2006a). A adoção dessa política foi uma conquista da enfermagem a partir do ano 2000 quando houve uma reformulação da estrutura da DE/HU e do CEPEn. É uma política reivindicada e conquistada através de aprovação em assembléia geral das profissionais de enfermagem DE/HU, assumindo, coletivamente garantir e manter a qualidade da assistência de enfermagem mesmo com a liberação de suas profissionais. Essa possibilidade oferecida trouxe estímulo à equipe para buscar conhecimento em outras áreas, conforme seus interesses, trazendo para a enfermagem novas perspectivas de cuidado.

No trabalho da enfermagem, com horários e salários comprometidos, fica difícil buscar afastamento para outras cidades, estados, países, se não houver a garantia do salário e do retorno a suas atividades. Nesse sentido, essa política busca, além da liberação do trabalho, disponibilizar recursos financeiros para contribuir com as despesas de viagem e hospedagem quando se tratar de eventos de curta duração. A existência dessa política para os sujeitos do estudo é reconhecida como valorização profissional e crescimento institucional:

Existe liberação claro, você pode ser liberado. Se tiver um curso em setembro, eu venho aqui no CEPEn e peço e, liberam, me dão uma ajuda de custo se precisar.

Então, eu acho que isso estimula o profissional a crescer, ajuda o profissional e a instituição a crescer (TE5).

Quando eu entrei aqui, meu Deus, pronto, alcancei o que eu queria. Eu tive a oportunidade de fazer esta Especialização em Processo de Mudança com liberação nos dias de aula e ajuda de custo com passagem e estadia. Foi, a distância, em São Paulo, com 3 encontros presenciais, mas maravilhosa! Pela FioCruz, então tu conhece pessoas gabaritadas. Muito bom (E1).

A liberação para cursos de longa duração pode ocorrer sob duas modalidades: integral ou parcial. Para efetivar esse processo, foram estabelecidos critérios que consideram a avaliação da história e trajetória da profissional na instituição e seu compromisso com a busca e construção do saber em enfermagem e saúde. Nessa perspectiva, são avaliados os aspectos como: tempo de serviço na DE/HU, número de afastamentos anteriores, avaliação de desempenho, ficha funcional, avaliação de *curriculum vitae* (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2006a). Através desse processo, possibilita-se a liberação correspondente à carga horária integral de duas profissionais enfermeiras e duas profissionais de nível médio, ou liberação parcial de quatro enfermeiras e quatro profissionais de nível médio lotadas na DE/HU com mais de 2 anos efetivos de trabalho. Essas liberações estão em acordo com as normas do Conselho Universitário CUN 016/1996, que prevê critérios e normas de liberação para os/as profissionais técnico-administrativos da UFSC (UFSC, 1996).

Ainda, essa política prevê, para aquelas que não foram contempladas com a liberação parcial ou total e estão realizando cursos de pós-graduação, a liberação de alguns dias para a finalização do trabalho conclusivo. No período compreendido pelo estudo, de 2000 a 2005 foram liberadas, parcialmente, 13 profissionais enfermeiras e 7 profissionais de nível médio para realização de especialização, mestrado ou doutorado (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, RELATÓRIOS ANUAIS DO CEPEN, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004b, 2005).

A política de liberação como é desenvolvida pela DE/HU aponta aspectos de superação do modelo tradicional de educação, acreditando que a educação se processa ao longo da vida e precisa contribuir para a realização pessoal (DELORS, 2003), uma vez que está cada vez mais ao alcance de todos. Coloca-se também como um processo inovador no contexto das instituições de saúde que, na grande maioria, não possui uma política formal de incentivo a educação permanente, e esse é um fator de satisfação para as profissionais. Nesse sentido, a DE/HU busca dar oportunidade, ainda que limitada, para que suas profissionais possam buscar a realização pessoal através de um processo

intelectual no desenvolvimento de estudos em áreas do conhecimento de seu interesse e, que possam contribuir para a qualidade do cuidado prestado e crescimento profissional.

Embora as participantes acreditem nessa política, as críticas ao atual processo firmam-se no entendimento de que o número de liberações é reduzido tanto para nível superior como para nível médio. Para as integrantes do estudo, o quantitativo de pessoal de enfermagem liberado para cursos de pós-graduação é insuficiente se considerado o contingente de profissionais lotadas na DE/HU que é de 140 enfermeiras, 243 técnicas de enfermagem, 170 auxiliares de enfermagem e 40 auxiliares de saúde (que já possui formação em técnico de enfermagem ou atuam como assistentes administrativos).

As vagas que nós temos de liberação para curso de longa duração, eu acho que valorizam o profissional e estimulam a gente a crescer, mas acho que são poucas. Eu acho que deveria aumentar. Esse seria um estímulo a mais para as pessoas. Se tivesse mais vagas para liberação a gente poderia fazer pós-graduação, pois somos muitos profissionais da enfermagem (E5).

Mesmo reconhecendo a importância da ampliação do número de liberações, a DE tem encontrado limitações administrativas quanto ao gerenciamento das mesmas no sentido de cobertura das escalas de serviço para manter a qualidade da assistência de enfermagem almejada. Nesse sentido, tem sido uma prática das chefias em conjunto com o CEPEn viabilizar essas liberações.

A educação, assim percebida, corrobora com a educação que é defendida por Freire (1999), Demo (1996), Gadotti (2000) como aquela que tem a finalidade de diminuir as diferenças e as desigualdades entre os seres humanos, evitar a dominação de uns sobre os outros, propiciar oportunidade de crescimento individual.

A possibilidade de escolha do local de trabalho caracteriza-se por uma política adotada pela enfermagem que vem repercutindo favoravelmente entre as profissionais. A política de **Remanejamento interno dos profissionais de enfermagem** é realizada pela DE/HU através do CEPEn, com a finalidade de permitir o remanejamento interno da profissional com mais de 9 meses de trabalho efetivo na enfermagem, quer seja este lotado por contrato permanente ou temporário. Essa política possibilita a profissional poder escolher seu local de trabalho quando houver a abertura de vaga por demissão, aposentadoria ou remanejamento. Assim, o objetivo é normatizar o remanejamento interno de enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem, estipulando critérios para a seleção das vagas (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2007a). Normalmente, quando as profissionais entram na instituição têm pouca ou nenhuma chance de escolher o local de

trabalho de sua preferência, por isso, essa política tem possibilitado a correção de algumas necessidades pessoais de adaptação ao trabalho, como também de opção por afinidade e preferências. Além disso, tem estimulado também a participação em capacitações, de modo a buscar novidades e conhecimento para dar conta da nova atividade ou para aumentar seu currículo e ter mais chances de concorrer a uma vaga melhor.

Quando abriu vaga eu pensei até em concorrer para a cirúrgica, mas aí eu preferi a UTI, de tanto que eu adoro fazer curativo (TE5).

Fiz vários plantões lá na clínica médica mas não quis subir quando abriu a vaga. A enfermeira de lá me convidou, tinha vaga e eu disse que não. Acabei me apegando aqui na emergência por ser uma área de afinidade e conseguir conciliar com a pós-graduação aqui, porque eu fiz na área de cardio-geriatria. Também eu vejo que aqui tive outra oportunidade que foi supervisionar o pessoal de especialização em saúde da família, que eu tinha recém vindo do posto de saúde e então eu fiquei como supervisora deles aqui na emergência e foi bem interessante (E5).

Como percebido pelas profissionais, a possibilidade de escolha da área de trabalho, se coincidir com o talento individual, vai estimular o desenvolvimento de um sujeito mais criativo, ou seja, quando se trabalha com algo do qual se gosta, este trabalho passa a ser mais motivado, prazeroso e, portanto, mais chance de ser um trabalho crítico e criativo (REIBINITZ, PRADO, 2006, p.139).

A incorporação e concretização institucional de políticas que valorizem a profissional caracterizam-se como avançadas e potencializadoras na visão das profissionais, mesmo reconhecendo limitações importantes que não chegam a alterar significativamente o modo de produzir conhecimento em saúde em razão do número reduzido de contempladas liberadas, mas seguramente aparecem como indicativos de avanço no modo de gestão em saúde.

5.3 Reconhecendo os sujeitos do estudo: quem são e o que pensam

No que diz respeito à caracterização dos sujeitos profissionais do estudo, a composição do grupo ocorreu de modo heterogêneo, sendo constituído de profissionais lotadas nas diversas unidades da DE/HU, com histórias e experiências de vida e profissional diversificadas, conforme nos aponta o quadro a seguir. A amostra constituiu

por um grupo formado por 12 profissionais de enfermagem, todas mulheres.

Quadro 1: Caracterização das profissionais por formação, tempo de profissão, tempo na Diretoria de enfermagem, vínculos empregatícios e turno de trabalho

Profissão	Formação (pós-graduação)	Tempo de profissão em anos	Tempo na instituição em anos	Vínculos empregatícios	Turno de trabalho
Enfermeira 1	Especialização	12 anos	4 anos	HU	manhã
Enfermeira 2	Especialização Mestrado	12 anos	12 anos	HU	Tarde
Enfermeira 3	Especialização	06 anos	04 anos	HU	Manhã
Enfermeira 4	Especialização Mestrado Doutorado	10 anos	10 anos	HU docência	Manhã/tarde
Enfermeira 5	Especialização Mestrado	07 anos	04 anos	HU Secretaria Estadual de Saúde	Noite
Enfermeira 6	-	27 anos	24 anos	HU	Manhã
Técnico de enfermagem 1	Graduação em enfermagem	04 anos	04 anos	HU	Manhã
Técnico de enfermagem 2	-	15 anos	06 anos	HU	Noite
Técnico de enfermagem 3	-	06 anos	04 anos	HU Hospital Estadual	manhã/Tarde
Técnico de enfermagem 4	Graduação em enfermagem			HU	Tarde
Técnico de enfermagem 5	-	5 anos	3 anos	HU	Manhã
Técnico de enfermagem 6	-	30anos	15 anos	HU Hospital Estadual	Manhã

Fonte: Entrevistas do projeto de estudo, 2006/2007.

O quadro acima aponta que, em relação à formação das enfermeiras em nível de pós-graduação, das 06 enfermeiras, 05 possuem especialização, sendo que destas 03 possuem ou cursam mestrado e/ou doutorado. Em relação as técnicas de enfermagem,

02 possuem graduação em enfermagem e 04 tem somente o curso de técnico de enfermagem como formação.

Quanto ao tempo de atuação na profissão, entre as profissionais há uma variação entre 03 e 30 anos, sendo que a maioria está atuando na enfermagem em torno de 08 anos. Quanto ao tempo de trabalho na instituição, observa-se que nenhuma profissional tem menos de 3 anos de atuação na instituição sendo: 01 profissional tem 3 anos, 05 profissionais tem 4 anos, 2 profissionais tem 06 anos; 01 profissional tem 10 anos; 01 tem 12 anos; 01 uma tem 15 anos e 01 tem 24 anos.

Em relação aos vínculos empregatícios, constata-se que 04 enfermeiras possuem apenas um vínculo empregatício, 02 enfermeiras possuem 02 vínculos, sendo a Secretaria Estadual de Saúde ou a docência o segundo vínculo. Entre as técnicas de enfermagem, 04 possuem apenas a instituição como vínculo empregatício, enquanto que 02 profissionais possuem 2 vínculos, sendo estes em hospitais do Estado. Embora a maioria tenha apenas um vínculo empregatício esses dados pouco retratam a realidade da enfermagem brasileira, em que a maioria tem 2 ou mais vínculos empregatícios em função das precárias condições salariais vigentes no país. A razão para a maior participação dessas profissionais pode estar relacionada ao fato de ter somente um vínculo empregatício.

Quanto ao turno de trabalho, 06 profissionais atuam no período matutino, 02 atuam no período vespertino, 02 atuam no período noturno e 02 atuam tanto no período matutino como vespertino. Essa amostragem corrobora com os pressupostos defendidos pelo CEPEn para a educação permanente, que prevê a capacitação das profissionais, independente do turno de trabalho desta, favorecendo a participação igualitária de todas.

Em relação às histórias de vida e profissional, percebe-se que as mesmas se confundem, como saberes que contribuem para a construção do sujeito integral e que são fortalecidas pela prática da educação permanente.

Assim, a seguir apresenta-se um pouco das histórias de vida pessoal e profissional vivenciadas e manifestadas diferentemente por cada uma das participantes do estudo, as quais evidenciam as subjetividades presentes no diálogo entre pesquisadora e profissionais, as quais não são perceptíveis através de avaliações que incluam dados apenas objetivos. Quando estimuladas a falarem um pouco de si, de sua vida pessoal e de sua vida profissional, manifestaram-se diferentemente, enquanto algumas relatavam aspectos pessoais outras se limitaram a transcorrer sua trajetória profissional no HU, conforme se pode observar nos relatos:

Eu sou casada, tenho 2 filhos. Já sou casada há 17 anos. Tenho um menino de 16 anos e uma menina de 10. [...] Na vida profissional uma coisa que me marcou muito foi uma professora, eu não lembro o nome dela, ela me deu aula de administração, lá no hospital [...]. Ela chegou para mim; oh, eu vou te dar 7 para você passar, porque tu fosse péssima. Menina, aquilo ali para mim foi assim: Meu Deus, como é que eu vou começar a trabalhar? Já na oitava fase. E aí comecei a trabalhar naquele hospital. Meu primeiro emprego foi onde eu fiz estágio de administração, com média 7. Disse: vamos ver agora, foi um desafio, ou toco ou eu não sirvo para administrar. A noite sozinha! [...]. Aí eu perguntava aonde eu pego isso, aonde eu pego aquilo? O que faço agora? Qual procedimento? Encaminho para onde? Ninguém queria ajudar. Foi essa a dificuldade que eu tive. Eu me formei, trabalhei no hospital [...] por 2 anos, fui embora para São Paulo, trabalhei 4 anos lá, vim de volta. Lá trabalhei em hospitais privados, que aí eu consegui ver a diferença que é bem grande. E quando eu vim embora, eu tinha pedido demissão aqui, exoneração do Estado, porque eu não tinha 2 anos de Estado, eu tinha 1 ano e 11 meses. E eu tive que ir embora em janeiro, porque eu tinha que fazer a matrícula das crianças, não tinha mais como ficar aqui. Fiquei 9 meses mandando currículo para algumas clínicas. O que eu consegui, foi dar aulas. Aí dei aula teórica e por aí foi. Aí surgiu o concurso do HU, foi onde eu fiz e passei, foi minha realização profissional! (E1).

Eu sou casada, tenho uma filha de 4 aninhos, linda, maravilhosa, sapeca que só vendo. Eu comecei a trabalhar aqui em 94, comecei como FAPEU e em 95 passei no concurso. Então, a experiência que eu tenho é emergência, UTI, clínica médica, isso pela DE. [...] E dei aula, os estágios que eu fiz foi só aqui. Então, em todas as unidades eu passei com alunos. Eu fiz alguns estágios na emergência aí o pessoal conversou que estava precisando de enfermeira ali, eles lembraram de mim, eu não lembro exatamente quem chamou. Na verdade eu não procurei emprego, me procuraram. Quando eu fiz a última prova da faculdade, eu fiz a prova de manhã e a tarde me perguntaram se eu queria vir. Eu disse que não tinha o resultado, ainda não me formei. O resultado da prova saiu à tarde, passei. Então, comecei na segunda feira, fiz a prova na sexta e na segunda já comecei aqui. Antes de me formar já estava empregada, isso foi bom (E2).

Eu me formei em 2001, fui trabalhar na minha cidade no PSF. Então, fiquei lá, trabalhei durante 1 ano e meio, depois saí, porque tive que sair do país para acompanhar marido. Eu tinha feito concurso aqui para o HU antes de ir para lá e estava aguardando ser chamada, depois que eu estava há 4 meses eu fui chamada. Voltei para começar a trabalhar no HU. Fui chamada e eu adorei, claro, vim correndo, só que com muito medo, porque eu acho que é mais fácil você se deparar com saúde pública assim que você se forma que com saúde hospitalar, pela gravidade dos pacientes que você atende e pelo tipo de procedimentos que você vai realizar. Então isso me dava um pouco de medo até porque já fazia um tempo que eu tinha me formado, não tinha mais aquela prática e você se preocupa muito com a efetividade da tua assistência. [...] Aos poucos fui me inteirando mais e principalmente as enfermeiras da unidade na época que me ajudaram a colocar na prática aquilo, o conhecimento que eu trazia da graduação. Eu sempre fui muito dedicada em relação aos estudos, mas mesmo assim a prática é diferente porque você tem que avaliar as possibilidades individuais de cada paciente, o que é mais indicado para um, não é para outro. Eu entrei na clínica médica e permaneço lá até hoje e devo permanecer por mais algum tempo ainda. Eu só trabalho no HU, não que me ache sem condições de ter outro vínculo de trabalho, é porque eu gosto de fazer uma coisa e gosto de fazer aquilo bem feito. Dar conta daquilo e ter uma vida particular calma, tranqüila, visitar parentes. Eu sou casada há 05 anos, sem filhos, estou tentando (E3).

Eu tenho uma longa história! Assim, a história de vida, eu sou filha única, não sou mimada, isso eu não sou. Tive uma vida bem difícil, diga-se de passagem, na

minha infância. Minha avó era doente e foi ela que me criou, apanhei bastante, então foi bastante difícil. Pai e mãe trabalhando a vida toda. Meus pais só tiveram contato mesmo comigo a partir dos 15 anos, que eu só os via aos sábados e aos domingos. E fora isso era sozinha. Entrei na escola com 6 anos e desde então eu tenho a chave de casa, ia para a escola sozinha, voltava sozinha. Os deveres de escola, sempre o pai e mãe nunca olharam, sempre mantinha tudo certinho, para evitar ser um problema para eles. Isso eu carregou na vida até hoje, principalmente nas questões da unidade, sou muito chata até comigo. Fiz a faculdade em 92 na Federal e me formei em 96. Aí quando eu me formei eu já tinha aquela idéia HU, HU, só queria HU. Quando eu entrei no HU primeiro eu entrei como voluntária, fiz 386 horas na clínica médica. [...]. Um dia me liga a [...] na 6ª feira dizendo que eu ia ser contratada pela FAPEU. Eu faceira da vida achando que ia para a clínica médica, achei que eu ia ficar lá. [...] a segunda notícia é que não é aqui, é na [...]. Aí eu entrei em pânico, fiquei apavorada, pensei Meu Deus eu não sei nada de [...], o que eu vou fazer lá? Encontrei uma alma muito boa que disse para mim: vai para casa, este final de semana é teu, não pegue em livro nenhum. Porque eu já queria saber qual é o livro, qual a bibliografia que eu tenho que estudar porque eu já sei que tem alguns, eu já tenho o livro tal, o que mais eu preciso? Ela assim, “não você não vai ver nada disso, tu vai para casa, esta semana tu ainda não foi contratada, passa o final de semana, aproveita estas férias e depois na 2ª feira a gente vai resolver isso” E foi aí que a gente começou gradativamente o meu treinamento, [...]. E eu fui aos pouquinhos ganhando mais espaço, a confiança do pessoal porque eu tinha 21 anos quando me formei, recém saída da universidade, nunca tinha trabalhado a não ser na mercearia do meu pai e da minha mãe. Para mim, foi um desafio imenso, primeiro porque eles me questionavam o tempo inteiro, usavam a medicação há 500 anos, chegavam para mim ah que medicação é esta? Consegues coletar uma gasometria? E daí para frente. Só que aos pouquinhos eu fui dividindo com eles esta responsabilidade de ser enfermeira numa equipe que já está há muito estabelecida e que eu precisava deles e eles precisavam também de um conhecimento novo, de alguém que tivesse vontade, e foi aí que a gente começou uma interação super boa na unidade. E no ano de 2002 fiz o concurso. [...]. Meu pai e minha mãe são tudo na minha vida, são tudo de bom na minha vida, tudo. Meus Deus hoje eu sou o que sou por causa deles, mas assim a gente vivia muita dificuldade, [...]. É, pode ser que hoje a depressão, essa necessidade que eu tenho de aceitação pode ser disso. Acredito que seja. Claro que demorou muito para aparecer porque foi um estresse que gerou isso na verdade, a depressão. [...] Quando eu passei no concurso, eu passei por muita coisa na vida, as pessoas olhavam para mim na mercearia, trabalhar com homem que bebe essas coisas toda, não é uma coisa fácil. E o fato de ser pobre também era um fator de que, nunca vai conseguir passar para uma universidade federal, isso eles falavam na nossa cara. Teve um senhor inclusive que quando eu passei para o [...] o pai foi lá dizer para ele que passei, porque a tristeza era tanta, das pessoas desacreditarem. Você sempre estudou num colégio público não vai conseguir nada na vida. A gente ouviu muito assim, só filho de rico que tem condições, filho de rico passa na universidade pública porque tem escola boa. [...]. Eu vivi isso muito na pele, por isso que tudo que eu faço é com muito esforço, sempre com a preocupação de fazer o melhor que eu posso, porque é como se eu tivesse me mostrando o tempo inteiro que não é porque eu fui pobre a vida toda que eu não posso ser uma pessoa feliz na minha profissão (E4).

Eu passei no vestibular, na turma de 96/01 para enfermagem. Comecei a faculdade e depois na segunda fase acabei engravidando. Eu era bem nova e o pai do meu filho também. Eu tinha 18 para 19 anos, engravidei com 19 e a gente resolveu não ficar junto. Minha mãe me deu apoio para continuar a faculdade, então eu acabei fazendo, fazendo os estágios grávida. Depois eu continuei, amamentava, parei um semestre porque era estágio e depois aos 10 dias de cesárea eu já estava de volta fazendo provas. Foi assim, vida de faculdade, ser mãe solteira com a ajuda dos pais, ainda um pouco adolescente, mas foi super boa. Moro com meus pais, meu filho tem 8 anos, um menino. Trabalho

aqui e no Estado. No Estado eu trabalho na [...]. O trabalho de lá é um trabalho não tão assistencial, é mais burocrático, mais de avaliação e distribuição de vacinas. Lá são 6 horas e eu faço o meu horário. Às vezes eu cubro aqui. Lá eu tenho maleabilidade de horário. Aqui sempre à noite. Seria bom se a gente conseguisse ganhar o que a gente ganha só aqui. E porque a gente é sozinha, tem que pagar (E5).

Eu me formei em 79, em 80 eu fiz aquele treinamento introdutório quando o HU ia abrir, o estágio pré-serviço, mas aí como o hospital não abriu e eu fui para [...] e fiquei de 80 a 83 no hospital geral, era a única enfermeira lá. Em março vim para o HU, fiz uma prova, estágio probatório, fiquei na [...], fiquei 3 meses, depois eu fui para a clínica cirúrgica, depois fui para [...], só uma cobertura de férias, acho que uns 5 meses. Voltei para a clínica cirúrgica, em 87, fui chefe. [...], fiquei de 87 até 89 que era os 2 anos que faltavam. Daí teve nova eleição, fui candidata novamente, fiquei mais 4 anos. Agora sou enfermeira assistencial, geralmente na parte da manhã (E6).

Eu sou filha única, sou casada, não tenho filhos. [...] procurei vários empregos, trabalhei em vários locais e passava por aqui e dizia: deve ter uma vaga para mim aí dentro. Para entrar no HU. E fiz a prova, nunca fui chamada, nunca, nunca. E daí eu fui chamada pela FAPEU, mas eu já trabalhava no hospital [...]. Fui chamada e comecei a trabalhar na [...]. No início eu achei um pouco de diferença entre o estilo do [...] e o estilo do HU, porque eu nunca tinha trabalhado numa instituição pública. [...]. Aí veio a oportunidade de fazer o concurso, eu fiz! Passei, muito bem colocada. Eu vim para a Neo quando abriu uma vaga, eu estava na UTI. Na verdade eu escolhi vir para cá porque eu conhecia a [...] e ela falava ah! Vai para a Neo, não sei o que! Só que eu nunca tinha trabalhado com criança, eu achava que eu nem ia gostar, eu adorava, adoro até hoje a UTI adulto. E a [...] dizia, mais vai! Porque lá a sobrecarga de trabalho tanto física como mental era muito grande! E aqui a gente tem mais a carga emocional, mas a física aqui é mais leve. E eu estava bem cansada, daí eu vim para cá, passei na vaga, fui chamada e comecei a trabalhar. No início não gostei muito, pela criança, a mãe assim. E depois eu achei que, eu, na minha ignorância pensei: é um trabalho que realmente é muito repetitivo. Os procedimentos não são de grande complexidade. A gente tem uma ou outra criança grave. Então a gente acaba mesmo esperando que eles ganhem peso, todo aquele processo e isso não demanda de grande complexidade para o funcionário e eu gosto de coisas mais complexas. E hoje eu amo, é mais uma paixão que eu tenho na minha vida (TE1).

Eu trabalhei aqui 5 anos e saí. Porque o pessoal contratado via FAPEU foi demitido. Trabalhei na clínica cirúrgica, sempre na cirúrgica. Saí, fiquei 4 anos fora, trabalhei em outra clínica, aí me chamaram para cobrir uma licença. A [...] me pediu, porque como iam sair 2 pessoas da cirúrgica, para não colocar 2 novos e ter que treinar. Era só para ficar 3 meses, e eu já estava insatisfeita na clínica porque para mim não era o que eu gostava de fazer, eu só pegava paciente para colocar na sala para fazer exame. Eu não fazia nada da técnica! E eu vim para ficar os 3 meses, nos 3 meses eles perguntaram: quer continuar por tempo indeterminado? Eu aceitei e pedi para ser demitida na clínica e fiquei só aqui, porque nos 2 eu não queria, que era muito corrido. Eu fiquei e acabou a licença ali, fui cobrir uma licença na ginecologia, depois de lá fui para a clínica médica, da médica vim para cá. Eu nunca quis ter dois empregos. Eu quis ficar sempre só num, porque eu acho muito cansativo e não vale a pena. Dois empregos e ainda a minha filha precisa de mim. Ainda mais agora com 12 anos! Mas, eu não me vejo trabalhando em outro lugar, só se eu sair daqui! Mas eu gosto do HU! (TE2).

Eu sou técnica há 6 anos só, é pouquinho. Então para começar assim, quando era estudante, eu tinha 18 anos, eu fiquei grávida da minha filha, essa que se formou a [...] e daí meio que parei os meus estudos, em função de gravidez tudo, era época de vestibular e acabou que revirou a vida do avesso e eu acabei não

fazendo vestibular. Aí terminei o curso técnico de edificações que eu estava fazendo na época, logo depois, uns 2 anos depois eu me casei. Casei de véu, grinalda e tudo. E depois tive mais uma filha e quando esta minha filha tinha 3 meses, eu me separei. Voltei a morar com meus pais, e meu pai começou a me incentivar que eu tinha que voltar a estudar, ter uma profissão, e enfim, comecei a procurar para ver o que eu queria fazer. Acabei na enfermagem e gostei. A minha mãe foi fazer uma cirurgia e eu fiquei com ela e eu gostei do que eu vi no hospital, aquele ambiente. Aí fui procurar primeiro fazer um técnico que era até mais rápido para ver se realmente eu gostava e, eu gostei e fui! Meu primeiro emprego foi lá no Hospital [...] que eu fiz uma provinha e passei. Fui chamada, trabalhei lá um ano e pouco no banco de sangue, depois abriu concurso para cá, eu fiz, passei, fui chamada. Saí de lá e agora há 1 ano atrás eu fui chamada no Estado, onde eu estou na [...]. Aqui já vai fazer 4 anos e lá na [...] vai fazer 1 ano em janeiro que eu estou. Aqui vim direto para a Clínica Médica. [...] Agora estou namorando, depois de 8 anos sozinha. Primeiro me re-ergui, batalhei bastante, hoje já estava na hora de ter uma pessoa (TE3).

Eu sou solteira. Moro com meus pais. Eu estou naquela época de transição, estou quase saindo de casa. Eu lembro o meu primeiro dia de aula, nossa, fiquei tão empolgada! Sentei na carteira ouvi tudo o que a professora comentava sobre o que ia estudar e fiz o curso, saí muito contente. Talvez com um pouco de medo no início, mas é natural, também bem novinha, 18 anos. E o meu primeiro emprego não foi em enfermagem, foi numa escola infantil, porque no início eu tinha muito medo, eu não tinha aquela confiança. Mas depois eu percebi que era besteira, logo eu fiz um concurso para a Prefeitura e iniciei minha vida profissional numa unidade de saúde básica. Logo eu comecei, acho que no primeiro ano trabalhando, eu comecei a faculdade aqui, a Universidade Federal. Eu me formei. Sou enfermeira. Desculpe, eu esqueci de comentar! Me formei este ano, em fevereiro. E então, surgiu a oportunidade, fiz concurso para o HU. A princípio estava complicado, porque é um jogo de cintura, faculdade e trabalho, mas eu sempre quis trabalhar no hospital pela experiência. Achei que é uma experiência ímpar. Adoro Saúde Pública, tanto a nível ambulatorial quanto internação, mas eu queria esta experiência, que eu acho que é muita rica. Então, eu fiz concurso, prestei para o Estado na época e passei para o HU. Até foi uma surpresa quando me chamaram, porque pela classificação eu pensei que nunca ia ser chamada. E de repente me chamaram, acho que era época de férias da universidade. E eu fiquei um mês com os 2 trabalhos, foi um momento decisivo, ou eu fico aqui ou saio e continuo na prefeitura. No final eu escolhi ficar aqui (TE4).

Eu comecei em 2002 no HU na clínica médica, antes eu era só dona de casa. Sou casada, tenho dois filhos homens, um de 22 e outro de 13 anos. Comecei a fazer o técnico só em 99. Em 2001 fiz o concurso aqui. Eu sempre tive curiosidade de saber quem era a minha banca no dia. A enfermeira olhou para mim e disse assim; por que você está tremendo tanto? Porque estou super nervosa, na frente de 2 enfermeiras da universidade federal, o que a senhora acha? Mas é que a gente fica tão nervosa que na hora tu fica cega, não consegue raciocinar. Entrei aqui na clínica médica e agora estou na UTI e estou super feliz, acho que era isso realmente que eu queria (TE6).

A minha história é que nesses 15 anos tu adquire é muita experiência na profissão Porque eu trabalhei 12 anos na clínica cirúrgica a noite. Eu trabalhei um pouco de dia, mas a maioria foi a noite. E você convivendo com outras pessoas e lá é um setor completamente diferente da clínica médica. Daí vim para a clínica, vai fazer 4 anos agora. Eu sou aquele tipo assim, fui casada, separada e fiquei viúva. Meu filho tinha dois anos quando eu me separei. Agora sem amores já faz muito tempo. Tenho 2 filhos. O menino estuda publicidade na [...] e a minha menina faz enfermagem na [...]. Eu sou natural de [...] e com 18 anos vim para o colégio interno, mas eu não queria ser freira. Eu tenho 2 empregos esses 15 anos, e antes disso eu estudava, e na verdade a vida toda foi assim, sempre com duas atividades. Eu fui atendente, depois fiz auxiliar de enfermagem e depois fiz o

técnico de enfermagem. Depois fiz o concurso e entrei aqui no HU (TE6).

Trazendo a trajetória de vida de cada profissional, estas se mostram na sua integralidade, individualidade e subjetividade. Quando questionadas a falarem um pouco sobre sua trajetória de vida pessoal, houve a possibilidade de uma reflexão acerca de suas vidas e trabalho, propiciando a avaliação do significado que o trabalho assume para cada uma. Depararam-se com lembranças de inúmeras dificuldades e situações vivenciadas que assumem significações existenciais e enfrentamentos diferentes, configurando-se a inseparabilidade entre vida e trabalho.

Arroyo (1998) discute a importância que o trabalho assume na vida da profissional no sentido de possibilitar a continuidade da formação humana. O trabalho, dessa forma, coloca-se como alternativa para a necessidade de crescimento econômico, em uma realidade capitalista, especialmente relacionada à realização pessoal, mas também pode caracterizar-se como espaço para a realização pessoal e profissional.

As falas apresentadas pelas participantes apontam nesse sentido a historicidade do ser humano e o forte vínculo que o trabalho assume na formação do sujeito integral, definindo de maneira importante as oportunidades de vida postas a partir do trabalho.

Quanto aos sujeitos pacientes e acompanhantes, não se fará uma apresentação em razão de não serem o alvo principal do estudo, suas falas foram valorizadas e serão apresentadas no transcrito das análises quando vierem a corroborar, discordar ou evidenciar aspectos do cuidado e da prática da enfermagem que são importantes para o entendimento da interferência da educação permanente na vida e trabalho das profissionais. Vale, porém, ressaltar que, em momento algum, são considerados menos importantes que as profissionais, apenas não constituem objeto de análise neste estudo. O respeito e a dignidade dos/as pacientes e seus/as acompanhantes foram considerados em todos os momentos do estudo, até porque a educação permanente tem sua finalidade direcionada para a busca da melhoria da qualidade da assistência que é prestada pelas profissionais da saúde.

5.3.1 Significados expressos pelas profissionais acerca da educação permanente na instituição

A educação permanente na perspectiva das profissionais deste estudo assume enfoques potencializadores e limitantes que se expressam em suas falas dentro do micro espaço do trabalho da enfermagem.

O significado que certos conceitos possuem para os indivíduos é determinante na forma como moldam suas práticas. Abbagnano (2003, p. 890) define significado como

aquilo que significa, aquilo que é. O significado é a coisa indicada pela palavra, que nós apreendemos ao pensarmos na coisa correspondente. [...] é uma representação racional, graças à qual é possível expor por meio de um discurso aquilo que é representado.

Nesse sentido, buscou-se apreender o significado da educação permanente para as profissionais de enfermagem em um contexto concreto: a educação permanente desenvolvida pela enfermagem através do CEPEn.

Uma primeira aproximação com os sujeitos busca a maneira como expressam seu entendimento da educação permanente. Quando questionadas o que entendiam como educação permanente, as falas não expressaram um conceito elaborado, traduziu-se em vivências e sentimentos expressos em depoimentos simples e pouco elaborados, que explicitam como as profissionais compreendem a educação permanente e os efeitos desta sobre sua vida. Independente do nível de qualificação profissional e do tipo de atividade desenvolvida, a educação permanente é extremamente valorizada por todas as participantes, embora não estejam alheias ao problemas existentes. Além de ser percebida como promotora de cultura e conhecimentos, ela é associada à possibilidade de crescimento pessoal e profissional.

A educação permanente para mim é uma chance que o funcionário tem de continuar aprimorando aquele conhecimento que ele adquiriu na formação dele e aprofundar, seja lá na unidade que ele está trabalhando, com as pessoas que está desempenhando no dia-a-dia dele. Eu acho que é uma oportunidade dele continuar aprofundando aquelas habilidades que ele deveria ter. E de reciclagem também, atualização. A gente sabe que a enfermagem é uma área que está sempre mudando, então necessitamos estar sempre aprendendo. Eu creio que seja isso! Apesar que eu discordo de algumas coisas (TE4).

Entretanto, para muitas a educação permanente restringe-se apenas à realização e à divulgação de vários cursos e avaliação de currículos para remanejamento interno,

demonstrando que desconhecem as premissas que dão sustentação a educação permanente e os programas desenvolvidos pelo CEPEn e suas finalidades. As falas dos sujeitos apontam que a educação permanente resume-se a realização de cursos direcionados à capacitação técnico-científica. O processo de aprendizagem como continuidade e transformação no sentido de ver o mundo e as relações nela estabelecidas de forma crítica e em construção.

Educação continuada são esses cursos para nós? (TE2).

[...] é uma seqüência. A educação permanente, tu vais num curso hoje e amanhã tu vais em outro (TE5).

Educação permanente para mim, acho que é uma das coisas mais importante em termos de serviço, porque é nestes cursos que a gente aprende para fazer melhor o nosso trabalho (TE6).

Por sua vez, a percepção identificada no decorrer dos momentos de diálogo durante as entrevistas favoreceu outras falas que expressam o sentimento do que seja a educação permanente, abrangendo uma visão mais crítica e ampliada do alcance e visibilidade dados a ela como potencializadora de crescimento contínuo. Essa significação está em acordo com a preconizada por diversos autores como Salum e Prado (2007); Backes, et al (2002); Ferreti (2002); Silva e Tavares (2004); Ceccim (2005a); Ferraz (2005), que tem discutido a educação permanente como superação das desigualdades, para que sejam integradas as ações de vida e de trabalho, refletindo situações concretas, contextualizadas com as vivências e que reflitam as reais necessidades das profissionais como forma de transformação da prática. A educação permanente coloca-se como alternativa para a valorização profissional, especialmente na área da saúde que faz uso de um arsenal tecnológico no cuidado à saúde.

Eu entendo assim como uma valorização do profissional, porque as pessoas tu vê que tem uma preocupação, que querem que o profissional cresça e com isso além do crescimento pessoal traz a melhora na assistência, porque se a pessoa aprende e aplica isso vai refletir no dia-a-dia dela, ela cresce como pessoa. Então eu penso que a educação permanente serve tanto para o profissional crescer como pessoa e para refletir na melhoria do cuidado (TE1).

Permanente é tudo que a gente tem que fazer, de se atualizar, estudar e refletir o que a gente faz. Aqui na UTI nem se fala a gente tem que estar revendo, e fazendo atualização em relação aos aparelhos, as patologias que toda hora surge coisa nova, e buscar conhecimento. Nós enquanto profissionais, eu acho que cada um tem que fazer isso e refletir sua prática (E2)..

É um processo na verdade, até a palavra diz permanente, é contínuo. E que isso é para qualificar o pessoal. A qualificação não só através de cursos, mas na própria prática, no próprio setor, o que a enfermeira assistencial pode contribuir

para a equipe melhorar e refletir a assistência. Eu acho não só nessa parte básica da enfermeira assistencial, juntamente com as outras enfermeiras, primeiro é o grupo do seu setor, depois tem esses cursos de aperfeiçoamento, capacitação. Mas é um trabalho contínuo e sempre valorizando o que o funcionário sabe, em cima disso só aprimorar os conhecimentos. Porque na verdade os nossos profissionais já vêm com formação, então só muitas vezes tem que adequar ao setor, a instituição, mas sempre sabendo os princípios técnico-científicos (E6).

A educação defendida por Freire (1999, p.25), enfatiza que ela “não é transferir conhecimentos e sim criar as possibilidades para sua produção ou a sua construção”. A educação permanente é uma realidade mundial na tentativa de acompanhar a tecnologia do conhecimento pelo ser humano, porém não um conhecimento parcelado, com ampliação da capacidade técnica, requerido pelo mercado capitalista, mas um conhecimento contextualizado que contemple as mudanças e as necessidades da área da saúde.

Assim, é um mecanismo permanente de capacitação reflexiva às exigências do mundo do trabalho (FERREIRA, 2003b). É importante considerar a educação permanente como uma prática social específica que ocorre no interior do processo de trabalho e que ocorre, informalmente, de maneira espontânea ou, formalmente, de maneira sistemática, intencional e organizada.

O exercício da educação permanente da DE/HU tem como finalidade o desenvolvimento das profissionais e a melhoria da qualidade da assistência que, para além da velocidade com que os conhecimentos e saberes tecnológicos se renovam na área da saúde, faz com que se torne muito complexa a atualização permanente das profissionais nas questões relacionais e comportamentais (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2006b). Torna-se crucial, portanto, o desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho perfilados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (CECCIM, 2005b).

Ainda, para Ceccim (2005b), tomar o cotidiano como lugar aberto à revisão permanente e gerar o desconforto com os lugares "como estão/como são", deixar o conforto com as cenas "como estavam/como eram" e abrir os serviços como lugares de produção de subjetividade, tomar as relações como produção, como lugar de problematização, como abertura para a produção e não como conformação permite praticar, contundentemente, a educação permanente.

A Política de Educação Permanente adotada pelo governo como forma de qualificação das profissionais da área da saúde tem como objetivo a qualidade do

trabalho que é executada no cuidado a saúde da população (CECCIM, 2005b). Assim, a Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente.

Para as profissionais de enfermagem, a educação permanente assume várias significações que vão ao encontro da política de gestão do SUS, indicando a possibilidade de crescimento, de atualização e aprendizagem contínuas, além de uma reciclagem diária que favorece o conhecimento para a vida pessoal e profissional. Percebem-na como continuidade na formação, reconhecendo não ser aquela do ensino formal, desvinculada da prática diária.

Eu vejo que é um benefício para o funcionário que está sempre se atualizando, está aprendendo novas técnicas (TE2).

Bem, a educação permanente é voltada a capacitação profissional, a reciclagem e eu acho que é de fundamental importância em todas as instituições. Acho que o propósito é o de aumentar o conhecimento profissional, mas eu não sei se ele alcança aquilo que é de propósito, porque eu acho que vai muito por interesse e afinidade pelo tema e palestrante (E5).

Na verdade eu nem gosto muito dessa palavra permanente, parece que é uma educação para sempre, porque na verdade o sentido dessa questão de estar sempre buscando o entendimento, o conhecimento das coisas novas que estão chegando e também revisitar o que já foi aprendido. Eu penso que a educação nesse sentido ela é de extrema importância dentro de qualquer profissão, e no hospital em função de ser uma instituição que lida com saúde, lida com vida, que a gente está vendo que todo dia tem tecnologia nova, todo dia tem uma relação diferente porque não é só técnica, mas um conjunto complexo (E4).

Considerando que a educação permanente contribui para a inserção da profissional no mundo do trabalho, percebe-se pelas profissionais, o reconhecimento de que a mesma deva ser uma atividade realizada no próprio local e horário de trabalho. Destaca-se, sobre este aspecto, a possibilidade do trabalho propiciar a troca de saberes em que todos aprendem, vinculando a educação permanente ao desenvolvimento de toda a equipe.

Claro, não só isso, mas a educação tem que estar no meu ponto de vista, ela tem que ser na hora do trabalho, no momento do trabalho também (E2).

A educação permanente é aquilo que tu vai apreendendo, conhecendo no teu ambiente de trabalho e na tua vida enquanto trabalhador. É aquilo que tu conhece que vai te possibilitar uma melhoria na tua prática assistencial, na tua assistência. Essa aprendizagem ela deve ser no ambiente de trabalho, pois ela contribui para o andamento e desenvolvimento da tua profissão, naquilo que você faz. Para mim, isso é muito importante (E3).

O processo educativo é intrinsecamente social e se faz em relação, em que os sujeitos vão se transformando, construindo e reconstruindo o saber. Esse processo coletivo precisa identificar as contribuições individuais, pois ninguém pode aprender pelo outro, mas pode-se aprender junto (DEMO, 2002). Esse avanço no âmbito da educação permanente tem permitido a abertura de espaços participativos, de compartilhamento de interesses e de diagnóstico de necessidades e de construção de alternativas que estão sendo gestadas como uma estratégia para efetivar a ampliação dos espaços democráticos da educação permanente. Nesse sentido, é vista também como forma de não deixar as profissionais se acomodarem.

A educação permanente é uma forma de manter o pessoal sempre motivado, porque senão acaba se acomodando. Sempre vê as mesmas coisas e aí não quer mais aprender nada (TE6).

Eu acho que é bem importante na profissão da gente porque a gente fica acomodada (TE3)

Acho importante, porque não fica naquela mesmice, aquele passado, (TE5).

A Educação Permanente em Saúde, para o SUS, pôs em evidência o trabalho da saúde, um trabalho que requer trabalhadores/as que aprendam a aprender; práticas cuidadoras; intensa permeabilidade ao controle social; compromissos de gestão com a integralidade; desenvolvimento de si, dos coletivos institucional e político da saúde, além da implicação com as práticas concretas de cuidado às pessoas e às coletividades, no ensino e na produção de conhecimento (BRASIL, 2004a).

Acrescenta-se, como efeito de aprendizagem, a prevalência da sensibilidade, a destreza em habilidades (saber-fazer) e a fluência em ato das práticas “não somente cognitivos, não somente técnicos e não somente racionais, mas políticos, comunicacionais, afetivos e interativos no sentido concreto, isto é detectável na realidade” (CECCIM, 2005a, p.166).

Quando questionadas acerca do conhecimento que têm do CEPEn, da sua composição, programas, objetivos, atividades que realiza, poucas são as falas que identificam parcela do contexto do CEPEn. A maioria reconhece como o local que promove os cursos e emite os certificados. Também é percebido como coordenador de atividades de remanejamento e avaliação de desempenho. Assume o papel de articulador no sentido de sensibilizar a equipe de enfermagem.

O CEPEn é um lugar administrativo, articulador, a palavra educação ela não aparece no seu real significado. Quando a gente fala de educação permanente

eles (funcionários) pensam que tem que fazer de novo revisão de técnicas, tem que ir lá brincar de rodinha. Isso é uma falta de conhecimento. Assim, vou ser bem sincera, quando algum tempo atrás, um pouco antes de eu entrar para a chefia eu tinha a mesma idéia, que é bem diferente com aquilo que eu vejo hoje. Fica muita informação perdida até chegar lá na base. Eles acham que o CEPEn é o lugar que faz cursos, é o lugar que dá certificado, porque ah! Tenho que ir lá no CEPEn pegar o certificado, tenho que ir lá ver o certificado (E4).

Não sei, nunca tinha pensado (o que é o CEPEn?). A gente (pessoal da unidade) colocou no papel as necessidades nossa, saiu daqui, ficou na mão da nossa chefia, ela provavelmente levou para a [...] e daí para vocês, vocês de repente sentam, discutem as melhores estratégias, o que abordar ou não nos cursos, estimulam a equipe a participar, não sei! (TE1).

Além dos cursos tem a questão do remanejamento interno que a gente sabe que são vocês que fazem a avaliação dos currículos que deve ser demorado e deve ser muito chato, acho que os critérios que vocês estão organizando que estão estabelecendo que fizeram esses planos de capacitação profissional, eu não sei se pesquisa vocês tem que fazer, eu não sei se tem que dar algum retorno para instituição. A avaliação de desempenho eu sabia que era para vocês, vocês estimulam os enfermeiros a fazer e controlam. Antes eu achava que ia para chefia de divisão ver. Não sabia para onde a avaliação ia, mas dos estágios eu é que esqueci de falar até porque a gente fez estágio extra e a gente sabe que são vocês que organizam o cronograma (E5).

As considerações colocam em pauta o enfrentamento do CEPEn no sentido de despertar a equipe de enfermagem para compreender a educação permanente como um espaço para a construção de saberes pela reflexão compartilhada. O processo educativo, assim compreendido possibilita uma releitura da prática, uma visão mais crítica da realidade, vislumbrando mudanças e favorecendo sua inserção nas mais diversas formas de sociabilidade que o mundo globalizado dispõe e impõe (FERREIRA, 2003).

A reflexão acerca dos significados que a educação permanente assume para as profissionais aponta para algumas dificuldades existentes. Essas dificuldades dizem respeito a pouca visibilidade das ações do CEPEn, mesmo havendo o reconhecimento das contribuições que este traz para o desenvolvimento das profissionais. Nesse sentido aponta-se a necessidade de alterar a forma utilizada pelo CEPEn para comunicar-se com as profissionais. A comunicação entre o CEPEn e as profissionais precisa superar o uso dos meios de divulgação escrita através de memorandos e cartazes utilizados para divulgar as capacitações, que muitas vezes se mostram ineficazes. É preciso que a comunicação entre o CEPEn e as profissionais em todos os níveis de atuação encaminhe-se para uma abordagem que tenha por meta legitimar uma filosofia de aprendizagem significativa e por esta razão, dinâmica e interessante para toda a equipe de enfermagem. Existe nesse sentido, o reconhecimento da necessidade de se adotar um marketing de divulgação de seus pressupostos, objetivos, programas, dando maior

visibilidade à educação permanente e suas contribuições para a constituição do ser

Esses significados atribuídos pelas profissionais para a educação permanente mostram alguns aspectos que se aproximam e se distanciam das concepções defendidas pelas políticas públicas e pelos pressupostos defendidos pelo CEPEn/DE/HU. Como aproximação destaca-se a reflexão contínua e compartilhada de saberes e como distanciamento a visão da educação como execução apenas de cursos técnicos que dê suporte para a execução do trabalho. Nesse sentido a educação permanente da enfermagem como vem sendo vivenciada pelas profissionais tem atendido as expectativas de trazer crescimento contínuo independente do local e turno de trabalho destas. As oportunidades estão colocadas a todas independente do turno ou unidade de trabalho.

6 O POTENCIAL DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NA CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS TÉCNICAS, RELACIONAIS /COMUNICACIONAIS, ÉTICAS/POLÍTICAS

6.1 Desenvolvimento das competências

O processo de desenvolvimento tecnológico, econômico e político gera um fenômeno paradoxal, de ampliação do trabalho precarizado e informal e da emergência de um trabalho revalorizado, no qual a profissional multiquificado, polivalente, deve exercer funções muito mais abstratas e intelectuais, implicando cada vez menos no trabalho só manual e cada vez mais na utilização da interação e da ética nas relações. É, também, exigido desta profissional, capacidade de diagnóstico, de solução de problemas, capacidade de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe, auto-organizar-se e enfrentar situações em constantes mudanças (CECCIM, 2005a, 2005b, PERRENOUD, THURLER, 2002; CAMPOS 2004, 2005).

Ramos (2001) discute para esse contexto de novas concepções do trabalho a incorporação da noção de competências em que se inscrevem a autonomia, a responsabilidade e a capacidade de comunicação.

No contexto do trabalho em saúde, a competência das profissionais e a qualidade do cuidado prestado são fundamentais. A prática do cuidado em saúde vem se modificando em decorrência das transformações das condições de saúde da população, do surgimento e da incorporação de novas tecnologias no cuidado e das formas de construção do saber em saúde. Deluiz (2001) analisa que nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Médio existe uma visão construtivista que compreende as competências como ações que articulam conhecimentos (o saber), habilidades (o fazer), valores (o ser) e atitudes (o conviver), construídos de forma

articulada voltada para a “flexibilidade, interdisciplinaridade e contextualização” (ZOCCHÉ, 2007, p. 284). Nesse sentido, a aquisição de habilidades e capacidades para a execução correta do trabalho, requer-se no mundo contemporâneo, muito mais das profissionais que as habilidades técnicas para adequar-se às exigências impostas pela produção de mercado. É necessário o desenvolvimento de características como: iniciativa, cooperação, domínio do processo de trabalho, capacidade de comunicação e interação com o próprio trabalho, entre as profissionais e com as pacientes e seus familiares. Isso implica na aquisição de novos referenciais que compreendam a integralidade do ser, para melhorar a qualificação das profissionais (GRISCI e BOSI, 2004, DELORS, 2003). Entretanto, apresentam-se ainda como uma perspectiva funcionalista quando dá ênfase nas competências técnicas aos perfis profissionais para a execução do trabalho.

No âmbito do trabalho em saúde, um dos aspectos cruciais dessas transformações é a necessidade do investimento na formação das profissionais para que possam atender às necessidades de atenção à saúde da população. Atendendo essa exigência contemporânea, a Política Nacional de Humanização vem construindo alternativas nos modos de produzir saúde de qualidade e maior satisfação de usuários e profissionais. Nesse sentido, a educação permanente tem se constituído como fator determinante na construção de competências das profissionais para a laboralidade. A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais, em ação na rede de serviços (BRASIL, 2004a). Acredita-se que a formação proporcionada pela educação permanente pode favorecer o desenvolvimento da produção da subjetividade, de habilidades técnicas e habilidades relacionais como continuidade na formação dos sujeitos profissionais.

Para Perrenoud (1999), essas habilidades caracterizam-se como competências a serem adquiridas individualmente por aquelas que acompanham a evolução da sociedade. Para o autor, as competências têm a finalidade de favorecer a profissional atuar diante de situações que se apresentam no seu cotidiano. A competência é uma habilidade que a profissional desenvolve para atuar com segurança, acompanhando as mudanças e avanços tecnológicos e as diversidades presentes no mundo contemporâneo, reconhecendo que o conhecimento não pode ser esgotado nem na formação “formal” nem tampouco na vivência diária. Como diz Freire (1999), a educação

apresenta-se ininterruptamente em todos os espaços e locais. Reconhece-se, dessa forma, a competência como saberes historicamente situados que se articulam para formar o ser humano integral, proporcionando-lhe habilidade para transitar nas esferas do trabalho e da vida social.

A competência pode ser caracterizada pela capacidade de resolver um problema em uma situação dada, é considerada como propriedade instável que deve ser submetida à objetivação e validação dentro e fora do exercício do trabalho (PERRENOUD; THURLER, 2002). A certificação das competências surge, então, como forma de reconhecer as potencialidades das profissionais, que são sempre provisórias e devem ser constantemente avaliadas e reconstruídas por organismos constituídos para tal fim. Nesse caso, a educação permanente no espaço das instituições representa uma maneira de manter as profissionais atualizadas, reconhecendo os aspectos potenciais de cada uma, avaliando-as na percepção delas próprias e, como se expressam essas competências em suas práticas.

A enfermagem já avançou muito na construção de estratégias para a formação de suas profissionais de modo a atender a multidimensionalidade humana. A educação permanente tem servido como espaço para pensar e executar a formação profissional e o desenvolvimento pessoal e das equipes de saúde, com vistas a trabalhar os elementos que conferem à integralidade da atenção a saúde idealizados pelo SUS, quais sejam: acolhimento, vínculo entre usuários e equipes, responsabilização, desenvolvimento da autonomia e resolutividade da atenção à saúde (BRASIL, 2004a).

A instituição em estudo tem-se constituído como referência em educação permanente na região, servindo de Pólo de Educação Permanente em Saúde que tem como objetivo ser articulador e multiplicador de práticas educativas junto a outros hospitais, buscando promover mudanças nas práticas de saúde, articulando educação e trabalho na formação e intervenção sobre a realidade.

Mesmo servindo de referência e multiplicador dessa política, há na instituição o reconhecimento de que a enfermagem é a única Diretoria que já tem estruturado e implantada a educação permanente na sua prática. As demais diretorias estão engatinhando na construção de uma prática educativa mais sólida e menos pontual.

No que diz respeito à enfermagem, a Diretoria de Enfermagem (DE) através do CEPEn, tem adotado, ao longo de sua trajetória, uma visão mais ampliada da educação, que, lentamente, vem abarcando em sua prática aspectos de discussão e reflexão de forma a evidenciar as diversas aprendizagens ou competências pelo reconhecimento da

aprendizagem significativa. Esse fórum de decisão permite o acompanhamento do processo de trabalho dos diversos grupos de profissionais da enfermagem na busca de estratégias de satisfação e crescimento, apontando aspectos de superação do modelo tradicional de educação.

Correspondendo às mudanças que vêm ocorrendo no campo da educação permanente, o CEPEn incluiu em seus objetivos o desenvolvimento das várias dimensões da competência defendidas por estudiosos da educação (DELORS, 2003; BRASIL, 2004b; PERRENOUD ; THURLER, 2002).

As capacitações realizadas, por muito tempo alicerçadas somente no aprender a fazer, estão gradativamente sendo substituídas por capacitações que incluem outras perspectivas. Um movimento semelhante se percebe em direção a educação permanente como um modo novo e renovado de pensar as exigências e contradições da formação profissional para o mundo do trabalho, expressada pela diversidade de atores sociais envolvidos, ou seja, de profissionais de enfermagem com características de formação e poderes diferenciados.

O CEPEn/DE/HU tem como pressuposto o desenvolvimento de competências técnicas, relacionais/comunicacionais e éticas/políticas das profissionais de enfermagem através de reflexões realizadas continuamente, quer seja em espaços formais ou informais durante o ato de cuidado. Estas estimulam e permitem a reflexão crítica da prática do cuidado de enfermagem e suas inter-relações com a dinâmica do trabalho em saúde.

Nesse sentido, as atividades que são planejadas e executadas pelo CEPEn trazem, em seu bojo, a intenção de desenvolver determinadas competências de acordo com as necessidades identificadas, sejam essas desenvolvidas separadamente ou em conjunto de modo a qualificar o cuidado prestado.

A reflexão sobre os dados obtidos neste estudo, junto as profissionais de enfermagem permite apresentar a compreensão que estas têm acerca da aquisição de competências para a realização do seu trabalho. Essas compreensões assemelham-se às idéias defendidas por autores e políticas Moscovici (2005); BRASIL (2004a) e Delors (2003) que sustentam este trabalho, identificando a complementaridade das competências técnica, ética, relacional e comunicacional para a formação integral da pessoa e do ser profissional, bem como a transformação da prática. Silva e Tavares (2004, p. 281) acreditam que a educação para a área da saúde deve ser de superação da “aprendizagem pela simulação de situações de trabalho idealizadas, que não levam em

consideração a complexidade e incerteza das situações concretas de saúde doença” para uma educação da diversidade, da interdisciplinaridade da complementaridade.

O processo de educação permanente desenvolvido pelo CEPEn ao longo dos anos de atuação, vem se fortalecendo. No início de sua implantação, esteve mais centrado no desenvolvimento e no treinamento de competências técnicas utilizando como estratégias de ensino-aprendizagem o modelo tradicional e, ultimamente, vem ampliando essa lacuna com ênfase em capacitações mais problematizadoras e abrangentes, conforme percebido pelas profissionais.

Eu acho que ultimamente está cobrindo quase todas as necessidades. Agora acho que está mais equilibrado! Anteriormente dava para perceber que parecia mais capacitações técnicas, agora está começando a ter uma mudança (TE4).

Eu acho que não se concentram, como eu pude ver, tem capacitações em relação a materiais, em relação a medicamentos, com relação à metodologia, tem com relação a curativos, tem com relação à infecção hospitalar. Na verdade eu acho que relacionado as questões de relacionamento interpessoais e comunicação está aumentando ultimamente (E3).

Para apoiar a concepção que vem permeando a educação permanente, a enfermagem do HU buscou sustentação teórica e pressupostos de alguns autores que discutem a educação e o processo de trabalho em saúde (DELORS, 2003; CAMPOS, 1997, 2003; 2004; CECÍLIO, 1999; LEITE; FERREIRA, 1996, 2002).

Leite e Ferreira (1996, 2002) influenciaram fortemente o avanço das concepções educativas que sustentam o CEPEn na atualidade, tanto no que diz respeito às estratégias de aprendizagens, quanto de abordagens teóricas, por reconhecerem, em suas práticas, o desenvolvimento humano, respeitando as várias dimensões da pessoa, em seus aspectos emocionais, cognitivos e motores. Suas práticas foram vivenciadas na referida instituição, na perspectiva investir em um novo modo de ser e viver no trabalho. As ações implementadas por esse programa foram vivenciadas por 4 anos junto à equipe de enfermagem e consolidaram uma perspectiva de educação permanente com vistas ao desenvolvimento das competências técnica, relacional e éticas das profissionais de enfermagem com vistas a um cuidado de qualidade e a um viver saudável. Com o objetivo de apreender as conseqüências e as práticas da educação permanente para a aquisição de competências, o CEPEn no seu planejamento anual, tem incluído capacitações que dêem conta de englobar as diversas competências, podendo estas serem desenvolvidas com maior ênfase em uma ou outra competência, contudo, articuladas entre si.

No quadro a seguir, identificam-se as capacitações realizadas na instituição pela enfermagem, evidenciando quais competências são priorizadas em cada uma delas. Apresenta-se uma visão clara dos avanços e limites que a educação permanente tem enfrentado na realização de suas capacitações, visualizando os momentos que se têm focado uma ou outra dimensão da competência como prioridade e a ampliação deste espaço como formação de suas profissionais, ou seja, traz uma visão da evolução das mudanças conceituais da enfermagem e sua aplicabilidade no contexto do trabalho.

Os objetivos e finalidades da educação permanente ao longo do tempo ampliaram-se, abrangendo em cada capacitação mais de uma dimensão da competência de acordo com a necessidade mais evidente em cada momento histórico. Percebe-se que essa abordagem vem facilitar o processo de reflexão modificando práticas que já não satisfazem mais. Caracteriza-se, portanto, em uma atuação que se aproxima do reconhecimento da multidimensionalidade da formação humana, sem desconsiderar a importância da competência técnica para o trabalho da enfermagem.

Quadro 2: Quadro demonstrativo das competências abordadas em cada uma das ações propostas e desenvolvidas nas capacitações do CEPEn no período de 2000 a 2005

Ano Competências	2000		2001		2002		2003		2004		2005		Total	%
	n ^a	%	n ^o	%	n ^o	%	n ^o	%	n ^o	%	n ^o	%		
Técnica	10	34,48%	12	26,67%	18	34,62%		39,50%	27	32,54%	23	29,87%	122	33,24%
Relacional	09	31,03%	08	17,78%	06	11,54%	12	14,82%	12	14,46%	19	24,68%	66	17,99%
Comunicacional	04	13,80%	09	20%	04	7,70%	11	13,58%	11	13,25%	08	10,39%	47	12,80%
Ética	06	20,69%	06	13,33%	12	23,07%		13,58%	11	13,25%	04	5,19%	50	13,62%
Duas ou mais das dimensões relacionadas	0	0	10	22,22%	12	23,07%	15	18,52%	22	26,50%	23	29,87%	82	22,35%
Total	29	100%	45	100%	52	100%	81	100%	83	100%	77	100%	367	100%

O quadro aponta que foram desenvolvidas 367 capacitações no período estudado. Entre essas capacitações, 33,24% atendem apenas a dimensão técnica, 17,99% a dimensão relacional, 12,80% a dimensão comunicacional, 13,62% a dimensão ética, e 22,35% atendem uma ou mais dimensões simultaneamente. Constata-se que o

desenvolvimento da dimensão técnica ainda predomina nas capacitações realizadas pelo CEPEn. Essa predominância atribui-se à maior concentração de solicitações por parte das integrantes da DE/HU que privilegiam a dimensão técnica, e também ao fato de algumas abordagens fazerem parte do programa anual de capacitações permanente gerais, que são consideradas obrigatórias a todas as profissionais. Estão incluídas por exemplo: àquelas voltadas para o controle de infecção hospitalar e biossegurança, cuidados de pessoas com feridas e parada cardíaco-respiratória, no sentido de fornecer informações acerca das inovações que sustentam o desenvolvimento e um trabalho com qualidade.

As capacitações pontuais de atualização técnica para a execução do trabalho também fazem parte desse processo, uma vez que decorrem de solicitações das profissionais ou em razão de novidades tecnológicas. Estas apresentam expressiva participação de profissionais, incluindo cuidados com quimioterapia, diabetes *mellitus*, ventilação mecânica, uso de sondas ou aparelhos, dentre outras.

No entanto, existe também um grupo de capacitações que serve de referência, e que é considerado, pelo grupo gestor, como fundamental e necessário à enfermagem como forma de garantir o desenvolvimento integral da profissional, o reconhecimento e a transformação da prática que ultrapassa a dimensão técnica. Dessas referências, fazem parte as capacitações permanentes gerais que, independente do local de trabalho da profissional, são consideradas importantes para a compreensão e atuação do trabalho da enfermagem na instituição, pois estão de acordo com os pressupostos e valores que fazem sentido e são imprescindíveis para a enfermagem. Dentre essas atividades, estão incluídos: Programa de Orientação Introdutória, Ética e Estética do Cuidado de Enfermagem, Processo de Avaliação de Desempenho, Sistematização da Assistência de Enfermagem, Oficinas de Reflexão do Cuidado e Comunicação Terapêutica, Gerenciamento de Recursos Materiais, Papel do Enfermeiro: supervisão e liderança, Estrutura do HU e sua inserção no SUS.

Ainda de acordo com o Quadro 1, constata-se que, a partir de 2003, amplia-se o número de capacitações oferecidas pelo CEPEn e que estas passam a incorporar o desenvolvimento de mais de uma dimensão da competência em cada capacitação. Evidenciam-se, especialmente, a incorporação daquelas competências relacionadas ao desenvolvimento das relações interpessoais e éticas em conjunto com a parte técnica, incluindo-se nelas as reflexões do processo de trabalho da enfermagem e das relações internas e externas à equipe de enfermagem (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO,

RELATÓRIOS DE ATIVIDADES DO CEPENDE/HU, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004b, 2005).

Embora muitas integrantes do estudo percebam diferenças de objetivos entre as capacitações, nem todas reconhecem e identificam que existe esta proposta em cada atividade realizada.

A respeito das competências, Zocche (2007, p. 285) coloca, como um limite a ser considerado no ensino por competências, a tendência à supervalorização dos saberes profissionais operativos, evidenciando “uma separação entre a concepção e execução do trabalho, no sentido de confundir habilidade com competência e cair-se na abordagem tecnicista, repetitiva de trabalho, sem reflexão e sem construção social”.

Mesmo com a constatação de mudanças na perspectiva das capacitações, observa-se que na instituição estudada, a educação permanente praticada pela enfermagem ainda se encontra fortemente alicerçada no desenvolvimento da dimensão técnica do trabalho. Constata-se também pelas falas das integrantes do estudo, como se verá adiante, que as necessidades de capacitação, explicitadas por estas relacionam-se à dimensão técnica do trabalho.

Seguindo as tendências da educação permanente nos últimos anos, a instituição passa a incluir e valorizar em seus programas capacitações que priorizam a construção da profissional com múltiplas competências, principalmente aquelas que dizem respeito à convivência e às relações interpessoais mantidas no cotidiano do trabalho. O desafio da mudança foi sedimentado para adequar o atendimento às demandas da velocidade do avanço tecnológico e estrutural do mundo moderno, bem como atender as questões éticas, de relações e outras, consideradas fundamentais no cuidado da pessoa com necessidades de saúde. Determinando como prioridade, o CEPEn vem buscando abranger todas as competências em suas capacitações, porque vem incorporando a crença no ser humano multidimensional. Entende que os conhecimentos e as habilidades são recursos cognitivos importantes, mas não são suficientes para trazer transformações na realidade, sem a relação que é mantida entre elas.

Dentro dessa perspectiva a enfermagem da instituição, entende como Capella, Gelbcke e Monticelli (2002, p 13) a superação da dicotomia vida-trabalho pelo reconhecimento e valorização das potencialidades da profissional, visualizando o trabalho como “um espaço de interação dos seres humanos, no qual as pessoas buscam não só a sobrevivência material, mas a expressão de sua dimensão existencial, no desenvolvimento de seus papéis pessoal e profissional no contexto institucional”.

O reconhecimento dessa necessidade de aprendizagem contínua para aquisição de competências é destacado por uma profissional que vê na educação permanente essa possibilidade.

Os pontos positivos que eu vejo é a oportunidade, a possibilidade de crescer, de buscar outros conhecimentos, porque uma pessoa às vezes que passa muitos anos da sua formação, tem oportunidade de pela educação permanente despertar alguma coisa que estava adormecido, que achava que não ia mais ver. Ah! Fiz concurso e pronto (TE4).

Aqui talvez resida o maior desafio do CEPEn no atual contexto da educação permanente: o reconhecimento da multidimensionalidade, individualidade, subjetividade e objetividade da profissional, condição básica para que ocorra o processo de educação permanente. Corroborar-se com a visão de Morin (2000b, p. 20) de que o ser humano é um ser biopsicosocial, relacional e ético, portanto, “no mundo humano o desenvolvimento da inteligência é inseparável do mundo da afetividade”. A importância dessa visão encontra eco na dinâmica da educação, no sentido de não formar profissionais apenas aptos para realização de técnicas do cuidado, mas ir além, formar profissionais aptos ao diálogo, ao imprevisto, à crítica reflexiva da prática. Adotar esta perspectiva permite ver com clareza, abrangência e profundidade a realidade adotando, diante dela, uma atitude crítica, definindo novas competências indispensáveis para o desenvolvimento integral.

Nesse sentido, é recomendado que se desenvolvam mecanismos de avaliação e acompanhamento permanente que permitam identificar o impacto e os efeitos das ações desenvolvidas pela educação permanente possibilitando a re-organização e o re-planejamento de seus programas e pressupostos. A efetividade da educação permanente está intimamente relacionada à efetividade percebida pelas profissionais acerca das contribuições desta para sua vida e trabalho. O não reconhecimento de sua eficácia para sua vida gera pouco ou nenhum envolvimento e participação, sendo necessárias “novas” propostas que sejam capazes de mediar a construção do conhecimento contextualizado e melhoria da qualidade do cuidado com os interesses particulares das profissionais (BRASIL, 2004a).

A enfermagem ainda embasa seu trabalho no cumprimento de normas e rotinas técnicas. Centra a organização do trabalho no fazer pela divisão de tarefas entre seus membros, “sem a apropriação coletiva do processo de trabalho, ficando muitas vezes a interação pessoal em segundo plano ou fora das análises sobre formação e desempenho profissional”, reproduzindo o modelo taylorista/fordista de trabalho (ZOCCHÉ, 2007, p.

287),

A seguir, apresenta-se a avaliação das profissionais acerca da aquisição de suas competências decorrentes da vivência da educação permanente em suas vidas. As expressões colocadas são reflexos da identificação do desenvolvimento das várias dimensões técnicas, relacionais/ comunicacionais e éticas/políticas nas falas dos próprios sujeitos.

6.2 A dimensão técnica da competência

A dimensão técnica indica a maneira ou habilidade especial de executar ou fazer algo (RIOS, 2001). A técnica tem por isso uma conotação específica no trabalho e nas relações. Na enfermagem, a dimensão técnica está muito relacionada à realização correta de técnicas e procedimentos de enfermagem. Essa habilidade faz parte da enfermagem desde os tempos de Florence que determinava os procedimentos a serem realizados passo-a-passo. Neles, estavam concentrados os manuais e as rotinas de enfermagem, desenvolvidos pela profissão no transcorrer dos tempos e tão utilizados até hoje. Além disso, são descritos, detalhadamente, os procedimentos de enfermagem a serem seguidos, sendo, esses manuais reconhecidos e valorizados no trabalho da enfermagem, atribuindo-lhe um caráter fundamental para que se efetive um cuidado de qualidade, o que se justifica considerando que a execução incorreta de um procedimento complexo pode colocar em risco a vida do/a paciente. Não questionando a existência de manuais, é importante que estes não sejam empobrecidos pela sua utilização pura e simples, desvinculada das outras dimensões, realizando-se a técnica pela técnica, sem a reflexão contextualizada.

O fazer em enfermagem tem sido relacionado ao saber realizar procedimentos de enfermagem dentro da técnica correta, com menor tempo e melhor utilização dos movimentos. A necessidade da aquisição de habilidade e destreza para realização dos procedimentos de enfermagem é manifestada pelas profissionais, que valorizam essa dimensão da educação permanente.

Quando eu entrei no HU foi o momento que eu mais aprendi, técnicas de punção, sondagem, procedimentos invasivos que eu não tinha feito na faculdade ou feito uma vez só. Eu aprendi aqui nos cursos e na prática (TE1).

Agora eu estou começando a aprender de novo umas outras técnicas de trabalho, desde hemolenta, que eu nunca tinha visto (TE5).

A mudança de decúbito, a higiene oral, coisa de prática mesmo, de técnica. Rotina de troca de cateter e limpeza de materiais que tem mudado. Isso mudou com o último treinamento da CCIH. Coleta de diurese, coleta de exame para laboratório também mudou com o treinamento. É, rotina para acidente pérfuro-cortante, uma coisa que tem mudado em alguns plantões, outros na. De vez em quando tem alguém que tem um acidente, a gente tenta encaminhar conforme foi orientado em treinamento. É mais nesse sentido (E2).

O que se constata ainda hoje na prática é a pouca relevância dada pelas profissionais quanto à necessidade de ampliação das dimensões relacionais, comunicacionais e éticas para a concretude de um ser humano melhor. Identifica-se a supervalorização da formação técnica, centrada no aprender a fazer como valorização e critério do que entendem por ser “boa” profissional. É nessa dimensão que se sentem reconhecidas e respeitadas como pode ser observado nas falas a seguir:

E a parte de técnicas mesmo, de eu estar fazendo técnicas de punções, de estar sempre aprimorando. [...], passo uma sonda nasogástrica, não é que eu queira me gabar, mas sei passar, sei que eu sei a técnica, passo com muita segurança. Faço uma punção de portocat sem problema nenhum. Eu falo isso porque eu tinha muita insegurança em relação às técnicas antes de entrar aqui. [...] E agora não, não tenho medo, numa boa, e me sinto valorizada por isso. Oriento também, sei que eu sei fazer bem! [...] E acho que cresci nesse sentido de técnicas, de fazer a minha parte de assistência (E1).

A vida no trabalho depois que você tem algum conhecimento técnico ela muda, as pessoas vão te ter como referência e te valorizar (profissionais de nível médio) ou não daquilo ali (E3).

Com o passar do tempo você vai adquirindo mesmo é experiência na profissão. Eu me sinto bem segura do que eu faço e, também com os cursos que eu faço para desempenhar minha função, principalmente as técnicas que antes eu não sabia e vivia sendo questionada pela equipe (TE6).

O preparo técnico, fruto da educação permanente é percebido pelas profissionais como fator que gera segurança na definição do cuidado a ser prestado ao/a paciente e na relação com outras profissionais. A competência técnica permite a profissional fazer bem o que é necessário, desejado e possível no espaço de sua especialidade. O domínio do conhecimento permite expor seus pontos de vista diante das demais profissionais e defender sua perspectiva assistencial. No âmbito das profissões de saúde, esse aspecto favorece o desenvolvimento da prática interdisciplinar, pois segundo Fazenda (2001, 2003), conhecer a perspectiva de sua profissão é fundamental para o desenvolvimento da prática interdisciplinar, uma vez que a profissional não pode estabelecer trocas sobre

aquilo que não conhece. Essa perspectiva é mais fortemente percebida pelas enfermeiras, que necessitam dessa segurança para conseguir planejar a assistência e coordenar a equipe.

Ter conhecimento técnico é o que te dá tranquilidade de fazer a assistência para o paciente, para a equipe que você coordena e para ti mesma. Como é que tu vai questionar uma coisa que tu não conhece? Tu não questionas, tu simplesmente fazes. E essa é a diferença de estar capacitado ou não para o serviço que tu estás desenvolvendo (E3).

A enfermeira na instituição é a responsável pela coordenação da assistência que é realizada pelas demais profissionais da equipe de enfermagem. No entanto, essa coordenação fica limitada quando esta não tem o domínio técnico das atividades que são realizadas pelo restante da equipe de enfermagem conforme se observou na prática. Com frequência, durante o atendimento ao/a paciente, as profissionais de nível médio necessitam questionar a enfermeira condutas e solicitar informações sobre como desenvolver determinados procedimentos, ou ainda solicitar que realize um procedimento complexo que elas não conseguiram fazer. De modo geral, as enfermeiras são mais solicitadas para avaliação de sinais e sintomas complexos, para realizar a avaliação de cobertura de curativos, para realização de punções venosas de difícil acesso ou para orientações sobre mudanças de condutas e tratamentos.

Durante um dos períodos de observação, pode-se presenciar a troca de informações que se efetiva no trabalho diário entre a enfermeira e o pessoal de nível médio que orienta condutas que servem para dar continuidade ao cuidado de enfermagem, conforme os relatos abaixo:

TE3 ao sair da sala de curativos encontrou a enfermeira chefe e esta lhe perguntou como estava o curativo de um paciente que ela tinha realizado momentos antes. TE3 explicou que “não chegava a ser uma área de necrose, apenas uma área avermelhada”. Aproveitou também este momento para perguntar a enfermeira o que deveria colocar nesse curativo já que estava iniciando uma área de necrose. A enfermeira respondeu que iria avaliar, mas a princípio deveria ser realizado um desbridamento químico com papaína. TE3 perguntou também sobre o paciente do leito X, se este ainda estava com fluidoterapia, pois o mesmo havia avisado que o médico tinha suspenso e ela não achava o prontuário para confirmar. A enfermeira avisou que sim, o antibiótico agora seria via oral. Ouviu as informações e se retirou para o posto de enfermagem e pegou na geladeira o desbridante e se dirigiu para o quarto do paciente para realizar o curativo (OPTE3).

Entrou uma funcionária na sala de medicação e falou para TE4 que o sr [...] (paciente sob os cuidados de TE4) estava cantando parecendo desorientado e “fora da casinha”. A funcionária sugeriu que fosse instalado o oxímetro no paciente para checar hipóxia. Pegou o oxímetro e se deslocou para o quarto do paciente. Instalou o oxímetro no membro superior direito. Ao ver que retornamos

novamente ao quarto, a esposa que estava fora do quarto veio perguntar o que estava acontecendo? TE4 disse que era para ver a oxigenação e perguntou se ele estava diferente? A acompanhante disse que ele havia cantado e que hoje ele estava meio estranho. O oxímetro não funcionou adequadamente, ela então retirou e colocou no outro membro superior: "Acho que o aparelho não funcionou" Mexeu no aparelho, auscultou o pulso braquial, pois o radial não tinha pulso audível. Verificou o pulso por 15 segundos. Recolocou o oxímetro e o valor deu 63 de saturação. Não confiou muito, achando que as pilhas estavam fracas. Testamos em nós e o valor deu normal. Voltamos para a sala de medicação e ela falou para a enfermeira o valor, solicitando sua ajuda para avaliação do paciente, pois achava que o valor estava um pouco baixo. A enfermeira pegou o oxímetro e se dirigiu ao quarto para avaliar o paciente, retornando em seguida, solicitando a TE4 na instalação de oxigênio no paciente (OPTE4).

Cheguei na UTI às 14:30 horas e encontrei TE5 instalando fluidoterapia no paciente. Verificou pulso e respiração e PA (pressão arterial) anotando os valores na folha de controle de sinais vitais. Como observou alteração nos valores, se dirigiu a enfermeira assistencial no posto de enfermagem e lhe comunicou os valores. A enfermeira orientou que aumentasse o gotejamento da noradrenalina passando para 30 gotas/minuto. A esposa do paciente que estava ao lado notou alguma coisa errada e perguntou como estava a pressão dele? TE5 respondeu: que estava um pouco baixa, está 8/5, mas estamos dando uma medicação para aumentar, a senhora pode ficar tranquila (OPTE5).

Dentre as críticas a enfermeira destaca-se o não conhecimento por parte da mesma das alterações apresentadas pelos/as pacientes. Este é um fator apontado que gera insegurança, pois dificulta as orientações que precisam ser dadas à equipe para a continuidade do cuidado. Essa dificuldade apresentada pelas de gerenciar o cuidado é percebida pelo nível médio e serve de motivo para que testem a enfermeira, inclusive, negando informações úteis para a continuidade da assistência. Nesse sentido, as articulações que são mantidas nos turnos de trabalho para a garantia do cuidado integral requerem a competência da dimensão técnica no sentido de poder orientar e encaminhar as profissionais.

Para responder aos profissionais de nível médio a enfermeira tem de estar por dentro da parte da medicação, dos exames que o médico pediu, da nutrição do paciente, dos encaminhamentos da assistente social (E5).

O que eu tento fazer em relação aos funcionários, é deixar bem claro, surge uma medicação nova, um paciente com quimioterapia, que às vezes não é que caia no esquecimento, parece que vira rotina. Então, é sempre lembrar gente oh!, vamos instalar QT (quimioterapia), vamos nos paramentar, o cuidado, com a diurese do paciente. Eu tenho atentado para estas coisas, que eu acho que mudou, que no início talvez eu não desse muita importância por eu nunca ter trabalhado com paciente de quimioterapia e não saber. Por mais que falem ô, não pode pegar a urina, cuidado com a urina. A gente não acredita, faz no primeiro dia e depois esquece. Isso eu tenho tentado orientar para eles (E1).

As questões relacionadas a necessidade de o conhecimento para a realização da assistência são algumas das razões apontadas pelas participantes do estudo que

justificam a ênfase na participação de capacitações que atendam à dimensão técnica. Nesse contexto, não é possível generalizações, porém, identifica-se uma maior participação nas capacitações que abordam assuntos técnicos por serem mais concretos e refletirem o seu dia-a-dia de trabalho. Esta incidência pode estar relacionada ao fato das capacitações técnicas ter maior vínculo com o dia-a-dia.

Eu já fiz de curativos, de medicação, quimioterapia, sempre tem novidades. Eu sempre aproveitei bastante, de tudo (TE2).

Nós na Clínica Médica não temos muito parada cardio-respiratória, mas a gente deve ter na unidade pelo menos de três em três meses, ter um treinamento sobre isso. Então, eu acho que eles deveriam fazer mais frequentemente como é o de feridas porque tem muito curativo no hospital, clínicas cirúrgicas, as clínicas médicas tem muito curativo, então isso a gente sente necessidade de passar para os novos funcionários.[...]. Tem mais curso de cuidando de pessoas com feridas do que de parada cardio-respiratória. Eu já fiz um curso de parada cardio-respiratória, fiz curso de feridas, eu fiz milhões de cursos que tem ai, mas tem sempre o que eu dou preferência, que é colostomia, já fiz acho que dois, também gosto (TE5).

Quando teve aquele treinamento, que a gente fez, acho que é capacitação, que teve aquele levantamento do que os funcionários queriam fazer, isso aí acho que foi um marco na verdade aqui para o setor, porque aí eles se mostraram interessados em aprender, porque eram coisas que eles queriam, principalmente a cobertura dos curativos, acho que essas capacitações técnicas são as preferidas pelos funcionários e por mim também (E6).

Existe, entretanto, certa crítica de algumas profissionais no que diz respeito a pouca visibilidade que percebem de mudanças na prática decorrente da aprendizagem nas capacitações oferecidas. Reconhecem que a mesma oferece oportunidade de crescimento, porém as mudanças são individuais e nem sempre ocorrem de forma homogênea nas unidades.

Eu acho que a técnica acaba ficando mais fácil. Como a gente aqui tem vários procedimentos que a gente enrola o bebê, todos os passos para fazer uma punção venosa, por exemplo. Mas tem pessoas que não usam que sabem que foi explicado em capacitações, que tem toda a técnica. Só que tem pessoas que mesmo assim não fazem o processo como deve ser. É comentado, é discutido, às vezes até mesmo a gente como colega faz o papel, ó! fulana deveria dar uma glicose, faz tal coisa. Às vezes a pessoa vai lá e faz, ou fala não, já está acabando! (TE1).

No que diz respeito as profissionais de nível médio, também estes relatam a preocupação com a capacitação técnica para melhor realizar seu trabalho. No entanto, apesar de se mostrarem preocupadas com a realização da técnica, principalmente os procedimentos de diluição de medicamentos e realização de curativos, constatou-se durante a fase de observação que as mesmas executam suas atividades com habilidade

e segurança. Quanto à tomada de decisão para a realização do cuidado, pode-se observar uma certa autonomia das técnicas e auxiliares que executam suas atividades sem muito envolvimento da enfermeira, a não ser quando há necessidade de uma avaliação mais criteriosa ou agravamento do estado de saúde do/a paciente. Nesse sentido fica o trabalho da enfermeira mais concentrado no atendimento de atividades administrativas e de encaminhamentos acerca do cuidado junto à equipe de médicos/as, residentes, nutricionista, entre outros, do que o cuidado direto ao/a paciente.

Na execução dos procedimentos de enfermagem pelo pessoal de nível médio, durante a fase de observação, não se percebeu inadequações relevantes. Justifica-se, nesse sentido, o preparo e capacitação que as profissionais recebem durante a educação formal, com grande ênfase na execução dos procedimentos técnicos, bem como as inúmeras capacitações que são oferecidas que abordam temas relacionadas a técnica do trabalho. Outro fator que pode ter influenciado a profissional a ser mais cuidadosa e executar corretamente a técnica durante a observação, pode ter sido o fato da pesquisadora e observadora fazer parte da instituição e atuar como enfermeira no CEPEn. Nas falas a seguir, observa-se que as integrantes do estudo afirmam que o conhecimento técnico adquirido no trabalho é quem sustenta a realização correta dos procedimentos.

Depois de fazer o curso (cuidando de pessoas com feridas), trabalhar com os curativos, isso tudo que aprendemos nos cursos para depois ir aperfeiçoando na prática no hospital (TE5).

Eu acho que podia ter uma quantidade muito maior de cursos de coisas técnicas e patologias, é uma vontade minha. Não que eu ache que a estrutura poderia fazer e não está fazendo. Mas eu acho que pelo menos uma vez por semana podia ter uma capacitação com relação a alguma coisa, das muitas particularidades que a gente não tem no dia-a-dia. A gente está na clínica médica com relação às especialidades que vão ficando esquecido, porque esses cursos é que nos indica como fazer melhor o nosso serviço. Por exemplo, a nossa unidade a gente faz pouco quimioterapia, então quimioterapia é uma coisa que eu não domino, quando eu vou para outras unidades eu sempre tenho a dificuldade de me interar com aquilo, saber o que posso e o que não posso fazer, se é foto reagente se não é. Quando acontece alguma coisa diferente ou uma patologia que a gente não conhece ou um paciente que precisa de um curativo diferente ou sei lá, tanta coisa que acontece, então a gente tenta se inteirar e passa nos plantões aquela informação ou deixa numa folha, mas deixar escrito não funciona muito, então normalmente a nós passamos no plantão, deixa registrado no livro e quem vai pegando o plantão vai ficando ciente daquela informação (E3).

A avaliação que as profissionais fazem acerca das contribuições da educação permanente sinaliza que a discussão sobre a execução técnica do trabalho ainda é

predominante na enfermagem e há muito que se avançar no reconhecimento das demais dimensões como complementares. Ferrer, Medina, Lioret (2003, p. 39) discutem que as competências necessárias as profissionais de enfermagem são aquelas “capacidades para levar à prática os conhecimentos, as habilidades e as atitudes próprias da profissão da enfermagem, a serviço da resolução e prevenção de um problema de saúde” exigidos em cada momento do cuidado. Estudos como os de Ceccim (2005a) colocam que a educação permanente deve ser contextualizada e refletir as reais necessidades das profissionais na busca de formas melhores de executar o trabalho. Quando essa necessidade não é percebida pelas profissionais como uma possibilidade concreta de formação integral, diminui a participação em eventos que não fazem parte do conteúdo técnico do trabalho, e aponta que estas desconhecem os valores que orientam a prática da educação permanente na instituição.

A educação permanente, conforme está colocada hoje, tem por princípio compreender a formação integral do ser humano em suas múltiplas dimensões que são construídas na práxis cotidiana. “A profissional competente é aquele que sabe fazer bem o que é necessário, desejado e possível no espaço de sua especialidade” (RIOS, 2001, p. 40; CECÍLIO, 1999, 2005; BACKES et al, 2002; FERREIRA, 2003a).

Nesse sentido, a competência não é algo estático; ela é construída na práxis cotidiana do trabalho e diz respeito às múltiplas dimensões requeridas para o exercício da profissão, não apenas a dimensão técnica, devendo agir esta em sinergia com as outras dimensões da competência de forma complementar.

Ainda assim, percebe-se na fala das entrevistadas que a competência técnica constitui-se na principal ferramenta para executar um trabalho de qualidade. Enfermeiras e técnicas de enfermagem reforçam, em suas falas, a necessidade de intervenções técnicas através do CEPEn associando essa demanda à qualidade do cuidado prestado. Esse fato está de acordo com a valorização que a profissão tem dado, historicamente, à competência técnica e por isso mesmo justifica-se a maior participação e envolvimento nas capacitações dessa natureza, realizadas pelo CEPEn, conforme apresentado no quadro 1.

A demanda por capacitações técnicas que surge na fala das entrevistadas, principalmente relacionadas aos procedimentos e técnicas complexas como PCR, quimioterapia, ventilação mecânica, sonda de blackmore, novas coberturas de curativos, entre outros, pode também estar relacionada à falta de conhecimentos e habilidades na realização destes procedimentos. Alguns destes não são procedimentos tão corriqueiros

no dia-a-dia, outros não são de fácil execução, portanto, é procedente a preocupação das entrevistadas. Nesses casos, a educação permanente é lembrada e reconhecem a necessidade de ações constantes, pois saber como proceder nessas situações deixa a equipe mais segura e confiante; modifica atitudes e contribui na tomada de decisões importantes para a continuidade do cuidado de enfermagem, como apontam os relatos a seguir:

A capacitação de parada cardíaco-respiratória foi importante porque daí a gente já sabe como agir direitinho. Tinha gente que não sabia que a cabeceira da cama saia para fazer a massagem. Então foi bem importante. Saber usar o carrinho, mexer mais no carrinho para saber que tudo está ali; não precisar catar uma bandeja inteira. A gente não tinha, às vezes, esta noção, já sai com o carrinho e faz tudo. Foi bem interessante que alguns dias depois do curso teve uma parada no 14 (quarto), mas assim meio que reverteu sozinho, e a gente foi tão animada, cada um fez tão direitinho, que a gente ficou até decepcionado que o paciente não parou. Pecado, mas ia dar tudo tão certo, foi bem legal (TE 3).

Teve alguns cursos que a gente foi pela necessidade de aprimoramento, porque quando a gente entra tem a parte de intoxicação que a gente não está acostumada. Teve cuidados com sonda gástrica, de Blackmore, parada cardíaco-respiratória e outras mais voltadas a nossa situação, a nossa realidade que a gente estava desfavorecida (E5).

Não desconsiderando a exigência e a necessidades de domínio da dimensão técnica para prestar um cuidado livre de risco, discute-se a importância que esta assume pelas profissionais no cotidiano do trabalho. Muitas vezes esta dimensão é mais valorizada que as demais no cuidado ao/a paciente. Embora o CEPEn tenha incorporado em suas capacitações as diversas dimensões da competência, ainda sobrepõe-se a dimensão técnica sobre as demais. A experiência de ter vivenciado algumas dificuldades na execução de determinados procedimentos foi relatada por algumas integrantes do estudo e, segundo elas, constituem-se em motivos para que seja implantada a educação permanente na instituição. Nessa perspectiva, as situações clínicas específicas de cada unidade são as temáticas mais solicitadas pelas participantes, pois entendem que necessitam desses conteúdos teóricos para planejar e executar a assistência. Para elas, há necessidade de capacitações mensais ou semanais sobre problemas clínicos.

Eu acho que, talvez fazer um pouco mais freqüente, fazer outros tópicos, outros focos, outros temas, porque a gente tem sempre o curativo, a comissão de infecção hospitalar sempre oferece também um pelo menos por ano, mais em relação eu acho que falta um pouco mais mesmo é com relação à parte clínica que a gente está mais em contato. Até a chefia ano passado na nossa reunião do setor ela trouxe sobre fisioterapia. A fisioterapeuta foi dar sobre aspiração, foi ótimo sabe, ótimo, muito bom mesmo. E são estas coisas mais da prática que eu acredito faltar. Essas capacitações (técnicas) elas vão ao encontro daquilo que a gente tem na assistência, com aquilo que a gente encontra, com as dificuldades

que a gente tem e é importantíssimo (E3).

Ainda em relação à competência técnica, a existência de novas práticas decorrentes dos avanços tecnológicos e da alta complexidade das instituições de saúde no cuidado e tratamento das doenças e incorporadas ao trabalho da enfermagem, determina a necessidade da aquisição de novas competências. Nesse sentido, percebe-se uma maior satisfação das profissionais em participar das atividades quando os conteúdos discutidos relacionam-se com o seu fazer diário, ou seja, quando aborda questões de inovação referentes ao seu processo de trabalho. A educação permanente com aderência ao cotidiano da profissional traz mais satisfação. Delors (2003, p. 106) discute essa questão quando coloca que “a educação ao longo da vida é uma construção contínua da pessoa humana, do seu saber e das suas aptidões, mas também da sua capacidade de discernir e agir”. A aprendizagem de adultos, mais que a educação de jovens e crianças, requer sintonia daquilo que querem e precisam aprender para encarar os desafios do trabalho, da vida diária, orientando o “aprendizado utilizando a informação para fazer sua vida mais fácil ou mais produtiva, direcionando seu foco ao problema ou à tarefa” (KOERICH e ERDMANN, 2003, p 531). Isso justifica por que as participantes do estudo reconhecem que os assuntos da prática são mais interessantes e estimulantes, uma vez que atendem à necessidade prática imediata do trabalho.

Já participei de tantos cursos, mas principalmente aqueles que são bem específicos da nossa rotina. Da nossa unidade de clínica cirúrgica, que eles são bem específicos, porque eu acho que o aprendizado é ainda mais sedimentado, porque é prática, nossa prática. Então, são coisas que passam às vezes batidas e que lá no curso a gente consegue fazer uma ponte com a prática. Acho que são estas coisinhas que ficam, porque às vezes a gente está na prática, na rotina do dia-a-dia e lembra: ah! Mas lembra do curso quando falaram tal coisa? Ah! Talvez aquilo seja assim, seja assado (TE4).

Essa necessidade de capacitação na pediatria é bem forte. Quando eles (funcionários) querem fazer alguma coisa, eles sempre vêm com um artigo novo, às vezes não é só via CEPEn, às vezes na unidade mesmo, no dia-a-dia. Ah! Hoje aconteceu uma doença nova que ninguém tinha visto, a gente pára pega um artigo no google, ou em qualquer outro lugar e senta: vamos estudar isso. A gente revessa. Algumas vezes fica um ano sem fazer, mas, às vezes, isso é bem mais freqüente (E4).

A noção referida pelas participantes da educação permanente para o atendimento das exigências técnicas do trabalho é discutida por estudiosos como Sobral (2000); Ferretti et al (2003); Silva e Tavares (2007) que apontam, nessa perspectiva, a influência do taylorismo/fordismo voltada para a aquisição do conhecimento técnico para a execução do trabalho, um trabalho acrítico no sentido do não reconhecimento de todo o

processo. Considerando o modo como é organizado o trabalho em saúde, prevalece a fragmentação do objeto de trabalho e, nesse aspecto, as profissionais quando valorizam e concebem o trabalho técnico como fundamental, esquecendo as demais dimensões, confirmam essa fragmentação. A prática do trabalho acrítico, valorizado somente pela execução da técnica, coloca-se em contraposição a integralidade do cuidado, defendida pelas políticas públicas implementadas que destacam a integração entre a concepção/execução do trabalho.

Em diversos momentos da observação, presenciou-se as profissionais preocupados com a realização correta da técnica, fazendo a antisepsia, seguindo os passos do procedimento, as trocas de agulha, utilização de anti-sépticos, entre outros para garantir a assepsia, o que certamente é fundamental para uma assistência de qualidade. No entanto, outros aspectos do cuidado, muitas vezes, não são tão destacados e o/a paciente ressentia-se da falta deles, uma vez que a questão técnica não se constitui em uma preocupação central haja vista que desconhecem muitos dos aspectos científicos do cuidado. Para os/as pacientes, a qualidade do cuidado é avaliada, muitas vezes, pelo grau de atenção que recebem das profissionais, reforçando as propostas de acolhimento defendido pelas políticas públicas de humanização da assistência, que incluem relações entre profissionais e pacientes de forma solidária e comprometida com a produção de saúde. Essa percepção é confirmada por Zocche (2007, p. 290) que também percebe que os/as pacientes “sentem-se bem e melhoram mais rapidamente ao serem atendidos por determinados cuidadores que nem sempre possuem um domínio das habilidades técnicas, mas acolhem e executam um cuidado de forma diferenciada”.

A adoção de um modelo mais humanizado de assistência que tem se colocado como alternativa ao modelo tecnicista busca a complementaridade das habilidades e competências profissionais respeitando as individualidades de cada paciente.

A humanização como “estratégia para alcançar a qualificação da atenção e da saúde no SUS”, é vista como mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho pela “troca de saberes, diálogo entre as profissionais, modos de trabalhar em equipe” (Brasil, 2004c, p.3), de forma que se pratique um cuidado mais humanizado.

A articulação das competências, colocadas como uma necessidade frente à evolução do conhecimento no mundo moderno, remete à compreensão da educação a partir da realidade de trabalho e da necessidade da aprendente. Muitos estudiosos

percebem que a educação permanente tem como tarefa principal socializar o conhecimento produzido, não um conhecimento objetivo, concreto, técnico descontextualizado, mas um conhecimento crítico, reflexivo e contextualizado quer seja para o mundo do trabalho ou para o mundo pessoal, uma vez que o ser humano não se desvincula, não se fragmenta (CECÍLIO, 1999; GRISCI e BESSI, 2004; SEGNINI, 2000).

A aderência da educação permanente à competência técnica é percebida pelas profissionais como potencializadora de crescimento pelo fato de a técnica ser mais palpável e prática, passível de comparação e avaliação imediata, diferentemente das competências relacional e ética que são mais subjetivas e perceptíveis em longo prazo através de mudanças gradativas de atitudes. A educação permanente aderida à necessidade técnica do trabalho alicerça-se na possibilidade de trazer benefícios e facilidades na execução imediata do trabalho, facilitando a realização de procedimentos. Essa necessidade concreta para as profissionais refere-se à parte prática, técnica do trabalho que é executada diariamente nas ações de cuidados.

Eu acho que sinceramente, eles (profissionais de enfermagem) procuram mais o técnico porque a pessoa está ali sei lá, mergulhada na coisa e não é difícil. E gosta mais da coisa concreta e não mexe com o mais profundo. Acho que a procura é maior por coisas técnicas diferentes, quanto ao relacionamento acho que é mais complicado, eles não gostam de discutir as relações (TE4).

Com procedimentos técnicos é sempre mais fácil, eles (nível médio) adoram aprender procedimentos novos, não gostam de ver os antigos, mas gostam de aprender coisas novas. Todo mundo gosta quando vai lá o pessoal das bombas de infusão, das bolsas de colostomia treinar, porque é novidade (E4).

O ideal é que esse processo de educação permanente ocorra diariamente na vivência do cuidado, pois, em se tratando do trabalho em saúde, cujo objeto de trabalho é um ser humano que necessita de cuidados de saúde, o produto final do trabalho é o próprio cuidado que é consumido no momento em que é realizado, sendo que os erros ou inadequações não podem aguardar correção a *posteriori*, porque então, já terão causado prejuízo, colocado em risco a vida do/a paciente (PIRES, 1999). A educação precisa então ocorrer no momento em que acontece o cuidado, de maneira formativa, de forma que possibilite o crescimento da profissional e a melhoria da qualidade do cuidado prestado. Cabe a enfermeira, como coordenadora da equipe de trabalho, esse papel. No entanto, esse processo não acontece espontaneamente e nem é percebido pelo conjunto das profissionais como importante. Na perspectiva de mudar essa realidade, a educação permanente da DE/HU vem implementando capacitações e reflexões com a finalidade de discutir o cuidado, o papel da enfermeira, a supervisão e o acompanhamento das

profissionais. O resultado desse processo vem se constituindo na consolidação do processo de avaliação formativa, premissa adotada pela DE/HU como forma de acompanhar o desenvolvimento individual de cada profissional. A avaliação de desempenho individual traz a supervisão e acompanhamento das profissionais em relação aos fundamentos para sua concretização, na tentativa de minimizar os efeitos maléficos de um erro na execução do cuidado, quer seja técnico, ético ou relacional. Esses aspectos serão melhor discutidos posteriormente. A avaliação do cuidado é realizada sobre situações que são vivenciados no cotidiano do trabalho, indicando que a educação permanente ocorre nos micro espaços do trabalho e nele as mudanças são mais facilmente percebidas.

Quando acontece por exemplo, um evento inadequado, aconteceu uma punção errada, uma flebite, um soroma compartimentado no braço inteiro, que isso é uma falha na qualidade da assistência, a gente nunca deixa passar, já orienta na hora para mudar o comportamento. Não colocamos no livro de ocorrências para que isso não vire fofoca, é bem informal, exceto quando a gente percebe que aquilo ali passa do limite. Quando a pessoa foi chamada à responsabilidade, foi discutido primeiro em equipe para que todos saibam que aquele que era responsável por aquela criança se ele errou, mas os outros também erraram porque eles estão na mesma unidade e ninguém olhou aquilo, desde o enfermeiro até o técnico responsável. Então, a gente sempre tenta fazer em nível de equipe para que se dilua a responsabilidade e se amplie esta coisa da coresponsabilidade dentro do plantão. E a pessoa que aconteceu, também, olha; aquele dia tu estava com este paciente e eu vi que foi você que errou nisso, nisso, nisso, quem sabe tu presta mais atenção. Quando não tem resposta positiva daquilo, a gente retorna e aí claro, depois vai para o processo de avaliação, todas as instâncias como tem que ser (E4).

Esse processo de educação no momento da prática, identificado nas falas dos sujeitos do estudo, corroboram com a concepção de autores que defendem a educação permanente realizada nos micro-espacos diários, onde acontecem os fatos, as vivências, o cuidado. A supervisão e o acompanhamento têm sido vistos como elementos importantes, os quais dão suporte à prática da educação permanente quando concebidas como oportunidades de abertura que se faz no diálogo, no respeito à individualidade, e na diversidade de atores e experiências. Dessa forma, a prática da avaliação, longe de ser evidência objetiva do erro, está intimamente relacionada com a aprendizagem levando-se sem consideração características de cada contexto sócio-cultural e também com a forma como cada sujeito experimenta subjetivamente essas experiências. Ao avaliar e ver os sujeitos no seu cotidiano de trabalho, abre-se a perspectiva de reconhecimento do crescimento e do sentido que ela concede às atividades que executa. São nessas práticas cotidianas que se produzem diferentes comportamentos, sentimentos e vivências

e, portanto nelas vão se constituindo e se revelando os sujeitos e suas subjetividades. Supervisionar o cuidado não apenas com o objetivo de controle e fiscalização do cumprimento de normas, mas no sentido de reunir a equipe e instituir processos de reflexão crítica, ajudar e orientar na resolução de atividades ou problemas é fazer educação permanente. O supervisor possui também o papel de agente de mudanças pelo estímulo à capacidade de análise e de participação nos processos de gestão, que ocorre através da reflexão crítica e da educação permanente (CAMPOS, 1998).

Há, porém, uma sobrecarga de trabalho diário da enfermeira com questões administrativas que muitas vezes a distancia da equipe e, nesse sentido inviabiliza sua supervisão educativa. A coordenação, supervisão e acompanhamento das profissionais na assistência em cada unidade é de responsabilidade de uma enfermeira por turno, que muitas vezes sobrecarregada de atividades deixa a desejar, ficando sob a responsabilidade das profissionais do nível médio a assistência direta, assumindo para si a parte burocrática. Esta percepção é evidenciada por Cecílio (1999, p. 324), quando afirma que a enfermagem baseia sua prática no modelo “fayolista da hierarquia rígida do poder e em alguns fundamentos tayloristas de separação entre o pensar e o fazer, de fragmentação do trabalho e ênfase nas tarefas”, ficando distanciado tanto do/a paciente quanto de sua equipe.

Estudos como os de Matos (2002) e Gelbcke (2002), realizados na instituição que abordam a qualidade de vida no trabalho das profissionais de enfermagem, constataam a importância que as mesmas dão à educação permanente como forma para melhorar essa qualidade. As autoras evidenciaram a necessidade de se repensar o processo de trabalho, a forma como a enfermagem organiza seu trabalho, desde a concepção até a execução da assistência, estabelecendo para a educação permanente as possibilidades de superação das dificuldades pela discussão e reflexão coletiva da prática, diminuindo a dicotomia existente entre o fazer e o saber.

A realização da supervisão educativa no cotidiano do trabalho também tem sido apontada como elemento que diminui as injustiças decorrentes do processo de avaliação de desempenho. A supervisão na perspectiva educativa é “indissociável da avaliação de desempenho”, uma vez que pressupõe o acompanhamento do desempenho (KURGANT, 2005, p. 154). Nesse sentido, o acompanhamento realizado diariamente nas atividades de cuidado, mesmo sendo pouco realizado no dia a dia, é visto como necessário pelas enfermeiras participantes do estudo. Consideram que a educação permanente institucional está voltada para esta possibilidade, proporcionando espaços

para reflexão e preparo para uma prática mais consciente e qualificada, além de proporcionar melhor percepção dos problemas do/a paciente. O processo de supervisão tem reforçado, na instituição estudada, a idéia de melhoria da qualidade que combina responsabilização e aprendizagem.

Então, por isso a importância da supervisão, da enfermeira com os técnicos, para observar como o cuidado está sendo realizado. Para mim nunca pode deixar de existir. O profissional que entra num hospital escola tem que ter isso inserido, essa preocupação com a assistência, com a forma como ela está ocorrendo (E1).

A gente sempre faz reuniões [...] não é um processo sistemático, e dentro dessas situações a gente aborda a assistência. É mais assim, aconteceu isso hoje, a gente espera acalmar e senta. Eu geralmente sento com os funcionários e faço isso na avaliação também, na avaliação individual, mas geralmente eu não deixo passar muito tempo. [...] ou então vem uma orientação da CCIH ou os problemas nossos de assistência que ocorreu alguma coisa que não deveria acontecer, ou não está sendo trocado o curativo, ou isso ou aquilo. A questão do banho que foi muito problematizada aqui de colocar banho à noite, então foi bem trabalhoso, bem discutido, uma barreira que a gente tinha. Era gente nova entrando com os velhos e a gente foi aprendendo, ajuda discutindo nessa forma (E5).

Eu acho super importante a supervisão do funcionário, porque é nessas situações que a gente aproveita para ensinar o correto. O que acontece é que as vezes a gente não consegue, é só corre, corre o tempo todo (E6).

A imagem profissional da enfermagem na instituição é veiculada pelos demais profissionais pela realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) através da realização diária da metodologia, ou seja, histórico, evolução e prescrição de enfermagem a todos os/as pacientes internados/as para guiar e garantir o cuidado individualizado. Assim, a SAE é outro aspecto mencionado pelas participantes do estudo como competência técnica no sentido de que saber realizá-la dentro dos padrões estabelecidos pela instituição é sinal de competência. Segundo as profissionais, a incorporação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no processo de trabalho da enfermagem, é um instrumento de reconhecimento do trabalho da profissão e um fator que contribui para a coordenação da assistência. Nessa perspectiva, as enfermeiras manifestam a necessidade de se capacitar em relação à sistematização da assistência, considerada como dimensão técnica de seu trabalho, sendo competência exclusiva da enfermeira na instituição. A sistematização da assistência implantada na enfermagem ocorre desde a fundação da instituição, tendo como referencial a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. É utilizada como guia para as ações de cuidado individualizado a cada paciente.

Na execução do planejamento da assistência, cabe a enfermeira a realização do histórico de enfermagem, da evolução e da prescrição de enfermagem diária. A evolução

diária reúne a avaliação do resultado dos cuidados de enfermagem diários, realizados por todos os agentes da equipe de enfermagem. Está fundamentada na avaliação física do paciente (exame físico); na avaliação dos sentimentos e percepções do paciente sobre sua saúde/doença e sobre os cuidados que recebe; nos registros das folhas de observação complementares, que as auxiliares e técnicas realizam diariamente acerca dos cuidados prestados e dos sinais e sintomas apresentados, bem como das informações obtidas com outras enfermeiras, através da passagem de plantão ou no acompanhamento de visitas com as demais profissionais da saúde (médicos, nutricionistas, fisioterapia, assistente social) ou registro das intercorrências no livro de ocorrências. Nessa evolução, a enfermeira avalia o resultado de intervenções, de tratamentos, de exames para posteriormente planejar e elaborar um plano de cuidados individualizado que deverá ser seguido por toda a equipe.

A lógica de realização do planejamento da assistência tem sido a de que cabe a enfermeira a realização do histórico, da prescrição e evolução da assistência, ou seja, o pensar a assistência, enquanto cabe as técnicas e auxiliares de enfermagem, neste modo de organização do trabalho, a execução do cuidado que é prescrito pela enfermeira, distanciando e fragmentando a assistência, o que contradiz a perspectiva de um trabalho mais participativo e integrador para todos os agentes da enfermagem. Entretanto, não foram observados, nem mencionadas nas entrevistas, desconforto ou descontentamento com essa forma de organização do cuidado de enfermagem. Pode-se observar que as profissionais de nível médio pouco se envolvem ou conhecem a metodologia, estão habituadas a cumprir as prescrições médica e de enfermagem e realizar suas anotações dos cuidados prestados sem muita reflexão de suas implicações. Entretanto, houve uma referência mencionada por uma técnica de enfermagem que se sente orgulhosa de trabalhar em um local que existe a metodologia da assistência.

Eu gosto da metodologia, acho que é importante porque cada paciente tem seus cuidados prescritos. Eu não vejo isso em outro hospital, a metodologia, me sinto orgulhosa da enfermagem do HU. Ah! Eu gosto de tudo aqui, Eu gosto da humanização com que são tratados os pacientes, acho que eles são muito bem tratados, com muito respeito (TE2).

A preconização da sistematização da assistência diária para os/as pacientes, mesmo sendo concebida como cuidado integral, está basicamente voltada para o atendimento das necessidades biológicas, razão pela qual há a necessidade de um reforço constante às questões técnicas do trabalho deparando-se, muitas vezes, com

enfermeiras despreparadas para sua realização, principalmente no que se refere à evolução de enfermagem que requer embasamento teórico para uma análise dos cuidados que foram prestados por toda a equipe. Cientes dessas dificuldades, as enfermeiras relatam, com frequência, a necessidade de ampliar seus conhecimentos sobre as doenças e sobre o modo de realização dos registros de enfermagem.

Cursos como os da metodologia, a gente queria porque queria, era a gente que estava com essa dúvida, essa angústia porque na emergência a gente acaba correndo tanto para lá e para cá que a nossa preocupação é que a gente estava devendo na metodologia. Tinha que aprender mais como fazer! Não sei se é por causa da questão da formação que a gente preza, mas a gente ficava muito ansiosa, “meu Deus do céu, não estou fazendo a metodologia”. Esse curso eu acho que também além de ter sido chamado, eu acho que foi por vontade nossa em razão da importância que a gente dá para a assistência (E5).

O curso de Metodologia, eu acho que já fiz uns 3 quando eu entrei e fiz mais 2 depois, porque a gente precisa estar renovando para fazer melhor as evoluções e a análise do cuidado. Acho que a gente tem bastante que melhorar, bastante mesmo (E3).

A realização sistemática do planejamento da assistência tem sido uma aspiração constante da enfermagem, que vê essa prática como uma possibilidade de dar visibilidade ao trabalho da enfermeira, conferindo à profissão um *status* científico. Nessa perspectiva, Leite e Ferreira (1998) afirmam que a sistematização da assistência faz parte da identidade profissional da enfermeira. No entanto, a profissão, fortemente influenciada pelo modelo biomédico, ainda apresenta dificuldade de estabelecer o que é conhecimento próprio da enfermagem, o que diz respeito ao “cuidado de enfermagem” e isso aparece como dificuldade quando do registro das ações de enfermagem, justificando a preocupação das enfermeiras com as capacitações nessa área. Coerentes com a preocupação da dimensão técnica da competência para a realização da sistematização da assistência, as enfermeiras integrantes deste estudo lembram, com mais clareza, da participação nessas capacitações, provavelmente, pela aderência às suas necessidades.

Considerando que o conhecimento evolui infinitamente, espera-se da prática da educação permanente o reconhecimento que o conhecimento é infinito e portanto torna inútil tentar conhecer tudo; o que se preconiza é ensinar a buscar o conhecimento sempre que houver necessidade e enriquecê-lo com as experiências vivenciadas (FREIRE, 1999; DELORS 2003). A educação permanente se faz necessária uma vez que a formação da graduação não dá conta dos avanços do conhecimento para atender à demanda do cuidado diário, sendo que as profissionais necessitam, dessa forma, de atualização constante e, isso é percebido pelos integrantes do estudo.

A percepção das integrantes do estudo acerca da necessidade de formação constante para a realização da sistematização da assistência vai ao encontro da concepção de autores como Ferreti (2004). Para o autor, a aquisição de competências constitui-se mais no "saber-ser" do que no "saber-fazer" em situações concretas do trabalho em que há a articulação dos vários saberes, oriundos de várias esferas (formais, informais, teóricos, práticos) para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade, trabalhar em equipe, pois saber resolver conflitos torna-se cada vez mais importante. A possibilidade de uma prática assim pensada requer maior envolvimento da equipe e dos/as pacientes na definição da assistência como forma de ultrapassar a visão apenas biológica e técnica do cuidado de enfermagem.

A transferência do saber-fazer pelo saber-ser significa a transferência do trabalho repetitivo, rotineiro, alienante, prescritivo, por um trabalho crítico, de diálogo, participativo, no qual é preciso diagnosticar, prevenir, antecipar, decidir e interferir em relação a uma dada situação concreta de trabalho. A natureza desse tipo de trabalho reveste-se na imprevisibilidade das situações, nas quais a profissional ou o coletivo de profissionais tem de fazer escolhas e opções todo o tempo, ampliando-se as operações mentais e cognitivas envolvidas nas atividades, mas ao mesmo tempo, suas manifestações de subjetividade.

6.3 A dimensão relacional/comunicacional da competência

A dicotomia do pensamento cartesiano vem sendo questionada e busca-se cada vez, com mais afinco, a sua substituição por uma atitude interdisciplinar, em que mente e corpo, intelecto e emoção são integrados para dar maior significado a cada experiência da vida. É nesse contexto que a competência relacional indica o comportamento, as emoções, os sentimentos que se manifestam nas relações (RIOS, 2001; MOSCOVICI, 2005, DELORS, 2003) e que em complementaridade, as outras competências vem constituindo o ser humano.

Para Delors (2003, p. 96), aprender a conviver ou viver junto "é um dos maiores desafios da educação". Para o autor, a alta competitividade tem levado o ser humano à individualidade e à geração de muitos conflitos relacionais. Como forma de superação, indica uma prática de participação, de realização do trabalho em equipe, do

reconhecimento da diversidade e individualidade das pessoas.

Neste mundo complexo, a competência relacional esteve por longo período relegada a segundo plano pela valorização da razão como elemento transformador do mundo. Hoje, re-valorizada essa competência, inclui-se como fundamento para as inter-relações que o ser humano mantém nas esferas do mundo pessoal e do mundo do trabalho, a recuperação do sentimento, da emoção, das interações e demonstrações de respeito, empatia, afeto diante das diferenças e diversidades.

Ao questionar as profissionais acerca de quais mudanças percebiam serem decorrentes das capacitações que visam o desenvolvimento da dimensões relacionais/comunicacionais, as entrevistadas destacam que a possibilidade de ter um espaço para refletir a prática, favorece mudanças no relacionamento interpessoal entre profissionais e entre profissionais e pacientes.

Já teve situações mesmo aqui dentro que mudaram e estão diferentes até hoje. Que as pessoas pensaram e refletiram nesta questão de relacionamento interpessoal. E tem pessoas que continuam assim (não mudam) porque já é uma característica da personalidade, uma pessoa mais séria (TE1).

As mudanças? A forma de lidar com a equipe. Acho que a forma de lidar com os problemas do paciente, com as dificuldades, com os erros que acontece. Acho que mais isso (E2).

Eu vejo que a modificação acontece também entre nós na hora de compartilhar os dados, porque antes eu percebia que eles (funcionários) iam para os cursos e não voltavam com as informações. Eram aquelas aulas mais maçantes do começo, lá quando eu comecei aqui. Agora depois do VTM eu tenho percebido que pelas técnicas diferenciadas de educação, pela coisa da sensibilidade, do toque, do estar junto que isso modificou e que acaba mostrando que eles percebem que a gente cresceu e que eles também ficam felizes porque estão crescendo. Isso eu tenho notado (E4).

Para Moscovici (2005, p. 36), a “competência interpessoal é a habilidade de lidar eficazmente com relações interpessoais, de lidar com outras pessoas de forma adequada às necessidades de cada uma e às exigências da situação”.

De modo geral, as participantes apontam a interferência das capacitações relacionais oportunizando espaço para a reflexão das relações interpessoais internas do trabalho, no que consiste em uma ajudar a outra na realização de tarefas que exigem mais esforço físico na unidade. A necessidade de ajuda na execução do trabalho é mais fortemente percebida pelas técnicas de enfermagem que em seu processo de trabalho ficam responsáveis por um número “x” de pacientes para a realização do cuidado integral, que normalmente fica em torno de 8 pacientes. Enfatizam que há dificuldade por parte de algumas profissionais de perceberem a dinâmica da unidade e se colocarem à disposição

para ajudar.

Na instituição em estudo, normalmente a equipe é formada por uma enfermeira assistencial por turno de trabalho e por quatro a cinco técnicas ou auxiliares de enfermagem. A divisão de tarefas para prestar o cuidado direto ocorre entre as técnicas e auxiliares de enfermagem ficando cada uma em média com 7 a 8 pacientes para realização do cuidado integral. O modo como organizam e dividem o trabalho assistencial representa ainda o modelo hegemônico do trabalho em saúde caracterizado pela divisão parcelar do trabalho. Quando essa divisão sobrecarrega em função de uma ou mais pacientes sob sua responsabilidade exigirem cuidados mais complexos ou que exijam maior força física, há a necessidade de auxílio por parte das demais profissionais e isso nem sempre ocorre de maneira espontânea, sendo percebido pelas profissionais como fator de desconforto. Entretanto, na observação percebi que apesar de cada profissional ficar responsável pela assistência de determinados pacientes existe ajuda entre elas, ou seja não são todas que utilizam esta prática.

Percebe-se que, se de um lado, as profissionais valorizam mais a dimensão técnica do trabalho, por outro, reconhecem que há inadequações no relacionamento interno da equipe quanto à ajuda para prestar o cuidado. Nesse sentido, relatam a necessidade de se investir muito no relacionamento da equipe uma vez que evidenciam os conflitos e as dificuldades relacionais no trabalho.

No companheirismo. Eu acho que precisa investir no companheirismo, no trabalho em equipe. Eu acho que é bem diferente daquela pessoa que nunca vai a curso nenhum, nunca faz nada, só vive no seu mundinho, vem aqui, chega faz o seu trabalho, vai lá, faz o seu lanchinho, continua no seu serviço. Eu acho que é bem assim. Não tem aquela conversa, aquele companheirismo. Até mesmo de ajudar, Ah! está precisando de ajuda, não está? Não tem muito isso. Eu já sou mais assim: terminaram, querem ajuda? Quer que eu faça alguma coisa para você? Leve paciente? Tem gente que não, enrola com o seu trabalho. Se tu pedir, ajuda, mas não oferece nunca (TE2).

Eu acho que quanto à equipe de enfermagem, a equipe de trabalho ainda é um dos pontos mais delicados na assistência de enfermagem. Sempre achei, porque cada unidade, cada setor, cada serviço de saúde tem uma dinâmica que é muito própria, muito específica daquele lugar e acho complicado. Não posso dizer que vi mudanças porque eu entrei agora. Não sei como funcionava antes, é difícil de avaliar se você não está lá há muito tempo. Eu acho que é um ponto que é bem complicado, não existe muita ajuda entre as equipes (TE4).

É nesse contexto de aprimoramento das relações que Habermas (1998, 2001) defende uma razão que dialoga e se exerce na intersubjetividade dos sujeitos. Traz o autor a premissa de que, pelo diálogo, há uma disposição dos sujeitos para o consenso, porque a linguagem permite que se estabeleça um entendimento não só acerca dos

objetivos, mas também dos elementos prático-moral e estético-expressivo em que se busca o entendimento. Para ele, é impossível pensar o ser humano fora das relações que estabelece com o outro, denunciando que o ser humano obteve grande domínio tecnológico, mas não soube encaminhar os problemas da convivência e da ética.

A habilidade de se relacionar, de lidar com situações interpessoais para Moscovici (2005, p. 37), engloba várias habilidades a serem adquiridas: “flexibilidade perceptiva e comportamental, que significa procurar vários ângulos ou aspectos da mesma situação e atuar de forma diferenciada, não-rotineira, experimentando novas condutas percebidas como alternativas de ação”. Reconhece, assim, que aumenta o repertório individual, permitindo sair dos limites estreitos da conduta estereotipada do dia-a-dia, sendo que, os conflitos que ocorrem nas relações são percebidos pelo grupo como fator que dificulta e traz desmotivação para o trabalho. Gelbcke (2002) coloca que a colaboração é mais freqüente entre as profissionais do mesmo turno, ocorrendo mais facilmente rixas entre os turnos, muitas vezes por atividades que acabam ficando de um turno para outro. Entretanto, existem também divergências entre unidades que são percebidas como desmotivadoras e requerem ajustes.

Eu acho que ainda falta um pouco de interação na equipe, um pouco de um ajudar o outro aqui. Estou falando do meu turno, da minha vivência. Falta um pouco de ajuda, já foi pior, muito pior, mas hoje, de vez em quando acontecem estas situações (de não ajuda e conflitos), não é diariamente que as pessoas não se ajudam, mas de vez em quando acontece (TE1).

Existe ainda uma rixa entre turnos. Entre os turnos da manhã, da tarde e da noite. Que são turnos diferentes, então às vezes o pessoal da noite não tem noção do que a gente passa de manhã, por exemplo. Eles chegam, não tem residente, não tem ninguém azucrinando. O turno da manhã é bastante corrido, é bastante complicado! Se a gente não tiver uma equipe forte para poder dizer “ô fulano por favor faz isso para mim’ ele vai e faz, é diferente! Virar ou trocar ou lavar ou limpar, enfim tudo. E são turnos diferentes a gente tem que entender. [...] Até porque a gente teve problemas com a chefia e tudo. Fizemos uma reunião (entre os profissionais da unidade) onde tinha várias pessoas de vários turnos e teve gente que disse: “Meu Deus, mas vocês estão falando de coisas que não existem”. [...] O pessoal que trabalha no noturno vem cumpre as 10 noites e vai embora o outro dia é diferente. Aí esta mesma pessoa que falou, um dia trabalhou de manhã e disse: eu me arrependi amargamente de ter defendido a pessoa (chefia) naquele dia. Então também é bom para olhar, ter uma visão, trabalhar nos vários turnos e ver que são turnos diferentes. O pessoal da noite é bastante fechado! Eles tem o mundinho deles, a equipe deles e deu acabou! Tu não consegue uma troca de plantão, tu não consegue nada disso. É aquela coisa, a noite é minha ninguém tasca e o pessoal do dia que se dane. Teve uma época braba, ninguém queria trabalhar, precisava de cobertura, ninguém queria cobrir. Está, complicado, muito atestado, muita troca de enfermeira. De manhã a gente é bem companheiro nisso também, questão de não faltar ou de trocar: “por favor vamos trocar porque daí eu venho”. Então, a gente troca bastante, é muito difícil ter furo de manhã, pode notar. Agora, à tarde sempre tem furo! Tipo de ligar meio-dia e meio: “ô eu não vou!”. Então, eu se tenho que faltar eu já penso são 5 comigo se eu faltar vai ficar 4. Então às vezes a gente vem meio baleada mesmo,

mas vem. Eu pelo menos sou assim. É muito difícil faltar, deixar o pessoal na mão (TE3).

O cotidiano de uma instituição hospitalar abrange as mais diferentes formas de relação, quer entre os agentes que nela atuam, quer com a clientela atendida. As relações que se estabelecem nesse espaço estão permeadas por relações de poder ou de autoridade de umas sobre as outras, portanto, um *locus* em que se manifestam as subjetividades, uma vez que não há exercício de poder, ou apreensão ideológica, senão no sujeito que as vive. Essa relação mantida no interior das instituições hospitalares, entre as diversas profissionais da área da saúde para prestar assistência, implica na inter-relação entre elas. Historicamente, nas instituições de saúde, as relações entre as diversas profissionais, dentre elas a enfermagem, têm sido de subordinação ao profissional médico, embora cada uma das profissões detenha algum espaço de autonomia. Ainda assim, considerando que o médico detém o monopólio sobre o diagnóstico e a terapêutica, decide sobre a admissão e alta, sobre a necessidade de exames e outros, a autonomia das demais profissionais é bastante restrita.

A enfermagem, integrante do conjunto de profissionais da área da saúde, atua diretamente no cuidado à saúde da população através de um trabalho coletivo. O trabalho coletivo tem sido valorizado há muito tempo, em processos sociais nos mais diversos campos de atuação humana. Ao analisar o trabalho na modernidade Burnier (2006) analisa que se por um lado o trabalho isolado dá a profissional uma dose de autonomia, por outro lado ele o relega às suas próprias limitações de formação, de percepção e de criatividade. “Crescer é desafiar-se, é estabelecer relações, é inventar novas soluções, é desenvolver um novo olhar sobre sua própria prática e para isso o melhor caminho é a troca entre iguais” (BURNIER, 2006, p.145).

A forma como é organizado o trabalho de enfermagem para prestar o cuidado pode gerar satisfação ou insatisfação nas profissionais. Estudos como os de Matos (2002, 2006); Pires (1998); Gelbcke (2002) apontam que a enfermagem adota os princípios de organização do trabalho influenciada pelo modelo de trabalho parcelado e pela gerência taylorista-fordista, e também, está sendo influenciada pelas inovações tecnológico-organizacionais do processo recente de reestruturação produtiva, que podem neste sentido trazer satisfação ou sofrimento ao trabalho.

As normas, rotinas, padrões fazem parte do cotidiano de trabalho da enfermagem, com vistas à qualidade da assistência prestada, sem considerar o quanto esta forma de organização rotiniza e robotiza o trabalho da enfermagem,

além de permitir selecionar e treinar a profissional conforme padrões definidos, facilitando o controle do seu trabalho (GELBCKE, 2002, p. 38).

Esta forma de organização acentua a alienação da profissional do processo de trabalho, de modo que concepção e execução cabem a indivíduos diferentes. A instituição em estudo não foge a estas características apresentadas pelas autoras acerca do trabalho em saúde, de forma que a maneira como a enfermagem organiza seu trabalho na percepção das profissionais, interfere tanto na qualidade do cuidado prestado, como na satisfação das profissionais em executar seu trabalho (MATOS, 2006). A não existência de um espaço para discussão sistemática das profissionais no dia-a-dia sobre as questões de organização do trabalho acaba rotinizando o trabalho e causando acomodação e sofrimento. A esta condição Dejours (1996, p. 137) discute como sofrimento patológico

quando todas as margens de liberdade na transformação, gestão e aperfeiçoamento da organização do trabalho já foram utilizadas. Isto é, quando não ha nada além de pressões fixas, rígidas, incontestáveis, inaugurando a repetição e a frustração, o aborrecimento, o medo ou o sentimento de impotência.

Nesse sentido, as discussões realizadas no cotidiano do trabalho permitem a expressão das subjetividades de cada uma, e nestes espaços pode-se criar a solidariedade necessária para a realização do trabalho em saúde e, nessas relações cotidianas provocar mudanças que sejam construídas coletivamente. Assim, a educação pode acontecer em qualquer espaço desde que as pessoas estejam abertas à aprendizagem.

No que diz respeito à interferência da organização do trabalho para a manutenção de relações harmônicas ou não, a divisão diária de tarefas para a execução do cuidado e o déficit de pessoal em escala são as dificuldades relatadas que desestimulam criando situações de descontentamento com o trabalho. As expressões referidas pelas profissionais dizem respeito a pouca atenção que podem dar aos/as pacientes em função da divisão de tarefas não se dar de forma igualitária e da insuficiência de pessoal para prestar o cuidado. Sobre a organização do trabalho as integrantes destacam que a assistência é organizada através da divisão de pacientes internados pelo número de profissionais trabalhando.

É sempre por quantidade de pacientes, a gente divide os pacientes pelo número de funcionários que estão trabalhando no dia, às vezes uns pegam os pacientes mais pesados e outros ficam com pacientes independentes (TE6).

A divisão de tarefas é sempre por número de pacientes. Roda da frente até o final, independente se você pega 2 ou 3 dependentes. Geralmente é assim. Tu vais rodar na frente, se o da frente tem 2 que é muito grave, aí ela (enfermeira) dá mais 1, mais 2 só, mas roda assim. Você vai lá e faz o seu (TE2).

A maneira como cada unidade e turno de trabalho faz sua divisão de tarefas diárias é muitas vezes reconhecida pelas participantes como insatisfatória. Essa análise está em consonância com os estudos de Gelbcke (2002) e Matos (2002) sobre a organização do trabalho da enfermagem na instituição em estudo. As autoras constataram que a forma como este é organizado traz mais especificamente para as técnicas e auxiliares de enfermagem insatisfações por ocorrer rigidamente a divisão de tarefas e estes não ocuparem espaço no registro e planejamento das ações de enfermagem. Esta é uma das razões que pode justificar as relações de poder internas da enfermagem que também são causas de insatisfações e conturbadas relações interpessoais. Cada enfermeira tem o seu próprio estilo de gerenciar e organizar a assistência e isso pode prejudicar as profissionais de nível médio se não forem distribuídos igualmente as atividades, podendo sobrecarregar umas e deixar outras ociosas. A expectativa de superação dessa forma de organização do trabalho da enfermagem vem sendo construída através da possibilidade de um planejamento participativo de modo a ampliar a participação das profissionais nos processos decisórios da categoria.

Na dinâmica do trabalho da enfermagem, é de fundamental importância saber gerenciar e fazer negociações sobre os conflitos existentes para a harmonia e, conseqüentemente, melhor rendimento de toda a equipe. O conflito é considerado positivo quando serve de estímulo para a mudança, obrigando as instituições ou as pessoas a adotarem respostas rápidas, soluções criativas, conciliatórias e de qualidade para resolver os problemas. Para a autora, a convivência com o conflito de forma negativa pode gerar uma relação de hostilidade, o que dificulta a comunicação e a convivência. A superação dos conflitos permite o desenvolvimento de lideranças compartilhadas e de habilidades de negociação e comunicação “que tem início nos processos de discussão, com a apresentação dos fatos, dos sentimentos e das impressões de todos os envolvidos na situação” (KURGANT, 2005, p. 58).

Autoras como Padilha e Souza (2002, p. 25) têm contribuído para a discussão da comunicação quando afirmam que esta ocorre através de normas e rotinas “delimita o espaço de poder entre as profissionais reduzindo a possibilidade de haver uma

confluência de interesses que tragam benefício tanto para as de enfermagem quanto para aquelas que precisam de atendimento”. Assim, a distribuição de tarefas deve ser diariamente negociada por um processo de comunicação franca na qual possam ser ouvidas ambas as partes, as que pensam o trabalho e as que executam este trabalho, tentando, assim, diminuir essa dicotomia.

o que aconteceu, até comigo mesmo, que um dia estava conversando sobre a divisão de pacientes, de manhã, que cada dia que tu chega é dividido os pacientes. Então, uma enfermeira tem um estilo de dividir, a outra tem outro estilo. Então, tu vem hoje pega aquele determinado paciente com uma enfermeira. Amanhã tu vem é outro tipo, então tu ficas prejudicado na divisão de ontem. Foi isso que a gente tentou conversar com elas para entrar no bom senso e fazer a mesma divisão. Porque às vezes tem pacientes pesados tu ficas com 2 pacientes: tu ficas com um pesado mais 2 independentes. Amanhã é outra enfermeira, tu ficas com aquele pesado e mais 5 pacientes. Às vezes a gente dá aquele pitizão na hora! Ah! que droga! Sabe assim! Eu comecei a fazer hora extra de manhã. Olha, nunca mais eu vou vir fazer hora extra de manhã, porque assim não dá, aquela briga toda. Aí quando eu vim para a manhã, um dia eu falei: “não dá, vocês tem que entrar num bom senso, vocês duas porque senão não vai dar certo”. Acabou que acertamos tudo! (TE2).

A prática do diálogo que permita a troca de experiências e a possibilidade de expressão das envolvidas é apontada como estratégia fundamental quando se quer obter o consenso, a satisfação sem o uso da coerção (SOUZA, 2005, HABERMAS, 2002).

Normalmente a divisão de tarefas e o conhecimento da condição de saúde dos/as pacientes que serão atendidos no turno de trabalho são realizados durante a passagem de plantão. Este é um momento em que toda a equipe se reúne para decidir os rumos da assistência, determinando prioridades e encaminhamentos. A passagem de plantão ocorre de maneira diferente em cada unidade, mas normalmente cada profissional repassa as informações dos/as pacientes que ficaram sob sua responsabilidade e a enfermeira faz a complementação de informações relacionadas aos exames, condutas, diagnósticos, prognósticos, previsão de altas, entre outros. É nesse momento que são também resolvidos os conflitos internos da equipe, discutidas as patologias. Este é um espaço que se realiza a educação permanente.

Machado (2002), discutindo a passagem de plantão, aponta que esta deva servir como um espaço de discussão no trabalho para que o nível médio fale suas necessidades, mesmo que seja sobre os cuidados mais rotineiros da assistência de enfermagem, sendo esse momento fundamental para o exercício da democracia e minimização de conflitos internos na equipe.

A distribuição de tarefas entre as profissionais também é realizada na maioria das

unidades durante a passagem de plantão. Esta distribuição ocorre de acordo com o grau de formação de cada membro da equipe, executando um trabalho muitas vezes parcelar e funcional. Autores como Pires (1999); Matos (2002); Gelbcke (2002), defendem a importância de um trabalho integral ao/a paciente como forma de ter uma visão mais global e melhor interação com o/a paciente.

Pires (1999, p.41) define cuidado integral como aquele em que

os trabalhadores de enfermagem ficam responsáveis pelo atendimento integral do paciente, prestando todos os cuidados necessários em cada turno de trabalho. Possibilita uma visão mais global das necessidades do paciente, tornando o trabalho mais criativo. Rompe com a divisão parcelar do trabalho.

A instituição assume na organização do trabalho a realização do cuidado integral nas diversas unidades e situações de saúde, porém o que a prática e a observação permitem identificar é que este cuidado tido como integral na verdade ocorre mais especificamente nos turnos matutino e vespertino, enquanto que o noturno é utilizado ainda o cuidado funcional, em que as profissionais de enfermagem dividem seu trabalho por tarefas, ficando uma responsável pela medicação, outra pelos sinais vitais, outro pela realização de curativos. A justificativa apresentada pelas profissionais para esta atitude relaciona-se ao número reduzido de profissionais que atuam no noturno.

As falas das profissionais expressam a forma como dividem as atividades no trabalho, identificando a realização de um cuidado integral. A sobrecarga de trabalho e o número insuficiente de pessoal, bem como o grande número de pacientes por profissional e o pouco tempo para a realização de todas as tarefas previstas em um turno de trabalho é apontado por elas como fatores limitantes na realização de um cuidado mais humanizado e na manutenção de uma relação mais efetiva com o/a paciente. Assim, reconhecem que poderiam se dedicar mais ao/a paciente neste momento de fragilidade que enfrentam, se o dia-a-dia fosse menos corrido. Constatei durante as observações que ocorrem muitas interrupções no trabalho da enfermagem, quer por solicitação dos/as pacientes, dos/as acompanhantes ou de outras profissionais, que solicitam informações, chamadas para atendimento de telefone, campanhas, que deslocam o profissional de um lado para outro, que impõe à equipe de enfermagem a realização de uma multiplicidade de atos, muitos destes não planejados.

Às vezes eu me sentia um pouquinho lenta por dar atenção ao paciente, porque eu gosto de dar bastante atenção para o paciente. Eu não aprovo chegar no quarto e tá, tá, (fazer as coisas rapidamente e sair. Eu não gosto. Se tu pára 5 ou 3 minutos para conversar com cada paciente tu já vai se atrasar em alguns

minutos (TE5).

Você não pode dar atenção suficiente para o paciente, pois você tem 6 horas para cuidar de oito pacientes e ter que fazer tudo. Às vezes dois acamados e seis pacientes deambulando mais os cuidados, medicação e tudo, tu não consegue parar para escutar o paciente. Fica uma coisa mecânica (TE6).

O pessoal todo que trabalhou comigo e trabalha hoje são super educados, super atenciosos com os pacientes. Às vezes tu achas que eles na clínica médica que eu trabalhei, deveriam ter um pouquinho mais de atenção com o paciente, mas como é muito paciente para um funcionário, oito pacientes para um funcionário. No turno são quatro funcionários para trinta pacientes, as vezes fica um com sete, um com oito, então o tempo para quantidade de pacientes não dá para dar aquela atenção suficiente, a mesma atenção que a gente dá na UTI. Na UTI dá para fazer tudo esquematizado, fazer tudo direitinho, enquanto que na médica a gente gostaria de fazer as mudanças nos pacientes, aquelas massagens que a gente faz na UTI e não dá para fazer. Então tem muita diferença entre as unidades de clínica médica e UTI (TE5).

Mesmo reconhecendo todas as dificuldades apresentadas pelo número reduzido de profissionais, ainda assim existe por parte das profissionais o reconhecimento de que o cuidado integral é a melhor forma de prestar assistência aos/as pacientes.

Assumo o cuidado integral. Eu chego ali às sete, fico com oito pacientes e termino com oito pacientes, integral. Eu acho correto isso, mas a clínica médica se tivesse um pouquinho mais de funcionário, dava para dar uma atenção melhor para os pacientes. É isso que a gente sempre reclamou (TE5).

Em relação as funcionárias (nível médio), é cuidado integral, as funcionárias já tem escala semanal de segunda a sexta de quais os pacientes elas vão ficar a cada dia. Toda semana é verificado, é feito o conjunto de pacientes de acordo com as necessidades de cuidados deles. Ou se o quarto fica mais perto ou mais longe estas coisas são avaliadas. Mas durante a semana se mudou muita coisa, se acontece de mudarem as condições do paciente e tem funcionária que está sem nenhum paciente com banho de leito, principalmente o banho de leito que é mais questionado e tem uma com 2 pacientes independentes, a gente troca na escala e fica dividido um para cada uma. Eu acho o cuidado integral a forma mais correta e humana de trabalhar (E3).

A ação do cuidar traduz-se em atender as necessidades de saúde de indivíduos. Para o atendimento dessas necessidades requer-se ações de cuidado biológico, de interação, acolhimento, zelo, atenção, apoio, compreensão. Nesse sentido, as relações entre as profissionais devem ser harmônicas para que consigam, em conjunto, prestar o cuidado integral.

Nesse cenário, o processo de cuidar em enfermagem envolve a realização de várias atividades como cuidados físicos e biológicos (banhos, curativos, sondagens, medicações, aspirações, auxílio-alimentação, entre outras atividades), e cuidados psicológicos, espirituais e educativos (orientações, encaminhamentos, educação à saúde) que são distribuídos entre as integrantes da equipe de enfermagem de acordo com o

grau de complexidade de cada ação e do nível de formação de cada integrante. As profissionais identificam a importância desse trabalho e sentem-se responsáveis pelo cuidado que é prestado.

E além disso, também acho que é muito da consciência do profissional que é desenvolvida na instituição, que eu vejo que aqui a gente tem essa flexibilização, essa discussão de que a gente chega e percebe que dar um banho não tem nada de ridículo porque você não vai ser menor que o atendente. No banho, você faz exame físico, no banho você conhece o paciente, você conhece a família, tu consegue avaliar a lesão e na hora de fazer a evolução de enfermagem você tem muito mais dados. [...] é um ser humano que está ali (E4).

A gente tem muitos pacientes graves que precisam muito de cuidados de enfermagem, pacientes inclusive que não tem mais nem muita prescrição médica, não tem mais tratamento, está fora de alcance terapêutico, por exemplo, mas cuidado de enfermagem tem muito. E esses pacientes devem ter atendimento, precisam de muita assistência, a metodologia acaba ficando sempre para o final do período e a gente faz daquela maneira que dá, e eu acho que claro, a gente tenta não prejudicar o paciente naquele momento, mas a assistência como um todo fica prejudicada (E3).

No que se refere à avaliação de como ocorre as **relações de trabalho**, estas não são percebidas igualmente pelas profissionais. Há as que percebem que a mesma é tumultuada e gera conflitos internos frequentemente e outras entendem que há um relacionamento harmonioso na realização das tarefas diárias. Estes aspectos interferem sobremaneira na realização da educação permanente realizada informalmente no fazer diário. A educação permanente neste sentido pode preparar cada profissional para compreender a si mesmo e ao outro através de um melhor conhecimento do mundo. Reconhecendo esta importância presente nas relações de trabalho, enfermeiras expressam suas dificuldades em coordenar a equipe pelo reconhecimento de que só é possível trabalhar com a equipe de nível médio se estiverem unidas e houver respeito e participação das decisões do cuidado.

Eu não consigo só mandar, eu sempre trabalho junto. Chamo, e a equipe vai. Me parece que se a gente não vai junto só manda não funciona, então a gente tem que participar. A gente acaba sendo coordenadora da equipe, chefe, líder, mas junto com a equipe. Se a gente não anda junto à equipe não anda. Eu disse para a chefia que não nasci para mandar em ninguém, eu não sei ser chefe. Eu nasci para trabalhar em equipe. Eu disse para ela assim, para coordenar uma equipe é diferente de ser chefe. Eu não tinha muita postura de liderança e eu aprendi muito com os cursos depois que eu entrei aqui. Eu acho que a humildade foi a base de tudo, a gente discutiu muito a questão assistencial no início, porque tinha muitos vícios, anos de profissão, por isso que eu digo que não sou chefe de ninguém, a gente coordena uma equipe que trabalha unida, faz reuniões embora a noite nem sempre é prioridade, mas a gente sempre faz reuniões depois que tem reunião do enfermeiro, então acaba não sendo muito sistemático, e dentro dessas situações a gente aborda a assistência (E5).

Para uma organização funcionar, regras, normas e rotinas são necessárias, porém o problema destas formas de organização está na ausência da participação do/a profissional na sua elaboração e aplicação. As normas geralmente são verticalizadas, instituídas sem consulta as profissionais ficando restritas as gerentes de unidades ou divisão, gerando, por vezes, desconforto, insubordinação, desgaste.

As relações como são percebidas nos processos de trabalho em saúde por estudos como os de Carapinheiro (1998), que discute o poder nas relações mantidas no ambiente de trabalho das organizações de saúde, apontam relações assimétricas entre as categorias profissionais confirmando maior poder da categoria médica sobre as demais. Esta percepção é compartilhada por algumas profissionais que percebem a necessidade da enfermagem buscar conquistar seu espaço junto às demais categorias para se firmar como profissão competente.

A diferença que eu percebo também é a nossa relação com a equipe médica, totalmente diferenciada quando tu te dá o respeito, o devido valor porque se tu mostra que tem competência no que estais falando, eles aprendem a te respeitar e isso não precisa de grito, não precisa de ignorância, de nada. É só mostrando no dia a dia o teu trabalho (E1).

E agora na reforma, o fato de eu estar fazendo pós-graduação, eu fiquei triste, porque não é um título que te faz ser melhor ou pior. Fiquei muito decepcionada com a situação que vivi na comissão (Comissão interdisciplinar de trabalho). Quando souberam que eu estava fazendo pós-graduação, daí comecei a ter voz, até então eu não tinha. Não na enfermagem, de maneira geral, todo mundo falava, quando eu ia falar alguma coisa eu era cortada, era como se eu estivesse falando para a parede. E de repente começaram a me olhar diferente. Não sei, alguém deve ter comentado e uma das pessoas me perguntou: estais fazendo pós-graduação é verdade? Eu disse estou, aqui na Federal. Ah é, eu não sabia que estava fazendo pós-graduação. E a partir daí a pessoa dizia para mim: fala [...] nas reuniões. E aquilo me deixou muito triste, na época eu fiquei tão traumatizada com aquilo que eu pensava: Meu Deus até então eu não era nada, agora eu passei a ser porque eu tenho um estudo em desenvolvimento, que é isso? O que é esse Dr que as pessoas dão tanto valor?. E claro começaram a ouvir as coisas num nível que para mim é natural. E foi impressionante a diferença por uma titulação, que eu acho uma palhaçada e isso me deixou bem revoltada no começo. Depois eu comecei a perceber que eles começaram a olhar a [...] sem o curso de pós-graduação, começaram a ver a enfermeira se preocupando com a unidade, indo atrás das coisas, que realmente funciona quando a gente deseja e, tem que vestir a camisa. A gente precisa disso, porque não adianta vir para cá receber o meu salário e ir embora, eu não consigo conceber isso. Por isso a minha tristeza com a situação lá. Porque eu não posso entrar num lugar muda e sair calada e ficar feliz com isso sabe, mas é porque parece que eu não me sinto integrada, isso que é uma coisa que me deixa bem mal, mas às vezes a vida exige (E4).

Esta situação vivenciada por E4 não é incomum no trabalho em saúde. Em seu doutoramento, Matos (2006) identifica a prática interdisciplinar como forma de superação da hegemonia de uma categoria sobre a outra, apontando a conquista de maior

autonomia e liberdade de ação.

Reforçando esta idéia, Gómez e Barros (2002) afirmam que na medida que se quer mudanças nos processos de trabalho, o desafio que se coloca é o de incorporar a construção de novos quadros teórico-conceituais na criação de propostas que afirmem e reafirmem uma ética dialógica, em ruptura com as formas hegemônicas de trabalho para o fortalecimento da produção da subjetividade das profissionais. Enfatizam que a não valorização dos sujeitos profissionais limita e fragiliza sua autonomia e produz uma subjetividade de submissão e repetição.

Erdmann e Lentz (2003) descrevem que os elementos que estruturam a vida das profissionais no cotidiano do trabalho em saúde é marcado pelo jogo das diferenças, das formas de poder, das regras e normas que regem as organizações, nos envolvimento e pertencimentos, na liberdade e autonomia entre outros, que são vivenciados diariamente no contexto complexo das instituições.

Embora na instituição estudada a enfermagem atue utilizando-se do modelo de “cuidados integrais”⁶ para a distribuição de tarefas entre os agentes de enfermagem, o modelo conserva muito da divisão parcelar do trabalho por competência profissional. No que se refere as demais áreas profissionais, não existe a necessária integração interdisciplinar; as médicas dominam a determinação a assistência que os/as pacientes recebem e com isso estabelecem uma relação assimétrica com as demais profissionais, e inclusive com as enfermeiras. Estas últimas, da mesma forma, realizam isoladamente o planejamento do cuidado que é realizado pelas técnicas e auxiliares de enfermagem, o que resulta que todas têm uma visão limitada sobre o/a paciente, seus problemas e necessidades, bem como, de acordo com a posição que ocupam na escala de decisão, menor ou maior poder de participação nos processos decisórios.

Para algumas profissionais a consolidação de seu espaço junto à equipe deve ser conquistado permanentemente mesmo reconhecendo não ser uma tarefa fácil.

Acho que com o passar dos anos eles (médicos) foram aprendendo, acho que a enfermagem foi conquistando com muito suor um pouquinho de respeito, mas é porque tem que ter. Não é fácil, principalmente porque eu acho que na clínica cirúrgica é difícil, mas acho que a enfermagem está conseguindo conquistar,

⁶ Cuidado integral segundo Pires (1999) refere-se a realização de todos os cuidados de enfermagem a um doente ou grupo de doentes por um único profissional e enfermagem em um turno de trabalho. Neste modelo as atividades de planejamento da assistência permanecem como exclusivas do enfermeiro. Capella (1998) ressalta que embora o planejamento da assistência seja atividade exclusiva do enfermeiro, no cotidiano, essa pode ser pensada e implementada a partir da articulação entre o enfermeiro e o profissional de nível médio, e inclusive do paciente e família, tornando a definição da assistência um momento de integração entre os envolvidos no cuidado.

porque também a gente, sem modéstia, mas a gente faz por merecer! (TE4).

Cecílio e Merhy (2003, p.201), ao falar sobre as relações que se estabelecem no meio hospitalar, ressaltam que, enquanto as demais profissionais não médicas detenham uma autonomia relativa, essa autonomia nem sempre é percebida ou “aceita no jogo institucional, e por isso mesmo, são fonte de permanentes ruídos, de tensões e de disputas”.

Os estudos de Pires (1998) e Carapinheiro (1998) discutem essas relações de poder na lógica do trabalho em saúde, manifestando o poder do/a médico/a na definição da assistência. Também analisando o funcionamento das instituições, Enriquez (1997, p. 72-73) permite apreender a essência das instituições quando aponta que estas se fundamentam em um “saber que se apresenta como expressão da verdade” que é aceito e interiorizado por todos, não como obrigação, mas como idealização. Analisa o autor que “as instituições se apresentam como conjuntos formadores referindo-se a um saber teórico legitimado e que tem por função garantir uma ordem e um certo estado de equilíbrio social”.

O que se observa na instituição em estudo é que as enfermeiras, muitas vezes, se escondem no conjunto de normas e regras que lhes garantem a legitimidade da coordenação da assistência para permitir a reprodução de padrões de conduta de subordinação das demais profissionais de sua equipe. Isso acontece, por exemplo, quando determinam a divisão de tarefas sem a participação das profissionais de nível médio, desconsiderando o saber dessas profissionais, provocando conflitos pela negação de suas competências e autonomia, quando o exercício da tomada de decisão conjunta, da negociação, da expressão de pensamento poderia resultar em um trabalho mais motivador e criativo.

A divisão de tarefas é fortemente percebida como fator gerador de conflitos na equipe. Quando a gente trabalha a tarde, que é o período que mais muda paciente a gente já olha a escala e muda para o outro dia, agora quando isso não é olhado acaba sendo feito no início do plantão mesmo da manhã. A enfermeira que está de manhã já muda, mas o ideal é a enfermeira da tarde dar uma avaliada, ver como é que ficou o final do dia a unidade para ver se a escala está adequada para o outro dia. Porque, às vezes, elas chegam, já cria um certo conflito! A medida que a gente pode prever e não deixar que isso aconteça, a gente distribui melhor o número e gravidade dos pacientes, mas nem sempre a gente consegue (E3).

Embora as relações interpessoais sejam marcadas pelas relações de poder na equipe de enfermagem e as profissionais reconheçam as dificuldades existentes, fruto

dessas relações e do modo como o trabalho é organizado, ainda observa-se uma relação relativamente harmoniosa entre o grupo. Há entre as profissionais um ambiente de companheirismo, principalmente entre aqueles que atuam em um mesmo turno de trabalho, havendo alguns questionamentos e pequenos conflitos "entre" turnos, decorrentes de atividades que, por vezes, ficam de um turno para outro, para serem desenvolvidas. Na enfermagem, essa é uma típica situação em que a organização do trabalho pode ser considerada fator de desgaste, conforme já explorado por Matos (2002), Gelbcke (2002) e outros autores que estudaram o trabalho da enfermagem. O "deixar" trabalho para outra equipe, em muitos estudos e momentos, tem sido relatado como fator de desgaste nas relações entre as equipes de enfermagem, que não avaliam, muitas vezes, que o trabalho da enfermagem tem essa característica de continuidade.

As relações mencionadas e observadas entre as profissionais de enfermagem e as chefias de enfermagem (tanto na gerência, quanto na coordenação direta do cuidado) são boas, não aparentando conflitos. Muito pelo contrário, as profissionais asseveram que as relações são tranquilas, principalmente porque as chefias as "defendem" e não mantêm uma relação de distanciamento com estas.

Entre as profissionais de enfermagem, algumas percebem, nas relações diárias, algumas "desavenças" individuais, mas há a predominância de relações positivas e harmônicas e de companheirismo, aparentemente, sem conflitos. Há boas relações entre as colegas de trabalho, buscando trabalhar em equipe, dividindo e auxiliando-se mutuamente nas tarefas. As sobrecargas de trabalho ocorrem principalmente no turno matutino em função dos procedimentos de higiene e conforto, mas é exatamente nesse período que as profissionais trabalham mais conjuntamente para dar conta de todas as atividades.

Essa percepção evidenciada está de acordo com as análises de Chanlat (1996) e Moscovici (2005), ou seja, que sentimentos positivos de simpatia e ajuda confirmam a possibilidade do exercício de um trabalho melhor e mais prazeroso, enquanto que sentimentos negativos de antipatia e rejeição tendem a diminuir as interações, ao afastamento, à menor comunicação, repercutindo, assim, nas atividades, com provável redução da produtividade e a realização de um trabalho menos prazeroso.

Muitas profissionais relativizam a sobrecarga de trabalho, reconhecendo que, quando o trabalho é realizado em uma unidade na qual há harmonia e divisão de responsabilidades, em que um ajuda o outro e se tem liberdade de solicitar ajuda, esse trabalho é mais leve e prazeroso.

A gente consegue trabalhar em harmonia, divide bem o serviço, todo mundo se ajuda um ao outro, é importante. A divisão é feita por número de dependentes (Divisão de pacientes para assistência diária), vai dividindo para não sobrecarregar um (profissional) só. Então a gente se divide, quem pega neuro não pega hemato, a gente tem essas divisões internas. Ou quem está em isolamento não pega quem está muito contaminado. Essa visão a gente tem bastante e isso ajuda as nossas relações (TE3).

A noite era assim, a enfermeira via que não tinha uma coisa certa, ela chamava na salinha (o grupo de trabalho todo) vamos conversar: o que está acontecendo, vamos tentar melhorar, o fulano está sobrecarregado, vamos ajudar. Sempre tinha isso. De manhã eu não vejo muito isso, porque eu estou pouco tempo de manhã. Daí eu acho que o pessoal já está acostumado com aquela rotina deles de trabalhar. Eu não vejo assim (TE2).

A equipe da clínica médica tem uma característica de ser bem unida e acolhedora. Pode ver que, se vem outro profissional de outra unidade, ele gosta de ficar. É pesada (unidade), mas o pessoal está sempre de bom humor, o pessoal traz lanche. Vem o funcionário ali da médica [...] vem fazer, gosta de fazer plantão aqui. O pessoal ali gosta de vir (E1).

Essas relações são fortalecidas diariamente e ultrapassam os limites institucionais. Enquanto realizava um momento de observação na unidade, pode-se perceber como se processa as relações internas entre a equipe de técnicas no cotidiano do trabalho. O relato abaixo aponta duas técnicas de enfermagem no seu posto, realizando suas anotações nas folhas de observação complementar (modelo utilizado pela instituição para registros das ações de cuidado individuais prestados aos/as pacientes, que servem de dados que são passados de uma equipe para outra na passagem de plantão para continuidade da assistência), e mantendo uma relação que ultrapassa a esfera do trabalho.

Enquanto aguardava a enfermeira para iniciar a observação entrei no posto de enfermagem e observei que havia duas técnicas de enfermagem sentadas, realizando suas anotações nas folhas de observação complementar no balcão de preparo de medicação. Estas estavam conversando e rindo animadas, falando de suas vidas. Cumprimentei-as e elas iniciaram conversa comigo sobre assuntos do CEPEn. Fui questionada sobre as capacitações, queriam saber quais os cursos que estavam sendo programados. Após responder sobre os cursos, comentei como havia ficado agradável o ambiente deles com a reforma. Relataram que gostaram muito da reforma e que gostam também muito de trabalhar na unidade apesar da mesma ter muitos pacientes em estado grave e dependentes. Enfatizavam que a unidade é um ótimo lugar para se trabalhar, que a relação de amizade ultrapassa o plantão e que elas se encontram também nos finais de semana, para sair, dançar, jantar. Chamaram minha atenção para olhar as fotos do mural. Observei que havia um mural com fotos que retratava cenas de encontros entre os profissionais e nelas estavam a maioria dos funcionários, enfermeiros, chefia e nível médio da unidade em situações de festas e encontros coletivos, em que manifestavam alegria e descontração. Informaram-me que esta é uma prática normal na unidade e que sempre comemoram os aniversários do mês em grupo (NOTAS DE CAMPO, 2007).

Pode-se constatar também, durante outras observações, que essas relações mais descontraídas predominavam também durante o ato de cuidado, havendo uma comunicação intensa entre as profissionais, o que, em alguns momentos, pareceu um tanto excessivo, pois deslocava o/a paciente do foco de atenção. Assuntos particulares entre risadas eram discutidos enquanto realizavam suas atividades. Essa é uma prática normal nas equipes de enfermagem, pois acabam permanecendo mais tempo entre si do que em casa, fortalecendo as relações e dividindo entre elas assuntos pessoais de satisfação e insatisfação com a vida, resolvendo e tomando atitudes com a ajuda das colegas de trabalho. No entanto, há de se pensar na inadequação dessa conduta diante de pacientes, quando excessivas, pois estes, na maioria das situações, esperam que a profissional esteja atenta aos cuidados que realiza e atenda as suas necessidades, principalmente na atenção e na forma de lhe dirigir o olhar. O processo de cuidar precisa ocorrer em uma relação interativa, em uma efetiva troca de informações e interesses, tendo por base o compromisso ético estabelecido entre ambos, assim a profissional, durante o ato de cuidar, deve priorizar as relações que são mantidas nesse ato de cuidado.

Quanto à equipe multiprofissional, os conflitos presentes são decorrentes, principalmente, da interdependência entre os diversos setores que compõem a instituição. Há queixas quanto aos serviços de apoio, como lavanderia, que quando não fornece roupas na quantidade necessária, interfere sobremaneira no trabalho da enfermagem. Essas queixas não foram apreendidas nos depoimentos, mas sim, por meio das observações, o que permite inferir que as profissionais não percebem essas dificuldades como fatores que dificultam as relações no cotidiano.

Outro aspecto apontado pelas participantes do estudo que se refere às contribuições da educação permanente no âmbito da dimensão relacional, diz respeito à mudança de postura junto as colegas, aprendendo a respeitar e a reconhecer os limites de cada uma para manter um ambiente harmônico.

Eu acho que até no respeito com o colega, respeitar! Eu era muito pavio curto, entendeu? Era do meu jeito e deu! Agora com os cursos eu consegui, ser mais, como vou te dizer: respeitar, tolerar. Eu consegui perceber a diferença de cada pessoa, cada um é do jeito que é. Reconhecer que cada um tem o seu jeito de fazer. Porque fulana de tal é grosseira. Não é que a fulana é grosseira, é o jeito dela ser. Eu acho que mudei bastante no sentido de entender mais as pessoas (TE2).

Acho que é ali (capacitações) que eu estou aprendendo, que estou mudando, que eu estou me lapidando [...]. E na vida pessoal, os treinamentos, por exemplo, os treinamentos que tiveram sobre relacionamento interpessoal para mim foram

essenciais, porque eu tento mudar não só no pessoal, mas na questão da intransigência, tentar diminuir um pouco a exigência mesmo. Ah! isso está errado, não isso aqui pode ser feito de outra forma. A forma de falar com a equipe tem mudado com o tempo, então eu acho que tem trazido um retorno bem bom para mim (E2).

Constata-se que a educação permanente quando favorece a manifestação de sentimentos e expressões das participantes é “concebida como um processo integral e contínuo, voltado à ampliação do repertório existencial e à sensibilização para o contato de cada pessoa consigo mesma em suas múltiplas interações com o meio natural e social” (LEITE; FERREIRA, 2002, p.26). Nessa perspectiva de aprendizagem vivencial, defendida pelos autores que tem se consolidado na educação permanente da enfermagem, na instituição estudada, é possibilitado a profissional expressar a forma como se relaciona no mundo, oportunizando a mudança de condutas que facilita o seu trabalho e lhe traz mais felicidade. É nessa rede de interações que se processa diariamente, que o ser humano se avalia, se constrói e muda sua prática.

O que me atrapalha, que é até uma frustração minha, é não conseguir falar em público, é um bloqueio. E isso ficou. E hoje não me estresso mais com isso. Teve uma época que achei que podia fazer especialização e mestrado e não fiz. Mas, foi uma opção minha e tenho que respeitar minha limitação. E com o tempo que eu fui deixando e disse deixa para lá. Incomodou? Incomodou bastante, não poder fazer, ter estas limitações. Isso incomodou bastante, acho que até frente às várias situações, em termos de reuniões, em termos de conversar com as pessoas lá na DPI, essas coisas realmente me incomodou, mas quando eu vi... Estou falando hoje? Principalmente quando eu vou numa defesa de mestrado, doutorado, eu penso: de repente eu poderia estar fazendo uma coisa assim (E6).

Apesar de ser pouco lembrada a competência relacional se manifesta nas mínimas ações das profissionais junto ao/a cliente. O sentimento e a demonstração de carinho puderam ser observados quando houve o atendimento a uma recém-nascida realizada por uma técnica de enfermagem na UTI neonatal. Na divisão de tarefas para o cuidado em uma UTI, cada profissional técnica fica responsável pelo cuidado integral de no máximo um ou dois pacientes. Ao observar seu trabalho, pode-se ver a técnica realizando os cuidados a um/a recém-nascido/a, mantendo uma atitude de competência técnica e empatia, no sentido de demonstrar preocupação e respeito o tempo todo, ao conceder a criança, mais do que o cuidado técnico, o carinho através do toque.

Enquanto TE1 realizava o procedimento (verificação de temperatura, troca de eletrodo, ministração de alimentação por sonda enteral) ia falando com a criança em um tom suave, explicando ao RN cada procedimento. Após a instalação da alimentação colocou suas mãos dentro da incubadora e tocou com delicadeza fazendo carinho na testa do RN, iniciando a retirada do eletrodo que estava no pé esquerdo para fixá-lo no pé direito. Após este procedimento, pegou o termômetro

e colocou-o na axila do RN e me explicou que normalmente a criança fica agitada quando é verificada a temperatura. No mesmo momento, a RN ficou agitada. TE1 colocou uma das mãos sobre o peito do RN e com a outra ficou segurando o bracinho e o termômetro. Permaneceu assim por um tempo, retirou o termômetro, conferiu o resultado e quando a mesma se acalmou foi retirando sua mão lentamente para não assustar a criança. Afastou-se da incubadora e foi novamente até a pia lavar suas mãos, retornando até a criança. Ao chegar na incubadora, abriu a porta e colocou suas mãos dentro para tocar a RN falando com ela: “sem óculos (óculos de gases protetora para a luz ultravermelha) moça, ai, ai, ai, [...]”. Observou a RN e se afastou novamente até o balcão de preparo de medicação pegou o esparadrapo, voltou e fixou melhor os óculos na RN. Nesse momento, a criança estava mais agitada e ela tentou acalmá-la, colocando suas duas mãos sobre o tórax da criança por alguns minutos, acalmando-a. Mas a criança, ao invés de se acalmar, acabou chorando e se torcendo. Que foi [...]? Porque se esperneia toda? Isso é bafão, bafão!” A criança continuou chorando, TE1 fechou a incubadora, foi até o balcão pegou uma luva de procedimento e uma ampola de glicose a 50% e retornou ao lado da criança. Enquanto isso outra funcionária que estava me observando perguntou: A [...].. quer vir trabalhar aqui? Eu disse lhe que não tinha coragem de trabalhar com criança pequena assim. TE1 retornou aos cuidados com a criança, calçou a luva em uma das mãos e desprezou 1 gotinha de glicose no seu dedo mindinho e colocou na boquinha da criança para que ela sugasse. Disse-me que isso a acalmaria. Enquanto a criança sugava a glicose, ficou segurando sua mãozinha para dar-lhe segurança. Explicou-me que ela estava precisando de glicose. Quando retirou o dedo da boca da criança, após alguns minutos, a criança se agitou novamente ficando quase em pé e esperneando bastante. Então colocou mais umas gotas de glicose no dedo e colocou novamente na boca da criança ficando por mais ou menos 4 minutos. Neste período, a criança ficou bem calma. Após este tempo, foi retirando lentamente o dedo da boca para observar a reação da criança. Como ela estava calma, quando ia retirar sua luva, a criança voltou a se mexer, então TE1 tentou colocá-la em decúbito ventral e faz carinho em suas costas até acalmá-la, esperando mais outros 4 minutos. Esperou acalmar e retirou a luva, lavou as mãos. Retornou a incubadora para ver como se encontrava a criança, ao observar que a mesma ainda estava agitada, colocou-a novamente em decúbito dorsal e colocou mais duas gotas de glicose diretamente em sua boca, ajeitando sua posição em decúbito lateral. Realizou os movimentos de ajeitar a criança sempre com uma mão na cabeça e outra nas costas ou arrumando os intermediários de fluidoterapia para não machucá-la. Como a criança se acalmou, saiu e foi até o balcão de prescrição. Pegou o prontuário da criança para registrar o valor da temperatura e checar o leite materno com complemento, relatando que a acalmou com . Ao prestar este cuidado TE1 ficou em torno de 20 minutos com a criança (NOTAS DE CAMPO, 2007- OTE1).

Observa-se, pelo relato acima, que o cuidado de enfermagem foi realizado considerando as múltiplas dimensões que envolvem a criança e não apenas a doença, apesar de ser um recém-nascido (RN) e não poder expressar com palavras os sentimentos, as dores, as necessidades e os desejos. Apesar de ser um cuidado de pouca complexidade a técnica de enfermagem permaneceu com a criança em torno de 20 a 30 minutos, mantendo-se sempre atenta e carinhosa, mesmo quando a criança não se acalmava. Esta observação reforça que o cuidado de enfermagem não se resume na execução de técnicas complexas, o lado humano e relacional tem a mesma importância. Essa percepção identificada foi corroborada pela mãe da RN atendida quando, ao ser

questionada como percebia a assistência que estava sendo dada a sua criança e se conhecia o pessoal da enfermagem, se expressou assim:

Conheço a [...] (TE1). Ela é enfermeira (referindo-se a técnica de enfermagem que prestou o cuidado acima relatado). Eu gostei bastante dela, cuida bem da minha menina (PTE1).

Outra observação percebida é que todo o cuidado prestado não se baseou em técnicas e procedimentos complexos, mas em carinho e atenção, requerendo um tempo muito maior do que simplesmente fosse até a RN e aplicasse uma medicação. Carraro (2001) coloca que o cuidado de enfermagem é uma articulação entre ciência e arte na medida em que se utiliza conhecimentos e sensibilidade para suas ações. Nesse sentido, o cuidado prestado à criança vai além de técnicas e procedimentos, englobando o estabelecimento de uma relação com a criança para cuidá-la em sua fragilidade exposta.

A **dimensão comunicacional** está intimamente relacionada com a dimensão relacional uma vez que ambas estão baseadas nas relações mantidas com outras pessoas. Para o estudo essas dimensões são consideradas inseparáveis e, portanto, analisadas na mesma perspectiva de relacionamento e interação entre indivíduos. Para Ferretti (2002), as competências comunicativas constituem a capacidade de expressão e comunicação com seu grupo de superiores hierárquicos ou subordinados, de cooperação, de trabalho em equipe, de diálogo, de exercício da negociação e de comunicação interpessoal.

Nesse entendimento, a dimensão comunicacional indica a maneira ou a habilidade de expressar-se e sua predisposição para a ação integradora. Está intimamente vinculada com a dimensão relacional, pois a interação humana supõe necessariamente comunicação, mesmo que haja intenção contrária. Os sujeitos se constroem a partir das relações que estabelecem entre si, sendo que, dessa forma, o diálogo é condição primeira para essa construção. “O diálogo pressupõe uma atitude de abertura, de compartilhamento, de troca de experiências, vivências, sentimentos, pensamentos” (REIBINIZ; PRADO, 2006, p. 111). É nesse diálogo que as profissionais mantêm entre si e com os/as pacientes, diariamente, em situações de cuidado, que possibilita a configuração de relações verdadeiras e auxilia a reflexão compartilhada para transformar a prática e as condições de saúde.

O reconhecimento da importância das dimensões relacional e comunicacional do trabalho da enfermagem são amplamente discutidos por Silva (2002a, 2000b), Souza

(2005) e Stefanelli (1993), que denominam comunicação terapêutica aquela comunicação que é realizada com a finalidade de ajudar as pessoas a enfrentarem seus problemas, na melhora do relacionamento com as demais, a ajustarem o que não pode ser mudado e a enfrentarem os bloqueios da auto-realização (SILVA, 2002b).

Stefanelli (1993, p.30) discute a comunicação terapêutica como o “processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, sendo que as próprias mensagens e o modo como se dá seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas nele envolvidas, a curto, médio ou longo prazo”.

As novas tecnologias fizeram a humanidade entrar na era da comunicação universal, abolindo as distâncias. As informações mais atualizadas podem ser postas ao dispor de quem quer que seja, em qualquer parte do mundo, muitas vezes em tempo real. Delors (2003) prevê que, em breve, a interatividade permitirá emitir e receber informações, dialogar, discutir, transmitir informação e conhecimentos sem limite de tempo e distância. Entretanto, o trabalho da enfermagem é marcado por uma comunicação que não é à distância, mas sim na interação corpo-a-corpo, olho no olho, com a utilização de uma linguagem verbal, não verbal e paraverbal. Para que essa comunicação ocorra, é preciso empatia, disponibilidade e interesse da profissional o que passa, evidentemente, pela compreensão das relações que ligam o ser humano ao seu meio ambiente.

A situação vivenciada e relatada por TE5 coloca as dificuldades que a enfermagem enfrenta para prestar um cuidado quando o/a paciente apresenta necessidade de comunicação afetada, e mesmo assim o cuidado deve ocorrer de forma humanizada.

Tem uma paciente que está com traqueostomia. É difícil entender o que ela quer, mas ela já gesticula bem os lábios, as mãos e assim ela fala. E hoje ela estava falando, estava dizendo que gosta muito de mim, ela dizia e fazia no peito com aquele dedinho (aponta para o peito) que gosta muito de mim. Esses dias ela disse para mim, vou pedir para o meu filho quando ele chegar aqui que você dê um beijo nele e que ele dê um beijo em ti. Perguntei: Por quê? Porque gostas de mim? E ela disse com a cabeça que sim, e aí ela tentou me abraçar. Quando veio o genro dela e ela pediu para eu dar um beijo no genro. Aí eu me apresentei para ele e dei um beijo nele, já que ela quis que eu desse no filho, então agora, ela queria que eu desse no genro também, eu dei. Você se sente tão feliz, você esquece tudo que tem, porque eu quando entro lá embaixo, esqueço tudo que eu deixei na rua, e quando saio daqui também procuro, mas às vezes fica uma coisinha, a gente é humano, a gente chora também. E é preciso entender o paciente e saber o que ele quer quando ele apresenta essa limitação da voz causada pela doença (TE5).

A forma como a comunicação se processa é fator determinante nas relações e no

cuidado, e é reconhecida como importante pelas profissionais para a realização do cuidado de enfermagem humanizado.

Com o tempo eu fui vendo a importância da comunicação, do acolhimento, do carinho, de trabalhar o binômio, a mãe e o bebê. Eu fui crescendo para esse lado, vendo a importância que o profissional tem nessa interação familiar e hoje eu amo (TE1).

[...], mas de uma forma geral, tanto a comunicação no trabalho é importante quanto a técnica. É importante, mas na realidade a gente acaba indo mais por aquilo que esta necessitando mais naquele momento, apesar de que na emergência a gente trabalha muito com comunicação, eu trabalhei aqui com educação em saúde, é um curso que a gente nunca consegue fazer aqui dentro, isso angustia também, porque a forma como você se comunica com o paciente é que determina tua assistência (E5).

A capacitação sobre comunicação terapêutica poucos funcionários participaram. As pessoas que participaram são pessoas que já trabalhavam de uma forma mais humanizada com o paciente. Eu acho tão importante, esse lado de ouvir o paciente (E2).

É na perspectiva de humanização que são valorizados os aspectos comunicacionais, relacionais e éticos na conduta das profissionais, no sentido de olhar cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também de olhá-lo como sujeito de um coletivo, sujeito da história de muitas vidas”, ou seja, a valorização da subjetividade nessa relação (BRASIL, 2004c, p. 4).

Essa condição de humanização é percebida pelos/as pacientes. A forma como são tratados/as, o respeito pela sua dor e a comunicação em um nível de amizade são consideradas por eles/as como fatores de humanização e bom atendimento.

Têm umas (profissionais) que são boas, outras que são ruins, depende. Tem uma ali que eu gosto bastante, como que é o nome dela? Parece assim no cuidar, na maneira de cuidar do neném, no cuidar de atender a gente. Tem uma ali que atende a gente bem mal. Bem carrancuda. Umas são bem queridas, outras já são mais carrancudas. Tem uma ali mesmo que é terrível, todas as mães não gostam dela. Tem uma mãe que falou, chamou, falou mesmo para ela, brigou até com ela esta semana (PTE1).

É boa educação, bem educados. O senhor para cá, o senhor para lá, como você está? Olha para mim, é um bom atendimento (PTE2).

Tanto faz vindo o pessoal da manhã cuida direitinho, pessoal da tarde cuida direitinho, da noite cuida direitinho! Foi bem caprichado, tudo bem organizado (PE3).

Muitas são preocupadas com o paciente. Eu sinto isso, muitas funcionárias, que corresponde à maioria, eu sinto que são preocupadas com o paciente (PE6).

A convivência com os/as pacientes e familiares que fizeram parte deste estudo mostrou que o reconhecimento das profissionais que lhes prestam assistência ocorre de

maneira diversificada. O reconhecimento do/a médico/a é percebido por todos/as, enquanto que a identificação dos/as demais profissionais que atuam junto a eles/as é bem diversificada. Se existe certa invisibilidade do trabalho da enfermagem, o da nutrição, da fisioterapia e do/a assistente social assumem uma invisibilidade ainda maior. Os/As pacientes reconhecem vários/as profissionais que os/as atendem, principalmente os/as médicos. Os/As demais profissionais são identificados/as não pelos seus nomes, mas pelas ações que executam ou pela cor dos uniformes que usam ou, ainda, pelos instrumentos de trabalho que utilizam. Surge nas falas dos/as pacientes destaque a categoria médica pelo seu saber técnico-científico e pela posição que ocupam na assistência, coordenando as ações dos demais profissionais.

Nesse sentido, quando questionados/as se tinham conhecimento de quais eram as profissionais que os/as atendiam, imediatamente sabiam quem era o seu médico e sua competência em tratar ou curar.

Sei, o Dr.[...], o Dr [...], e as outras meninas (doutorandas) agora falaram uma coisa para mim que ele está com o pulmão já um pouco comprometido porque ele fica o tempo todo deitado (APTE6).

a gente voltou em 6 de março, porque o Dr.[...] queria dar uma olhada no dedo para ver como é que estava. Para ver se estava cicatrizado. Ele é uma pessoa maravilhosa, é humano é uma pessoa surpreendente, muito carinhosa, muito atenciosa. É tudo de bom, aquilo ali é vocação, não vejo defeito naquele homem, ele chega perto da gente, é surpreendente. [...] Caso ele (esposo) venha a óbito jamais vou dizer que foi negligência do médico Imagina, eles estão fazendo o que podem, direto, direto. Medicação, medicação, remédio, é isso e aquilo, e exame. O médico não mata não, o médico salva as pessoas, tem que morrer quem tem que morrer, independente do problema (APTE4).

Quando questionados/as como identificam o pessoal da enfermagem, os/as pacientes e seus/as familiares apenas conseguem se referir a elas como àquelas pessoas que entram no quarto para arrumar a cama, auxiliar no banho, dar o remédio, fazer o curativo. Identificam as profissionais também pelo uso do uniforme ou os instrumentos de trabalho, mas não pelo nome ou categoria funcional.

Pela roupa, pelo uniforme. Pela identificação que eles trazem no bolso (PE1).

A enfermagem? Assim por nome? Pela medicação de todos os dias (APTE4).

De vez em quando eu preciso de um remédio e elas (enfermagem) me dão. Com a [...] (técnica de enfermagem), fui bem atendida também, bem cuidadinha. Cuidaram bem dela. Eles cuidaram bem, bom atendimento com ela ali. Dando alimentação, remedinho na hora, tudo certinho. Cuidaram bem dela. O banho, agora que eu comecei a dar, elas me ensinaram (APTE1)..

Não, não lembro, até nem ouvi falar no nome de alguém, não! As enfermeiras eu

sei quem são. A gente sabe por causa do vestuário, é branco. As outras profissionais (de nível médio) não. Chamei para medicamento, uma coisa ou outra se precisa, para ir ao banheiro. Elas vêm, algumas reclamaçãozinhas, mais isso é bobagem (PTE5).

Pelo nome eu não sei, mas se tiver à vista assim conheço um por um. Só por causa do material, um usa uma coisa, outro usa outra. Um usa um material o outro usa outro. A Enfermagem é tesoura, é dreno, esse aí é de vocês. Médico é só ..., a gente conhece quem é médico e quem não é (PTE2).

Quando eu já fiquei a noite e elas (enfermagem) tarde da noite vem dão a medicação, a gente chama, elas vem atender. Outro dia eu fiquei e o curativo dele caiu e elas vieram (PTE3).

Quanto às outras categorias, houve uma referência ao trabalho da fisioterapia e outra da nutrição, principalmente com a nutrição no sentido de estar descontente com a dieta recebida.

Lá na UTI não dava para caminhar, mas antes de ontem fizeram uns trabalhos nas pernas (fisioterapia) em tudo. E ontem à noite a minha filha veio, fizeram um relaxamento nas pernas daí deu para levantar, pé a pé, fiquei andando um pouquinho aqui com a enfermeira (referindo-se a fisioterapeuta). Pensei que não ia andar mais (PTE5).

Sabe qual é a coisa que podia ser melhor para mim, é o sal na comida, só vem quando eu peço. A única coisa que tenho a falar é isso aí, no mais a comida está vindo muito boa, só o sal. Entrevistadora: essas meninas que trazem a comida o senhor acha que são da enfermagem? PTE5: com certeza. Entrevistadora: não, elas são da nutrição. PTE5: ah. Não, não, é claro, eu que testou confundindo. É que não podem misturar umas com as outras (PTE5).

Quando os/as pacientes conseguem lembrar o nome de alguma profissional da enfermagem, é porque essa pessoa é referência para ele/a pela forma diferenciada de atendimento prestado, se apresentando sempre que prestam um cuidado.

Chamava mais era a [...] (técnica de enfermagem TE1), porque eu já conhecia, de vez em quando é ela que fica com a [...]. Tem outras que também tenho liberdade, tem umas que eu gosto também, mas não sei o nome (APTE1).

Teve até hoje, eu creio que até agora teve só duas enfermeiras que se apresentaram. Uma foi hoje de manhã, uma magrinha, a outra foi uma morena, as outras nunca falaram o nome, eu nem sei (PE6).

Se apresentam, eu sou a fulana vou passar a noite. São tantas, ultimamente tem umas meninas que estão ficando mais direto, uma gaúcha muito boazinha, muito querida, mas aquela (técnica de enfermagem TE4) também é boazinha, atenciosa muito querida. Não tenho reclamação nenhuma delas não (PTE4).

Procurou-se questionar, com os/as pacientes e seus/as acompanhantes, como se sentiam em relação à segurança quanto ao cuidado prestado pela equipe de enfermagem. Ele/as expressaram que a segurança depende muito da profissional que

os/as atendem, pois algumas tem uma postura mais rígida e com estas a segurança diminui bastante, enquanto que com aquelas que as tratam bem, a segurança é total. Comprova mais uma vez que, para os/as pacientes, não interessa se aquela mais “carrancuda” é a melhor tecnicamente, pois preferem a assistência da profissional que conversa com ele/a, que sorri, que explica o que está fazendo.

É aquele negócio, porque se é a pessoa que cuida bem, fico mais tranqüila. A outra já não fico bem tranqüila, fico meio assim. Não, acho que maltratar não, mas ela não atender bem a gente, não a nenê, porque a nenê elas atendem bem, só a gente que não dão atenção (PTE1).

Não, ninguém me diz nada, às vezes eu pergunto se tá boa (pressão). A pressão, diz que está boa. E daí contam, 8, 9 por 11, 7 por 11. Eu vi uma pessoa 11 por 4 como que está? Eu ouvi a conversa, mas eu não entendo muito de pressão, então confio quando me disse certo (PTE3).

Pelo tipo da pessoa. Ah, muita coisa tem, mais alegre, mais carinho dela, daí eu chamo. Ele está aí para atender, se eles (enfermagem) não vêm atender tem muita gente para trabalhar, se não quer atender dá o lugar para outro. Não é verdade? A noite teve, uma morena, não vou com a cara dela se ela não quer trabalhar dá lugar para outro. Ter um atendimento melhor, mais calmo. O jeito dela, daí não confio muito (PTE2).

Elas brincam comigo, eu gostei muito delas são muito legais para mim. É só fazer amizade que a coisa vai indo, parece uma filha para o pai, às vezes melhor ainda. Gosto do jeito que elas atendem (PE3).

A lógica da educação permanente vem sendo pensada e aplicada na instituição com mudanças de estratégias na formação das competências, enfocando a importância dos relacionamentos mantidos com a equipe e desta com os/as pacientes, no sentido da humanização do cuidado. As mudanças decorrem das demandas que se definem a partir das necessidades dos/as pacientes visíveis no exercício do cuidado. Hoje mais conscientes de seus direitos, os/as pacientes tem reivindicado mais atenção e competência das profissionais. Portanto, a educação permanente assim incorporada é visualizada como potencializadora de transformação da prática do cuidado em saúde.

6.4 A dimensão ética/política da competência

A dimensão ética/política indica os valores que orientam as condutas das

profissionais. Rios (2001, p.87) define ética como

uma reflexão de caráter crítico sobre os valores presentes na prática dos indivíduos em sociedade. É no domínio da ética que se problematiza o que é considerado *bom* ou *mau* numa determinada sociedade, que se questionam os fundamentos dos valores e que se aponta como horizonte o *bem comum*, sem dúvida histórico, mas diferente de um *bem* determinado por interesses particulares e, muitas vezes, insustentáveis.

Para a autora, a dimensão ética é mediadora entre a dimensão técnica e a política. Está presente na técnica, que não é neutra, e na política, que abriga uma multiplicidade de poderes e interesses, garantindo o caráter dialético da relação.

A ética designa a maneira de agir e de pensar que constitui a marca de um grupo, de um povo, de uma sociedade. Nesse sentido, a ética constitui a maneira como as profissionais agem dentro e fora do seu trabalho, quais valores sustentam e guiam suas ações.

Para Boff (2000), o ser humano pode ser considerado ético quando se torna responsável pelo sentido de sua criatividade e liberdade. Nesse sentido, ético é aquela profissional que, no seu processo de trabalho, busca a autonomia, a consciência crítica, a responsabilidade e compromisso, o processo de troca de conhecimentos, com respeito ao outro. Nessa perspectiva, a educação permanente constitui-se como possibilidade para favorecer esse processo de ética humana, guiando as ações de trabalho e de vida, pela reflexão contínua dos direitos, deveres e individualidade de cada uma.

A postura adotada pelas profissionais frente às situações vivenciadas no trabalho indica que valores éticos sustentam sua práxis. Ser honesto, flexível, trabalhar em equipe, ouvir as pessoas e avaliar as situações antes de fazer julgamentos, são valores defendidos para uma sociedade mais justa e igualitária. É nessa medida que a competência ética (considerada inseparável de toda ação humana), se instaura como importante aspecto político que se complementa às demais competências, uma vez que a profissional competente mescla a técnica e a relação ética, orientadas por determinados princípios e valores éticos que defendem.

Em um grupo, cada pessoa procura exprimir seus desejos, fazer com que seja percebida pelas outras, garantir prestígio, ter status social e ser reconhecido como parte integrante do grupo (ENRIQUEZ, 1996). É aqui que a ética e os valores pessoais, que guiam as relações de trabalho, se manifestam imprimindo um caráter de aceitação ou negação das relações de trabalho. O reconhecimento da diferenciação entre cada profissional implica no reconhecimento da diversidade das maneiras de pensar e agir de

cada uma, reconhecendo a competência da outra, aceitando-as ainda que contrárias às suas. A relação de respeito que permeia essa perspectiva se manifesta em uma ética profissional adequada quando oportuniza o diálogo como forma de entendimento na construção de uma relação mais sólida.

Para as profissionais, as relações internas de trabalho nem sempre se manifestam de maneira ética, algumas vivenciam cenas no seu cotidiano difíceis de serem superadas pela necessidade de conquistar seu espaço junto à equipe, que é construída de forma verticalizada de poder.

E complicado! Acho que é complicado porque é muito difícil, conquistar o teu espaço. Ali eu sou técnica de enfermagem como todo mundo e a gente (graduada em enfermagem), mas eu não exerço na unidade como tal e tem a questão também de tempo de casa, a gente sabe que as pessoas mais velhas são mais respeitadas quanto às atitudes e algumas posturas e é difícil conquistar isso para si. Converso, dou a minha opinião. Acho que tem abertura sim, as pessoas entendem, de uma certa maneira sim, mas não é fácil (TE4)

É preciso entender que a identidade do ser humano vai se constituindo nas experiências, vivências e nas relações que este mantém ao longo de sua vida. As experiências vividas nas instituições de saúde são permeadas por limites, recompensas, direitos e deveres que vão se alterando em uma dinâmica própria e complexa. Entretanto, o reconhecimento das próprias limitações diante da totalidade e diversidade de atores sociais implica no desapego da individualidade, da atitude de soberba, se aproximando, assim, de uma atitude de humildade e coletividade que permitem o domínio gradativo e político do seu micro e macro espaço social para exercer sua autonomia.

Enriquez (1998, p.77-78-79), ao discutir o processo de autonomização dos sujeitos coloca que

a instituições se apresentam ao mesmo tempo, como um objeto-fetichado num movimento de autonomização, criado por (e criando) ideologias, que permite as orientações normativas, é o lugar onde o poder se exercita, e tem como função assegurar uma regulação e um consenso social. O homem presente nas instituições não pode viver nelas senão na aceitação do sistema das leis e das proibições promulgadas porquanto é graças a eles que o homem adquire uma identidade social que o autoriza a ser reconhecido pelo outro.

Defende o autor que quanto mais uma instituição se abre, percebe e reflete suas contradições internas, se coloca indagações, tanto mais ela mantém no interior de si mesma o movimento instituinte e menos se arrisca a ficar na inércia e na repetição. Algumas profissionais questionam sua prática cotidiana no que se refere à forma como o/a paciente vem sendo tratado/a, bem como em relação aos comentários tanto no que

diz respeito a saúde do/a paciente quanto na forma como o trabalho está sendo organizado.

Eu tenho pensado na nossa prática. Tem uns exemplos como o que aconteceu hoje de manhã. As meninas (técnicas e auxiliares de enfermagem) hoje quando terminou a passagem de plantão, estavam só em três. Falaram: ah! vamos ficar só em três? Eu disse calma, provavelmente a chefia, já arrumou alguém, por causa do atestado, provavelmente já tem alguém. Começaram a dizer que as outras unidades não trabalham com menos de 5, mas, aqui a gente só trabalha em 4, daqui a pouco só em 3. Outro fato, também que me incomoda foi com as 2 acadêmicas de enfermagem que estão fazendo estágio aqui. Elas fizeram uma tabelinha para o carro de emergência (escala de pessoal para revisão do carro de emergência). Elas (funcionárias) reclamaram que é mais um serviço para elas fazer. Sabe assim, já na segunda-feira um estresse que vocês estão fazendo. Para quê isso? Daí chega a 4 funcionária, eu disse: "porque vocês estão se descabelando antes da hora? A menina já está aí". É esse tipo de coisa. Aí tem uns comentários sobre os pacientes, eu estou me incomodando com isso [...] de achar que o paciente questionando muito. Eu acho que ele está ficando prejudicado. Esse tipo de coisa tem que ter uma maneira de fazer o funcionário de repente refletir, uma coisa de trabalhar a parte ética. O que é enfermagem? A parte ética, até que ponto eu posso falar? Porque tem o respeito com o ser humano. Isso me incomoda (E6).

Buscando a superação dessa inadequação ética, a enfermagem, através da educação permanente, tem discutido junto à equipe de enfermagem a ética do cuidado, procurando trazer a reflexão compartilhada dos aspectos que permeiam o cuidado de enfermagem com suas contradições pelo reconhecimento de que não existe fórmulas nem receitas prontas que podem ser aplicadas no cotidiano. A cada situação, a cada atitude devem ser levados em consideração o aspecto ético, político e histórico que desencadeou o fato, tentando não denegrir a imagem do colega ou mesmo do/a paciente.

[...] quando se discute a questão de ética é pontual, existe muito a questão de comparação de comportamentos, mas eu penso como vocês [...]. As discussões são porque o fulano sempre faz isso e não muda nunca, será que ele não está aprendendo como a gente está aprendendo, também estava lá na reunião? Então, quando passa a questão do comportamento de cada pessoa, dos seus conceitos de vida, aí já complica mais. Não é tão fácil! A gente comentou na última atividade do CEPEn com relação àquela questão da ética. Tinha representante de todas as unidades e a gente discuti, até eu falei isso para as pessoas, é complicado tu ter um encaminhamento, ah! tu faz isso nesta tua situação, não tem como você garantir isto, não tem. Se tivesse, muitos problemas a gente já teria resolvido aqui dentro do HU, porque a gente sabe exatamente com quem a gente lida nas unidades. Sabe de coisas que são capazes de fazer, que já fizeram e que a gente não consegue ter uma conduta sempre igual. Então, isso é muito da vida pessoal, muito do conceito de vida de cada um. Só que tem aquela questão, aqui dentro é uma instituição profissional, tu tem que ter um respeito ético com isso, então facilita a cobrança daquele padrão de comportamento, mas a gente sabe que atrás do padrão de comportamento tem a pessoa e essa pessoa não vai mudar se ela não quiser. Essa é a situação mais difícil que eu vejo com relação à educação em relação a ética (E4).

Destaca-se também na fala das entrevistadas, o potencial da educação permanente para a construção das competências relacional e ética, em um dos aspectos mais relevantes defendidos hoje, para a construção do SUS, que é a humanização da assistência com conseqüente estabelecimento de vínculo e acolhimento dos usuários e das profissionais entre si. A compreensão da vivência do/a paciente de sua doença manifesta-se pela mudança na forma de ver e tratá-lo/a, trazendo um novo modo de olhar para este ser humano que também é histórico, multidimensional, único. Ver o sujeito do cuidado como um ser humano que tem direito a uma assistência integral, de saber quais as profissionais que estão responsáveis pela sua assistência, ter conhecimento dos procedimentos que serão realizados, os diagnósticos, prognósticos e direito, enfim de tomar as decisões sobre sua saúde, muitas vezes, é negligenciado pela enfermagem que, simplesmente, entra no quarto e entrega a medicação sem nenhuma explicação. Esse aspecto apesar de não ser tão fortemente percebido pelos/as pacientes foi lembrado pelas profissionais como inadequado.

Sempre explico ao paciente sua medicação. A senhora está recebendo isso, está tomando essa medicação. Às vezes, eles (pacientes) querem questionar que remédio é esse? Se eu não sei na hora, não lembro: digo, vou dar uma olhadinha e depois te eu digo o que é. Aí, volto, e se não eu souber eu pergunto ao enfermeiro, que remédio é aquele ali que eu não lembro, então volto. Essa é a atenção que a gente tem que dar ao paciente, e às vezes fica tão corrido que não dá para parar e voltar. Já teve dia em que eu não consegui voltar e no outro dia o paciente me cobrou (TE5).

A rotina de trabalho, na maioria das vezes estressante, e a forma como o trabalho está organizado acaba criando na profissional uma espécie de amortecimento da sensibilidade, uma mecanização do cuidado, que se manifesta por um cuidado mecanizado prestado por “aquela profissional que não olha nos olhos, não se emociona mais diante de um óbito ou nascimento” (ZOCHE, 2007, p. 287). O rompimento dessa prática tem sido alvo de estudo sobre a humanização do cuidado, defendida pelas políticas públicas de humanização (BRASIL, 2003, 2004a); e estudiosos como Cecílio e Merhy (2003); Takemoto e Silva (2007), os quais trouxeram contribuições importantes no sentido de vislumbrar uma outra prática de cuidado que ocorre pela interdisciplinaridade, pela aprendizagem significativa e integralidade do cuidado, repensando, assim, uma nova organização do trabalho, ou seja, que ele ocorra de forma mais flexível e participativa em que novos saberes e práticas vão se incorporando no conjunto das profissionais.

A experiência vivenciada e relatada por E4 uma situação comum do seu trabalho

mostra como o dia-a-dia do trabalho pode endurecer o ser humano que acaba não percebendo coisas simples de sua prática e de como é preciso pouco para atender o outro.

A criança e a família na pediatria tem me ensinado muito. Uma vez uma criança, meu jaleco ficou preso e eu pensava que era na gaveta e ele prendeu 3 vezes e eu puxava achando que era na gaveta e não olhava para baixo. Quando eu olhei pela 4 vez era uma menininha de 2 anos de idade, ela estava olhando para mim, ela queria falar comigo, e eu estava tão atarefada que não dei bola. Quando eu vi, me abaixei no tamanho dela, me emociono de lembrar até hoje. Me abaixei no tamanho dela e perguntei: o que foi meu anjo? Ela assim: Tia, posso cantar? Aí cantou: fui morar numa casinha nhá, nhá. Aquela casinha nhá, nhá foi muito.... E aquilo foi muito...Meu Deus o que eu estou fazendo comigo? Se eu não estiver dando conta de entender que as pessoas que estão aqui são como eu, que também precisam de um carinho, de uma atenção, eu não sei ser uma enfermeira. Que porcaria de estudo que eu estou fazendo para não entender isso. E isso tudo pode parecer piegas, pode parecer bobo, mas, eu tenho a maior paixão do mundo pelo HU por isso, por esse olhar mais humanizado para o paciente (E4).

Como nos diz Boff (2000), o cuidado implica em atenção, preocupação, zelo, carinho para com o outro. A vivência de E4 traz a perspectiva de refletir sobre as ações de cuidado, o que se está enxergando, como se está agindo diante da fragilidade do outro. Ao assumir o papel do cuidado, os aspectos éticos devem permear essas ações. A ética não traz fórmulas prontas para dizer o que é certo ou errado, mas se manifesta através da forma como as pessoas acreditam, o que pensam e como agem; é o bom senso utilizado nas atitudes tomadas.

No contexto do processo de trabalho, estabelecem-se normas e diretrizes de ação que são seguidas pela categoria profissional para que possam interferir e relacionar-se entre si. Esses valores são históricos e constituídos de uma cultura institucional que direciona o comportamento das profissionais. Cultura entendida como “um conjunto de princípios (explícitos e implícitos) herdados pelos indivíduos enquanto membros de uma sociedade”. A cultura institucional aponta a esses indivíduos a “sua forma de olhar e ver o mundo, a forma de vivê-los emocionalmente, bem como o modo de comportar-se em relação a outros indivíduos, ao seu meio natural e/ou a forças sobrenaturais, caso acredite nelas” (CAPELLA, LEOPARDI, p. 161).

A cultura institucional influencia o comportamento das profissionais que se baseiam nos pressupostos e diretrizes que guiam as ações dos indivíduos que ali atuam. Ser ético no processo de trabalho implica em ter compromisso, co-responsabilidade, participação na esfera de decisão, respeito às regras estabelecidas e aprovadas por uma decisão democrática e busca pela sua autonomia, cujos pressupostos, apesar de não

estarem explícitos nas falas, estão implícitos nas profissionais que percebem uma filosofia de assistência no HU que o diferencia das demais instituições e é expresso:

O cuidado de enfermagem no HU é diferenciado. Pode ser a mesma pessoa que trabalhe aqui, e que trabalhe em outro hospital, aqui é diferente. A postura dele é diferente, respeita mais o paciente. Eu acho que é a questão da nossa filosofia, a questão da assistência que a gente valoriza e a questão da diretoria não ser subordinada a medicina (E5).

Nesse cenário institucional a filosofia que tem guiado a prática da enfermagem ganha espaço de discussão na perspectiva de uma assistência mais humanizada no sentido de parar, olhar, tocar, ouvir o/a paciente com empatia. Hoje se observa reflexos positivos do investimento nas profissionais para esta prática, ainda que não na sua maioria. Identifica-se que as profissionais têm a preocupação de acompanhar e realizar um contato mais direto com o/a paciente.

No entanto, ao explorar como ocorrem as relações interpessoais entre as profissionais e suas condutas nas relações de trabalho, pode-se observar que existe manifesto relações de poder e subordinação entre as diferentes profissionais. A enfermeira atua na equipe detendo o poder das informações acerca do cuidado do/a paciente, dividindo com as técnicas e auxiliares a execução manual na tarefa de cuidar. Quando essa relação tenta ser mais horizontalizada, existe certa repreensão. Evidentemente não se pode generalizar essa relação, porém é importante sinalizar que ela ainda existe e necessita ser revista no contexto do trabalho da enfermagem. O relato abaixo é exemplo disso:

Em um curso que eu fiz, eles (palestrantes) disseram que a gente tem que se integrar também com os médicos e não só passar para o enfermeiro. No dia em que eu cheguei (trabalhar na UTI) e sem querer fui fazer isso (falar com o médico sobre o cuidado ao paciente), foi chamada a minha atenção porque eu não posso levar para o médico, tenho que levar para o enfermeiro. Eu disse: vocês me desculpem, mas na clínica médica eu podia fazer. Tudo bem, quer dizer, já não posso fazer mais. Pelo que eu percebi, eu até tenho que conversar com a chefia para saber disso, porque se o enfermeiro está lá ocupado e eu preciso passar uma informação, eu estou vendo que a P.A (pressão arterial) do paciente está alta, muito alta, a médica está do meu lado eu não posso passar para ela? É uma coisa que eu também tenho que perguntar (TE5).

Matos (2006), auxilia esta discussão quando coloca que os diversos profissionais da saúde utilizam-se de lógicas próprias de práticas que fragmentam o trabalho pela não articulação de saberes e fazeres entre os diversos profissionais. Nesse sentido, essa prática não corresponde as necessidades do/a paciente que é multidimensional.

A reflexão ética do cuidado, mesmo que não tão explicitada pelas profissionais,

vem à tona para se repensar a conduta e postura profissional. Percebe-se que as discussões coletivas trazem a possibilidade de troca e mudanças de perspectivas de cuidar e se relacionar.

Quando a gente está lá (capacitações) ouvindo que tem que ser assim, que deve ser assim a parte ética, a gente acaba percebendo os erros que a gente comete e repensa e procura mudar (TE1).

Eu acho que de ética (curso) é importante fazer. Eu acho que ainda é necessário mudar o relacionamento. Acho que precisava de repente fazer alguma coisa para o pessoal se interar, às vezes tem muita divisão de turno. O pessoal da noite é só da noite, o pessoal do dia é só do dia, aí quando às vezes o pessoal da noite vem trabalhar de dia, fica mais deslocado. Ter mais interação, e isso permeia a ética, que auxilia a respeitar o colega (TE2).

Apesar das profissionais perceberem de forma mais evidente as capacitações técnicas, há profissionais que reconhecem que houve ampliação nos últimos anos de capacitações que atendem as demais dimensões, principalmente, a relacional. A incorporação das várias dimensões como a técnica, a relacional, a comunicacional e a ética foram relatadas como perspectivas de mudança para a educação permanente da instituição, como possibilidade de um trabalho mais motivador e criativo para as profissionais. Essa observação vem ao encontro dos dados apresentados no quadro 1, que demonstra um crescimento das capacitações como abordagens que englobem as várias dimensões da competência.

A questão comportamental eu acho que é o próximo passo para o HU para os cursos, mas vai demorar um pouquinho! (TE4).

Olha o primeiro ano teve uma capacitação que era para a unidade toda que foi mais técnico. Dali em diante começou mais legal, relacionamento do funcionário, até pessoal mesmo, e também a parte ética do cuidado (TE6).

Quando questionadas se percebiam quais os objetivos da várias capacitações que são realizadas pelo CEPEn, o grupo têm uma percepção contraditória. Enquanto umas tem a noção que eles atendem a objetivos únicos, outros conseguem perceber diferenças entre suas finalidades.

Existe a percepção de diferentes finalidades para cada capacitação da educação permanente, mas com o mesmo objetivo, o de melhorar a qualidade da assistência.

Não, que eu tenho visto todas as capacitações tem os mesmos objetivos. Diferentes têm! Eu faço o curso de insulino terapia, o curso de diabetes que tem, vai atender as necessidades, no geral, acaba atendendo tudo. É para melhorar a qualidade da assistência, mas independente eles tem funções diferentes. Tu não podes generalizar. Acaba atendendo na nossa área, por exemplo ah! como é que

se aplica o subcutâneo? Então acaba usando isso para a heparina, acaba usando para uma medicação SC. Engloba o geral, mas tem funções diferentes sim. Eles entendem que é para melhorar o atendimento, para melhorar o relacionamento entre a equipe, a postura frente ao paciente. Mas em separado cada um atende uma necessidade, eles não conseguem! (E1).

Acho que as capacitações tem o mesmo objetivo. É sempre o de passar ao funcionário o melhor que tem para ele e melhorar a qualidade do cuidado (TE6).

Eu acho que cada um é complementar ao outro. Cada um responde a uma parte das nossas atividades assistenciais (E3).

Existe, por parte das profissionais, também a percepção que cada capacitação realizada pelo CEPEn atende a uma necessidade diferente de formação de competências e de objetivos diferentes.

O de relacionamento interpessoal, tenta melhorar o que? a relação da equipe e também da equipe com o cliente. Já o de cuidado de feridas está partindo para a técnica em si, a técnica do curativo, dos materiais a serem usados e assim por diante. No de ética, do relacionamento ético que a gente deve ter, a nossa conduta ética. Acho que atende a todas estas necessidades. Acho que tem uma preocupação com todas, o lado técnico, mas também o ético, a relação, a humanização que agora tem (TE1).

Acho que alguns são bem técnicos e outros falam sobre o relacionamento entre os funcionários, ou relacionamento do funcionário com a família. Eu vejo esta distinção (TE4).

Independente dos objetivos percebidos pelo grupo há o reconhecimento da articulação e a valorização de diferentes objetivos e saberes que englobam as diferentes dimensões. Reflete assim a busca pelo desenvolvimento técnico-comportamental-comunicacional e ético das profissionais que resulta em uma prática diferenciada, humanizada e multidimensional.

O potencial da educação permanente para a construção das competências relacional e ética constituem um dos aspectos mais relevantes defendidos hoje pelo SUS, que é a humanização da assistência com conseqüente estabelecimento de vínculo e acolhimento entre usuários e profissionais e profissionais entre si. O reconhecimento do desenvolvimento das diferentes competências pelas profissionais de enfermagem, através da educação permanente, pode ser visualizado pelas diferentes formas que estas se apresentam nas diversas situações vivenciadas no seu cotidiano. Dentro das habilidades e competências que se espera da profissional de enfermagem, pode-se citar algumas competências: habilidade em comunicar-se com o/a paciente e familiares, entre a equipe de saúde, e entre os dirigentes por meio de diferentes formas: fala, escrita, desenhos, esquemas e; relacionar-se com outras pessoas, trabalhar em equipe, ter

iniciativa, organizar-se pessoalmente, organizar seu ambiente de trabalho, buscar dados e informações para fundamentar argumentos e decisões, utilizar com fluência a tecnologia disponível cotidianamente aos cidadãos e profissionais (SILVA, 1999).

Discutindo e reconhecendo as diversas perspectivas das competências, Rios (2001, p. 90) aponta que “só o conjunto das competências *técnica, relacional, ética e comunicacional* determinam a competência da profissional” (grifos meus). Assim, para que a profissional possa ser competente, implica na habilidade de articular as diversas competências, ou seja, ele deve ter o domínio dos conteúdos de sua área específica de conhecimento, a articulação desses conhecimentos com a realidade e os sujeitos usuários, assumir continuamente uma atitude crítica que indaga sobre o fundamento e o sentido da definição dos conteúdos, dos métodos, dos objetivos, tendo como referência o compromisso com a realização do bem comum. Nesse sentido, a competência vai sendo construída a partir da práxis, do agir concreto e contextualizado das profissionais.

Assim, percebe-se que, para ser competente numa sociedade em constante transformação, não se pode ficar restrito apenas a conhecimentos do trabalho, mas agir de acordo com a demanda apresentada pela situação, utilizando-se de conhecimentos gerais, éticos e políticos, pois é no conjunto das habilidades que se produz um bom profissional. A partir dessa concepção a educação permanente passa a re-orientar a prática pedagógica no trabalho organizada em torno da transmissão de conteúdos teórico-práticos, voltada para a construção de uma prática de melhor qualidade e desenvolvimento pessoal, profissional e institucional.

Diante dessas reflexões, traz-se a idéia de que a tarefa da educação deve ser sempre a de formar o ser humano em todas as suas capacidades, a partir de um trabalho que articule os vários saberes que circulam na sociedade. Contudo, o desenvolvimento global do ser humano está diretamente relacionado com a qualidade de vida que ele usufrui em seu cotidiano.

Em vista disso, a análise das falas das profissionais, atreladas às concepções de Perrenoud e Thurler (2002); Brasil (2004a); Grisci e Bosi (2004); Delors (2003) possibilita considerar que a competência abriga elementos objetivos e subjetivos manifestados por capacidades cognitivas, relacionais, afetivas e ética. “É no âmbito das relações humanas que se dá a prática cotidiana da enfermagem e nelas pode se dar a formação do sujeito-ético” (BOEMER, SAMPAIO, 1997, p.37).

A nova configuração do trabalho impõe as profissionais cada vez mais uma ampliação das competências, entendendo que estas não podem ser estanques, porque

são interdependentes e complementares, sendo que, do conjunto delas se constitui o ser humano integral.

7 A EDUCAÇÃO PERMANENTE E A COMPREENSÃO DA MULTIDIMENSIONALIDADE DO/A PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

A educação permanente consiste em uma continuidade de ações de aprendizagem que ocorre no espaço do trabalho, partindo de situações concretas existentes para superar, mudar, transformar o espaço do trabalho e a realidade em uma situação diferente e desejada.

O conjunto dessas ações exercidas de forma continuada favorece o desenvolvimento da profissional nas suas dimensões pessoal, profissional e institucional por acreditar serem estas inseparáveis, sendo que o conjunto delas é que permite a constituição do ser humano multidimensional. A articulação das dimensões pessoal, profissional, institucional colocadas como necessidade frente às exigências do mundo do trabalho na realidade atual, nos remete a compreender e diferenciar as contribuições de cada uma das dimensões para a construção do ser humano integral.

Assim, mesmo compreendendo a inseparabilidade das dimensões humanas, para fins didáticos de apresentação neste estudo, as mesmas serão analisadas separadamente. Desse modo, serão consideradas as expressões de cada integrante do estudo acerca das contribuições em cada dimensão, que se dá partir de suas vivências.

7.1 Aspectos potenciais de crescimento pessoal

O processo educativo traz consigo a possibilidade de desenvolvimento do ser humano. A educação não é vista como mero saber a ser adquirido, mas como uma cultura que permite compreender a condição de humano, ajudando a viver melhor, sendo mais crítico, aberto às mudanças e mais livre e autônomo.

O desenvolvimento ininterrupto do conhecimento tem levado as profissionais a

buscarem a expansão do saber como forma de não ficar à margem do avanço tecnológico da sociedade e saber enfrentar os grandes desafios dessa época.

Para Demo (2002, p. 54), o processo de formação do ser humano “precisa compatibilizar-se com o desafio de trabalhar em grupo”, apontando como argumentos a tessitura pedagógica e ética, a oportunidade de potencializar as competências e a qualidade política das profissionais. O autor traz como pressuposto que “a aprendizagem nunca é apenas um fenômeno pessoal porque o pessoal é sempre social”. Apesar de fazer uma crítica à competitividade decorrente da valorização acadêmica do desempenho individual, reconhece a necessidade do desempenho pessoal ser um importante aspecto a ser considerado no mercado de trabalho atual.

O saber da enfermagem, desde seu reconhecimento como profissão, tem sido caracterizado por buscar, em outras áreas do saber, os conhecimentos para organizar sua prática, prevalecendo os da área biológica, com vistas a prestar um cuidado de enfermagem qualificado. Nesse sentido, esse aspecto da competência individual é bastante forte e valorizado como condição de competência pessoal e profissional. Assim, o reconhecimento individual percebido pelas participantes compreendeu várias nuances de autoconhecimento e autoconsciência que serão discutidas a seguir.

Nas falas das participantes do estudo, está presente a avaliação do crescimento pessoal adquirido ao longo do tempo. Esse crescimento é associado à participação nas atividades da educação permanente promovidas pela instituição, cuja possibilidade é ver a complexidade da instituição, a realidade do trabalho, abrir novos horizontes e estimular sentimentos de solidariedade. Permite, também, a descoberta de novas potencialidades e estimula o desejo de ser mais, de fazer mais, de crescer profissionalmente, de estar atualizada. Houve uma unanimidade entre as participantes que as contribuições da educação permanente na instituição serviram para estimular o desejo de participar de cursos, como uma condição para “não ficar parada no tempo ou bitolada”, para tornar-se uma pessoa realizada ou para aprimorar-se profissionalmente, entendendo que a educação permanente ocorre através de cursos.

Eu achei que estava um pouco bitolada, um pouco fechada lá naquele meu mundinho antes de entrar aqui. Parece assim que expandiu (educação permanente) sabe, abriram-se os horizontes. Muita vontade de fazer cursos, a especialização que foi uma coisa muito interessante. Agora o mestrado. A vontade de dar aulas, nem que não seja aqui, mas em outra instituição, Isso me estimulou com a educação permanente (E1).

Eu acho que muda, a gente. Eu fiquei muito tempo só na medicação, entende! Aí, eu acho que com estes cursos, apesar de às vezes, eu não fazer muito, mas tu

ficas atualizada, tu conheces as coisas (TE2).

De positivo eu vejo que, é porque dá chance ao funcionário de aprender, ficar atualizado, dele se relacionar melhor (TE6).

Quando questionadas como percebiam as contribuições da educação permanente em sua vida pessoal, foi unânime o reconhecimento de crescimento pessoal. Atribuem à educação permanente uma parcela significativa de contribuição, tanto no que diz respeito ao aumento do conhecimento como no estímulo para continuar os seus estudos. Para as técnicas de enfermagem, a manifestação de crescimento pessoal se expressa pelo interesse que demonstram em cursar uma graduação.

Bom, na minha vida pessoal acho que o que mais mudou foi eu dar início à graduação, por eu ter despertado o interesse, comecei a participar de cursos e fui começando a pegar gosto (TE1).

Eu já pensei, já fiz vestibular para enfermagem, já fiz duas vezes, não consegui passar. Eu sempre quis ter nível superior, queria estudar mais, saber mais e essa vontade tem se fortalecido aqui com a educação permanente (TE2).

As realizações são projetadas como ambições a serem conquistadas, um espaço que é individual e manifesta-se de acordo com as oportunidades apresentadas. Observa-se que as profissionais de nível médio buscam a concretização desse sonho, ainda que com dificuldades e limitações, pois das 6 profissionais, 2 concluíram o curso de graduação em enfermagem, 3 estão tentando sua aprovação no vestibular para enfermagem e apenas uma não tem interesse em cursar a graduação. Esta perspectiva caracteriza-se, o que diz Moscovici (2005, p.7), “o ser humano se desenvolve continuamente em busca de realização e felicidade” e, nesse sentido, ao ingressar na instituição, o indivíduo está cheio de esperanças, quer crescer, ter outras oportunidades, melhorar sua condição de vida e trabalho. Ele faz planos, sonha sobre suas realizações e idealiza uma carreira invejável. É nesse momento que a profissional está mais suscetível a aprendizagem.

Para as enfermeiras, esse desejo de continuidade dos estudos se manifesta através da realização de cursos de pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado), o que pode ser confirmado pelo apresentado no quadro 1, em que apenas uma enfermeira não possui pós-graduação.

Na minha família [...], a minha mãe ela tem 6 irmãos, um homem só, o restante são todas mulheres. Todas, uma tem 5 filhos, outra tem 7 filhos, outra tem 3, só a mãe e outra tia que tem um filho. De todas estas eu sou a única que estou fazendo pós-graduação, de todos os netos, de todos os sobrinhos, de todo

mundo. E isso é um sonho meu e um orgulho para eles (E4).

[...] quando eu entrei aqui, eu me realizei, mas com o tempo achei que precisava mais e iniciei a pós-graduação, fiz mestrado e agora espero fazer doutorado. Estou dando um tempo. O HU tem essa coisa de estimular a gente, dá oportunidade. Muito bom! (E5).

O trabalho no HU para enfermeiras e técnicas é considerado um sonho realizado. O fato de a instituição ser um hospital escola traz a perspectiva de estar constantemente diante de situações de aprendizagem formal (através dos cursos de graduação e pós-graduação da área da saúde) ou informal (através da educação permanente e da vivência com alunos e novas tecnologias). Acreditam que essa possibilidade de contato diário com alunos para dar orientações, o acesso às inovações tecnológicas e acesso mais fácil a educação mobiliza-as a reciclar-se permanentemente.

Quando eu entrei aqui, eu senti uma vontade muito grande de poder ensinar, sabe, de poder passar conhecimento. Isso me dá prazer, tanto quanto me dá prazer assistir o paciente. Eu gosto de ensinar, de orientar o aluno. Acho que era para isso que eu queria entrar aqui. Para realizar esta vontade, botar para fora esta vontade que eu tinha de dar aula, mas nunca pensei que fosse conseguir. Mas eu vi que eu tenho perfil, eu gosto de orientar os alunos que estão aqui (E1).

A noção de crescimento referida pela maioria das profissionais é partilhada por muitos estudiosos da educação (FREIRE, 1999; GADOTTI, 2002) como necessidade que é inerente ao ser humano. Defendem a educação como uma possibilidade concreta de crescimento, propiciando as condições necessárias para que cada ser humano possa assumir sua vida através de uma relação que se processa com outros seres em comunhão. Para Freire (1999, p.40), a educação favorece que a pessoa “assuma-se como ser social e histórico, como ser pensante, comunicante, transformador, criador, realizador de sonhos, capaz de ter raiva e amar”. Nesse cenário, o processo de formação da profissional, por parte da instituição, não se esgota no seu aspecto técnico, mas abrange também a divulgação e a aprendizagem de valores e a construção de comportamentos (FERRETTI, 2003).

A construção de valores e competências é incorporada na enfermagem pela educação permanente, permitindo uma visão integral da profissional. O investimento na profissional na enfermagem se inicia quando de sua entrada na instituição, que utiliza o momento de inclusão denominado Programa de Orientação Introdutória (POI) para divulgar as profissionais a filosofia, os objetivos e os valores que norteiam o cuidado de enfermagem. Esse programa, que é realizado quando da entrada da profissional na

instituição, busca a reflexão e o acolhimento para que a profissional sinta-se inserido na mesma. Essa é uma prática que vem sendo realizada desde 2000 a todas as profissionais, abordando assuntos de interesse da enfermagem para garantir a qualidade do cuidado prestado tais como expectativas em relação ao trabalho no HU, filosofia, organograma, pressupostos da DE/HU e CEPEn, dinâmica das relações grupais, política de recursos humanos e materiais, atribuições, direitos e deveres, ética profissional e do cuidado, processo de avaliação de desempenho, cuidado e comunicação terapêutica, Sistematização da Assistência de Enfermagem, além de uma visita a toda a instituição para conhecimento dos serviços que a mesma oferece. A concepção pedagógica utilizada é baseada no referencial do Sistema de Aprendizagem Vivencial, em que a aprendizagem se processa a partir das experiências vividas dando-lhes significado (LEITE e FERREIRA, 2003).

As profissionais são liberadas de suas atividades de trabalho para participarem do POI e reconhecem esse momento como importante para sua inclusão no trabalho da enfermagem e da instituição.

O treinamento introdutório é um ganho que não tem nem que se considerar, as pessoas conhecerem o hospital, saberem como funciona o hospital, saberem como é a filosofia, a metodologia, o cuidado. São todos bem positivos e ajuda a profissional a ser inserido na instituição (E2).

O POI é importante para conhecermos o funcionamento do hospital, como trabalhar em equipe, principalmente quando você é novo nessa instituição. A gente inicia sentindo-se inserido, acolhido pela enfermagem do HU (TE6).

Eu acho importante e acho que até poderia ser mais presente o POI, porque tem que mostrar para quem está chegando que o HU não é mais um emprego. É um lugar onde nós trabalhamos sim para receber o salário, mas nós temos uma co-responsabilidade institucional. E eu acho que o CEPEn tem essa preocupação e esta função (E4).

Esse processo é amplamente reconhecido pelas participantes como fator que facilita a inclusão das mesmas no trabalho, uma vez que a articulação dos temas discutidos orienta-se pela ênfase na qualidade da assistência, como também pelo reconhecimento da profissional em ser membro da instituição e membro ativo do processo de cuidado. Ao assumir uma função em um contexto institucional, a maioria das pessoas apresenta certa ansiedade em ser aceita e incluídas na dinâmica da instituição. O processo de inclusão implica no reconhecimento dessa dinâmica e favorece que ela seja vivenciada de forma gradativa e sem sofrimento.

Apesar de todas as profissionais lotadas na DE terem participado do POI, o estudo

evidenciou que apenas as enfermeiras lembram e fazem referência a esse momento.

Dentre as participantes do estudo, evidencia-se a influência e os efeitos da existência da educação permanente na instituição sobre a satisfação das profissionais de enfermagem, em trabalhar nela, destacando esse aspecto quando abordam os motivos que as levaram a procurar a instituição para o exercício da enfermagem. Mesmo reconhecendo que a instituição também tem suas limitações e fragilidades no campo da assistência, ainda assim a forma como a enfermagem conduz sua prática educativa é apontada como potencialidade.

Mas até uma coisa que pesou bastante na minha escolha pelo HU foi justamente a educação. Porque, por ser um hospital-escola, eu sabia que ia ter muito mais flexibilidade de horário e incentivo para participar de cursos do que lá na Prefeitura Municipal, que é complicado. É horário geralmente de segunda à sexta feira, e é complicado para uma faculdade que é integral. Então, no final eu escolhi ficar aqui (TE4).

E o HU tinha esse símbolo para mim. O HU tinha que ser meu lugar de trabalho porque aqui eu podia ser uma enfermeira de verdade, aqui eu podia aprender os limites do que é o caminho certo na enfermagem, o aprendizado, a educação permanente, o fato de estar muito próximo da UFSC (E4).

Eu sempre tive um sonho quando eu estava fazendo faculdade que fiz estágio aqui no HU. Eu sempre quis trabalhar aqui, era o meu sonho de consumo. Vou ter que trabalhar neste hospital por causa do ensino, por ser um hospital-escola, por a gente ser totalmente SUS. [...]. Eu acho que é o sonho da maioria. Depois de 8 anos de formada que eu consegui entrar aqui, [...]. E bom agora eu estou realizada, agora eu vou fazer o que eu quero. Porque o que eu noto, é que tu não tem oportunidade de estudar em outros locais. Aqui dentro tu tens essa oportunidade! Nossa, quando eu entrei aqui, que eu comecei. Eu já sabia que existia (estímulo à capacitação e à educação permanente), mas a gente fora não acha que é tão intenso! Os cursos que tem aqui dentro para a gente, o crescimento profissional, a valorização, isso para mim é fundamental. Eu, que já trabalhei em instituição privada, é bem diferente! [...] (E1).

A motivação em trabalhar em um hospital-escola relacionada à possibilidade de crescimento profissional e de continuidade de formação já foram abordadas anteriormente na instituição por Matos et al (2000), identificando os fatores que favorecem o viver saudável ou não das profissionais de enfermagem. As autoras evidenciaram que a existência de uma prática de educação permanente reconhecida na instituição é um dos aspectos mais significativos no seu viver saudável. A confirmação desse dado faz repensar na importância de as instituições de saúde discutirem e implementarem programas efetivos de educação permanente nas diversas realidades em que acontece o trabalho em saúde. A implantação de uma política de educação permanente constitui-se em novo método de gestão defendido por autores como Campos (1994, 1998, 2005) e Ceccim, (2005b) como estratégias de um novo modo de gerenciar

as instituições de saúde com vistas à melhoria no grau de envolvimento e compromisso das equipes, potencializando o aumento da satisfação e a realização profissional.

O referencial pedagógico e institucional da educação permanente em saúde constitui uma ferramenta potente para a transformação da realidade do trabalho em saúde, porque a formação é pensada a partir da problematização das necessidades da prática do cuidado e das novas tecnologias. A essa concepção inscreve-se a “aprendizagem significativa” como aquela que favorece a adesão das profissionais por aprender e pelo interesse na realização de trabalho de melhor qualidade. Para algumas profissionais, a educação permanente tem a perspectiva de orientar e conduzir a vida profissional:

Nossa, a educação permanente foi crucial para minha vida, para a passagem da minha vida de graduanda para uma assistência hospitalar, para eu ser enfermeira e me sentir capaz de estar ali sozinha avaliando o paciente, assistindo e coordenando a equipe de enfermagem. Eu fiz, acho que todas as capacitações que eu pude fazer para crescer (E3)

Permanente eu acho que é sempre reciclar na tua área, na tua profissão. Eu participo desses cursinhos que tem aí. Já teve gente que disse é, mas é sempre a mesma coisa. Eu disse, não é, sempre uma coisinha diferente tem, uma novidade, uma mudança naquilo que você está fazendo. Sempre uma coisa ou outra a gente sempre capta diferente e aprende (TE6).

Tal perspectiva de gestão já vem sendo colocada em prática em diversos setores da produção, pois no reconhecimento dos desafios postos por um contexto de globalização econômica, de novas formas de organização da produção e do trabalho e dos crescentes processos de democratização da sociedade, as empresas e instituições vêm construindo estratégias e propostas de formação orientada para as profissionais favorecendo assim, o acompanhamento das mudanças ocorridas na sociedade (DELUÍZ, 2000).

Alberto (2005), em estudo realizado acerca dos sentidos que a noção de empregabilidade assumiu na concepção e no desenvolvimento das políticas de formação da força de trabalho no Brasil e nos países desenvolvidos, identificou que a garantia da empregabilidade constitui-se na necessidade de aperfeiçoamento e formação continuada do indivíduo. Identificou o autor, através da análise de documentos oficiais do Ministério da Educação, que essa perspectiva teve sua maior força a partir de 1995. É nessa lógica que podem ser percebidas “as novas formas, os novos mecanismos de valorização da força de trabalho. Hoje, não basta apenas o conjunto de qualificações que valeria para

toda a vida produtiva. Exige-se, o aprender sempre. E as competências exigidas mudam a cada momento, compondo um quadro de permanente instabilidade” (ALBERTO, 2005, p. 330). Assim, a transição da educação continuada pontual, técnica pela implantação da educação permanente multidimensional e significativa se processou lentamente na instituição em estudo.

Corroborando com essas discussões, Assmam (1998) enfatiza que, para reencantar a educação, é preciso colocar o conhecimento como experiência de prazer e que, sem este, a aprendizagem vira instrução informativa de saberes já acumulados e as aprendentes, depósitos desses saberes.

Dessa forma, percebe-se que o conhecimento é um bem individual que é compartilhado entre sujeitos em uma relação intersubjetiva trazendo benefícios na relação mantida consigo mesma, com a instituição, com os/as pacientes e familiares e com as demais profissionais.

Nestas ações da educação permanente a coisa boa é que está sempre trazendo uma novidade, alguma coisa de tecnologia mais importante para a gente aplicar na prática e satisfazer mais os pacientes que buscam os serviços que a gente oferece. [...], porque o conhecimento tu aplicas nos momentos que você vai vivenciando, na vivência da prática profissional, porque conhecimento é uma coisa que você leva contigo aonde você vai, é um bem teu, então ela influencia na minha vida como um todo (E3).

O conhecimento que você adquire é um bem teu, e ninguém pode tirar de você. Eu penso que esses cursos que eu vou é para o meu bem, e que posso voltar para a unidade passar isso para os outros que não foram, melhora a interação (TE6).

Na análise realizada pelas participantes, a instituição, ao adotar a educação permanente, permite o crescimento pessoal, sendo percebida, também, como possibilidade de mudanças internas em relação aos eventos da vida, que podem levar a uma compreensão mais global do usuário dos serviços de saúde e de suas demandas, podendo, inclusive, contribuir para uma assistência mais humanizada e de qualidade.

Noto na postura da gente! Assistir uma palestra sobre morte, foi uma coisa que me marcou bastante, da experiência das pessoas, das enfermeiras falando. E eu como pessoa mudei minha maneira de pensar de como me dirigir à pessoa, ao familiar. Foi bem legal, marcou bastante (TE3).

Eu acho que muda com a experiência, e mostra de repente, não é querer elogio, mas ver o trabalho que eu construí, aos poucos, acho que isso também valorizou o serviço. Dentro da unidade teve seus altos e baixos, mas eu acho que eu contribuí um pouco, trazendo minhas sugestões que aprendia e colocando em prática (E6).

A exposição de algumas integrantes do estudo evidencia que as mudanças não

ocorrem somente em decorrência da ação da educação permanente, mas, também e, principalmente, já existe uma predisposição interna e individual que favorece esse estímulo ao crescimento. Apresentam como característica própria, a vontade de estar sempre aprendendo, de comprar livros, pesquisar, estudar. Dependendo do contexto em que vivem e como idealizam suas vidas, buscam a concretização de seus ideais, quer seja no âmbito do trabalho quer seja no âmbito da vida.

Comprei livros, foi bem bom. Eu tenho pesquisado bastante na Internet, nos livros. Eu sempre quis comprar aquela coleção da Brunner, que eu nunca tive, comprei. E pesquiso na internet bastante. Eu sempre fui curiosa, sempre gostei de procurar, de pesquisar e eu acho que nesta profissão a gente tem que se manter atualizada (TE3).

Quando você lê um livro, você passa a incorporar aquilo que tu acredita daquele livro, seja uma teoria, seja um direcionamento administrativo. E eu costumo transitar por todas estas áreas para me dar uma base melhor de trabalho (E4).

A influência da educação permanente sobre a vida de cada uma reflete-se também no espaço não profissional onde ocorrem as relações afetivas e de sustentação da vida. O crescimento é percebido pela família e amigos, no sentido de que estas passam a servir como referência em assuntos relativos a saúde. No entendimento das participantes, essa vivência extrapola os limites da instituição atingindo a esfera familiar e social.

Quando você tem algum conhecimento as pessoas vão te ter como referência. Em casa também, pelo fato da gente ser enfermeira a gente acaba dando orientações para familiares, para vizinhos que procuram quando tem um mal-estar. Antes de irem a um médico, saber que médico que eles devem procurar. Ligações que a gente atende até às vezes no meio da noite porque a gente é enfermeira e eles querem saber, ter uma orientação. [...] Inclusive eu tenho uma irmã que é enfermeira também, então a gente acaba trocando muita coisa. Ela é da saúde pública e eu sou hospitalar. Então, quando a gente precisa de uma informação acaba se complementando (E3).

A gente geralmente é uma referência no grupo que está inserido socialmente, seja grupo de amigos, família. Os amigos também, muita gente liga para perguntar coisas, porque já sabe que eu tenho conhecimento. Então, eu acho que isso é um reconhecimento das pessoas. Meus pais também, minha mãe liga lá para casa querendo saber coisas (TE1).

Como a gente trabalha na enfermagem, a família qualquer coisa pergunta para a gente. Eu acho que ajuda ter conhecimento para poder informar melhor. [...] No meu grupo, tudo sou eu! (TE2).

As mudanças percebidas pelo grupo social e familiar dizem respeito à mudança pessoal, tanto no âmbito técnico como no âmbito das posturas e atitudes frente à vida. A existência desse reconhecimento produz um sentimento de prazer e felicidade.

Comentam que eu devo ser muito chata, muito perfeccionista, porque já me conhecem, o pessoal da família, e dizem que devo ser muito atenciosa com os familiares e com os pacientes, e que gostariam de ser paciente no dia em que eu tivesse trabalhando para eu atender. Então muda a gente. Me sinto feliz. [...] Eu que era uma dona de casa, vivia fazendo comida, limpando e de repente, hoje... E assim, eles devem parar e pensar meu Deus, como ela domina para quem só viveu em casa. Um dia eu disse para um doutor, que me arrependi de não ter feito isso antes, daí ele disse: antes tarde do que nunca. Já podia estar na área de saúde há 25 anos, mas primeiro eu quis fazer o meu lado familiar (TE5).

A minha tia é quem lava a minha roupa. Toda semana, no meu jaleco tem um bilhete, uma mensagem de Deus, alguma coisa sempre tem. Dia do enfermeiro sempre me liga de manhã cedo. Sempre! É uma tia que ela gostaria de ter feito universidade. E ela acha muito bonito por tudo que eu passei quando criança ter conseguido chegar aqui. Ela fortalece isso muito em mim: a tia te ama muito por isso, "tu és sempre a nossa menininha". Quando acontece "ah! Isso eu não sei, então vamos perguntar para a [...]," como se a pós-graduação fosse o sétimo céu, a mais importante. Mas é a coisa da valorização, não colocando num pedestal, me diferenciando, mas é pelo esforço de eu ter chegado até aqui. Eu vejo que é a resposta dessa mudança que acontece em todas as instâncias, em casa, aqui, não tem como ser igual mesmo (E4)..

Existe, na percepção das participantes, o reconhecimento de crescimento também pelo grupo profissional com quem convivem diariamente nas situações de assistência a saúde.

Percebem mais no lado profissional, aqui no serviço as pessoas notam, e vem me falar E1 tem um curso, não sei o que. A própria chefia, ela me incentiva bastante: vai ter um curso lá de especialização assim, assim. Porque sabem que eu tenho interesse, que eu gosto de aprender. Procuram em relação a dúvidas, porque quando eu vou a algum curso, mesmo só para enfermeiros ou mesmo algum que tenha técnico e eles não participaram, eles vem me perguntar: E1, e daí como foi o curso, vale a pena? É legal? Tem alguma coisa nova, não tem? Vai ter de novo? Quanto eles vão promover de novo? O que você trouxe de novidades para nós? E eu tento passar, sempre na passagem de plantão eu digo: "oh! gente teve um curso assim e assim". Então, eu passo mais ou menos, porque a gente não consegue passar em detalhes. Às vezes, me proponho a passar também por e-mail para eles algumas coisas como foi o caso dos transplantes (E1).

Eu creio que é uma coisa gradual, tenho percebido que as pessoas que trabalhavam comigo na [...] percebem esse crescimento pessoal mais claramente e me valorizam (E2).

Eu acho que sou valorizada sim. Modesta também né? Na verdade, eu acho que é porque eu sou a mais velha em termos de enfermeira do dia. Para os enfermeiros do dia eu sou uma referência. Tudo sou eu, por isso que tem um lado bom! Porque é um reconhecimento. Os funcionários e médicos me chamam para tudo. E de repente tem um lado ainda de querer centralizar. Como eu estou mais sozinha na unidade, gosto de saber o que está acontecendo, quantos vão internar, o que aconteceu, coisas diárias. Quando eu passo o plantão e eu não fico sabendo as coisas, eu fico louca, porque eu acho que teria que ser comunicada e o funcionário vai direto para o médico, sem falar comigo. Isso é uma coisa que ele já sabe, ele pode falar, mas me avise (E6).

A valorização profissional constitui-se uma das mais importantes potencialidades

da educação permanente referidas pelas profissionais, como fator de crescimento pessoal, pois possibilita a motivação necessária para o crescimento e a busca de novos desafios. É pelo estímulo e valorização que a profissional se motiva para o trabalho. Assim, é através dessa prática adotada pela enfermagem que as profissionais sentem-se valorizadas e respeitadas como pessoas. A necessidade do reconhecimento do crescimento pessoal pelos grupos sociais, familiar e profissional é partilhada por estudiosos (DEMO, 2000, 2002; KUENZER, 1999) que resgatam a necessidade iniludível da profissional saber aprender para que possa corresponder adequadamente ao desafio de fazer-se competente, respeitada, valorizada.

Há a necessidade de que esse crescimento, que essa mudança seja percebida e manifestada pelos grupos sociais, como forma de reconhecimento, porque não é costume elogiar as pessoas. Para o ser humano, é mais fácil apontar os erros e as inadequações do que identificar as qualidades e avanços.

Estudiosos da avaliação (ESTEBAN, 2003; HOFFMANN, 2002, p. 119; UCHIMURA e BOSI, 2004) discutem esse aspecto da avaliação quando apontam a avaliação como respeito à diversidade, à subjetividade e ao compromisso com a melhora do sujeito. Essa deve ser formativa ao invés de classificatória, buscando dar um feedback positivo, apontando as qualidades e possibilidades antes de apresentar as inadequações e erros (PERRENOUD, 1999). O desafio que se coloca para essas mudanças é o reconhecimento que ela “não é neutra, mas sempre subjetiva, atrelada a concepção e as emoções de quem avalia, porque é interpretação”.

Em contradição às visões que a avaliação vem assumindo, ela tem se constituído na prática e no senso comum, um modelo de julgamento de valor de forma assistemática de acordo com critérios próprios de quem avalia, que, muitas vezes, não traz nenhum crescimento à pessoa que é avaliada, pelo contrário classifica, elitiza e diminui. Essa forma avaliativa quer seja no trabalho como na vida social, pode causar sofrimento e desmotivação. Essa também é uma das razões pelas quais a avaliação ainda é um mito a ser transposto, no sentido de ser um *feedback* útil (MOSCOVICI, 2005 p. 41), porém não é assim percebida pelas participantes.

Pedem informações, mas também a gente tem que levar em consideração que o ser humano não tem o hábito de comunicar quando uma coisa melhorou. É raro acontecer (E3).

Eu acho que é uma mudança mais pessoal e acho que o paciente não percebe. [...] Porque na verdade eu acho que o paciente fica muito pouco tempo aqui, é diferente da clínica médica. O paciente vem e conhece a pessoa daquele jeito

que ela está ali, não sabe como a pessoa era antes e como ela vai estar amanhã. São poucos os pacientes que ficam mais de 15 dias, às vezes, ele interna num dia e vai embora no outro. Os pacientes de CVL (colicistectomia por vídeo laparoscopia), por exemplo. [...] Às vezes, a gente nota mais as reclamações, porque elogios são poucos a gente ouvir do paciente. Ah! esse plantão não dá, o pessoal estava muito estressado, Esse plantão fulana estava braba hoje. A gente escuta mais isso, agora se melhorou, eu não vi ninguém elogiar (TE2).

Essa percepção de não reconhecimento pelo trabalho realizado identificado pelas participantes está em dissonância com a percepção do/a paciente que reconhece e elogia o atendimento recebido pelas profissionais, mesmo sem expressar isso para as mesmas e sem identificar nominalmente a profissional. Quando questionados/as como percebem a qualidade do cuidado recebido, manifestam reconhecimento pela forma como são tratados/as independente da unidade que estavam internados.

Muito bom, não tenho reclamação, nota dez para eles (funcionários da clínica cirúrgica), são muito atenciosos tratam muito bem a gente. Não tenho reclamação nenhuma, são todos atenciosos, muito competentes (APTE4).

Gosto bastante do pessoal que trabalha aqui, são todos bem educados, respeitam a gente. Quando eu sair daqui, quero elogiar para as chefias (PE3).

Elas brincam comigo com a gente quando entram no quarto, são muito atenciosas. Acho que fazem um trabalho bem competente, devem estudar bastante para isso (PE6).

A identificação de que existe satisfação por parte dos/as pacientes e seus/as acompanhantes só foi percebida e expressada por uma profissional, que evidencia que estes/as elogiam e gostam do atendimento que recebem da equipe de enfermagem, sabendo apontar com quais mais se identificam e suas preferências.

Eles (pacientes) identificam direitinho, eles dizem o funcionário que eles gostam, o funcionário que eles não gostam, que não dá atenção para ele. Eu percebi isso ali na clínica médica, não gosto de fulano X do período X, adoro a equipe de tal período. A maior parte ali, 30% chega ruizinho, acamado, restante é tudo paciente que conversa, caminha e você vê como eles gostam de ti e como eles não gostam, às vezes, de certos funcionários. Tem preferência por aquele funcionário que tratou ele bem, deu atenção e na UTI eu já estou percebendo isso também (TE5).

Os/as pacientes e seus/as acompanhantes entendem que a assistência de enfermagem apresenta boa qualidade em razão da atualização constante das profissionais. Fazem referência à realização de cursos e treinamentos internos como razão para o bom atendimento, evidenciando que, apesar de não terem conhecimento do que seja a educação permanente, percebem que as profissionais têm uma preparação diferenciada em relação a outras instituições, conforme aponta os relatos.

Eles (funcionários) estudam, estão sempre aprendendo coisas novas aqui. Também depende de cada um, em escolher fazer uma graduação como tu que está fazendo o doutorado. [...] Eu acho que quando eles se formam eles já se formam com estrutura já para atender assim. Depende também dá condição financeira, é muito relativo, mas os cursos e treinamentos que fazem no trabalho ajudam bastante. Eu vejo diferença em relação ao outro hospital que a gente estava (APTE4).

Eu acho que cada setor tem um que treina eles (funcionários). Acho que eles têm como chamar a atenção ali deles. Acho que isso acontece! Cada setor é um, acho que acontece, eles treinam as pessoas para prestarem um cuidado bom! (PTE1)

Ao expressar a necessidade de reconhecimento, as profissionais de enfermagem confirmam a importância da aquisição do saber através da educação permanente para a manifestação de sua subjetividade. Nesse sentido, não basta apenas dar oportunidade de participação nas atividades da educação permanente, é preciso reconhecer que o sujeito, ao passar por ela, adquire novos conhecimentos e necessita que estes sejam reconhecidos, tanto na vida pessoal como profissional. Isso porque os conhecimentos adquiridos, no entender das profissionais entrevistadas, não trazem apenas benefícios pessoais, mas modificam a forma como fazem o cuidado. Assim, o fato de ser expresso pelo grupo social, a observação de mudança e crescimento pessoal motiva-os a continuar aprendendo e modificam os relacionamentos disseminando saberes e práticas entre si.

Para as profissionais, a experiência de conviver com o processo de saúde-doença no seu cotidiano de trabalho faz com que reconheçam que o crescimento pessoal favorece o auxílio a outras pessoas, quer no ambiente de trabalho ou nas relações mantidas fora dele.

Acho que a educação permanente é um crescimento para a minha vida e assim eu posso também ajudar outras pessoas e não só ficar no mundinho do meu trabalho. Eu acho que ajuda muito (TE1).

E na vida pessoal como eu falei, melhora e muito, consegue ajudar outras pessoas, levando conhecimento e aqui dentro melhora o meu trabalho, a qualidade da minha assistência (TE 6).

A educação permanente pode proporcionar a construção de uma imagem positiva sobre si mesma e a percepção de suas potencialidades, ou seja, o sujeito passa a reconhecer aquilo que lhe faz bem. Para Perrenoud (1999), no processo de avaliação, pode-se adotar um valor de referência de excelência apropriando-se de valores estabelecidos pela instituição, colocando seus próprios valores segundo o que lhe parece

suficiente. O autor defende a perspectiva de que nenhuma intervenção externa age no sujeito aprendente se esta não for percebida, interpretada, assimilada por este mesmo sujeito aprendente. É nesse aspecto que a subjetividade se manifesta no sujeito pela “apreensão consciente da realidade”, orientando o fazer e o imaginar individual (RIOS, 2001, p.97).

Também Claxton (2005, p 21), ao discutir a aprendizagem ao longo da vida, aponta entre outros aspectos que esta envolve conhecimento e autoconsciência no sentido de pensar o caminho percorrido para conhecer os objetivos, os recursos necessários para atingi-los e as potencialidades e fragilidades apresentadas individualmente. O autor enfatiza ser necessário que cada indivíduo assuma a responsabilidade e monitore sua aprendizagem. Para ele, os bons aprendizes devem assumir “a capacidade de avaliar seu próprio progresso; dizer a si mesmo quando fizeram um bom trabalho”.

Quando questionadas como percebiam seu crescimento pessoal, realizam sua auto-avaliação utilizando-se de sua subjetividade para expressar-se, sendo unânimes em vislumbrar esse crescimento.

Eu sou outra pessoa. Depois de um tempo que eu estava na clínica médica eu falei para a chefia: acho que agora já estou me sentindo enfermeira, porque no início tu tens uma dificuldade muito grande, sabe. Eu tive muita dificuldade, não sei se as pessoas viram isso porque tu tentas ter a postura de enfermeira. Em relação a minha vida pessoal, o modo como eu penso claro que muda também, porque o modo como eu vejo as coisas são diferentes. Também acho que cabe a cada um fazer sua percepção sobre uma determinada coisa e essa percepção vai ao encontro com aquilo que você é como pessoa, a tua essência (E3).

Eu acho que indiretamente a gente cresce profissionalmente, a gente cresce pessoalmente, a gente se sente mais segura. Acho que tem a questão de segurança, a questão de amadurecimento, tem a questão de liderança porque, na verdade, quando eu entrei aqui eu dizia para a chefia, eu não nasci para ser chefe de ninguém, e aqui a gente meio que tem que tomar uma postura de vida e, eu acho que os cursos (educação permanente) ajudam muito a gente nessa questão de subsídio, argumento, a experiência que a gente troca muitas vezes. Mesmo com os profissionais novos, muitas vezes a gente tem coisas em comum e acaba aprendendo. Eu acho que em todos os cursos a gente cresce profissionalmente e pessoalmente (E5).

Porque aprendi aqui a valorizar os pequenos detalhes e isso é o que mais faz diferença na minha vida como pessoa, como profissional. Até a encarar as dificuldades com outros olhos. E tu não tens noção, eu preciso te dizer isto, tu não tens noção como você foi importante para mim hoje (E4).

Desde que eu comecei a fazer enfermagem o HU foi um aprendizado diário para mim. Desde a parte profissional, e na pessoal. Eu sou mais retraída, sou mais fechada, às vezes não gosto muito de falar. Eu acho que eu desenvolvi, consegui me abrir mais, fazer com que de repente as pessoas me vissem de outra maneira, não só, a [...] que não sabe falar. E acredito que profissionalmente, porque daí o meu pessoal também melhorou, eu consegui me descobrir mais e

em cima disso pude me explorar mais. Estou mais falante! Eu estou tentando me valorizar, é isso (E6).

A aquisição de conhecimentos através da educação permanente é indutora de mudanças de comportamento das profissionais no sentido de melhorar a visão que adquirem do mundo, do trabalho e de sua vida. Os momentos de encontros educativos no trabalho permitem a troca de experiências, de saberes que são incorporados por cada uma de maneira diferente e em tempo diversificado, de acordo com o contexto, a cultura e a história de vida que trazem de si, tornando-as mais críticas a respeito da profissão e da vida. O conhecimento dá poder aos sujeitos, não no sentido de dominar o outro, mas no sentido de ampliar sua capacidade de compreensão, de análise crítica, de relacionamento, de atuação criativa e de eficácia, tornando-o mais bem preparado para o exercício de sua autonomia. Sentido que Demo (2002) defende sobre o lugar que a educação assume na sociedade da informação. O autor aponta para a necessidade de usar a informação, o conhecimento, não só absorvê-lo. Aprender não pode aludir nunca a uma tarefa completa, a um procedimento acabado ou realizado, mas, ao contrário, indica a dinâmica da realidade complexa e a incompletude do conhecimento que está em constante transformação.

Ricaldoni e Sena (2006), em estudo realizado buscando conhecer os efeitos das ações de educação permanente na qualidade da assistência de enfermagem em um hospital privado de grande porte, identificaram a necessidade desta adotar uma pedagogia da problematização, visando estimular reflexões na construção da prática e do conhecimento, entendendo que esse processo implica em reconhecer que as práticas rotineiras, fora do contexto de problemas reais, provavelmente não permitirão o desenvolvimento das habilidades reflexivas das profissionais.

Nesse sentido, a educação permanente tem o objetivo de estimular o desenvolvimento da consciência crítica das profissionais sobre seu contexto, fazendo-as responsáveis pelo seu programa de desenvolvimento permanente. Um processo sistemático e participativo, em que pensar e agir são pressupostos fundamentais para aprender e trabalhar. No entanto, os limites impostos pela forma com se organiza o trabalho nas instituições de saúde, baseado no modelo taylorista de divisão de tarefas pouco tem contribuído para a participação e a manifestação das subjetividades individuais e coletivas. Nesse sentido, para as participantes o domínio do conhecimento coloca-as em igualdade de direitos em relação a outras profissionais.

As coisas que você vai conhecendo, o fato de você ter um conhecimento te ajudando no momento que você precisa é muito válido. E no ambiente que a gente tem hoje, quem tem o conhecimento é quem define como as coisas vão se dar. Porque se você não conhece, as outras pessoas dizem que tem que ser assim e você vai fazer. E, às vezes, não é o modo adequado, não é a melhor maneira, nem para ti nem para a pessoa que vai receber o cuidado e você acaba fazendo aquilo (E3).

Eu me sinto mais crítica, pelo que eu sei. O pouquinho que eu sei, eu posso discutir com uma pessoa que sabe como eu ou que sabe um pouquinho mais, que ela vai me ensinar. Mas também eu posso brigar com aquele que não sabe, porque não sabe e você quer ensinar e a pessoa não aceita, há um confronto. Mas algumas coisas eu consigo chegar e debater [...] (TE5).

As profissionais percebem que não há finitude na produção do conhecimento reconhecendo a necessidade da aprendizagem contínua. Nesse sentido, identificam que quanto mais sabem mais vontade e estímulo apresentam em aprender. Essa perspectiva está em consonância com os autores que defendem a educação como processo ao longo da vida (CLAXTON 2005; DEMO, 2000b, 2002; FREIRE, 1999; DELORS, 2003).

Eu acho que quanto mais eu faço treinamento mais vontade eu tenho de fazer. Acho que é ali que eu estou aprendendo, que estou mudando, que eu estou me lapidando e por isso que eu tenho sentido falta de dar aula, uma das coisas que eu acho que a gente aprende um monte também (E2).

Eu acho que a atividade de aprender, de buscar conhecimento é igual à atividade prática, que quanto mais tu faz, mais tu conhece, mais prazer tu tens em fazer. Quando tu não busca, tu não tens. O conhecimento que tu tens é mínimo, tu ainda não se sente motivada, porque tu tens que fazer um esforço muito grande no início, depois que o negócio começa a ser prazeroso. Então, este esforço grande no início (do processo de aprendizagem) tu tens que ter uma motivação maior para depois tu mesmo ir te motivando (E3).

A educação permanente também é colocada como instrumento de reconhecimento de ascensão e de inclusão social que, conseqüentemente, pode melhorar as condições de vida ao posicionar melhor o sujeito nos postos de trabalho, visando o pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania, da autonomia e da sua qualificação profissional.

O fato de perceber crescimento pessoal leva a uma melhor percepção do contexto social em que estão inseridas. A educação permanente traz a perspectiva de melhorar a capacidade de observação e julgamento sobre a profissão, as complexas relações mantidas no trabalho e sobre si mesma, modificando-a. Para Reibnitz e Prado (2005, p. 135), “este movimento do pensar crítico e criativo, do pensar complexo, possibilita uma nova forma de enfrentar os desafios do conhecimento, significa assumir uma atitude não contemplativa, ou seja, uma prática questionadora”.

Eu sou uma pessoa que tento observar muito antes de julgar uma coisa e acho que eu adquiri nas capacitações aqui, na minha educação profissional e com certeza eu não era assim. É uma coisa que eu venho adquirindo e venho trabalhando nisso, estou ficando mais crítica. Acho que as pessoas têm que observar melhor o ambiente, questionar o que estão fazendo, participar (E3).

A educação permanente na perspectiva de reconhecimento da subjetividade evidencia que os eventos da vida pessoal e profissional se confundem muito. As relações entre essas dimensões são muito tênues, uma vez que reconhecem que, ao melhorar profissionalmente, há melhora, também, no campo pessoal e vice versa. Esse aspecto é discutido por Leite e Ferreira (2002) e nos faz pensar na indissociabilidade entre vida e trabalho na constituição dos sujeitos. Afirmam os autores que essas dimensões tem um caráter complementar em que o aumento da satisfação profissional e da realização pessoal, embora deva resultar em otimização do trabalho, não se reduz ao aumento da produtividade em si mesma, senão que no aumento do prazer e satisfação pela vida. Dessa forma, as profissionais do estudo estão buscando descobrir o significado da aprendizagem no trabalho não apenas para melhorar os processos e a qualidade do trabalho, mas os processos de viver com mais qualidade e tranqüilidade, respeitando a diversidade e os limites de cada pessoa.

E a minha vida mudou porque a gente passa a ter mais conhecimento sem dúvida e até a maneira de se comportar com as pessoas, a coisa do controle que eu tinha falado antes. Nunca vou esquecer o curso (VTM) que foi via CEPEn e diretoria de enfermagem que aprendi muito, muito, muito. Pelo fato de eu ser agitada, querer tudo muito perfeitinho. Por exemplo, se tiver 15 SOAP (evoluções de enfermagem) na unidade, vou fazer os 15 SOAP para não deixar para a tarde, para não atrapalhar a colega. Este pensamento está errado, porque tem que dividir o trabalho, mas a gente fica com pena, preocupação se de repente internar várias crianças a tarde. Acontece que o fulano não faz. No começo antes de ampliar esse pensamento eu pensava “nossa, mas que vadio, se eu consigo fazer ele também, não é diferente de mim”. Só que na verdade, eu sou eu e o outro é o outro e isso eu aprendi muito na convivência aqui dentro. [...] Aquilo que tu ensina ou que tu divide, compartilha, socializa, mais a frente tu vai ver esse resultado, pode ser demorado mais isso vai aparecer (E4).

Eu sou realmente uma pessoa diferente do que eu entrei aqui, mas acredito que melhor. Eu sou assim, eu estou tentando é ver as coisas de uma maneira diferente, saber que as coisas e as pessoas têm um ritmo próprio que é delas e eu devo respeitar (E3).

A possibilidade de permitir que as profissionais reconheçam que existe uma diversidade de relações mantidas no contexto do trabalho e nelas cada uma tem características que lhe são próprias, tem suas limitações e potencialidades e, respeitá-los justamente por isso, é uma das finalidades da educação permanente que busca a

mudança.

É muito difícil a gente trabalhar com pessoas, porque cada um vem de um contexto, de uma família, de uma educação e tem um valor. Então é bem complicado eu querer que as pessoas sejam meigas se foram criadas de repente num meio que não era assim (TE1).

Eu consegui perceber a diferença de cada pessoa, cada um é do jeito que é. Reconhecer que cada um tem o seu jeito de ser e fazer (TE6).

As vivências expressas pelas participantes demonstram que existe entrelaçamento ente vida e trabalho que podem ser favoráveis ou desfavoráveis ao crescimento individual, dependendo de como são vivenciadas. A educação permanente quando concebida através de processos mais reflexivos e mais flexíveis de gestão favorece a manifestação dos sujeitos como co-partícipes, caracterizando-se no que Leite e Ferreira (1996) apontam como resgate da subjetividade do sujeito trabalhador, possibilitando a complementaridade das dimensões pessoais, profissionais e institucionais.

As impressões obtidas pelas participantes acerca das mudanças pessoais decorrentes do processo de aprendizagem contínua proporcionada pela educação permanente, mostram que os objetivos e as perspectivas implícitas nos pressupostos da educação permanente da instituição em estudo encontram-se em consonância com a visão da educação permanente defendida pelas políticas públicas e por estudiosos que acreditam na educação como potencial de transformação.

7.2 Aspectos potenciais de crescimento profissional

Acreditando que a educação permanente possibilita o desenvolvimento da reflexão crítica, a troca de experiências, as discussões compartilhadas, conseqüentemente, favorece a construção de uma prática mais fundamentada, sedimentada e flexível, que se configura como transformação concreta da prática. Uma das características mais notáveis nas organizações atuais consiste no reconhecimento do potencial humano como fator de desenvolvimento.

Na enfermagem, faz-se necessário desenvolver um processo de construção do conhecimento que a sustente como ciência e possa dar subsídios para seu fortalecimento como prática social. Assim, cada profissional compromete-se com uma parcela na

construção de um saber em que estão implicados saberes que se vinculam ou confrontam-se na interação entre disciplinas e sujeitos, no sentido de entender-se umas com as outras acerca do que possa significar o fato de conhecer e dominar objetos (BOUFLEUER, 2001). E nessa perspectiva cresce e desenvolve-se tanto a profissão como a profissional.

Para as profissionais, a percepção de crescimento profissional vem do reconhecimento que mudaram suas atitudes e posturas dando maior visibilidade e sustentabilidade à execução de seu trabalho. A educação permanente permite a profissional conhecer melhor a realidade do trabalho, a se conhecer como profissional, perceber seus limites e suas potencialidades.

Mas eu acho que mudei muito, eu consigo saber o que está acontecendo na unidade inteira, onde é que os funcionários estão, o que eles estão fazendo sem sair muito da onde eu estou. Eu mudei muito em relação a percepção, Graças a Deus, eu achei que nunca ia chegar a este ponto (risos), mas eu consigo assistir o paciente, consigo ver a equipe, consigo ter um relacionamento interdisciplinar, acho que adequado para que a clínica funcione, para que as coisas aconteçam e saber a parte administrativa, o que está precisando. Acho que mudei muito como profissional, sabe (E3).

Em estudo realizado por Penã e Castilho (2006) acerca dos fatores motivacionais que levam as enfermeiras a participar da educação permanente, as autoras identificaram que, na perspectiva pessoal, o fator econômico foi determinante para motivar a participação das enfermeiras. Enquanto que, na perspectiva profissional, a participação é maior dependendo do nível acadêmico e o posto que ocupam na instituição, tendo maior participação aquelas, que têm maior nível e postos de chefias mais altos. Os fatores que motivam a participação relacionam-se ao fato de adquirir maior desenvolvimento através da obtenção de conhecimentos e habilidades que possam ser utilizadas no trabalho atual ou futuro. A perspectiva que a educação permanente traz subsídios para a profissional se fazer sujeito através da aquisição de conhecimentos, para saber o que faz, o porquê faz e o como faz está expresso na falas também das participantes. Os fatores motivacionais do grupo em estudo concentram-se mais na necessidade de adquirir conhecimentos e prática para executar bem seu trabalho.

Eu já fazia (cursos) antes porque eu tive um professor enfermeiro que dizia assim: técnico de enfermagem todo mundo é, agora se vocês não fizerem cursos vocês só vão fazer o serviço de dar banho nos pacientes, trocar fralda, dar o remédio e sem nenhuma reflexão, um ato mecânico. Vocês podem ser muito mais, façam cursos para saber discutir assuntos, para saber o que estão fazendo e porque estão fazendo. Então desde aquela época eu fui fazer (TE5).

O crescimento profissional manifesta-se pela percepção de que o conhecimento dá segurança na prestação do cuidado, favorecendo sua inserção na instituição, reconhecendo e defendendo suas crenças e valores. Nesse sentido, apontam a educação permanente como necessidade para se fortalecer perante a instituição, os/as médicos/as e a equipe de enfermagem. Este modo de pensar vincula o saber técnico a qualificação de excelência, embora seja possível constatar em alguns momentos uma relação mais afetiva com os/as pacientes denotando um modo de trabalhar mais humanizado.

Com relação a como lidar com os funcionários, em saber o que a instituição espera da nossa assistência, qual é o meu papel enquanto enfermeira desse hospital [...] Com relação a discutir também as patologias, os casos, as necessidades dos pacientes. Com relação aos médicos saber o que é mais adequado, o que a gente pode fazer, o que a gente não pode fazer, o que a instituição permite e não permite, porque são informações que eles (médicos) não tem porque são residentes porque são doutorandos, porque também a rotatividade entre eles é muito grande, e há conhecimentos que a gente tem que passar. A minha postura em relação a isso tudo mudou porque eu tenho segurança daquilo que eu estou falando (E3).

Acrescenta-se à idéia de crescimento profissional, o exercício do poder nas organizações, propiciando maior poder àqueles que detêm maior conhecimento. Para Cecílio (1999), no modo tradicional de gestão em hospitais, os/as médicos/as exercem certo grau de autonomia, tendo poder nas organizações, determinando as decisões no momento da prestação do cuidado, enquanto que para as enfermeiras esse poder é menos percebido ficando mais evidente na linha vertical de comando pelo cumprimento das ordens médicas. Há, nesse processo, os rastros que o poder deixa na organização do trabalho em saúde, conferindo poder dos/as médicos/as sobre as demais categorias, e na enfermagem da enfermeira sobre as técnicas e auxiliares de enfermagem. Esse poder, às vezes invisível, é percebido tanto pelos/as pacientes como pelas profissionais de enfermagem, quando manifestam como são as relações diárias do cuidado. A atuação conjunta dos/as diversos profissionais contribui para que os/as pacientes evidenciem maior poder aos/as médicos

O médico vai lá e examina e depois passa no posto de enfermagem e diz o que precisa fazer. Tem o enfermeiro e tem o técnico de enfermagem. Reconheço com certeza porque o técnico faz os procedimentos e a enfermeira está lá para dar uma olhada, para saber como é que está o paciente. A [...] (enfermeira) está sempre ali presente, a gente sabe distinguir quem é quem (APTE4).

Na UTI é muito enfermeiro, médico e paciente. A gente (técnicas de enfermagem) pouco participa, é mais ou menos cumprindo só tarefas, que eu consegui observar. Aqui (clínica médica) se tem qualquer problema com o paciente, muitas

vezes, eu não precisava ir lá e dizer para a enfermeira: está acontecendo isso e isso”, chegava para o residente ou para o médico e dizia – mais para o residente – ele está se queixando disso. Daí ele já ia lá e falava com o paciente e depois eu dizia para a enfermeira que eu conversei com o médico. Aqui é bem diferente. No dia em que eu cheguei (UTI) e que sem querer fui fazer isso, foi chamada a minha atenção porque eu não posso levar para o médico, tenho que levar (as informações do paciente) para o enfermeiro. Eu disse: vocês me desculpem, mas na médica eu podia fazer. Tudo bem, quer dizer, já não pode fazer mais (TE5).

A conquista da autonomia para a execução do trabalho torna-se mais difícil quando as regras institucionais e o poder hegemônico dos/as médicos/as se inter-relacionam. O conceito de autonomia é definido por Cecílio (1999, p. 321) como a aptidão que os indivíduos dispõem em uma situação de trabalho para determinar a natureza dos problemas com que se defrontam e para saberem resolvê-los, reconhecendo que “uma pessoa só tem autonomia quando possui poder de controlar seu próprio trabalho e que pode ser responsável pelas ações que desencadeia”, nesse sentido a autonomia é sempre relativa. O não reconhecimento da autonomia individual para a compreensão de seu trabalho pode gerar o que Dejours (1996) coloca como sofrimento psíquico, apontando que é na escuta do que é expresso pela profissional que se cria a possibilidade do sofrimento emergir e sua solução ser pensada por todos.

A prática interdisciplinar tem sido apontada por estudiosos (MATOS, 2006, CAMPOS, 1994, 1997, 2005; CECCIM, 2005b, CECÍLIO, 1999, 2004) como fator de rompimento com a hegemonia médica sobre as demais profissionais em que a troca de saberes e poderes é direcionada para o bem comum.

A estratégia da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde desenvolvida pelo SUS para que o trabalho em saúde possa ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente (CECCIM, 2005; CECCIM, FEUERWEKES, 2004) não encontra consonância em todas as instituições que ainda tem aplicado treinamentos e capacitações pontuais e fragmentárias que não respondem aos interesses de formação técnica, ética e humanística para o desempenho profissional, nem mesmo aos interesses das profissionais. O que é proposto nessa política integra a educação, a gestão e o trabalho na perspectiva de que

ao mesmo tempo em que deveria reconhecer a necessidade de disputa pela atualização cotidiana das práticas, segundo as mais recentes abordagens teóricas, metodológicas, científicas e tecnológicas disponíveis, deveria inseri-la em uma necessária construção de relações e de poderes que vão desde o interior das equipes em atuação conjunta – implicando seus agentes, até as práticas organizacionais – implicando a instituição e/ou setor saúde como um todo e as práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais em que se inscrevem os atos de saúde (CECCIM, 2005b, p.981).

As noções apresentadas por Ceccim (2005) vão ao encontro da perspectiva da instituição em estudo que acredita e defende uma política de educação permanente pautada na valorização profissional ainda que não em toda sua amplitude, uma vez que a mesma está implantada efetivamente somente na enfermagem. Ferraz (2006), em estudo desenvolvido identificando como ocorre a educação permanente nas instituições de saúde, percebeu que na instituição deste estudo, as profissionais, mesmo sem compreenderem as políticas de Educação Permanente implantadas pelo Governo Federal em sua integralidade, adotam em suas ações premissas defendidas pelo Governo quanto à continuidade dos programas, à valorização profissional. A aplicação dessa valorização se constitui no exercício concreto que se traduz nos processos eletivos para cargos de gerência em várias divisões, existência do planejamento participativo com representantes de todas as unidades e serviços, política de auxílio financeiro para participação em eventos, entre outros discutidos no capítulo anterior (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2006).

No que se refere à enfermagem, esta traz a educação permanente como forte aliada para a valorização da profissional, com a existência de várias políticas internas que foram discutidas no capítulo anterior e que favorecem o desenvolvimento integral da profissional, conforme é relatado:

Cada vez que entra uma direção é diferente, é um outro olhar, é uma outra possibilidade de crescimento, de valorização. Isso é uma das coisas que eu mais gosto daqui e não pretendo sair do HU a não ser para a vida acadêmica, mas é só por isso que eu sairia daqui (E4).

Eu penso que a educação é importante dentro de qualquer profissão, e a gente que lida com saúde, lida com vida, que está vendo que todo dia muda. A gente tem que saber quais os produtos novos, por exemplo para fazer curativos. A enfermagem vem diariamente fazendo cursos para que a gente consiga crescer, ajudando com liberação, passagem. A gente poder participar do CEPEn e das comissões é uma forma de valorizar a gente e isso ajuda a gente a crescer (TE6).

Colocar a educação permanente elevando os níveis de competências das profissionais, de modo a garantir para estas uma melhor inserção no mercado de trabalho e na sociedade deve também estar articulada a um projeto de valorização pessoal que vise maior autonomia e liberdade criadora. O resgate da valorização do trabalho coletivo no qual existe companheirismo no ambiente de trabalho têm sido destacado nos estudos sobre as novas modalidades de gestão (CECÍLIO, 1999; 2004; MATOS, 2006; CECCIM, 2005a,b; BRASIL, 2003), pois favorece a constituição de um coletivo de profissionais

integradas entre si e entre os objetivos da instituição em que coloca a educação permanente como processo político e não como programa.

É grande a preocupação de estudiosos como Fazenda (1998, 1994); Ferreira (2003a); Assmann (1998); Delors (2003) e Demo (2000, 2002), que acreditam na possibilidade de superação da educação acrítica, descontextualizada, fragmentada e distanciada da realidade em que vivem os sujeitos. Defendem que uma educação contextualizada é possível através da interdisciplinaridade em que os saberes podem ser compartilhados e constantemente reformulados.

Contribuindo com essas reflexões, Silva e Tavares (2004, p. 279) concebem a educação para a superação do sujeito submisso às forças produtivas, tornando-se um sujeito crítico, integrado. Acreditam que

os mecanismos da educação devem ser condizentes com tais transformações, para que possa promover a formação de um profissional propositivo frente às demandas impostas pela necessidade de transformação da política de saúde, como uma forma e potência de explicitar toda a complexidade do processo de trabalho em saúde, assim como possibilitar a apreensão de novas habilidades necessárias à construção de uma prática mais qualificada e transformadora.

O educar nessa perspectiva assume o caráter de “repensar a profissão e de reconstruí-la, inová-la, gerando capacidade de questionar a prática, o cotidiano do trabalho, o próprio exercício profissional” (SILVA e TAVARES, 2004, p. 279). O destaque dado pelas participantes do estudo é expresso quando colocam a importância de auxiliar e serem auxiliadas pelas colegas de trabalho, efetivando-se como boas relações de trabalho, trocas de experiências quanto às orientações e às informações técnicas, ajuda na resolução de problemas e na lealdade das chefias e colegas.

A princípio você tem pouco conhecimento teórico, mas na verdade, na prática você tem pouco conhecimento prático também, então isso você adquire ali com a ajuda dos técnicos e auxiliares. E só depois de algum tempo que você consegue ver o quanto de problemas tem uma assistência. E que a gente consegue sanar todos os problemas (E3).

Quando aparece uma doença diferente, um pesquisa e depois traz para os outros, deixa penduradinho no mural, porque tem muita coisa diferente que a gente nunca viu. A gente sempre pesquisa, uma já ouviu falar é isso, isso, isso. É bem bom, porque cada um também trabalha em lugar diferente (outras instituições hospitalares) então, essa troca de experiências é bem boa, todos aprendem (TE3).

Eu costumo, quando tem algum problema, discutir na hora, depois da passagem de plantão. Aproveito que eles estão todos aqui, já saiu o pessoal do outro turno, porque cabe a outra enfermeira orientá-los. Na equipe da manhã e da tarde, eu costumo ficar aqui e passar, alertar porque os nossos pacientes de quimioterapia são pacientes assim bem complicados. São pacientes novos, 23, 24 anos em

quimioterapia, complicam de uma hora para outra. Nós tivemos alguns problemas, então, durante a semana eu pego todos os dias, “oh Gente, olha os horários, deu problema, chama. Não tenta fazer sozinho, a equipe está aqui para ajudar” E eu tenho esta semana, sentado com eles (E1).

Ceccim (1998) defende a idéia de uma gestão participativa em que todas participam em ações articuladas que favoreçam a distribuição equilibrada de poder, objetividade e praticidade ao funcionamento da instituição. Acredita o autor que essa nova perspectiva traz a educação permanente como mediadora, quando baseada na problematização da realidade, estimula a reflexão na construção da prática transformadora, no aumento do conhecimento, melhoria do grau de envolvimento e de compromisso das equipes com a instituição como um todo. O sentimento de criação compartilhada possibilita maior prazer, realização profissional, compromisso e dedicação ao/a paciente. A existência de uma educação permanente, na qual saberes e informações são trocados, potencializando o amadurecimento de cada uma para lidar com os aspectos técnicos, éticos, políticos e relacionais, e melhoria das relações com o/a usuário/a e seus familiares, caracteriza-se o que é defendido como a aprendizagem ao longo da vida (DELORS, 2003, CLAXTON, 2005). Cada uma constrói sua bagagem de conhecimentos maior ou menor de acordo com suas aspirações, potencialidades e limitações que trazem reflexos nas diversas dimensões de sua vida.

No âmbito da enfermagem, a educação permanente é definida pela Associação Americana de Enfermagem “como atividades educativas planejadas para construir a base educativa e de experiência para as enfermeiras profissionais, para fortalecer a prática, educação, administração, investigação e desenvolvimento de teorias para melhorar a saúde dos usuários” (PENÂ, CASTILLO, 2006, p. 310).

A percepção de que a educação permanente favorece o crescimento profissional é manifestada pelas profissionais que identificam uma maior motivação na participação das capacitações que são oferecidas. Correlacionam este fato ao grande número de admissões recentes na enfermagem e, estas estarem motivadas para a aprendizagem, pela necessidade de serem incluídas e aceitas no grupo e a educação permanente permitir a ampliação do seu conhecimento para executar bem o trabalho. A necessidade de sentir-se incluído ao seu grupo de trabalho tem sido discutido por vários autores como fator determinante na motivação à participação (MOSCOVICI, 1996; LEITE; FERREIRA; 1996) corroborando com as percepções identificadas pelo grupo.

A preocupação constante com o fazer, com a realização do cuidado em si, está

relacionada à forma como a enfermagem tem valorizado e organizado seu trabalho, o fazer em detrimento do pensar. Nesse sentido, a necessidade de conhecimento das atividades realizadas para atender o que a instituição espera, faz com que as profissionais se empenhem em atender essas demandas para garantir a empregabilidade no mundo globalizado e competitivo. Essa percepção é mais evidente nas profissionais que tem contratação temporária. Interessante mencionar que esse fato também foi percebido por algumas pacientes que comentaram a necessidade das profissionais demonstrarem interesse e competência pelo trabalho, caso contrário devem ceder o lugar para outra que tenha mais vontade de trabalhar. Os/As pacientes percebem o trabalho na instituição como um lugar seguro, estável e este deve ser considerado um emprego para a vida toda, conforme nos apontam os relatos:

Chamo (o profissional de enfermagem). Ele está aí para atender, se ele não veio para atender, tem muita gente que quer trabalhar. Se não quer atender dá o lugar para outro que queira. Não é verdade? A noite teve uma [...] (técnica de enfermagem), não vou com a cara dela se ela não quer trabalhar dá lugar para outro (PTE6).

Aqui é melhor. O pessoal é mais educado [...] e também outra coisa, é que lá (outro hospital) eles tratam mal não estão ligando se mandarem embora, daí vão procurar serviço em outro lugar, e aqui não, escolhe o emprego que tem. Um emprego como esse aqui é difícil de ganhar rumo, não é um emprego de ficar dois, três dias, dois, três meses e soltar, mas um emprego para a vida toda e aí está certo. E tem pessoas que não pensam assim, os guris, as gurias não se atentam para trabalhar para se aposentar para quando ficar velho ter como viver. Só eu sei, eu hoje não tenho como viver (PTE5).

As profissionais relatam que percebem diminuição na motivação das colegas em participar das capacitações quando adquirem certo grau de segurança e estabilidade no emprego. Conforme vão adquirindo habilidade para executar seu trabalho, vai diminuindo a motivação para a aprendizagem. Enfatizam não ser uma regra geral aplicada a todas as profissionais, porém tem significativa importância se forem comparadas com o início das atividades. Essa heterogeneidade, entretanto, longe de depor contra a educação permanente, justifica a sua importância como instância política no sentido de buscar estratégias educativas motivadoras em que o aprendente é valorizado como o foco da aprendizagem.

Porque eu conheço pessoas que trabalham aqui há 20 anos e trabalham igual, ficam só na mesma, não tem um certificado a mais e depois querem competir com quem está entrando. Dizem que a gente é novo, e está pegando a vaga daquele que está há 20 anos e não é isso. Se você for avaliar 20 anos para cá, e ver qual o ano que houve mais participação, vais conseguir. É isso que eu quis dizer, eu duvido que não seja de 5 anos para cá, mais dessa equipe toda que foram 93 técnicos que entraram aqui, e não sei quantos enfermeiros. Coloca 4

anos para cá. Eu acredito porque pelo que o pessoal fala, há 20 anos que estão aqui e o currículo não sai do mesmo, parece que não querem aprender mais nada (TE5).

Tem pessoas (profissionais) que não tem interesse, que são acomodadas, que acham que não precisam mais aprender. Acho que por esse motivo, nem todos participam, porque são acomodados. Por exemplo, porque que eu vou saber de feridas se eu trabalho lá na Neonatal, não precisa, não faz parte do meu dia-dia. Pode acontecer isso com certas pessoas, mas não é nem um problema da comissão (CEPEn), vejo como falta de interesse (TE1).

O tempo todo que eu estou aqui eu acho que cada vez mais o CEPEn está atendendo as expectativas. Às vezes, o que fica falho, nessa parte eu vejo, é do próprio profissional saber o que está acontecendo. Às vezes, tem tantos cursos, tanta coisa que está tendo e o pessoal não está motivado, ele não está interessado em fazer. Mas eu acho que mudou muito, a parte do CEPEn, ele está atingindo todos os níveis, todos os tipos de cursos está tendo. Eu acho que isso depende do funcionário se motivar, fazer e saber realmente o que quer, às vezes ele não está nem interessado, ele só quer fazer seu trabalho. Quando eles entram até tem vontade de aprender, mas depois já fazem tudo da mesma maneira e acham perda de tempo (E6).

A motivação tem sido avaliada como um determinante do nível da qualidade da aprendizagem e do desempenho pessoal. Nesse sentido, uma profissional motivada para a aprendizagem mostra-se ativamente participativa no processo de aprendizagem buscando desenvolver novas habilidades de compreensão e domínio, mostra interesse e curiosidade.

Guimarães e Boruchovitch (2004) apontam que existem 3 necessidades básicas que são fatores determinantes na motivação intrínseca das pessoas, a necessidade de autonomia, de competência e de vínculo. A necessidade de autonomia significa a faculdade de se governar por si mesmo, a necessidade de competência é atribuída à experiência de dominar uma tarefa e, a necessidade de vínculo, atribuído ao desejo de ser aceito, pertencer a um grupo, estabelecer vínculos. Para os autores, “as três necessidades são integradas e interdependentes, em que a satisfação de cada uma delas reforça e fortalece as demais” (GUIMARÃES, BORUCHOVITCH, 2004, p. 147).

Pode-se perceber que essa perspectiva motivacional apontada pelos autores se manifesta mais fortemente nas profissionais quando da sua entrada na instituição e que precisam provar sua competência, adquirir conhecimento para ter segurança e ser aceita pelo grupo de trabalho. Aos poucos, as condições de vida, de trabalho, além do cansaço excessivo decorrente de dois ou três vínculos empregatícios, acabam desmotivando e retirando a energia para a aprendizagem.

Assim, embora a educação permanente seja reconhecida como espaço para a aprendizagem, algumas profissionais questionam o aproveitamento que fazem das

capacitações, a aceitação das mudanças e sua interferência e aplicabilidade na transformação da prática. Muitas acreditam ser perda de tempo participar das capacitações, pois acreditam que as coisas vão continuar da mesma maneira e já sabem fazer seu trabalho. É nesse sentido, que mesmo quando são trazidas novidades pelas colegas, estas encontram algumas vezes resistência. É o medo do novo, do ter que refletir, mudar a forma de fazer, que impede e mobiliza. A aceitação das informações trazidas por colegas que participam de capacitações internas ou externas à instituição, depende muito mais da credibilidade da profissional que traz as informações do que da informação em si. Quando é uma profissional que o grupo respeita por sua capacidade técnica e relacional, a aceitação é mais fácil, quando é uma profissional não tão aceita pelo grupo, há algumas resistências. As falas das profissionais demonstram essa situação, apontando que o interesse individual para a aprendizagem também interfere na mudança da prática.

Isso depende muito de quem é o profissional que foi ao congresso e voltou com as novidades. Se é uma pessoa bem vista pela equipe inteira, todo mundo gosta, conhece o trabalho e confia, acontece a mudança. Muito mais resistentes quando a mudança vem da mesma categoria. Se a mudança vem sugerida por um colega de nível médio, eles geralmente ah! está querendo aparecer, ou está fazendo isso para puxar o saco do fulano ou só porque está fazendo faculdade, agora se acha. A gente ouve este tipo de comentário. Agora, quando é por exemplo filtrado pela chefia ou pela enfermeira assistencial do período aquela mudança é mais visível (E4).

A gente tenta passar, mas tem gente, como eu já te falei, não gosta nem que diga assim: - olha, eu aprendi assim, quem sabe a gente muda? Vamos fazer assim, vamos aquecer sorinho (para realizar o curativo), mas tem gente que não aceita que a gente passe. Eu acho interessante alguém ir no curso e trazer coisa nova para a gente (TE5).

Muda (a educação permanente), dá mais segurança, mais conhecimento e daí você pode passar para a turma. Eu geralmente passo para a enfermeira. Eu digo: agora é assim, assim, porque se você passar direto (funcionários de nível médio), a maioria não aceita. Eu passo primeiro para as enfermeiras e, elas passam para o grupo. Eu não sei deve ser por orgulho que elas não aceitam (TE6).

Enquanto permanecer essa concepção entre a equipe, pouco provável que as transformações sejam significativas e tragam realmente contribuições. O papel da educação permanente nesse sentido, inclui a identificação de estratégias de se mostrar presente nos diferentes espaços do cuidado cotidiano, estimulando que essa educação não ocorra somente durante as capacitações. Ela precisa ser incorporada em cada profissional, uma vez que a mudança ocorre individualmente mais manifesta-se no coletivo do trabalho. É preciso reconhecer que a mudança é lenta e gradual e só ocorre

se houver a participação e o envolvimento da equipe, caso contrário torna-se discurso, falácia.

Por outro lado algumas profissionais compreendem que a participação nas atividades educativas as auxiliam a influenciar o outro, ou seja, quem participa acaba sendo uma multiplicadora, acaba adquirindo o poder de influenciar a equipe, servindo de estímulo e de referência, pela qualidade do trabalho realizado.

Hoje a enfermeira assistencial da manhã falou: “quando eu tiver 10 anos (de casa) será que eu fico melhor?” Eu disse: “olha, eu ainda não estou nem melhor, nem boa, tu imagina 10 anos”. A gente brinca todo dia. E eu percebo assim que no começo da minha trajetória tinha essa coisa entre os médicos falarem: “se a fulana ligar tu vai e resolve na hora porque deve ser sério, se a fulana ligar para trocar a mamadeira de madrugada, tu não dá bola porque ela sempre faz isso”. E sem querer tu acaba ouvindo estes comentários de outras pessoas e isso começou a acontecer comigo. Quando era eu que estava de plantão, quando eu chamava, eu nunca tive problema de chamar o médico e ele vir atender. Mas eu acho engraçado, porque quando eu não sabia, eu chegava e perguntava “olha eu não sei o que está acontecendo, sou recém formada quero entender”. Eu acho que este é o ponto mais interessante que tem. Pergunta para fulana porque ela sabe, pergunta para fulana porque se ela não souber, ela deve ter um livro sobre isso, pergunta para ela porque ela fez um curso agora, então a gente serve de referência (E4).

Para muitas, o tempo dedicado em uma conversa durante o cuidado com o/a paciente é muitas vezes considerado um tempo “perdido” na realização de seu lanche ou momento de descanso. Essa percepção foi manifestada por um paciente que notou atraso no atendimento de suas necessidades por parte de algumas profissionais que permanecem muito tempo no lanche rindo e conversando, mesmo sabendo que o paciente está precisando de sua atenção. A realização do lanche coletivo é uma prática comum no trabalho da enfermagem, pois, normalmente, cada profissional realiza suas atividades e quando todas estão com o serviço adiantado, se reúnem e vão fazer seu lanche e conversar. É nesses momentos que ocorrem as conversas informais sobre suas vidas. Longe de não valorizar o tempo de descanso, o que precisa ser atentado é para que esse momento não prejudique a assistência ao/a paciente, no sentido de desconsiderar suas necessidades e endurecer seus sentimentos alterando sua conduta humanizada.

Eu chamo aqui na companhia, quando dá um pouco de dor. Aperto que eles acabam vindo aqui, mas às vezes tem que esperar. Existe demora para atender, e ela estava no gabinete (se referindo a sala de lanche da equipe) conversando. A minha filha foi lá e viu ela disse que estava ocupada. Ela disse que nós não tinha nada a ver, não era nada a ver chamar. E na verdade, não podia ser assim, e até ela tem que atender primeiro, eu acho assim. Estava fazendo nada. Estava sentada no gabinete! Demorou muito para vir e veio reclamando (PTE2).

Ao ser questionado aos/as pacientes acerca de como percebiam o funcionamento do trabalho da enfermagem, estes têm plena consciência que o grupo trabalha muito e pesado, percebendo que existe rodízio entre as profissionais para dar continuidade à assistência, até porque reconhecem que precisam de folgas já que o trabalho é desgastante.

Cada dia tem uma pessoa, de meio dia uma e de noite é outra. Por causa da folga né?. Para dar folga um para o outro. Para descansar. Ninguém é de ferro, eles trabalham muito (PTE2).

Muda. Cada dia muda uma, é diferente. Cada turno é uma, a noite, parte da manhã, parte da tarde. (APTE1).

Cada horário é uma pessoa, é das 7 hora à 1 hora, da 1 hora às 7horas e das 7horas às 7horas. Elas trocam sempre. É um trabalho pesado delas aqui (PE3).

Cada profissional cumpre a sua escala de trabalho, entretanto quando existem capacitações que fazem parte do grupo de capacitações permanentes do CEPEn, a profissional é liberada para participar. Para algumas, no entanto, a saída no horário de serviço para participar das capacitações pode significar estar fugindo do trabalho pesado da unidade, ou ainda, os cursos serem pouco valorizados se comparados a execução prática do trabalho, a realização de tarefas que diminua o trabalho da outra.

Um pouco pelo estímulo de fazer uma coisa diferente daquilo que está acostumada, de não dar valor para a educação. Acho que muito pela questão de valor. Então, poxa, tem 5 pessoas ou 4 pessoas na unidade e vou para lá fazendo outro trabalho? Não, eu vou para a unidade fazer o trabalho pesado e vou ser mais valorizada por isso. Vão falar de mim porque estou no curso, porque eu estou sentada ouvindo falarem, acho que tem muito disso, vou estar matando serviço enquanto eles estão lá pegando no pesado. Tem algumas pessoas que até falam este tipo de coisa, “ah! ela foi para lá é porque ela está cansada, é porque quer matar o serviço”. Tem gente que não dá valor para este tipo de coisa, e outras que dão valor para o que as pessoas possam falar quando vão para estes cursos. Acho que muito entra nisso, mas a partir do momento que é estimulado, é dito não, vai alguém, vamos fazer rodízio, aí elas acabam indo (E2).

Existe o reconhecimento que houve uma evolução em termos de conscientização, credibilidade e visibilidade das profissionais da instituição acerca da educação permanente como reflexão crítica da realidade, porém, ainda se percebe que a participação não ocorre de maneira unânime. Acredita-se que a não participação, quer seja em capacitações formais, quer seja na prática diária ou interdisciplinar, remete-as a perda de espaço de atuação e participação no processo de trabalho da enfermagem, que se manifesta na acomodação diante das situações, não evolução enquanto ser humano,

permanecendo estagnado.

As inadequações da prática muitas vezes está relacionada ao pouco interesse das profissionais em buscarem ampliar seu conhecimento e fazer um cuidado diferente. A rotina do dia a dia acaba muitas vezes sufocando as ambições, os desafios, os desejos que conseqüentemente se reflete na execução de um trabalho acrítico, muitas vezes sofrível, só cumprindo carga horária, sem reflexão e participação. São nessas condições que as falhas no cuidado são mais visíveis.

Para muitas profissionais, a participação nas atividades da educação permanente é estimulada pela possibilidade de progressão profissional por capacitação, oferecida pela instituição. Existe na UFSC uma política de desenvolvimento das profissionais desde 2006, intitulado Plano de Capacitação desenvolvido pelo Departamento de Desenvolvimento de Potencialização de Pessoas (DDPP). A proposta do Plano de capacitação tem como objetivo

viabilizar de forma sistêmica, ações de formação/educação continuada tendo como busca maior a melhoria da Qualidade de Vida no trabalho, entendendo o trabalho como uma ação produtiva na esfera da vida do trabalhador e este como um ser em transformação social (UFSC, 2006, p.3).

Nessa proposta, as profissionais têm a possibilidade de ascensão por capacitação, ou seja, cada categoria profissional tem 4 níveis de ascensão que é permitida mediante a realização de formação no e para o trabalho que é realizada em módulos com determinado número de horas que somadas permitem a progressão funcional. Esses módulos classificam-se em:

Módulos específicos – que estão diretamente relacionados com cargos e ambientes organizacionais de determinadas unidades e, Módulos Interambientais – estão diretamente relacionados com as atividades afins desenvolvidas em um ambiente organizacional (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2006, p. 6).

A progressão por capacitação permite a ascensão de um nível para outro a cada interstício de 18 meses. Essa progressão está diretamente relacionada ao aumento de salário o que tem motivado as profissionais a participarem com mais afinco das capacitações. Assim, a instituição tem o dever de favorecer o desenvolvimento de suas profissionais e as profissionais têm o dever, a responsabilidade e o compromisso por sua formação uma vez que as oportunidades lhes são dadas. A participação é voluntária de acordo com interesses individuais.

No âmbito da enfermagem, a programação, planejamento, divulgação,

organização e a execução dos módulos específicos são de responsabilidade do CEPEn. Estas ocorrem a partir das reivindicações das profissionais buscando atender as solicitações de todos os serviços. As profissionais serão liberadas do trabalho se as capacitações fizerem parte do rol de capacitações permanentes do CEPEn ou aquelas consideradas fundamentais e específicas para cada serviço.

A discussão colocada em pauta pelas participantes refere-se ao fato dessa participação estar sendo utilizada por algumas profissionais unicamente para completar os módulos necessários à ascensão e não por interesse no aprendizado dos conteúdos ministrados.

O pessoal corre muito atrás da capacitação só para crescer, a maioria das pessoas que eu vejo é isso. Para ganhar mais! Vamos nos inscrever, vamos fazer e pronto! Nem quer saber o que é! “Ah! é Centro Cirúrgico vamos, ah! É isso vamos”. Inscreve-se em tudo e vamos! (TE3).

[...] Um pouco, cinquenta por cento fica esquecido, vai lá só para “catar” diploma, só o certificado. Pior que já vi isso, sinceramente. Uma vez falei com uma moça num curso e eu perguntei: “Tais gostando do curso?” E ela assim: - “Ah! não sei, eu estou aqui porque para mim o que interessa é só o certificado para melhorar o meu currículo”. Aí eu disse: “Eu não, eu venho para aprender, porque como eu te falei no curso de feridas, eu gosto de fazer todos sempre, porque sempre tem uma coisinha que tu grava, que anotas, é uma seqüência” (TE5).

A participação nossa é muito das meninas que vão para fechar as horas ou que esteja buscando o interesse pelo tema, mas a maioria é para fechar as horas. Eu por exemplo, não penso muito nas horas, não. É mais pela questão do tema, do que preciso, do que eu gosto. Tem coisas tipo aleitamento materno, eu não vou, não quero trabalhar em maternidade, daí acabo não indo, mas tem outros cursos que eu vou mais do interesse da gente (E5).

A essa perspectiva de crescimento proporcionada pelo Plano de Capacitação que traz aumento de salarial foi observado também em estudo realizado por Penã e Castillo (2006), que identificaram maior participação das enfermeiras em atividades educativas quando estas estão ligadas a aumento do fator econômico, ou seja, ganho salarial associado à participação. Foi percebido pelo grupo como positivo, principalmente porque agrega valor econômico ao valor cultural.

Claro que tem que melhorar no sentido de oferecer mais (capacitações), mas nesse plano (de capacitação) eu acho que vocês conseguiram ser feliz e englobar bastante coisa e todos os setores, além dos funcionários poder ganhar um dinheirinho. O negócio agora é a gente ter espaço e tempo para fazer todos os cursos. E acho que com um serviço (educação permanente) que funcione que é modelo, dá para fazer trabalhos e trabalhos dentro desta experiência para divulgar para outras instituições (E5).

Se por um lado o Plano de Capacitação da UFSC tem estimulado a busca por educação permanente, podendo nesse sentido ser considerado positivo, por outro lado,

este plano tem uma série de limitações que estão em dissonância aos objetivos e pressupostos do CEPEn para a educação permanente. Apesar do plano de capacitação trazer em sua constituição o desenvolvimento das potencialidades das profissionais e sua valorização, a imposição de ter que atingir uma determinada cota de horas, em determinado período de tempo para conseguir a ascensão profissional trouxe também uma “corrida desenfreada” por certificados, por cursos, independente do interesse pessoal ou profissional. Assim, o objetivo deixa de ser a aprendizagem para tornar-se remuneração. Outro aspecto destacado está relacionado ao fato de como esse programa foi implantado. Não houve uma discussão ou reconhecimento das formas como a educação permanente na enfermagem vinha sendo realizada na instituição. O programa foi instituído verticalmente. O HU foi comunicado que o processo estava iniciando em toda a universidade e como seria, devendo este se encaixar no Plano de Capacitação, desconsiderando as experiências vivenciadas por cada categoria. Para adequar-se ao Plano, todo o planejamento do CEPEn teve de ser re-adaptado. Entretanto, este aspecto não foi difícil, porque como a enfermagem já tem estruturado a educação permanente com programas contínuos, esta só re-ordenou seus programas dentro da proposta apresentada pela UFSC e vem trabalhando em parceria com o DDPP. Na verdade as capacitações já existentes foram incluídas no Plano.

Porém, a discussão que se coloca é a preocupação em relação às crenças e pressupostos que conduzem o trabalho do CEPEn que vê a educação permanente com outra perspectiva que não “a corrida pelos certificados”. Preocupa, a médio e longo prazos, os efeitos desse processo na continuidade dos trabalhos realizados pelo CEPEn na instituição, pois o que acontecerá quando as profissionais esgotarem suas possibilidades de ascensão? Não haverá mais estímulo à participação? O CEPEn deverá criar alternativas motivacionais para estimular as profissionais? Suspender as atividades educativas já existentes? A educação permanente como discutida neste estudo faz sentido enquanto processo reflexivo, dinâmico e contínuo, apoiando-se na perspectiva de permitir e estimular as profissionais a ampliar sua capacidade de reflexão, de co-gestão e, em decorrência, de realização profissional e pessoal (CAMPOS, 1998).

A concepção da educação permanente da DE/HU que compreende a transformação e o desenvolvimento das profissionais está em consonância com os pressupostos adotados pelo Ministério da Saúde (2004) para o programa de educação permanente, quando definem como princípio que a

educação permanente caracteriza-se pela aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam no cotidiano da organização e ao trabalho, tendo como referência às necessidades de saúde das pessoas, a gestão setorial e o controle social, visando a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2004; HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2007).

O planejamento estratégico da instituição tem como valores entre outros a valorização e qualificação profissional, a competência profissional, a construção e a socialização do conhecimento. Nesse sentido, instituiu a estratégia do programa de gestão de pessoas para tratar desses aspectos junto as profissionais da instituição (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2006). A implantação dessa política está apenas resignificando suas estratégias de ação em conjunto com o Departamento de Desenvolvimento de Potencialização de Pessoas da UFSC (UFSC, 2006).

Embora esses questionamentos sejam importantes, não é possível deixar de registrar que o programa de capacitação em questão gerou uma maior participação das profissionais, inclusive daquelas que até então não estavam estimulados a participar, trazendo assim indicativos positivos na formação das mesmas, entendendo que a aprendizagem ocorre em qualquer espaço.

As percepções acerca da pouca participação são justificadas por outros compromissos ou por não estarem interessados mesmo nas questões educativas.

Acho que o CEPEn trabalha bem, busca o que a equipe quer. Mas nem sempre a equipe se esmera em responder e dizer o que quer. No entanto o CEPEn procura buscar isso. Talvez a participação da equipe pudesse ser mais buscada, não sei se seria bem pelo CEPEn ou pelas chefias. As pessoas se envolverem um pouco mais e buscarem um pouco mais a atuação da equipes nos cursos. Porque, às vezes, se a gente tem 5 (funcionários), é o nosso número mínimo de funcionários à tarde por exemplo, durante o dia, manhã e tarde. E à tarde naquele dia tem 6 e tem treinamento, nem sempre a gente libera, nem sempre a gente estimula. A gente até sabe que tem, mas nem sempre você acha. Ah! não, tem 6 hoje vamos trabalhar um pouco mais tranquilo, não acha que aquilo é tão importante. Se tivesse um pouco mais de empenho da gente, chefia e enfermeiro mesmo de turno, talvez a gente pudesse trabalhar um pouco mais em conjunto com o CEPEn (E2).

Eu acho que mudou muito, a parte do CEPEn ele está atingindo todos os níveis, estão acontecendo todos os tipos de cursos. Eu acho que isso depende do funcionário se motivar e fazer e saber realmente o que quer. Às vezes, ele não está nem interessado, ele só quer fazer seu trabalho. Eu acho que passou uma face que eles estavam mais motivados. Acho que agora eles estão muito só no diário (E6).

As participantes denunciam que a limitação do número de vagas por serviço nas capacitações impõe limites na participação. Limites entendidos como impossibilidade de participação nos cursos, tendo de escolher apenas alguns entre os tantos oferecidos, em

virtude da escala de serviço não permitir e, muitos dos quais podem participar, não são de seu interesse. Mencionam também o fato das profissionais que trabalham no noturno terem maior dificuldade de inscrever-se em razão da secretaria do CEPEn funcionar no período diurno e assim, dificultar sua inscrição. No entanto estas limitações ocorreram apenas no início quando a procura esteve maior, atualmente estão liberadas as inscrições.

Eu sei que ficou negativo agora foi, acho que a questão da limitação de vagas por setor. Tem um curso de interesse, e nem sempre dá para eu ir porque não tem vaga. De repente até depois vai ter novamente, mas a gente não sabe, as oportunidades às vezes na vida da gente são únicas. Então, eu achei isso negativo, essa parte de vagas. É óbvio que tem que se limitar as vagas porque tem muita demanda em virtude das letras, mas... (TE1).

Depois que fui para noite fiz menos cursos, porque durante o dia era muito mais fácil para a gente, porque a gente sempre estava por dentro, é mais fácil, a gente está sempre informado, sempre tem o memorando ali, os avisos nos murais, a gente está sempre informado. O CEPEn está sempre colocando cursos, acho que agora bem mais do que antes, com essa questão do plano (plano de capacitação). A noite a gente tem às vezes um pouco de dificuldade. A gente trabalha de 2 em 2 dias, daí chega aqui já acabou as inscrições (E5).

Outro aspecto comentado pelas participantes diz respeito aos horários que as capacitações ocorrem, fato que dificulta muito a participação para quem está trabalhando no turno que ocorre a capacitação. Referem que a maioria das capacitações concentra-se no período vespertino e para quem trabalha neste turno fica prejudicada a participação, uma vez que todas não podem ser liberadas juntas, reconhecendo a necessidade de dar chance para mais pessoas poder participar. Uma limitação apontada também é a carga horária de cada capacitação ser pequena implicando na realização de várias para atingir um número de horas suficientes para fechar um nível de progressão funcional.

Eu acho que mais é em relação quando é no nosso horário, que daí é difícil a participação. Eu acho que é a única dificuldade realmente, e a gente compreende, que é que falta funcionários, porque fora isso não tem nenhuma outra. [...] Talvez assim, a questão de às vezes você ter que vir no horário diferente do teu trabalho. Porque eu não tenho outro trabalho, mas quem tem e gostaria de vir talvez fique complicado. A maioria é à tarde. O meu turno, justamente à tarde acho que é o que mais sofre. Tem que rebolar às vezes para ir. Eu acho que só a questão do tempo, do horário na verdade (TE4).

Facilitar a participação do grupo, tipo vai ter um treinamento, tentar se envolver talvez com a chefia de divisão, chefia do setor para conseguir gente que possa cobrir o setor para as pessoas que tem interesse possam ir. E tem muita gente que poderia vir, pois tem muita gente que trabalhou nas unidades que poderia vir ficar aqui para o pessoal ir. Muitas vezes já foi feito isso, quando a gente fazia treinamento com a [...] (chefia anterior) na época que eles estavam na chefia e sempre vinha às pessoas da unidade para dar cobertura. Então, talvez se tivesse

um envolvimento das divisões porque tem gente que trabalhou aqui que foi para o alojamento, para a neo, eles podem voltar e fazer um plantão. Assim, para poder reunir o pessoal daqui em uma capacitação que seja de interesse de todos (E2).

Entretanto, existe a percepção de que existe uma boa divulgação, estímulo e oportunidades de participação.

Sim! Sempre que surge oportunidade é divulgado. É oferecido e sempre que possível é comunicado pela chefia. É bem divulgado e eu sou estimulada a fazer (TE4).

Eu acho que tem bastante elogios e sempre incentivam. A questão maior é o incentivo, que para a gente também é muito importante, sempre facilita para que a gente esteja atualizando, participando. Olha hoje tem um curso tal, então eu acho que é bem importante (E5).

Em relação a forma como as divulgações ocorrem existe divergências entre as que acham que a forma acontece hoje atinge todas as unidades, enquanto que outras apontam deficiências e sugerem mudanças. As profissionais que atuam à noite têm maior dificuldade de tomar conhecimento da programação, pois os murais, que são fixadas as divulgações às vezes, ficam muito cheios e não chama a atenção da equipe. Essa é uma dificuldade percebida que limita o conhecimento de quais cursos estão sendo programados. Solicitam que haja uma nova forma de visualização das divulgações, sugerindo que estas sejam mais coloridas ou via Internet ou ainda e-mail. A forma como ocorre a divulgação hoje é através de cartazes coloridos que são fixados em casa unidade no posto de enfermagem, num mural específico para o CEPEn.

Talvez se pudesse, acho que vocês deviam ter um meio eletrônico para a gente se comunicar ou então comunicar dizendo que está aberto tal e tal inscrição, não sei se isso adiantaria. Eu acho que é como se fosse uma marca que a gente sempre vê. Ou então mais chamativo, eu já vi cartaz amarelo. E talvez e-mail e colocar de repente um link no site do HU (E5).

A gente vê em outros serviços que as pessoas nem estão sabendo direito. Está lá o cartaz, só que aquele cartaz é um objeto inanimado, as pessoas passam e não prestam atenção porque não chama muito a atenção. Às vezes o mural está muito cheio, aí joga lá no meio, põe uma outra coisa em cima. Eu acho que é um ponto que atrapalha muito. [...] talvez sair um pouco daquele cartaz amarelo, uma coisa mais chamativa. Algo que as pessoas parassem no mural olhassem, porque, às vezes, o fato de ser um memorando. Eu acho que a divulgação é ponto máximo que eu acho de necessidade de mudança. Porque não existe na verdade também a preocupação do pessoal de ler o mural. Eles lêem muito no mural de entrada que tem muita coisa lá em baixo diversificado: eles vendem cachorro, vende moto, vende tudo. Agora no CEPEn, às vezes ah! negócio de material, nem leu direito, só leu material, aí aquilo como não chama muito a atenção, não prendeu. Então eu acho que a divulgação é o ponto principal (E4).

A educação é entendida como um processo que ocorre ao longo da vida, favorecendo a capacidade de participar ativamente do projeto da sociedade, ou seja, preparar cada uma para esse papel social (DELORS, 2003). Ao se pensar em uma educação permanente na enfermagem, deve-se reconhecer que se trata de uma educação complementar à formação básica exigida para cada nível profissional (enfermeiras, técnicas de enfermagem e auxiliares de enfermagem). O reconhecimento de um saber prévio requer o entendimento, tanto por parte das profissionais quanto da instituição, de que este conhecimento, em decorrência da velocidade e complexidade como vem sendo produzido, se esgota em pouco tempo. Nesse sentido, as mudanças ocorridas fazem com que “os saberes e as competências adquiridas na formação inicial, tornam-se rapidamente obsoletas e exigem o desenvolvimento da formação profissional permanente” (DELORS, 2003, p.104). Essa perspectiva liga-se estreitamente à necessidade das instituições estarem alertas à formação permanente das profissionais para desempenharem o papel social que lhes cabe no mundo do trabalho. Reconhecer essa condição é o primeiro passo para se afirmar à necessidade de educação permanente nas instituições, reconhecendo ser uma educação de adultos, os quais só aprendem de acordo com a relevância que a aprendizagem traz para seu desenvolvimento ou sua atuação no processo de trabalho. Essa necessidade é percebida pelas participantes quando enfatizam que o conhecimento é temporário, requerendo estarem constantemente buscando desenvolver novas condutas ou habilidades para desenvolver seu trabalho.

A gente está sempre aprendendo. Daqui a pouco se eu sair da UTI e for para uma outra unidade, eu já estou aprendendo, então, mudou muito. Quando entrei, sabia 10% e hoje posso dizer que sei 50%, inclusive o curativo. Toda a aula de vocês, tudo que eu tive nesses anos todos, nesses três anos e pouco, foi maravilhoso (TE5).

É o esquecimento! Muita coisa assim, não critico sabe N., porque às vezes, eu também acabo esquecendo alguma coisa, a gente não é perfeito, tem que estar sempre aprendendo (E1).

Tem um lado assim, no momento o pessoal se empolga tal, daqui a pouco morre, então é por isso que sempre é contínuo. A educação contínua deve ser por isso, não só do CEPEn, mas a gente mesmo tem altos e baixos (E6).

No âmbito das discussões da área educacional sobre os desdobramentos da educação para a constituição dos sujeitos, estudiosos como Freire (1999), Gadotti et al (2000), Ferretti et al (2003, 2004) e Claxton (2005) defendem a necessidade de aprendizagem contínua, pela necessidade de renovação do conhecimento adquirido,

uma vez que é uma limitação do ser humano a capacidade de apreender tudo. Ferretti et al (2004) propõe, para a educação, uma função abrangente, não apenas vinculada ao desempenho do indivíduo em um posto de trabalho, mas com ênfase na sua emancipação e autonomia para o pleno desenvolvimento desse como sujeito social.

Ainda se percebe os frágeis mecanismos de formação profissional presentes em algumas escolas de formação técnica e de graduação, que não dão conta de responder ao perfil de produção intensificado pela modernidade que exige escolarização e permanente qualificação das profissionais para responder as constantes transformações da sociedade (LIMA, GOMEZ, 2003). Contribuindo para essa reflexão, Claxton (2005, p. 239) reintera a importância da aprendizagem ao longo da vida como premissa fundamental para o desenvolvimento em razão da “natureza mutável da vida profissional, com suas incertezas, complexidades e responsabilidades crescentes em todos os níveis organizacionais”. Enfatiza também o autor que a resiliência – a competência para tolerar uma certa estranheza e a reflexão são qualidades vitais em toda a vida adulta. Nesse sentido, a educação vem avançando nas estratégias pedagógicas que possibilita as aprendentes o processo de reflexão e de contextualização da realidade com vistas a transformá-la.

7.3 Aspectos potenciais de crescimento institucional

A instituição além de sua complexa estrutura organizacional tem uma complexa teia de relações entre diversos profissionais e diversos usuários dos serviços de saúde ali prestados, que precisam estar em consonância para que se efetive um cuidado à saúde de qualidade. É nesse complexo emaranhado de relações que se produz também educação, que precisa ser igualitária e compartilhada para promover mudanças na prática.

No que se refere aos aspectos de crescimento institucional expresso pelas participantes, este foi compreendido em duas perspectivas: uma que se relaciona às possibilidades que são gerais a instituição e, portanto, direcionada a todas as profissionais que atuam na instituição, e outra, direcionada somente a enfermagem.

No que se relaciona à instituição, de maneira geral, estão incluídos o fato de o Hospital Universitário ser um hospital escola, a política de humanização da assistência, a

política de capacitação através do Plano de Capacitação e a política de auxílio financeiro para participação em eventos de interesse das diversas categorias (já abordados anteriormente).

Em relação às conquistas da enfermagem, estão incluídos a existência do CEPEn, o processo de avaliação de desempenho, o acompanhamento de 60 dias, a sistematização da assistência de enfermagem, a política de liberação para cursos de longa duração, a política de remanejamento interno (estes discutidos anteriormente).

O HU como um hospital-escola tem como objetivo, além da assistência o ensino, a pesquisa e a extensão direcionada a formação de profissionais da área da saúde. O reconhecimento pelas profissionais da instituição como órgão formador na área de saúde é expresso quando as participantes reconhecem a importância do contato diário com alunos/as, como possibilidade de aliar teoria e prática, através da aprendizagem contínua.

O fato às vezes, dos alunos estarem aqui, não cabe só a professora orientar, acho que cabe como a gente é a enfermeira da unidade também se ver alguma coisa ou mesmo se ele (aluno) vem até a gente, orientar como funciona, porque são profissionais que um dia vão estar aqui dentro, trabalhando com a gente. Eu acho que cabe a nós ajudar os professores e vice-versa (E1).

Acho que é assim, a minha equipe da noite é bem acessível, às vezes ficam junto com os alunos. A professora está perto. Mas todos os funcionários são unânimes, a gente sabe que é um hospital-escola e que todos eles tem abertura para ensinar e eu acho que a gente nunca teve uma reclamação do nível médio de ter estagiário (E5).

Por se caracterizar um hospital-escola, é possível perceber nas falas das participantes que a educação permanente é um importante fator de crescimento institucional e tem servido também de estímulo para inclusão das profissionais na instituição. Identificam que a educação permanente possibilita a ampliação dos horizontes e desafios profissionais e acadêmicos. Vêem dessa forma a educação permanente como estímulo para buscar a continuidade dos estudos, e, mesmo reconhecendo que existem limitações, percebem que na instituição e, principalmente na enfermagem, existe uma filosofia de investimento na profissional.

Uma coisa eu que percebi aqui dentro do HU que me despertou a vontade de fazer faculdade é esse investimento que tem no funcionário, na educação continuada! (TE1).

Eu vejo que de positivo na instituição é porque dá chance ao funcionário aprender, ficar atualizado, dele se relacionar (TE2).

Uma coisa que eu noto aqui que é diferente dos outros hospitais é que aqui é um hospital escola, a gente está o tempo todo aprendendo, até com os alunos que vem fazer estágio (TE6).

Ceccim (2005a, p. 162), ao discutir a educação permanente, defende a perspectiva de que

cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS) e às instituições formadoras coletar, sistematizar, analisar e interpretar permanentemente informações da realidade, problematizar o trabalho, construir significados e práticas com orientação social, mediante a participação de gestores setoriais, formadores, usuários e estudantes.

Em vista disso, a instituição em estudo, atendendo à Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, busca inovar com a criação de estratégias que possibilitam a humanização, tanto para o cuidado ao sujeito que procura o serviço de saúde quanto para o sujeito profissional de saúde. No que se refere ao processo de humanização da instituição, esta encontra consonância com os pressupostos da política do Ministério da Saúde. A inserção da instituição na Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS trouxe a necessidade de incorporação por todas as profissionais de ações transversais que ultrapassem os diferentes saberes/poderes que se ocupam da produção da saúde (BRASIL, 2004).

A humanização é entendida como valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política “são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade da atenção e gestão” (BRASIL, 2004, p. 4).

Nesse sentido, adotar a humanização como política significa aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem os/as profissionais do cuidado a saúde em toda sua integralidade.

Para Cecílio e Merhy (2003, p. 198)

o cuidado de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital.

Assim, a humanização supõe troca de saberes e diálogo entre profissionais, ou seja, modos de trabalhar em equipe com responsabilidade através de uma co-gestão participativa interdisciplinar que tem como finalidade a realização de uma assistência integral ao sujeito que procura a instituição de saúde.

Existe, por parte das profissionais, o reconhecimento de uma prática humanizada

na instituição tanto para o/a paciente quanto para a profissional, que corrobora com a proposta de humanização defendida pelo SUS, garantindo a integralidade e equidade da assistência à saúde.

Eu sempre observei no HU um atendimento humanizado, mesmo às vezes que se fala que não, que falta muito para chegar lá, mas tem! Desde o início tem, às vezes, as pessoas não conseguem ver, mas existe é só ver como são tratados os pacientes sem distinção nenhuma (E1).

O cuidado de enfermagem no HU é diferenciado. Pode ser a mesma pessoa que trabalhe aqui, e uma pessoa que trabalhe em outro hospital, aqui é diferente. Eu acho que é a questão da nossa filosofia, a questão da assistência que a gente valoriza e a questão da diretoria não ser subordinada a medicina (E5).

Enquanto eu era graduanda tudo o que, eu acho que é o sonho da maioria é vir trabalhar no HU, pela estrutura que o HU tem, pela concepção da enfermagem que a gente acaba observando durante a graduação. Que é uma enfermagem ativa, que é uma enfermagem que não é só prática, que ela tem toda a metodologia, que ela se auto-avalia, então a gente acredita nesse tipo de assistência mais humanizada (E3).

Mesmo quando o funcionário está muito estressado às vezes, um olhar, uma fala, um abraço se for verdadeiro, tem que ser feito porque essa pessoa está precisando. Pensar que ela também tem uma história, ela também quer ser valorizada e aqui eu percebo que a gente tem essa prática como rotina (E4).

As falas acima mostram que existe consonância com a proposta de humanização no que se refere a necessidade de valorização da profissional que presta o cuidado no sentido de olhar cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também olhá-lo como sujeito coletivo, sujeito de história de muitas vidas (BRASIL, 2004c, 2004a).

A existência de uma prática humanizada também é percebida pelos/as pacientes e seus/as acompanhantes quando expressam que na instituição existe um diferencial de atendimento a saúde em relação a outras instituições, quer seja pelo fato de ser gratuito, quer seja pelo atendimento que recebem que classificam de ótima qualidade. A humanização é uma mudança das formas de cuidar em saúde tendo como referência o respeito, a solidariedade e o direito da integralidade que ocorre em interação entre os sujeitos. Os/As pacientes e os familiares percebem, como aspectos positivos, a relação que mantém com as profissionais, enfatizando nestas relações a forma como são tratados/as, as orientações que lhes são fornecidas. Quando questionados/as porquê procuram o HU para serem atendidos, apontam como razão o reconhecimento do bom atendimento.

Porque é melhor! Eu já fui na [...] (outro hospital) e não fui bem atendida, então eu vim para cá, porque eu estava com dor, ia e voltava, ia e voltava e eu estava com a pressão alta. A minha pressão foi muito alta. Aí eu vim aqui e consegui,

fiquei 15 dias internada. E o atendimento foi ótimo para mim, tanto aqui como depois ali (centro obstétrico) quando eu fui ganhar a [...], ótimo. A gente até depois quando sair daqui, vai passar ali para elogiar bastante. Aqui eles explicam, deixam pegar (a criança). Mandam eu pegar, trocar, dar banho. Eles estavam dando pela seringa o leitizinho, aí eu não estava, não tinha pegado prática ainda, agora me ensinaram, já peguei, foi legal (APTE1).

Eu gosto (acompanhante) do HU, ele (paciente) também gosta muito. As outras vezes que ficou internado, apesar dele ter muitas internações no hospital [...] quando fez cirurgia cardíaca e no [...] por causa de problema de diabetes e foi também para U.T.I, mas ele gosta mesmo é do HU, pelo atendimento que recebe. Vem porque gosta do HU, gosta do atendimento, tudo muito bem, os profissionais são atenciosos, **trabalham juntos** (APTE4).

Venho para o HU porque aqui o atendimento é o melhor que tem e não se paga nada. Eu já estive em outros locais, mas nada se compara com aqui (PTE6).

Eles (profissionais) têm boa educação! O senhor para cá, o senhor para lá, como você está, olham para mim, é um bom atendimento (PE5).

Em alguns hospitais, inclusive no hospital [...], o atendimento lá é terrível. Agora o que vocês fazem aqui sabe, só tenho elogios. É claro que não existe perfeição, nem todas são iguais, é claro que tem dia que uma está de mau humor, mas a maioria está preocupada com o paciente (PE6).

A inserção da instituição na Política Nacional de Humanização é um dos aspectos valorizados pelas profissionais como fator estimulante e de reconhecimento de crescimento institucional. Dentro desta política, a instituição vem construindo com gestores, profissionais, docentes e usuários alternativa nos modos de produzir atenção e gestão em saúde, para consolidação do Sistema Único de Saúde, através do Planejamento Participativo. Nele, estão incluídas estratégias de valorização das profissionais, crescimento institucional, atenção de saúde humanizada e de alta complexidade, cujas perspectivas incluem a valorização da dimensão subjetiva e social, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, com a valorização das profissionais, com o fortalecimento do trabalho interdisciplinar, com a co-responsabilidade e com a participação dos sujeitos no processo de gestão, estimulando processos de educação permanente como estratégia fundamental para essa transformação nos pressupostos e filosofia da instituição (BRASIL, 2003).

O movimento pela humanização é vista por Puccini e Cecílio (2004, p.1344) como

uma busca pela qualificação da produção ou prestação de serviços, mas delineia-se, na sua implementação, uma força e um potencial de crítica e ruptura com um compromisso mercadológico obrigatório de tudo ou, ainda com uma normalização institucional que diga respeito, apenas, à lógica tecno-burocrática e à busca obtusa pelo desempenho produtivo.

Ainda, para os autores, a humanização tem assumido direções fundamentais na busca de satisfação do usuário: ora tem assumido como forma de amenizar a lógica do

sistema social no sentido de criar um “capitalismo humanizado”; ora como busca de uma essência humana perdida pela “autonomia das emoções e afetividades individuais da práxis humana”; ora como processo de organização institucional que valoriza a escuta no ato assistencial e; ora como valorização de direitos sociais (PUCCINI; CECÍLIO, 2004 p. 1345).

Independente dos diferentes sentidos que a humanização vem assumindo, observa-se que, na instituição, a Diretoria de Enfermagem já mantém essa preocupação com a qualidade do cuidado e com a valorização da profissional, através da educação permanente. As profissionais têm consciência e reconhecem que existe este órgão na instituição e, principalmente, que ele traz essa perspectiva.

Como ponto maior e positivo da educação permanente eu vejo que é o envolvimento das pessoas, desde quando foi criado esta comissão (CEPEn) que antes tinha outro nome depois ficou CEPEn. O que eu percebo é que a gente tem respaldo maior. Tu queres fazer um curso, quer que isso seja institucionalizado, tem o CEPEn como órgão que te absorve. Se tu queres fazer um trabalho, inclusive nós como acadêmica, como aluna de pós-graduação, querendo fazer um trabalho, uma pesquisa existe um lugar no hospital que se preocupa em facilitar este processo. Querer que a gente também cresça como profissional, aprenda mais. Então isso eu acho que é o ponto mais alto da questão do CEPEn dentro do HU (E4).

Eu entendo o CEPEn como uma valorização do profissional, porque as pessoas tu vê que se preocupam, que querem que o profissional cresça e com isso além do crescimento pessoal traz a melhora na assistência, porque se a pessoa aprende e aplica isso vai refletir no dia a dia dela (TE1).

Para alcançar uma nova compreensão dos princípios e valores que sustentam a humanização, a instituição precisa articular o conhecimento teórico e o técnico aos aspectos afetivos, sociais e éticos das relações que estabelece entre os atores na prática do cuidado, para que “a humanização não se restrinja a atribuições meramente técnicas, mas principalmente, à capacidade de compreender e respeitar os indivíduos nas suas diferentes formas de viver” (BACKES, KOERICH, ERDMANN, 2007, p.35).

Embora muitas integrantes do estudo percebam diferenças positivas na gestão de pessoas, influenciadas pela educação permanente na instituição e, mais especificamente da enfermagem, nem todas entendem como esse processo ocorre, pois não identificam que os ganhos profissionais, institucionais e pessoais podem ser decorrentes desse processo. Sinalizam que as informações relacionadas aos processos educativos tais como divulgação de cursos, capacitações, abertura de vagas, bolsa de estudo, entre outras ficam, na maioria das vezes, concentradas nas chefias e que estas não tem efetivamente repassado as informações ao seu grupo. A falta dessas informações que

lhes digam respeito dificulta, sobremaneira, o conhecimento, a participação, o envolvimento e o acesso da base operacional.

Essa é uma discussão que o CEPEn vem trazendo, sucessivamente, para as reuniões de chefias de enfermagem e nas do próprio CEPEn, procurando responder esses questionamentos, por ser uma reivindicação antiga das profissionais, principalmente do nível médio que ficam mais alheios às informações fornecidas. Na intenção de buscar alternativas e estratégias que melhorem esse processo de comunicação interna, as questões que se colocam são: quais são as alternativas que o CEPEn deve buscar para atingir as profissionais que estão atuando na base do cuidado? Quais as estratégias a serem adotadas para uma divulgação mais efetiva das capacitações e potencialidades do CEPEn junto à equipe de enfermagem? Como envolver as profissionais nas diversas atividades e programas que o CEPEn desenvolve? A divulgação e o marketing do CEPEn têm sido apontados como uma das estratégias a ser investidas, buscando alternativas mais eficazes para realizar as divulgações de capacitações e os objetivos, os programas e propostas do CEPEn, mantendo-o mais perto das profissionais.

Um dos aspectos mais comentados pelas profissionais, em termos de perspectivas de crescimento institucional, é realizado através do Plano de Capacitação, conforme relatado anteriormente. Esse plano, apesar de suas limitações e descompassos com as perspectivas e pressupostos da educação permanente da DE/HU, tem se colocado como uma fonte de estímulo para a realização de cursos. Se comparado ao número de participações das profissionais em capacitações em relação aos anos anteriores e, agora com a implantação do plano, observa-se um aumento significativo na frequência das participações, muito embora se possa dizer que se resume, a maioria das vezes, as mesmas participantes. A busca para a complementação de horas que garanta o direito de ascensão profissional, por mais restritiva que seja, tem servido de estímulo as profissionais. É visível a participação do nível médio ser em maior número, enquanto que as enfermeiras estão mais voltados para a participação em cursos de especialização, mestrado e doutorado.

Acho que eles (funcionários) têm que aproveitar, se o HU dá toda essa oportunidade desses cursos todos que a gente tem, e ainda os que tem fora daqui. Eu comecei a fazer cursos desde quando eu comecei a fazer curso técnico, não só aqui (TE5).

Olha, de ponto positivo, acho que o que tenho a falar que é um crescimento para todo mundo. A oportunidade que vocês dão é ímpar, só não aproveita mesmo

quem não quer, tem alguma dificuldade com horário, mas nem horário seria um porque tem horários diversos (E1).

Eu participo porque nunca tive tanta chance de poder fazer cursos, de me atualizar. Como a gente não tem dinheiro para viajar e ir a congressos, eu faço todos os meus cursos aqui mesmo (TE6).

Embora toda a instituição em estudo tenha incorporado a política de capacitação, pode-se observar que a enfermagem está à frente das demais profissionais de outras categorias. Isso se deve ao fato de a DE/HU ser a única Diretoria do Hospital que tem em seu organograma consolidado um órgão que se responsabiliza pela educação permanente de suas profissionais. Nesse modelo o CEPEn coordena todas as atividades educativas das profissionais de enfermagem enquanto que as diretorias estão sob a coordenação da Divisão Auxiliar de Pessoal (DAP) do HU, órgão de assessoria ao Departamento de Pessoal da UFSC que fica responsável pelo planejamento e pela execução de todas as atividades de educação permanente para as demais categorias de profissionais do HU.

Ferraz (2006) realizou estudo na instituição buscando identificar como vem sendo percebida e realizada a educação permanente no HU nas Divisões de Apoio Assistencial, Medicina, Administração e Enfermagem. Percebeu a autora que, em cada área, existe diferentes níveis de educação permanente, com dinâmicas e concepções diversificadas. Algumas iniciativas apontadas pelas divisões como educação permanente, não foram consideradas pela autora como tal, pois muitas das atividades são de cursos pontuais de especialização e residência. A autora identificou também que a enfermagem é a única divisão na qual a educação permanente encontra-se estruturada com programas definidos dentro da perspectiva defendida pelas políticas públicas e autores que consideram a educação permanente como possibilidade de transformação e crescimento pessoal e profissional (BRASIL, 2004; CAPELLA, 1998; BACKES et al, 2002; SALUM, 2002, FERRAZ, 2006).

Campos (1994), vislumbra perspectivas inovadoras ao abordar as reformulações necessárias para os sistemas de gestão dos serviços públicos de saúde, defendendo a idéia da desalienação progressiva das profissionais, através de novas práticas administrativas que exigem maior flexibilização e democracia, distribuição de poder, de confiança no outro, seguindo uma nova lógica: a do interesse coletivo.

Em consonância com essa visão, a instituição no âmbito da enfermagem tem consolidado, através do CEPEn, experiências de maior abertura nas questões

educativas, incentivando as profissionais a opinarem sobre a escolha dos temas para as capacitações, a participação na política de liberação para eventos e cursos de curta e longa duração, nos fóruns de decisão compartilhada em remanejamentos internos, na produção de documentos e nas comissões de estudo internos a enfermagem.

Mesmo com a existência desses espaços participativos, às vezes, ela não ocorre efetivamente, tenta-se até persuadir ou convocar as profissionais para sua participação. Percebe-se, muitas vezes, um marasmo, uma desmotivação, um descompromisso, uma acomodação por parte de algumas profissionais no sentido de não querer ou mesmo se envolver com a questão da educação, abrindo pouco ou nenhum espaço para a participação. Ficam dadas as oportunidades de participação, porém o envolvimento é muito aquém do esperado. Os espaços de participação existem, porém muitos não tem esse conhecimento e outros não querem ou não tem tempo para se envolver com estudos, pesquisa, comissões, grupos de trabalho.

Tem algumas pessoas tipo a [...], ela não vai muito a treinamento, não gosta de ir a cursos, mas ela tem interesse em reuniões, em coisas mais de estar fazendo e discutindo, ela sempre participa. Ela participou de um grupo que nós fizemos aqui, e também quer participar do grupo de avaliação. Eu conversei com algumas pessoas, ela foi a que mais mostrou interesse (E2).

Observa-se em algumas falas das participantes uma “culpa” pela não participação ser atribuída a enfermeira. Existe o entendimento e o reconhecimento da enfermeira como um líder da equipe e que se esta não se mostrar envolvida, interessada, motivada, o reflexo aparece na sua equipe. Esse fato corrobora com os dados identificados no estudo quando do levantamento do número de participações por profissional, ressaltando que as profissionais que mais participam da educação permanente são as que trabalham no período diurno, principalmente no período matutino, e coincide também de serem estas lotadas nas unidades em que as chefias e enfermeiras também mais participam. Essa correlação pode ser atribuída ao maior envolvimento e estímulo dado pelas enfermeiras, levando, conseqüentemente, a um maior envolvimento dos seus membros.

Eu gosto de participar, mas se a chefia ou o enfermeiro não dão condições ou não estimulam, como posso ir? Já trabalhei com enfermeiras que eram bem dinâmicas, a gente sentava e discutia quem ia hoje, quem ia amanhã. Essas coisas e depois discutia a assistência. Agora tem umas que não estão nem aí, que não se envolvem (TE6).

No modelo assistencial da enfermagem a enfermeira coordena as atividades desenvolvidas pelas demais profissionais da equipe de enfermagem. As diferentes

maneiras da enfermeira organizar seu trabalho se refletem nas diferentes formas como agem suas equipes. Enquanto coordenadora e organizadora do planejamento, executora, controladora e avaliadora da assistência de enfermagem, a enfermeira exerce um tipo de liderança que pode dificultar ou facilitar seu trabalho e as relações que são mantidas na equipe. A equipe é o reflexo da enfermeira. Se a enfermeira assume uma postura de liderança, de motivadora, de estimuladora toda a equipe cria essa característica, porém se a enfermeira limita-se a executar seu trabalho sem reflexão, participação, sua equipe também o faz.

A competência e a responsabilidade da enfermeira e suas intervenções junto à equipe podem proporcionar para além do fornecimento de dados para o diagnóstico e tomada de decisão em torno da assistência do/a paciente. A liderança compartilhada passa a cumprir novos papéis, acrescidos aos de coordenação da assistência, o que reforça a sua atribuição de desenvolver a qualidade do ambiente físico e aumenta o bem-estar coletivo, pelo estímulo e motivação da equipe.

Santos (2005, p. 100), em estudo sobre a liderança da enfermeira nos serviços de saúde, identifica que o brilho da equipe depende muito do brilho do líder “o brilho da equipe se dá pela progressão em escala geométrica dos brilhos individuais de cada ator envolvido, tendo como principal mediador o líder com suas táticas estratégicas previamente programadas ou contingenciais”. Enfatiza o autor que, para que se exerça a liderança, é preciso exercer a autoridade carismática, ser autêntico, aberto às críticas, ao diálogo, disseminar informações, assumir perante a equipe seus erros, reconhecer o trabalho bem feito, ser coerente e constante para com os propósitos da organização. Esses elementos foram identificados nas falas das profissionais que percebem que a liderança e a coordenação da equipe deveriam ser da enfermeira.

Acaba tumultuando, porque uma enfermeira tem que cobrir o horário da outra, fica meio tumultuado. A gente também de repente não tinha uma enfermeira que estava todo dia. Um dia estava de manhã, outro dia estava de tarde. Acho que isso também perde um pouco da identidade da equipe, porque toda equipe tem que ter alguém que está à frente, um líder, como eu aprendi e nem sempre o líder é o enfermeiro, nem sempre, mas seria o ideal que fosse, uma pessoa para que a gente tivesse como referência (TE1).

Eu percebo também que o enfermeiro é o espelho da equipe. Se o enfermeiro não está bem, se ele não tem essa capacidade de coordenação, se não tem capacidade de gerenciar suas emoções ele não consegue ajudar a equipe em nada, pelo contrário ele é um exemplo negativo para a equipe. Uma liderança ruim. E a diferença que eu vejo, que às vezes, chega na unidade percebe que uma pessoa que está ruinzinha, que se tu é um bom observador de longe tu conhece quem trabalha contigo, de longe tu já sabe, um olhar mais caído, o jeito de responder, a gente já conhece e aí pode ajudar (E4).

É percebido, por algumas participantes do estudo, que algumas enfermeiras, como coordenadoras de equipe, estão pouco empenhadas nessa “nova” maneira de viver a vida institucional. E isso reflete na equipe de trabalho, quando elas não percebem a importância da educação permanente como um dos processos de seu trabalho, estimulando e repassando as informações, conseqüentemente, sua equipe também não.

O processo de comunicação, necessidade inerente do ser humano, se processa através de uma relação entre sujeitos. Nesse sentido, comunicar-se com qualidade passa pela compreensão do reconhecimento do outro como sujeito.

A enfermeira na equipe de enfermagem assume a responsabilidade de repassar as informações pertinentes à continuidade da assistência, mas também as informações acerca dos direitos, dos deveres, das obrigações, das oportunidades, dos cursos e das novas políticas ou condutas que norteiam o trabalho da enfermagem. Se esse processo de comunicação não se efetiva de forma adequada, gera ruídos de comunicação e, conflitos internos que desencadeiam certa alienação e descompromisso das profissionais com as questões mais gerais do trabalho e da enfermagem.

No começo, como eu estava só na assistência, eu percebia que só ficava no nosso conhecimento de chefias, que a gente não divulga exatamente o trabalho, fica muito em nível de chefias e nem sempre as chefias passam exatamente como foi discutido. Claro que a percepção de quem ouve já é uma segunda peneira. A primeira é o que vocês vivem enquanto CEPEn. Vocês têm uma percepção, pois trabalharam, tiveram a preocupação de desenvolver aquele curso, reserva de sala, etc. Esse sentimento quem tem é só quem está ali. Esse sentimento é compartilhado com o fórum das Divisões (Divisões de Chefias de Enfermagem/HU) e com a Diretora, já é outra peneira. Quando passa para as chefias de serviço de uma forma geral, já é uma terceira peneira, já é o terceiro momento de conversa. Muitas vezes, já está diluído todo o trabalho, toda a preocupação. Aí, o que acontece? A chefia vai disseminar para as unidades ou não de acordo com o interesse que ela tem, a concepção que ela tem de educação. Se a enfermeira achar assim, “ah! palhaçada, isso não serve para nada, não vou nem me estressar em ficar falando para cada um”. Vai parar aí. Agora se a enfermeira for ativa, ela vai dizer olha gente, tem uma capacitação, não é só para ganhar dinheiro, a gente tem que pensar, tem que aprender. E a gente vê isso infelizmente hoje, não acontece só na pediatria. Eu vejo que tem várias pessoas que até fazem discurso, “ah é importante fazer”, tem dinheiro também lógico, não vamos ser freira, dizer que (funcionários do nível médio) tem essa idéia de ir atrás, de procurar, até brigam às vezes, porque não dá para todo mundo ir e tal (E4).

Passa pela vontade das pessoas, às vezes, por mais vontade que se tenha de fazer educação, que se queira que tudo dê certo, se as pessoas não estiverem dispostas, não vai dar (TE1).

O processo de interação/articulação entre a enfermeira e sua equipe ocorre de maneira diferenciada em cada espaço de trabalho, dependendo da experiência, do

envolvimento e do sentido que esta profissional dá para as questões da educação e do processo de trabalho.

Outra perspectiva apontada pelas participantes como fator de crescimento institucional diz respeito à **política de avaliação de desempenho**, adotada pela Diretoria de Enfermagem/HU e coordenada pelo CEPEN. Esse processo de avaliação foi iniciado pela enfermagem desde a abertura do HU, sendo difundido e refletido constantemente com as profissionais da enfermagem em todos os níveis. A DE/HU mantém o processo de avaliação de desempenho com o objetivo de avaliar sistematicamente as suas profissionais para manter a qualidade de assistência prestada (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 1993).

As avaliações, o pessoal (CEPEN) vem atrás quando tem algum problema, tem disponibilidade para estar acompanhando algum servidor quando tem algum problema, é uma questão bem positiva. A gente tem disponibilidade de fazer a coisa em conjunto, a mudança da ficha de avaliação de desempenho. Então, as pessoas têm oportunidade de mudar, é uma coisa bem democrática, isso é uma coisa bem legal (E2).

A avaliação de desempenho que é realizada aqui ajuda o funcionário a crescer porque diz o que precisa melhorar e o que está bom. Temos avaliação todo ano (TE6).

Esse processo de avaliação na enfermagem é uma realidade que se fortalece a cada dia. Os diversos fios que tecem o cotidiano de trabalho da enfermagem e suas relações revelam a necessidade constante de mudanças indicando o esgotamento de processos e a urgência na criação de outros. O processo de avaliação da enfermagem já transitou por várias fases e mudanças, desde a avaliação tradicional, classificatória, punitiva, restritiva que funcionava como instrumento de controle e limitação da atuação das profissionais, na década de 80. A partir da década de 90 até hoje, discute-se a avaliação com uma perspectiva mais formativa, articulada e comprometida com o desenvolvimento das profissionais, com a inclusão, com o respeito às diferenças (PADILHA et al, 2005). O processo de avaliação hoje presente na enfermagem está buscando consonância com as idéias de estudiosos da avaliação educacional (PERRENOUD, 1999, 2002; DEMO 2002, HOFFMANN, 2002, ESTEBAN, 2003) que privilegiam o momento da avaliação como um momento formativo de diálogo crítico e criativo entre os sujeitos como forma de dar e receber feedback, indicar limitações, apontar potencialidades que possam trazer crescimento a esta. É um processo, por isso ocorre diariamente nas várias situações de interação e não apenas em momentos pontuais. Esteban (2003, p. 19) indica a avaliação como espaço onde os conhecimentos

estão em construção, pois “em cooperação os sujeitos revelam seus conhecimentos potenciais, desenvolvem novas potencialidades”. Esse encontro, proporcionado pelo processo de avaliação da DE/HU, se revela um momento importante de interação entre aprendentes (avaliadora e avaliada), pois elas se encontram para o reconhecimento das potencialidades e das limitações de cada uma, apontando metas de modo que ambas possam, com compromisso buscar a mudança e o crescimento.

A avaliação deve servir como estímulo para os desafios diários implícitos na ação da profissional ciente dos riscos e erros na construção do novo, capaz de repensar o processo para iniciar novos caminhos (ESTEBAN, 2003). Embora percebendo a superação da avaliação como uma atividade de controle com vistas a selecionar as profissionais, a DE/HU, através do CEPEn, tem encontrado alguns obstáculos na resignificação da avaliação pelo conjunto de profissionais de enfermagem. A dificuldade maior reside no fato de a avaliação ser realizada pela enfermeira e, assim, esta deter “um certo poder” sobre as demais profissionais. Existe ainda o mito da avaliação como classificatória ou punição, sendo referida como difícil de ser executada. Como forma de amenizar essa limitação, o CEPEn consolidou o programa de avaliação como um programa permanente, destinado a todas as profissionais para que a concepção da avaliação, como espaço para a reflexão, seja incorporada, tanto por aquelas que avaliam como para aquelas que serão avaliadas, desmistificando a avaliação somente como momento pontual para punir e selecionar o/a profissional em bom ou ruim. A partir das experiências concretas, esse programa busca discutir as perspectivas avaliativas como um processo dentro da visão da avaliação formativa, a qual tem por finalidade ajudar a aprendente a caminhar seguro em busca dos meios necessários para chegar ao domínio da aprendizagem. É orientadora e permite a recuperação paralela, tantas vezes quantas forem necessárias, para que a profissional adquira o domínio desejado (PERRENOUD, 1999).

De acordo com os dados levantados no período deste estudo, foram realizadas 9 capacitações acerca do processo avaliativo com as profissionais, chefias, enfermeiras, técnicas de enfermagem e auxiliares de enfermagem. A avaliação de desempenho é uma realidade concreta na enfermagem e esta é realizada pelo menos uma vez ao ano para cada profissional, independente do cargo, posição ou serviço que ocupe dentro da DE/HU. Nesse sentido observa-se que o processo de avaliação é incorporado na dinâmica do trabalho da enfermagem e a cada ano seu reflexo manifesta pelo aumento do número de avaliações que são realizadas (HOPSTITAL UNIVERSITÁRIO –

RELATÓRIOS CEPEN, 2000, 2001, 2002, 20003, 20003, 20004, 2005). No que diz respeito ao processo de avaliação, como é pensado hoje na enfermagem, sabe-se ele não determina, por si só, transformações radicais, mas contribui para a construção de novas perspectivas de avaliação que incorporam a idéia de desenvolvimento integral da profissional pela inclusão de aspectos subjetivos e das várias dimensões da competência: a técnica, a relacional, a ética e a comunicacional entendidas como complementares e interdependentes na constituição desse ser (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 1993).

Ao conceber a avaliação como espaço formativo, as profissionais apontam e reconhecem este acompanhamento permanente das aprendizagens permitindo ajudar as aprendentes no percurso cotidiano. A realização desse processo é acompanhada de perto pelo CEPEn nas situações mais complexas.

Em relação às avaliações, é uma coisa que eu acho muito interessante, que sempre que tem um funcionário que não tem uma avaliação legal, vocês (CEPEn) chamam, vocês acompanham, sempre que a gente solicita vocês estão junto, o pessoal do CEPEn está junto, para ajudar o profissional a crescer. Então, eu acho que nesse sentido corresponde totalmente aquilo que eu acredito que deva ser a educação permanente (E2).

Eu percebo que toda minha vida, a minha própria história dentro do HU muita coisa do CEPEn tem influência. Eu não teria aprendido a ser diplomática com as pessoas dentro da unidade nas horas difíceis, eu não saberia fazer uma avaliação se não houvesse sempre ajuda do CEPEn, das pessoas do CEPEn, olha a importância da avaliação, tem que conversar. Pensamento muito parecido com o meu de que a avaliação não é um prolongamento de meter o pau numa pessoa, mas sim crescer junto com ela. Aprendi a questão do feedback, isso tudo eu aprendi no HU com a educação permanente. Foi do HU para os outros lugares e para a minha vida, não foi de outro lugar para cá e isso eu tenho bastante felicidade em dizer (E4).

Para realizar as avaliações de desempenho, foi construído um instrumento (anexo 2) para cada profissional, de acordo com suas atribuições dentro da instituição, que são distribuídas, segundo indicadores de comportamento desejados, procurando contemplar as várias dimensões da competência. Como esse instrumento tinha uma conotação mais quantitativa, foi elaborado um espaço para que a subjetividade pudesse ser expressa, tanto pela avaliadora como pela avaliada, descrevendo aspectos positivos e aspectos a serem melhorados, necessidade de intervenção do CEPEn ou encaminhamentos e prazos para nova avaliação e percepção da avaliada. O fluxograma das avaliações segue: chefia do serviço para ciência, chefia de divisão para ciência, CEPEn para ciência e encaminhamentos e Departamento Auxiliar de pessoal do HU para arquivamento em pasta funcional. O resultado dessas avaliações para o CEPEn tem servido como diagnóstico para futuras capacitações, identificação de prioridades, encaminhamentos da

educação permanente e para acompanhamento individual da profissional. Em uma análise realizada no livro de registro de avaliações do CEPEn, pode ser constatado um aumento no número de avaliações de desempenho realizadas nos últimos anos, após a realização de capacitações, defendendo outra perspectiva para a avaliação que não a classificatória (DOCUMENTO INSTITUCIONAL, nº 1, 2006).

O aspecto da inclusão profissional na instituição também é usado como referência para identificar a educação permanente como aquela que atende às expectativas de crescimento institucional. A possibilidade oferecida pela instituição, mais especificamente na enfermagem, é aquela em que adota uma política de acompanhamento das profissionais recém-admitidas, intitulado **acompanhamento de 60 dias**. Essa política tem como objetivo a inclusão gradativa da profissional na instituição, deixando claro o que se espera dela e fazendo um acompanhamento diário de suas atividades para minimizar as ansiedades próprias desse momento de chegada na instituição. Essa prática na enfermagem é bastante cobrada e valorizada pelas integrantes, mesmo reconhecendo que existem ainda inadequações quanto ao acompanhamento, relacionado ao fato de haver um número insuficiente de enfermeiras nas unidades para poder dar melhor atenção a quem está chegando. Para as profissionais, há uma importância fundamental no acompanhamento de 60 dias a profissional nova, pois oferece acompanhamento e segurança para iniciar suas atividades.

Aprendi aqui com supervisão. Quem me ajudou bastante foi a enfermeira [...] que quando eu cheguei ela que me acompanhou, ela me ensinou tudo (TE1).

Quando eu cheguei aqui era um movimento muito grande de troca de funcionários, porque naquela época chegou muita gente, então tinha muita gente nova e eu estava trabalhando com gente que também não conhecia. Eu precisava saber para orientar, supervisionar e na verdade não me sentia nem capaz de fazer aquilo tudo. Aos poucos fui me inteirando mais e, claro principalmente as enfermeiras da unidade na época que me ajudaram a colocar em prática aquilo, o conhecimento que eu trazia da graduação, me fizeram aquele acompanhamento de 60 dias no qual eu sabia o esperavam de mim, mas mesmo assim não foi fácil (E3).

O acompanhamento de 60 dias realizado pelo CEPEn, é percebido como um ponto extremamente positivo na inclusão da profissional na instituição, porém ainda apresenta algumas fragilidades, no sentido de não conseguir atender à demanda, principalmente das profissionais que apresentam algum problema de adaptação e, nesse sentido, o CEPEn deve buscar estratégias para modificar essa situação.

O que eu acho (não sei se pode falar?) O que eu acho que, às vezes falta é: se a

gente tem um funcionário problema e precisa da intervenção de alguém de fora, eu acho que aí deixa um pouco a desejar. Eu não posso te dizer o porquê, não conheço também o processo, eu sei que tem que vir alguma pessoa para acompanhar, por exemplo. É isso que eu acho que fica um pouco a desejar, o resto eu não vejo pontos negativos nesta questão da educação continuada (E1).

Uma coisa que eu não falei de ponto positivo, é o acompanhamento de 60 dias, a supervisão do enfermeiro no acompanhamento do funcionário novo. Na verdade eu acho que o CEPEn, às vezes fica limitado porque o enfermeiro não faz o acompanhamento. Aí quando ele é cobrado acaba não tendo muito o que fazer porque o enfermeiro não anotou nada (E4).

Eu acho que deveria ter mais treinamento dentro das unidades em relação ao funcionário novo. Teve uma época que teve isso, de um enfermeiro de um turno sair e ficar só com o servidor novo para poder treinar aquelas pessoas. Se o enfermeiro de turno e os outros estão de férias ou liberados ou de atestado, daí fica um enfermeiro para todo o serviço do setor e mais o treinamento. Eu acho que nisso a gente acaba pecando, não é uma coisa só do CEPEn, é uma coisa da unidade, mas é uma coisa que eu não vejo legal dentro do trabalho em conjunto. Essa questão do treinamento do servidor novo que no meu ponto de vista deve ser dado mais ênfase. Nem sempre o enfermeiro dá o valor para este tipo de treinamento, mas eu tenho percebido que mesmo a gente dando valor a gente não tem tempo para se envolver com isso. A estrutura não permite, porque a gente precisaria ter uma pessoa mais envolvida com treinamento dentro do setor, enfermeira assistencial mesmo, porque são unidades diferentes, são serviços diferentes. Eu acho que não deveria ser do CEPEn fazer isso, porque não teria como fazer treinamento na UTI, na NEO, na emergência, na pediatria, não tem como. Mas do enfermeiro assistencial ter um pouco mais de disponibilidade para o servidor novo, e assim pessoas que gostem de fazer, que tenham interesse de ensinar, porque senão acaba não sendo feito. Eu acho que a estrutura não permite totalmente (E2).

Nos registros realizados no instrumento de acompanhamento de 60 dias do CEPEn, sempre há referências ao crescimento alcançado pela profissional nas diversas dimensões do cuidado, bem como é oportunizado a profissional expressar-se de forma verbal e escrita sobre suas percepções quanto à forma como foi acolhida no serviço, suas dificuldades e os avanços alcançados. Os momentos de encontro previstos no instrumento de acompanhamento entre avaliadora (enfermeira que está realizando o acompanhamento), avaliada (profissional que está sendo acompanhada), a chefia e o CEPEn são discutidos levando-se em conta as potencialidades e inadequações, seu desenvolvimento quanto à inclusão, o cuidado, a ética e a postura. Essa prática é realizada nos primeiros 60 dias que a profissional inicia suas atividades. Nesse período, são previstos, pelo imenos 3 encontros formais com a profissional, cuja finalidade é a realização do feedback de sua atuação, apontando os pontos de crescimento e as limitações que precisam de intervenção. O acompanhamento de 60 dias é uma prática consolidada na enfermagem, realizada habitualmente desde 2000 e, que está inserido no Programa de Inclusão já discutido anteriormente (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO -

RELATÓRIOS, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004a, 2005).

A existência da utilização de uma **Sistematização da Assistência de Enfermagem** (SAE) tem fortalecido a enfermagem como profissão e causado reconhecimento entre as demais categorias profissionais da instituição, servindo de referência a outras instituições quanto à forma individualizada de prever o cuidado, através da utilização da sistematização da assistência diária a todas os/as pacientes, tendo, como forma de registro, o método científico do SOAP (dados subjetivos, objetivos, análise e plano). Para as integrantes do estudo, a existência da SAE fortalece a enfermagem e organiza o trabalho de cuidado aos/as pacientes.

A capacitação de metodologia da assistência, já fui acho que umas 5, e eu adoro. Toda vez que a gente vai só reafirma mais o meu compromisso com o processo de enfermagem, me fortalece mais, a minha idéia do que é essa metodologia que representa o meu fazer muitas vezes aqui dentro. E é isso que eu tento passar para as enfermeiras quando eu vejo alguém dizer ah! Agora eu vou "SOAPAR" (realizar a evolução e prescrição de enfermagem). Então eu digo, "agora tem sapo na unidade"? Eu até brinco porque na verdade isso é uma falta de conhecimento até do seu próprio fazer (E4).

Em relação à instituição, esse apego vem já desde a graduação. Todos os meus estágios foram aqui, a pós (pós-graduação) e a gente acaba se apegando. É o sonho de todo mundo quando a gente se forma é trabalhar no HU. Para mim, é pela questão da sistematização da assistência, que eu acredito que seja a valorização do nosso fazer, é o planejamento do cuidado ao paciente (E5).

Nossa, a metodologia é o que determina o nosso fazer, que guia as ações do pessoal do nível médio e individualiza o paciente (E6).

Para a realização dessa sistematização da assistência, é utilizada pela enfermagem a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, operacionalizada pelo Sistema Weed (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 1993). O CEPEn, em suas capacitações, tem consolidado a Sistematização da Assistência como foco permanente de reflexão com as profissionais de enfermagem e, principalmente, com as enfermeiras que, além dessa discussão que ocorre no POI, realiza, anualmente, uma capacitação sobre a SAE.

A adoção da **política de concessão de liberação de pessoal de enfermagem para cursos de curta e longa duração e remanejamento interno**, já discutidos anteriormente, são considerados pelo grupo como grandes potencializadores de crescimento institucional quando comparadas a outras instituições que não tem essa prática.

Analisando a questão da educação permanente em saúde para a conquista da autonomia e capacidade de intervenção sobre suas vidas, Campos (2003), destaca a

necessidade de se repensar e gerenciar as questões educativas de forma que não se tome, como referência, apenas a eficiência da dimensão técnica por ser apenas um dos aspectos da qualificação, mas que vislumbre outros objetivos para a transformação da prática, da organização do trabalho, das relações interpessoais, do acolhimento e do cuidado à saúde.

O CEPEn tem assumido papel ativo na reorientação das estratégias e dos modos de cuidar, possibilitando o crescimento igualitário a todas as profissionais, porque reconhece que as oportunidades anteriores ao trabalho podem ter sido bem diferentes. Nesse sentido, tem sido capaz de provocar importantes repercussões no sentimento de igualdade de oportunidades, seja pela sua existência, seja pela forma como é proporcionada a todas, oportunizando que possam se colocar como sujeitos de seu próprio crescimento. Muitas iniciativas propiciaram o desenvolvimento do pensamento crítico que são expressos pelas participantes.

Eu penso que a educação, nesse sentido, é de extrema importância dentro de qualquer profissão. Eu percebo que é a única fonte de fomentação, de motivação, para que a gente possa continuar no dia-a-dia, porque se a gente vem para cá para fazer feijão com arroz todo dia exatamente a mesma coisa, sem vislumbrar uma mudança, sem vislumbrar uma transformação daquilo que está posto, a gente não tem motivo, perde a motivação. Porque fazer a troca de fralda, o banho sem racionalizar isso, sem refletir isso acaba sendo um ato mecanizado. E eu vejo que a educação permanente ou continuada ela tem essa função (E4).

Nesse caminho de uma práxis reflexiva é importante repensar a educação permanente com um campo de saberes onde considera-se as profissionais como sujeitos, cuja existência concreta vai sendo transformada por diferentes vivências e experiências.

7. 3.1 Reflexos de uma gestão participativa

Um aspecto fundamental defendido pelo SUS, como instrumento para a melhoria dos serviços de saúde e para a responsabilização pela prática em saúde, diz respeito à participação das profissionais na gestão dos serviços e na definição da educação permanente a ser implementada. Essa perspectiva aparece nas falas quando citam o

planejamento participativo e as ações de educação permanente desenvolvidas a partir das necessidades levantadas pelas profissionais no momento de planejamento. A implementação de ações que vão ao encontro das necessidades sentidas por elas pode contribuir para mudar e favorecer a construção das competências em suas múltiplas dimensões e para a melhoria da assistência prestada, o que está de acordo com as colocações de Campos (2000); Ceccim (2005a, 2005b); Perrenoud e Thuler (2002); Claxton, (2005), ou seja, a aprendizagem que ocorre em parceria não cultiva apenas maior flexibilidade e confiança em determinados domínios, ela desenvolve habilidades de colaboração, investigação e pesquisa.

Nós tivemos planejamento participativo, foi bem interessante que mudou a nossa prática e a nossa atuação na equipe, todo mundo fez direitinho (E5).

Teve na unidade a realização do nosso planejamento, que foi em conjunto, a equipe toda. A gente ajudou a decidir o que a unidade ia fazer. Me senti ajudando a unidade (TE6).

Estudiosos defendem que o envolvimento das profissionais nas diversas etapas do trabalho, da concepção ou definição de prioridades à execução podem contribuir para a construção de um trabalho mais motivador, criativo e aderente às necessidades dos sujeitos que procuram os serviços de saúde e esta é conquistada com o exercício da participação.

A participação é entendida por Bordenave (1983, p.16) como “uma necessidade fundamental do ser humano”. É o caminho natural para que o ser humano possa exprimir seu pensamento reflexivo, o prazer de criar e recriar coisas e a valorização de si mesmo pelos outros. A participação das profissionais nas diversas situações que envolvem a educação permanente tem contribuído para que estas se sintam incluídas na instituição e no processo de sua formação. A vivência desse processo participativo é considerada pelas profissionais como um forte aspecto de crescimento institucional, sendo considerado gerador de reconhecimento e satisfação.

Já fui chamada algumas vezes para ministrar algumas capacitações. Eu estava olhando, eu ministrei alguns anos atrás sobre a metodologia da assistência, da oficina de ética participei de toda a construção. Quando acontecem os trabalhos, por exemplo, de avaliação que foi feito que você foi a facilitadora, aquele momento ali foi super rico, porque foram várias pessoas que participaram. Então assim, o fato de estar aqui hoje (entrevista) também é uma coisa muito boa porque puxa não passei em branco. E a gente é ser humano, precisa disso! Ela está vindo nos cursos, ela faz parte disso, é um retorno que eu estou ganhando. É a partir do momento que você recebe este retorno você se sente importante para a instituição. E quando a gente sai dessa importância, quando a gente começa a perceber que as pessoas passam por ti como se você não fosse um

ser humano ali, e que é parte integrante dessa instituição, aí a falta da motivação acaba aparecendo. E com relação a isso Graças de Deus eu não tenho do que reclamar (E4).

Como eu me integro fácil, eu consigo ter essa facilidade, porque eu tenho um bom relacionamento com o pessoal do CEPEn, com vocês, com o pessoal da DPI, a chefia também deixa muito aberto para a gente dizer o que precisa, o que não precisa, os funcionários tem relacionamento muito bom. Eu me sinto a vontade de chegar e dizer olha gente, vamos fazer um curso assim, assim e assado. Nesse sentido me sinto participando (E1).

No que diz respeito à participação nas ações da educação permanente, pode-se constatar uma divergência de opiniões no sentido de terem espaço ou não para participar. A possibilidade de escolha dos temas para as capacitações caracteriza-se como motivação e valorização e são consideradas as manifestações mais evidentes percebida pelo grupo como forma de participação.

Inclusive agora foi feita novamente uma enquête. Um levantamento aqui na Neonatal do que a gente achava mais necessário, prioritário rever, porque todo dia tem coisa nova e a gente precisa estar aprendendo. E isso foi feito e a gente depois chegou a um cronograma de cursos incluindo também aquelas coisas que a gente tinha colocado no levantamento. Acho importante sempre questionar os funcionários porque a gente assim se sente mais valorizado, sabendo que os cursos são para nós mesmos (TE1).

Eu acho que a abordagem que foi feita em relação à abertura da própria unidade escolher os temas que a gente sente mais necessidade de cursos foi ótimo! Eu acho que isso foi bem importante, a gente fazer o plano, o que a gente quer, essa abertura que teve, as sugestões que foram pedidas de curso, voltados para certos setores (E5).

Eu vejo que aqui dentro do HU a gente tem, além de poder fazer isso a gente tem uma coisa que eu acho muito legal que é partir do que as pessoas pedem. De positivo no CEPEN a abertura para os enfermeiros e técnicos pontuarem as temáticas de interesse (E4).

Entretanto, apesar da abertura à participação, há críticas na forma como esta participação ocorre nos diferentes espaços de cuidado. As profissionais de nível médio admitem que, muitas vezes, essa forma de participação é vetada, limitada ou restrita uma vez que recebem a divulgação das capacitações sem nenhuma participação na escolha dos temas, limitando-se somente a presença nos cursos.

Vem o papel e a gente vê o tema, se interessa ou não. Coisas tipo, eu não me interessei, coisas do centro cirúrgico, coisas assim. Mas não participei da escolha de nenhum (TE6).

Não, não me sinto participante. Joga lá no mural (UTI), geralmente é presença, só ir no curso. Já cheguei a solicitar, mas não fui atendida. Eu acho que pode até alguns funcionários sugerir, mas na época que eu sugeri não fui atendida (TE5).

É possível perceber nas falas das participantes acima que a participação é relativa, uma vez que estas não interferem nas decisões mais globais do planejamento e execução das capacitações do CEPEn. Para algumas, a dificuldade de acesso às chefias e desconhecimento da forma de participação é fator limitante de presença mais ativa nos programas desenvolvidos. Nesse sentido, não se sentem respeitadas em suas opiniões e reconhecem que sua participação restringe-se apenas à presença nos cursos.

A participação é uma estratégia político-prática que, em sua composição, delinea-se como uma política de gestão que deve considerar o olhar, a escuta e a voz das profissionais, portanto uma política comprometida com ações que as coloque como protagonistas na organização do processo de educação permanente da instituição, entendendo que ali se produz saúde, qualidade de vida e qualidade do cuidado. Há o reconhecimento de que a educação formal ou informal tem a finalidade de desenvolver “mentalidades participativas” pela prática constante e refletida da participação em seus micros espaços, no sentido de que é melhor enfrentar as dificuldades do que camuflá-las (BORDENAVE, 1983; DEMO, 1996),

Demo (1996) enfatiza que a participação é conquista permanente e acredita que não se tem amadurecimento, nem teórico nem prático para usá-la. Enquanto conquista, a participação no espaço do trabalho da enfermagem ainda está mais centrada nas chefias, seguidas pelas enfermeiras, pois conforme as falas dos sujeitos, mesmo tendo a abertura para a participação mais efetiva nos processos decisórios do CEPEn, o nível médio pouco tem se envolvido com essa questão. A participação, como vista pelas profissionais, enquadra-se no que Bordenave (1983, p. 29) define como participação concedida, ou seja, a participação restrita a algumas esferas de decisão de modo a criar “uma ilusão de participação política social”, mas que também traz um “potencial de crescimento da consciência crítica, da capacidade de tomar decisões e de adquirir poder”.

A análise da participação das profissionais nos espaços da educação permanente confirma o que estudos apontam participação como conquista, envolvimento, abertura. É possível observar através da análise documental que existem vários espaços de participação tanto na DE/HU como no CEPEn e estes muitas vezes estão sub-utilizados ou concentrados mais entre as enfermeiras. Várias assembleias e comissões de revisão de documentos como filosofia, critérios de remanejamento, regimento da DE, eleições ocorrem como mínima participação da equipe de enfermagem.

No que diz respeito à participação das profissionais nas capacitações que são desenvolvidas pelo CEPEn, esta participação, também, ocorre de forma diversificada em

cada unidade e por cada profissional, de acordo com seus interesses, folgas e ou liberação do trabalho.

Bom, eu participo sempre que eu posso das atividades do CEPEn, dos cursos, dos treinamentos, das comissões e, acho que poderia participar mais, é uma coisa que eu tenho trabalhado em mim para ocupar um pouco mais de tempo em relação a isso. Acho que poderia trabalhar mais, tentar me envolver em relação a isso. Uma coisa que eu tenho sentido bastante é que meu horário de trabalho é à tarde e eu percebo que as pessoas que trabalham à tarde tem mais dificuldade de fazer treinamento, porque a maioria dos treinamentos é nesse período. Claro que é mais complicado fazer treinamento à noite ou de manhã, é muito mais complicado para os setores, mas quem trabalha a tarde acaba sendo prejudicado nesse sentido. Não tem como liberar um grupo maior, a gente acaba pegando as folgas, é claro, tem as horas depois, mas porque são folgas contadas também e aí acaba sendo um pouquinho mais difícil para quem trabalha a tarde participar. E mesmo no setor sou a única à tarde agora, aí tenho as folgas e não posso ficar pedindo folga por exemplo, para fazer curso continuado, tipo: tem 3 cursos este mês eu queria fazer os 3, eu não vou pedir folga para os 3, não tem como. Isso é uma questão de percepção da pessoa também, como é que eu vou ao curso, daí não vou dar chance para ninguém, para os outros também (E2).

Eu acho que porque, querendo ou não, às vezes, é convocação então vão todos e quando não é convocação tem sempre as mesmas pessoas. Tem aquelas que nunca participam, então tu sente que ela é meio deslocada do mundo (TE2).

Quanto à dispensa (para participar da Educação permanente), às vezes é complicado porque a gente sabe que a unidade não tem folga de funcionários trabalhando, a gente sabe que é complicado (TE4).

Ainda, é apontado pelas participantes que a enfermeira e a chefia da unidade poderiam estar mais envolvidas com as questões das capacitações no sentido de buscar, junto à equipe, a identificação das necessidades de cada serviço, e enviar ao CEPEn para que possa viabilizar sua execução.

Cabe a cada enfermeiro ou a cada chefe de divisão também fazer o levantamento do que é necessário e encaminhar (ao CEPEn). Eu um dia estava conversando com o pessoal para fazer um levantamento na unidade e ver com os outros setores também o que eles acham que precisam. Um curso sobre diabetes, um curso que teve também sobre doação de órgãos que foi muuuito interessante, tirou dúvidas de muita gente (E1).

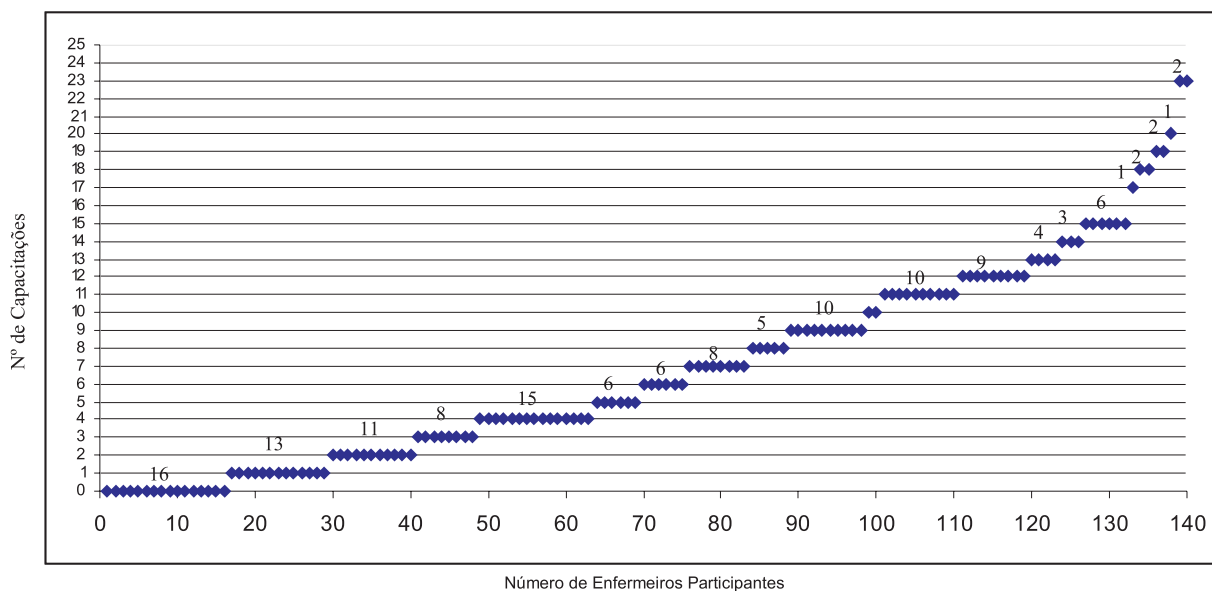
Eu acho que deveria cada unidade ver suas necessidades com a chefia e levar lá no CEPEn, a gente está precisando agora disso (TE2).

Acho que o CEPEn trabalha em relação a isso, busca o que a equipe quer, mas nem sempre a equipe se esmera em responder e dizer o que quer, mas o CEPEn procura buscar isso. Talvez a participação da equipe pudesse ser mais buscada, não sei se seria bem pelo Cepen, mas pelas chefias. As pessoas se envolverem um pouco mais e buscar um pouco mais de atuação das equipes nos cursos. Há pessoas e pessoas. A minha equipe é de 7, 8 (funcionários no período da tarde), tem uma que passou para de manhã, mas é na faixa de 8. É meio a meio, tem as pessoas que trabalham mais, que gostam mais de fazer estes treinamentos e tem aquelas que preferem ficar na unidade a fazer treinamento ou participar de atividades que envolvam o “penso” como diz a professora [...]. Tem

peças que gostam de trabalhar nisso e que questionam. E agora no nosso período da tarde questionaram porque a gente não vai poder fazer curso, porque sempre à tarde? Mas daí teve a noite algumas pessoas vieram, acho que a maioria foi da tarde, mas algumas pessoas não vieram, as que reclamaram acabaram não vindo. Então, é meio a meio. Eu tenho pessoas que participam bastante, a [...] (técnica de enfermagem) é uma que participa bastante, em todos os cursos ela vai. Da minha equipe, a [...] (técnica de enfermagem) tem participado também, ela participa de algumas coisas, a [...] (técnica de enfermagem), eles estão sempre nos cursos, o pessoal da minha equipe gosta de participar (E2).

Apesar de existir esse estímulo para a participação das capacitações institucionais que trazem consigo a perspectiva de crescimento multidimensional, pode-se notar, através de análise documental (fichas de frequência das capacitações realizadas pelo CEPEn), que esta participação não é igualitária entre as diversas profissionais de enfermagem, nem nas diversas unidades, conforme pode ser observado pelo quadro abaixo:

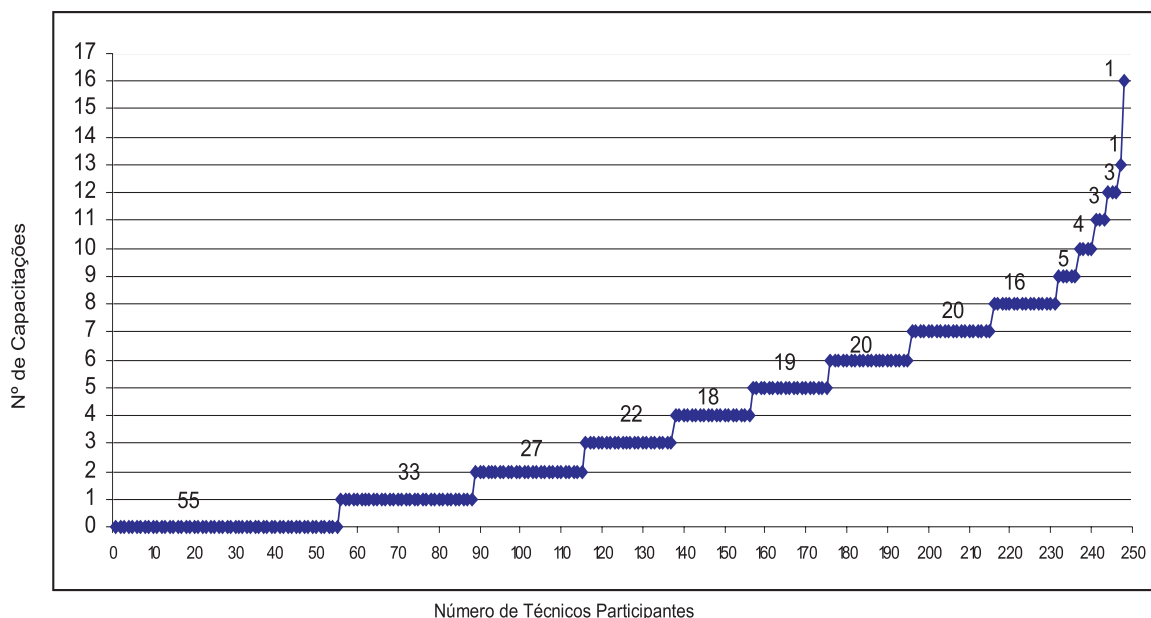
Gráfico 1: Distribuição de participações de enfermeiras segundo número de capacitações realizadas no CEPEn nos anos de 2000 a 2005



Fonte: Dados obtidos das listas de frequência dos cursos ocorridos no CEPEn nos anos de 2000 a 2005.

Número de Capacitações=124
 Máximo de Capacitações=23 c/ 2 profissionais
 Mínimo de Capacitações=0 c/ 16 profissionais
 Média de Capacitações= 6,8
 Moda=4 capacitações

Gráfico 2: Distribuição participações de técnicas de enfermagem segundo número de capacitações realizadas no CEPEn nos anos de 2000 a 2005



Fonte: Dados obtidos das listas de frequência dos cursos ocorridos no CEPEn nos anos de 2000 a 2005.

Número de Capacitações=192
 Máximo de Capacitações=16 c/ 1 profissional
 Mínimo de Capacitações=0 c/ 55 profissionais
 Média de Capacitações= 3,6
 Moda=14 capacitação

No quadro acima, nota-se que as profissionais de nível médio compõem o maior contingente de profissionais que participam nas capacitações ocorridas, porém as enfermeiras têm participado em maior número de capacitações, ficando em média em torno de 10 capacitações cada uma nos últimos 5 anos. A análise dos dados demonstra que apesar do número significativo de 367 capacitações realizadas no período do estudo, em diversas datas, turnos e horários, ainda há as profissionais que não se motivaram a participarem de nenhuma capacitação, entre elas, 16 enfermeiras e 55 técnicas de enfermagem. Essa constatação corrobora com a percepção da equipe de que não existe motivação de muitas profissionais após a conquista da estabilidade no emprego e segurança para a execução do trabalho. Contradizendo esta percepção, as discussões sobre a modernização e globalização do mundo moderno têm apontado serem

insuficientes a educação da formação, reconhecendo a estagnação como uma forma de exclusão social e de empregabilidade (GRISCI e BESSI, 2004; SOBRAL, 2000). A estagnação dos conhecimentos, as certezas imutáveis, as explicações pouco críticas que dificultam uma visão mais abrangente, que se deparam com as novas exigências da complexidade do mundo moderno nas instituições de saúde e na vida social, que estão sempre em constante movimento.

Também aparece como indicativo que o CEPEn, desde sua institucionalização, vem assumindo relevância no discurso político institucional da DE/HU, não só no aumento do número de capacitações e variações de temas a suas profissionais, mas e principalmente no reconhecimento que o mesmo pode provocar transformações individuais e coletivas. A partir de então, vem ganhando status de estratégia de formação permanente. Em estudo realizado por Salum e Matos (2004), buscando identificar quais as capacitações que as enfermeiras estavam realizando, pode ser constatado que a maioria das capacitações realizadas, tanto para enfermeiras como para nível médio, são as oferecidas pelo CEPEn durante o turno de trabalho. Atualmente as atividades do CEPEn encontram-se em expansão, existindo a expectativa de progressão por capacitação, conforme relatado anteriormente. Entretanto, ainda pode-se notar um grande número de profissionais que, apesar das várias capacitações serem realizadas no seu trabalho e no seu turno, ainda assim não participam. Nesse sentido, serve como alerta para que novas estratégias de mobilização e estímulo sejam discutidas e revistas no sentido de sensibilizá-los a dar continuidade ao seu processo de formação.

Um dos principais motivos para o CEPEn apresentar transformações positivas e significativas na reorganização de suas atividades educativas está no fato de a educação permanente ancorar seus objetivos e suas metas institucionais, na perspectiva da integralidade do cuidado defendido pelas políticas públicas, na necessidade de transformação da prática e valorização da profissional como sujeito protagonista dessa transformação.

Este é um processo lento e complexo que depende muito do contexto e da história de vida de cada uma que precisa ser resgatada e valorizada. Identificar quais as razões que a mantém afastada do processo de formação parece ser a meta do CEPEn, com o intuito do resgate da motivação e da inserção na educação permanente e no grupo social do trabalho. Ou seja, conhecer o porquê da educação permanente não estar introjetada na vida das profissionais. Será que os temas não são de interesse? Não tem mais perspectivas de crescimento? Não acredita na formação no trabalho, na possibilidade de

transformação?

As participantes entendem que a participação supõe compromisso e envolvimento quando identificam que a maioria das profissionais executam seu trabalho sem a preocupação e o envolvimento necessário com as questões que vivenciam numa estrutura complexa como o trabalho em saúde com todas suas implicações. Tal posição permite enxergar muito mais os direitos do que os deveres enquanto membro social do processo de trabalho. Nesse sentido, os interesses próprios se sobrepõem ao conjunto do grupo. Existe uma atonia que paralisa a equipe, talvez causada pelo trabalho árduo ou a dupla ou tripla jornada de trabalho que os impõe a necessidade de guardar energias para dar conta do excesso de trabalho, garantindo sua sobrevivência e de sua família.

Demo (1996, p. 33) aponta as dificuldades de motivar processos participativos quando estes não são percebidos pelos sujeitos, colocando que “sequer são sentidos como necessidade básica, até porque, em situação de pobreza sócio-econômica extrema, pensa-se mais na sobrevivência imediata, do que na necessidade de garanti-la como direito definitivo”. Assim, do ponto de vista político da educação permanente, o primeiro desafio será criar estratégias de motivar a participação, haja vista, o trabalho da enfermagem ainda ser um trabalho pouco valorizado e remunerado.

Reafirmando o exposto, o destaque dado pelas profissionais para a pouca participação nos eventos da educação permanente ocorre por conta de prioridades próprias, desinteresse e desmotivação com as questões educativas e, principalmente, a existência de duplo vínculo empregatício.

Este ano não tenho participado tanto, porque com 2 vínculos (empregatício) ficou mais difícil participar, mas antes eu vinha em todos, não perdia um. Eu acredito nisso para melhorar. Agora é mais por falta de tempo mesmo (TE3).

É uma falta de motivação! Aquela coisa assim, ah! depois de tanto tempo, velha na enfermagem eu vou ter que sentar na cadeira para escutar aquelas guriazinhas virem falar de novo de curativo, coisa chata! E que na verdade é o pensamento retrógrado, aquela coisa de achar que já sabe o suficiente. Acabou! Não existe a diferença entre as pessoas, não existe o cotidiano mudando, não existe o mundo cibernético. E também penso o seguinte, as pessoas só não estão mais integradas, não fazem mais porque não querem porque possibilidade tem (E4).

Quando questionadas a pontuar quais são os motivos identificados como causas para o pouco envolvimento das profissionais com a educação permanente apontam:

Consigo pontuar algumas até. Eu acho que uma delas são os vários trabalhos, vários vínculos. Muitas vezes a pessoa já tem 2, 3 vínculos, aí vem de manhã aqui, e então a tarde está não sei aonde, a noite está não sei aonde e ele já está

sem energia, sem motivação. Aí se ele já não tem para ele, e mais as pessoas dizerem para que se preocupar com isso, é só vir aqui, o teu salário não vai aumentar tanto assim. E aí eles acabam fazendo o que? A mesmice! E acaba tendo uma estagnação do processo de educação. A questão também das dificuldades de troca nos serviços, eu acho que isso também atrapalha bastante. Tem lugares (outras instituições), que não permitem trocas então isso acaba prejudicando, mas também está ligado ao excesso de trabalho. E também a questão da percepção individualizada de que o serviço é aquilo ali. A punção venosa é puncionada de qualquer jeito, fazer o curativo de qualquer jeito, e para ali. Se ninguém dizer para a pessoa, olha esse teu curativo pode ser melhorado com isso, com isso, ele vai continuar fazendo a mesma coisa e aquele treinamento cego. Daí ele vai fazendo só repetição. E se ele não pára para pensar nem no que ele faz no dia-a-dia, imagina se ele vai se preocupar em teorizar sobre o que é cuidado, o que é educação, o nosso papel (E4).

A discussão acerca da participação das profissionais nas instituições hospitalares tem sido considerada por estudiosos como Cecílio (1999; Cecílio e Merhy (2003) e Campos (1997, 2000, 2005) como o caminho para uma gestão de valorização da profissional e humanização da assistência, mudando a lógica instituída de uma gestão verticalizado. Para tanto, são necessários estratégias e dispositivos que interfiram nas formas de relacionamento e participação nas instituições, garantindo práticas de co-responsabilização, de co-gestão, de grupalização (CAMPOS, 2000).

Em consonância com as novas discussões acerca da gestão participativa de trabalho, a enfermagem e o CEPEn vem buscando uma gestão mais participativa no que diz respeito à participação das profissionais nas diversas esferas de decisão. No que diz respeito à participação na DE, a gestão 2004-2008 introduziu o planejamento participativo em todas as unidades, que trouxe uma abertura significativa à participação do pessoal de nível médio. Quanto à abertura para a participação do nível médio nas decisões, organização e planejamento das atividades educativas, esta é garantida pela representatividade do nível médio na composição efetiva do CEPEn com carga horária livre para participar das reuniões e programas ali desenvolvidos.

Essa possibilidade de participação se abre, no sentido da crença, em uma educação para a emancipação, que seja transversal, que opere articulando e integrando as várias perspectivas das envolvidas através de participação mais efetiva, reconhecendo os vários níveis de complexidade e as várias políticas específicas de saúde.

Merhy (2005) acredita que a profissional precisa sentir-se protagonista do seu processo de formação. Dessa forma, o papel da educação permanente é gerar na profissional, no seu cotidiano de trabalho, transformação da sua prática, o que implica na capacidade de problematizar a si mesmo e seu trabalho no agir. Aponta o autor, que este é o desafio a ser transposto pelos dirigentes.

Da mesma maneira que as profissionais gostam de participar assistindo aos cursos, a participação nos aspectos mais decisórios do planejamento das capacitações estimula as profissionais. O fato de poder interferir positivamente nas escolhas temáticas já abre campo para sentirem-se incluídos e reconhecerem que as mesmas são realmente para atender suas solicitações, com vistas à melhoria da qualidade do cuidado e de seu crescimento pessoal. Esses questionamentos favorecem o envolvimento com as questões da educação pelo fato de sentirem respeito por suas opiniões.

As profissionais que contribuem para o desenvolvimento da educação permanente, quer seja participando das capacitações ou escolhendo os temas, tendem a converter-se em divulgadores dos processos e programas do CEPEn junto a seus pares, por reconhecerem, de maneira rápida, os efeitos de sua participação na vida pessoal e profissional. Nesse sentido, deve haver uma educação permanente que busque o diálogo com as profissionais para compreender as diversas opiniões e aceitar a preferência da maioria, pôr em ação as decisões escolhidas e partilhar as informações. Nessa perspectiva, a participação tem de ser real, na qual as participantes influenciam em todos os processos da vida institucional e da educação permanente, reconhecendo que nem todas participam da mesma maneira, existindo a representatividade em algumas instâncias e, em outras, a participação pode ser irrestrita, tais como nas escolhas das capacitações e desejos de educação (DEMO, 1996; BORDENAVE, 1993).

Dessa forma, existe o interesse ainda que não de todas de assumir a gestão de seus próprios interesses através da participação e organização cuja tarefa é complexa se comparada às condições hegemônicas que tem regido o processo de trabalho em saúde. Espera-se que as novas formas de organizar o trabalho em saúde discutidas recentemente por Campos (2003), Cecílio (2004, 2005), Merhy (2005) e Matos (2006), possam ser indicativos para se vivenciar dias de mais participação em todos os níveis de atuação.

Sempre que tem pesquisa que a gente possa estar envolvida é uma questão bem positiva, a gente tem disponibilidade de fazer a coisa em conjunto, a mudança da papelada, protocolo, ficha de avaliação de desempenho. Então, as pessoas têm oportunidade de mudar sua prática, é uma coisa bem democrática, isso é uma coisa bem legal aqui (E2).

A participação supõe compromisso, envolvimento, presença na abertura de espaços. Para Matos (2006, p. 150), “sendo conquista não interessa a participação que é concedida, doada, fazendo-se necessário a reflexão e definição das profissionais sobre os espaços que desejam ocupar, até onde desejam realmente participar dos rumos das

instituições, tornarem-se sujeitos deste processo”.

Enquanto profissão, a enfermagem, para Matos (2006), ainda está iniciando nessa direção, no sentido de valorização e participação efetiva dessa profissional, como preconizado nas abordagens participativas de gestão. Cecílio (2005) discute a necessidade das organizações adotarem modelos de gestão participativa, permitindo relações de trabalho mais flexíveis além de maior participação das profissionais, por meio de representações em comissões, em planejamentos ou mesmo em consultas para tomadas de decisões, as quais estão em consonância com os princípios adotados pelo CEPEn em sua filosofia e estrutura.

Tornar a instituição um espaço dialógico de construção de conhecimentos, implica que a mesma adote uma política de educação permanente democrática e participativa, aberta e dotada de um sentido de coletividade. Para Cecílio (1999, 2004), Estrela (2003;) mudar a instituição implica mudar as suas relações, e só assim a educação permanente poderá ter efeitos na prática, sendo que essa mudança pressupõe uma nova cultura profissional e um novo sentido de profissionalismo e de responsabilidade profissional. Traduzindo em termos do pensamento da educação, para se mudar uma prática de educação permanente, é necessário que a mudança assuma um significado para aqueles a quem ela é proposta.

Campos (1994, p.51) discute que essa mudança depende de pelo menos dois elementos: “do desejo, da vontade desesperada de alterar o *status quo*, de uma dimensão subjetiva, portanto; e também do domínio de uma certa ciência, de um projeto conscientemente construído, uma vertente vinculada a razão”. Nesse sentido, defende o autor que qualquer projeto que aspire a mudança deve incluir tanto a mudança das pessoas, dos seus valores, da sua cultura ou ideologia, quanto às mudanças no funcionamento das instituições sociais, ou seja, atuar com as pessoas, com a estrutura e com as relações entre elas.

As transformações institucionais passam pela incorporação da cultura institucional discutida por vários autores como Demo (1996), Enriquez (1997); Moscovici (1996) e reconhecida

como um processo de construção da realidade que permite às pessoas ver e compreender eventos específicos, ações, objetos, pronunciamentos ou situações de forma distinta. Estes padrões de comportamento também provêm uma base para tornar o próprio comportamento sensível e significativo (MOSCOVICI 1996, p. 18).

A existência de um sistema cultural nas instituições é discutida por Enriquez (1997, p. 33) como “uma estrutura de valores e de normas, uma maneira de pensar, um modo de apreensão do mundo que orienta a conduta de seus diversos atores” e vai construindo a história da instituição, sua legitimidade e seus significados para sua existência. Nesse contexto cultural, se situam as profissionais que também vão se construindo, defendendo e afirmando valores e crenças assim como dando sentido e ações a seus integrantes propiciando o “sentimento de pertença”.

O reconhecimento de uma cultura institucional que traga a perspectiva da participação traduz-se no esforço para diminuir a distância entre as que comandam, planejam e dirigem e a maioria excludente das ações e serviços, redistribuindo o poder de decidir. Em certa medida, a instituição em estudo tem acreditado na gestão participativa como possibilidade de buscar essa mudança mesmo que de forma diferenciada nas diversas categorias que compõe esse serviço de saúde. No entanto, foi a partir de 2004 que essas transformações tornaram-se mais visíveis na instituição. Era uma prática consolidada somente na enfermagem que, a partir daí, criou toda a cultura institucional da gestão participativa, abrindo mais espaços de participação dos diferentes profissionais em algumas esferas decisórias, trazendo como melhor exemplo a grande participação das profissionais no planejamento estratégico da instituição.

A essa perspectiva de compartilhar saberes, Matos (2006, p.55) aponta como potencialidade para a compreensão mais global do objeto de trabalho, “pela interação entre as profissionais e a articulação entre os diversos saberes e prazeres presentes no trabalho em saúde”.

Assim, ao se analisar as questões relativas a participação e flexibilização contemplada na forma de organização do trabalho em saúde e na enfermagem, lança-se um olhar crítico sobre as relações de poder mantidas nos microespaços do trabalho. A realização de um processo de ação-reflexão-ação, com vistas a questionar e problematizar as dificuldades e projetar uma perspectiva interdisciplinar possibilita contribuições para o campo da educação permanente.

8 REFLEXOS DE TRANSFORMAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM E DA PROFISSIONAL: AS CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

A educação permanente tem sido considerada como instrumento de transformação da prática profissional, produzindo repercussões nos modos de realizar o trabalho, na forma como esta tem se organizado, nas relações que são mantidas nesses espaços, na qualidade do atendimento e na satisfação das profissionais.

Este capítulo apresenta uma síntese do que foi discutido anteriormente, apontando as contribuições da educação permanente na transformação do sujeito profissional e da prática do cuidado de enfermagem.

Neste contexto, a configuração do espaço de reflexão das profissionais oportunizadas por este estudo permite explicitar e problematizar quais dimensões da prática do cuidado são modificados pela ação da educação permanente. A análise aponta que algumas dessas mudanças pretendem ser mais profundas, enquanto outras acabam sendo mais pontuais e individuais.

A integração da teoria com a prática tem sido modificada não só no exercício da aprendizagem, como nos diz Reibnitz (2004), mas na aplicação da prática, refletindo em mudanças geradas a partir de propostas educativas no trabalho.

8.1 Transformações no cuidado de enfermagem

Na concepção de Estrela (2003, p. 61), “se o ser humano é, em parte aquilo que pensa, é também aquilo e, sobretudo, o que faz”. É nesse sentido que a educação permanente deverá ser construída, a partir da análise do real e do questionamento das

teorias que permitem democratização, autonomia, gestão de conflitos, pois sem essas relações se pretendem funcionar como atos de palavra com valor mágico sem relação à transformação do real (ESTRELA, 2003). Assim, a construção da profissional através da educação permanente busca transformar o modo como as profissionais pensam e agem no seu cotidiano. Visto desta forma, a educação permanente, que se construiu através do CEPEn na instituição estudada, tem centrado esforços para o atendimento dessas perspectivas complexas, trazendo pressupostos e estratégias mais próximas da realidade, e, portanto, mais acessíveis a equipe de enfermagem independente de quais atividades executam, mesmo reconhecendo suas limitações e obstáculos nesse caminho.

Nessa perspectiva é que o ato de cuidar se reflete no fazer da enfermagem e que, esse acontece através de uma ação relacional complexa em que duas pessoas se modificam neste ato. Na prática diária da enfermagem o cuidado se expressa em ações de cuidado biológico, físico e psicológico que visam promover o bem estar, o conforto, a recuperação para um viver saudável. Essa relação envolve compromisso ético, solidariedade, respeito, zelo, atenção, reconhecimento. Nesse sentido, o ato de cuidar exige mais do que o conhecimento técnico, já que o discurso do modelo biológico e biomédico é reconhecidamente insuficiente para entender as complexas relações que se impõe no mundo moderno, no entendimento do outro com sua diversidade e individualidade (CAPRA, 1987, MORIN, 2000).

Existem inadequações cada vez mais amplas entre as necessidades reais de formas de cuidar e as colocadas na prática cotidiana. De um lado estão as necessidades dos/as pacientes de um cuidado integral e humanizado, um olhar que não seja para sua doença, mas para si enquanto ser com potencialidades e limitações que se encontra em um momento de fragilidade. De outro lado as necessidades das profissionais que estão despreparadas pela formação para a complexidade da velocidade do conhecimento produzido, requerendo um conhecimento interdisciplinar e multidimensional.

Implica dessa forma no reconhecimento que a transformação da forma como o cuidado ocorre só se efetiva se ocorrer também transformações na forma de pensar e agir das profissionais que atuam nesse cuidado. O papel da educação permanente como vem sendo discutido por estudiosos e políticas públicas têm a potencialidade de servir como agente de transformação. Entretanto, também se têm observado que algumas iniciativas não conseguem ultrapassar o papel ou o discurso de gestores.

Erdmann et al (2005, p 109) discutem essa transformação entendendo que se precisa mudar os paradigmas que orientam essas práticas, no sentido de romper com o

paradigma mecanicista e simplificado de “apreender o cuidado ao ser humano que é freqüentemente concebido em partes e fragmentado”. Assim, o cuidado precisa ser visto como um sistema complexo, que envolve inúmeras relações mantidas internamente e externamente aos atos de cuidado.

Nesse sentido, a educação permanente, tem a finalidade de em atos de compartilhamento de aprendizagens e conhecimentos que envolvem as dimensões humanas, transformar esse paradigma.

As falas das profissionais aqui expressas apontam para transformações no cuidado ao/a paciente, nas relações estabelecidas internamente na equipe de enfermagem e nas relações mantidas com outras profissionais que se reflete em maior segurança e autonomia.

Na percepção das profissionais a maior contribuição da educação permanente reside no fato de torná-los aptos e capazes para realizar um trabalho de qualidade. É na realização deste trabalho de qualidade que transformam sua prática, modificam atitudes, questionam ações, fazem críticas, reconhecem limites, apontam possibilidades, contribuem na tomada de decisões importantes e seguras para a continuidade do cuidado de enfermagem. A mudança é percebida num contínuo de tempo, de forma lenta e gradual, que muitas vezes não é percebida imediatamente após a participação em uma capacitação, mas que se concretiza em pequenos atos diários que aparecem no cuidado ou no comportamento das profissionais. Tais atividades consistem em proporcionar condições favoráveis de um novo modo de fazer o cuidado. Sua visibilidade se traduz na resolução de questões do cotidiano por meio de discussões e encaminhamentos permanentes e na re-organização do trabalho.

Eu acho que a educação continuada ajuda na mudança da prática porque se a gente também vai deixando o dia a dia passar, acho que a gente vai criando um tipo escudo e a gente já não consegue mais perceber tanto as coisas. Então, quando a gente está lá ouvindo que tem que ser assim, que deve ser assim a parte ética, a gente acaba percebendo os erros que a gente comete, repensa e procura mudar (TE1).

Se tem um novo exame, uma nova técnica. Teve essa parte de novos curativos. Daí teve os treinamentos. O que a gente faz? Estimula que o funcionário realmente saiba quais são os produtos que tem que ter, para que servem, estas coisas assim. E hoje estamos utilizando todos os produtos, todo mundo já sabe (E6).

Para ter uma noção às vezes muda coisas básicas. A enfermeira X. ensinou uma vez numa capacitação (cuidando de pessoas com feridas) que eu fui, ela falou que a pasta hidrocolóide é um produto difícil de colocar sobre a ferida porque a ferida é úmida e ela é endurecida (pasta), então é difícil de colocar sobre a ferida. Daí elas (funcionárias) colocavam na gase, só que aquilo aderiu mais a gase na

lesão. Então, a enfermeira X deu a idéia de colocar com uma seringa e daí a primeira vez que eu falei, eles fizeram uma cara feia sabe, mas eu fui lá e busquei a seringa, eu levei e coloquei dentro. Apliquei todo o curativo, elas só fecharam. No outro dia tive sorte também, que era uma funcionária que era mais tranqüila, daí ela usou a seringa e hoje elas só usam a seringa. Porque eles têm resistência, e falaram para mim ó E3 realmente esta técnica é muito boa. Eu falei, pois é, a gente tem que tentar. Porque a mudança sempre traz um pouco de resistência, sempre traz. Às vezes dependendo do que é, mais ou menos, mas sempre tem alguém que questiona, que diz que não é o mais adequado, mas as coisas mudam (E3).

A segurança na execução de um procedimento é percebida como condição para trazer benefícios tanto para a profissional quanto para o/a paciente. Embora a maioria das entrevistadas reconheça e valorize os momentos mais formais de educação permanente, desenvolvidos e propiciados pela instituição, há o entendimento coletivo de que ela acontece continuamente, diariamente nos espaços de trabalho. O contexto concreto do dia-a-dia é que favorece, nas unidades, que o cuidado seja re-discutido, re-avaliado, re-organizado de maneira informal. Reconhecem a importância de trabalhar as dificuldades que surgem no cotidiano e reciclar neste mesmo momento, com a equipe de uma forma dialogada. É comum utilizarem o espaço do trabalho, para compartilhar o conhecimento adquirido e, nessas trocas existe a possibilidade mais concreta de aceitar as mudanças. Neste contexto, tanto as enfermeiras quanto as técnicas de enfermagem reconhecem a importância de ocupar o espaço do trabalho diário como fonte de aprendizado, uma vez que aproveitam as situações que surgem no cotidiano para discutirem e renovarem o conhecimento e a sua prática.

Todo mundo se preocupou em estudar um pouquinho sobre a adolescência, a gente também fez um dia de encontro sobre adolescente. Porque? Porque a gente sabe que antes internava geralmente até os 13 anos, agora vai até os 15 completos. E que adolescente é esse que a gente atende? Que a gente não muda, a gente fala tudo é criança, não é criança, é adolescente, tem características diferentes. A gente nunca tinha feito uma aula sobre adolescência, aí todo mundo se reuniu, a preocupação, vamos fazer aula. Foi super legal, o dia inteiro de encontro com a equipe inteira, todo mundo refletindo, discutindo, trazendo suas idéias. E isso muda na hora de fazer o cuidado. Claro que não é numa aula que vai mudar, mas se todo dia a gente for puxando um pouquinho, a gente consegue chegar pelo menos num nível de qualidade de atendimento mínimo, a gente fica mais sensível ao problema (E4).

Trabalhar em cima do problema, fazer com que, por exemplo, o técnico que tenha dúvida, ver com ele o que ele sabe sobre uma técnica: punção venosa, o que tu sabe? Como é que faz isso aí? Para trabalhar em cima das dificuldades deles (E1).

A gente até já tentou fazer, teve uma época que a enfermeira do turno fazia. A gente repensava bastante esta questão do cuidado, ela fez umas oficinas, para mudar o nosso cuidado. Teve um momento que a gente estava fazendo o grupo de sentimentos que a gente refletia bastante. E agora de um tempo para cá meio

que distanciou esta coisa da gente sentar e conversar sobre a assistência TE1).

E fazer isso em conjunto com os colegas, volta e meia a gente senta para discutir algum caso. Hoje mesmo eu sentei com uma delas (funcionária) para discutir porque verificava PVC na veia distal, é melhor na veia distal do que na proximal, porque que tem diferença no swan-ganz ser na distal que na proximal. Então a gente sentou e começou a discutir e conversar sobre estas coisas. Eu gosto de sentar e conversar. Hoje de manhã também chamei duas funcionárias novas e a gente conversou sobre ventilação mecânica, quais são os parâmetros, o que cada ventilador tem de diferente, então acho que isso é educação também (E2).

Na perspectiva observada nas falas anteriores, cada enfermeira desenvolve habilidades e um jeito próprio de fazer a educação permanente, porém observa-se que há entre as entrevistadas a preocupação de realizar o processo a partir das necessidades sentidas pela equipe, da realidade concreta do trabalho, das dificuldades vivenciadas, reconhecendo que cada profissional possui conhecimentos prévios que precisam ser considerados e atualizados. Tal prática encontra consonância com a percepção defendida por estudiosos como Freire (1999); Gadotti, (2000); Reibnitz e Prado (2002) que discutem a necessidade do reconhecimento do saber prévio da aprendente como início para uma nova aprendizagem, que se realiza no cotidiano. O espaço dia do trabalho é visto pelas profissionais como importante fonte de conhecimento, muitas vezes mais valorizado que a aprendizagem realizada através de capacitações. Esta percepção apresenta sentidos inovadores enquanto aprendizagem significativa e problematizadora que valoriza e respeita a profissional na sua individualidade e unicidade.

Até no momento que elas estão fazendo uma medicação ou se elas estão sozinhas com o paciente, se eu tenho informação alguma coisa, a gente fala com elas. Normalmente não questiono muito eu dou a informação na frente do paciente, porque senão parece que tu estais cobrando que elas saibam então, eu dou a informação, eu falo: ah esta punção não está boa, acho que precisa trocar, vamos trocar? Ah! É, é não está boa?. Eu acho que está hiperemiado tal, vamos fazer um cuidado aqui. [...] Eu não digo, esta punção não está boa! Eu não faço isso porque senão é muito difícil trabalhar, porque as pessoas acabam te podando, te boicotando, se ofendendo. São pessoas e claro, acho que todo mundo tem que ser respeitado naquilo que faz, mas eu sempre tento trabalhar de outra maneira, ajudar a fazer, dar informação em relação a curativos, a terapias ou um cuidado (E3).

A passagem de plantão conforme visto anteriormente se constitui o principal momento para que ocorra a educação, estimula a reflexão conjunta e a comunicação. A curiosidade como indagação do desvelamento de algo, como pergunta que facilita o trabalho é socialmente construída nesse espaço do encontro entre a equipe de enfermagem de turnos diferentes. Essa curiosidade deve ser estimulada diariamente nas atividades para não se perder o encantamento com o ato de cuidar, não aceitar o ato

mecanizado, robotizado, técnico, característico do trabalho da enfermagem que não reflete criticamente o seu fazer. Recusar transformar a experiência educativa em puro treinamento técnico tem sido o papel atribuído a educação permanente que vislumbra a formação do profissional no exercício de seu trabalho (FREIRE, 1999).

Eu não diria que é de uma forma formal, é informal. Não é feito em tal dia, não. Eu acho que é contínuo e espontâneo! Como eu posso dizer? Espontâneo e informal. Chega na passagem de plantão comenta e ali se discute a assistência. Exatamente, se alguém lembra de alguma coisa, outro já complementa. Não é formal, vamos fazer uma reunião para discutir sobre a assistência. Ou então quando surge problema, é informal, sempre quando surgir (TE4).

A educação permanente realizada como uma prática rotineira significa um avanço na perspectiva de desenvolvimento da equipe como um todo. A compreensão acerca da necessidade de reflexão crítica de como se dá o trabalho da enfermagem é consequência da vivência cotidiana das profissionais na execução do cuidado. Para o grupo deste estudo a educação permanente tem contribuído para a reflexão, mudanças de atitudes e de técnicas que fazem parte do cotidiano do trabalho da enfermagem. Para elas o espaço de discussão proporcionado pela educação permanente serve para melhorar a qualidade do cuidado que é prestado.

Tem muita coisa, que eu não fazia idéia. Eu não sabia como se trocava a roupa de um paciente, isso antes de fazer os cursos. Eu não sabia como se trocava a roupa de cama com o paciente em cima. Eu achava que tinha de tirar o paciente da cama, colocar em uma poltrona para mexer na cama, meu Deus, hoje a gente está além. E isso eu aprendi nos cursos aqui (TE5).

Uma situação que eu lembro bastante que mudou, foi o curso de reanimação cardio-pulmonar que a gente fez e teve a história de levantar o braço que todo mundo começou a fazer direitinho. Essas coisas mais na prática que eu consigo lembrar, os curativos também eles sempre perguntam e a gente sempre está trabalhando. Aqui a gente está tendo bastante incentivo para a questão do curativo (E5).

Estas especificidades da prática você vai adquirindo com o dia a dia e tem dias que você se sente mais capaz, tem dias que tu te sentes muito incapaz. E na verdade a importância maior está em quem você pode solicitar ajuda e em quem você pode confiar para pedir ajuda até para não te passar uma informação que não é a mais adequada (E3)..

Outra perspectiva percebida pelas profissionais de contribuição da educação permanente refere-se a mudanças na forma de organização do trabalho. A forma como a enfermagem organiza seu trabalho na percepção das profissionais interfere na qualidade do cuidado prestado (MATOS, 2006). O produto do trabalho da enfermagem é o cuidado que é prestado ao/a paciente em várias situações de sua vida e que envolve várias

profissionais que possuem conhecimentos específicos.

O trabalho em saúde implica em reconhecer que as redes de inter-relações entre as diversas profissionais que atuam no cuidado à saúde devem operar de forma articulada. Gelbcke ao discutir o trabalho (2002, p. 26) entende a organização do trabalho

como um processo que envolve as atividades dos trabalhadores, as relações de trabalho com seus pares e com a hierarquia e que ocorre numa determinada estrutura institucional. Esta organização sofre influências estruturais, relacionadas à estrutura macro-econômica, bem como organizacionais, como o modo de gestão empreendido pela instituição, que está, por sua vez, relacionado ao modo de produção vigente.

Deste modo, pensar a organização do trabalho da enfermagem implica no entendimento da forma como esta se organiza para prestar o cuidado, as relações que se estabelece entre seus pares e entre os demais profissionais da área da saúde. Enfatizando esta idéia, Benvides e Passos (2005, p. 392) discutem que cuidar e gerir os processos de trabalho são uma única realidade, em que é impossível

pensar em mudar os modos de atender a população em serviços de saúde sem que se alterem também a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão de avaliação e de participação.

Comparando a experiência realizada de educação permanente no cotidiano do trabalho, destinado as profissionais com a educação em saúde que é realizada aos pacientes fica visível a disparidade que existe. Considerando às vezes em que foi citado, o processo de educação em saúde parece não ser muito valorizado pelas profissionais. Principalmente as enfermeiras não relacionam este processo como uma das atividades do seu processo de trabalho. Houve apenas uma referência ao processo de educar o/a paciente como uma atribuição da enfermeira. As demais referências a este processo de educar estão direcionadas somente à educação da profissional no seu cotidiano.

A gente não vê as pessoas se preocupando em fazer isso, a educação do paciente durante a internação. Atividade de educação com a família, Meu Deus que complicação que é para fazer. Ah! Não dá tempo. Tu vais cobrar dos enfermeiros, porque que não fizeram, ah! Não deu tempo, eu estava correndo, não sei o que. Aí a gente começa a cobrar, pois se sempre a gente fez como que agora não dá? Mas isso é muito da questão pessoal, de acreditar na educação do paciente (E4).

Em relação a dar informações aos/as pacientes acerca do cuidado que é prestado, existe por parte de algumas profissionais a prática de realizar as atividades sem comunicar ao paciente o que será realizado. Entretanto, percebi que está havendo uma

cultura de mudança, pois durante alguns momentos de observação pude perceber que as profissionais quer sejam enfermeiras ou técnicas informaram ao/a paciente e seus familiares sobre o que estava acontecendo. Houve preocupação em fornecer as informações questionadas e dar o retorno quando necessário. A importância da comunicação terapêutica ao fornecer informações adequadamente foi relatado por uma profissional, que quando tem alguma dúvida acerca do cuidado recorre a enfermeira para sanar suas dúvidas e poder explicar corretamente ao paciente. O cuidado assim percebido é um cuidado para a solidariedade, para o respeito ao sujeito que fica a mercê das profissionais de saúde em questões relacionadas à sua saúde, sem que alguém se preocupe em lhes fornecer informações que diminuam sua ansiedade e promovam a confiança nas profissionais.

Sempre informo: a senhora está recebendo isso, está tomando essa medicação. As vezes eles questionam que remédio é esse? Se eu não sei na hora, não lembro: digo, vou dar uma olhadinha e depois te eu digo o que é. Aí, volto, e se não der tempo eu pergunto ao enfermeiro, que remédio é aquele ali que eu não lembro, então volto. Essa é a atenção que a gente tem que dar ao paciente, e às vezes fica tão corrido que não dá para parar e voltar. Já teve dia em que eu não consegui voltar e no outro dia o paciente me cobrou (TE5).

No que diz respeito à organização do trabalho através da divisão diária de tarefas para a execução do cuidado e a distribuição de pessoal por turno de trabalho, muitas são as dificuldades relatadas que desestimulam um trabalho mais prazeroso. A forma como cada unidade e turno faz sua divisão de tarefas diárias é reconhecidamente percebida pelas participantes que se manifestam muitas vezes insatisfeitas. Nesse sentido, as discussões sobre o papel da enfermeira, a ética no cuidado e as relações interpessoais nas diversas capacitações são apontadas como fatores potencializadores para resolver os conflitos diários. Esses encontros apresentam-se como espaços de compartilhar experiências com profissionais de outras unidades, em que é oportunizado a cada uma colocar sua visão e vivência, atendendo o que Leite e Ferreira (1996; 2000) apontam como aprendizagem a partir da experiência vivencial resignificando e reconstruindo nova vivência.

Gosto muito quando a gente tem esses cursos que vai funcionários de todas as unidades que aí a gente pode trocar as experiências, saber como cada um está fazendo na sua unidade. Também ajuda para saber que não é só a gente que passa por determinadas dúvidas, problemas (TE6).

Nós já discutimos nos cursos de ética em que tinha representante de todas as unidades e a gente sabe que não tem fórmulas prontas, mas ajuda a gente a refletir sobre qual é o papel do enfermeiro (E4).

Apontam como estratégias para a melhoria do cuidado, a inclusão de mais profissionais na equipe. Percebem que com o grande número de atividades a serem realizadas, o cuidado acaba tornando-se técnico, mecanizado, automático, sem tempo para parar, olhar e conversar com o/a paciente, se comparado quando tem um número maior de profissionais atuando. Nesse sentido existe o reconhecimento da importância do cuidado humanizado.

Esta questão é mais forte para as técnicas de enfermagem, visto que a sobrecarga de trabalho em razão do quantitativo de pessoal reduzido interfere na realização de um cuidado integral, de dar atenção às necessidades emocionais afetivas do/as pacientes. Atribuem esse comportamento a falta de tempo em razão das inúmeras atividades a serem desenvolvidas. As profissionais de enfermagem seguem as prescrições médicas e de enfermagem para guiar suas ações de cuidado.

É diferente a quantidade de pacientes, por exemplo, lá (outra instituição) eu assumo 2 pacientes. Então eu posso dar aquela atenção para aqueles 2 pacientes. Eles são meus a noite toda, então eu sei tudo que acontece com eles, cada soro, cada pinga, cada tudo. E aqui (HU) a gente já não consegue fazer isso porque é muita sobrecarga, muita coisa. São locais diferentes (TE3).

O pessoal todo que trabalhou comigo e trabalha hoje são super educados, super atenciosos com os pacientes. Às vezes tu achas que eles na clínica médica deveriam ter um pouquinho mais de atenção com o paciente, mas como é muito paciente para um funcionário, oito para um funcionário, são quatro funcionários para trinta pacientes, às vezes fica um com sete, um com oito, então o tempo não dá para dar aquela atenção suficiente, a mesma atenção que a gente dá na UTI. Na UTI dá para fazer tudo esquematizado, fazer tudo direitinho, enquanto que na clínica médica a gente gostaria de fazer as mudanças nos pacientes, aquelas massagens que a gente faz na UTI e não dá para fazer. Então tem muita diferença. Tu não pode dar atenção suficiente para o paciente porque 6 horas para oito pacientes e ter que fazer tudo, às vezes dois acamados e seis pacientes deambulando mais aqueles cuidados, medicação e tudo, tu não consegue às vezes parar para escutar o paciente. Fica uma coisa mecânica (TE5).

A percepção acerca do déficit de pessoal e do prejuízo que essa condição traz para o cuidado é referida também por algumas pacientes. Para estes quanto mais profissionais estiverem prestando o cuidado, melhor é a qualidade da atenção recebida.

Eu noto que o atendimento aqui é bem bom, e percebo que quanto mais pessoal tem para trabalhar, mais atenção que eles dão para o paciente, para a gente (PTE2)

Eu acho que se tivesse um pouquinho mais de funcionários, dava para dar uma atenção melhor para os pacientes. É isso que a gente sempre viu, eles trabalhando muito, correndo de um lado para o outro, às vezes estão cansados (PE3).

Embora se compreenda a importância do cuidado técnico no trabalho da

enfermagem, é importante ressaltar que um novo modelo assistencial vem se construindo através de políticas públicas, fazendo com que a saúde seja reconhecida como um direito. Essa perspectiva traz o acolhimento como um dos princípios da integralidade da saúde.

Acolhimento entendido como “ato ou efeito de acolher, recepção, atenção, consideração” (FERREIRA, 1993 p. 27) prestado ao/a paciente que procura a instituição. Discutindo a integralidade na saúde Cecílio (2001) aponta que ela só pode ser obtida em rede e que para existir há a necessidade de uma equipe de saúde que articule seus saberes e práticas, vai conseguir escutar e atender da melhor forma possível às necessidades de saúde trazidas por cada usuário. Assim, o acolhimento vem sendo buscado pelas políticas públicas como forma de humanização da assistência e vem sendo gradativamente implantado na instituição em estudo. A instituição e a enfermagem têm investido na sensibilização de suas profissionais para o acolhimento desse sujeito que necessita da assistência à saúde através de capacitações que discutam o cuidado na perspectiva da humanização. Essa necessidade de mudanças na prática do acolhimento é percebida pelas profissionais que vêem na educação permanente essa possibilidade. Para o SUS a qualificação profissional na saúde é um componente fundamental nas transformações qualitativas de atendimento à saúde, vistas como possibilidade através de uma prática consciente e comprometida de educação permanente.

A questão do acolhimento do paciente, que a gente foi visitar (viagem proporcionada pela instituição para conhecer outra instituição que faz o acolhimento). Tive a oportunidade de ir, porque é importante a gente abrir mais o acolhimento aqui, porque na emergência não tem muito. A gente pela atribulação, serviço, serviço, acaba cobrindo escala, cobrindo escala e não dá a atenção ao paciente que ele merece. Então, fomos aprender e ver outra realidade para iniciarmos aqui, que é fundamental ao paciente que procura a instituição em um momento de fragilidade (E5).

A contribuição do processo de acolhimento e humanização defendidos pelo SUS tem repercutido positivamente em algumas profissionais que buscam realizar um atendimento mais flexível, menos mecanizado, reconhecendo no paciente um ser humano relacional, utilizando-se da empatia como princípio de atuação. Para os/as pacientes existe uma diferenciação de atendimento na instituição, mesmo não sabendo atribuir a que se deve. Acreditam na relação mantida com as profissionais e gostam da forma como são atendidos. Assim, quando questionados acerca do cuidado que é prestado pelas profissionais na instituição, reconhecem que existe por parte das mesmas a preocupação em fornecer as informações de cada procedimento a ser realizado.

Até na hora do parto chamavam eu para conversar, perguntar se eu estava bem. Vi tudo, eles fazendo, mexendo na minha barriga. Eles colocam um pano, mas tu sente a pressão. Eles conversando direto, a enfermeira, a parteira, bem querida. Até aquela hora ali para dar a anestesia, nossa, bem querida, falavam se doía, passavam um negócio gelado, eles diziam: bem geladinho, não te preocupa. Eu estava meio preocupada com a minha pressão, mas daí baixou, ficou 12/8 (APTE1).

Explicam, explicam, sempre que chega uma aqui para dar remédio, ela diz, ô sr [...] trouxe o seu remedinho, é para a anemia. Assim, as outras também fazem (PTE6).

Outra perspectiva adotada na instituição que vem mudando a prática do acolhimento é a ampliação da permissão para visitas e acompanhantes. Atualmente é permitido o acompanhante a todos os pacientes e também a entrada de crianças em alguns horários. Esta prática não é realizada unanimemente por todas as profissionais, há as que acreditam que esta conduta atrapalha o andamento das atividades e outras que acreditam que facilita a recuperação do/a paciente. Na percepção das profissionais a implantação desta conduta ainda está muito atrelada à forma como a enfermeira percebe esta questão e de como ela se posiciona perante a equipe.

Dependendo da equipe tem, dependendo da pessoa tem. E também depende muito do enfermeiro, da postura do enfermeiro. Se o enfermeiro tem uma postura mais rígida de não entrar visita no horário fora do determinado, não entra, daí a equipe também se posiciona assim. No meu horário acaba entrando todo mundo. Eu sou mole demais para isso, não consigo deixar o familiar lá fora e o paciente aqui dentro. Então, as pessoas já sabem, estou aqui já sabem que é mais flexível, que tem flexibilidade. Claro, dá uma perguntada, sempre dá uma questionada, mas não tem, sem rigidez nessas coisas, então depende muito da pessoa muda o comportamento (E2).

Um olhar crítico que seja capaz de revelar a questão da qualidade do cuidado se expressa na fala de grande parte das participantes do estudo que percebem as mudanças provocadas pela educação permanente na qualidade do cuidado que é prestado. A esse respeito, destaca-se o potencial da educação permanente para a realização de transformações concretas da prática, destacando sua relevância no desenvolvimento institucional e pessoal, se for pensada a partir das múltiplas competências profissionais, ou seja, técnica, relacional, comunicacional, ética. Na fala das integrantes do estudo, é possível afirmar que essas competências estão inter-relacionadas e que a mudança de uma das competências termina por resultar em mudanças nas demais. A educação permanente pode favorecer a sensibilização da profissional para perceber o cuidado de forma integral e humanizada. O relato vivenciado

em uma oficina sobre a ética do cuidado por TE5 mostra a necessidade da empatia como premissa para um cuidado humanizado.

Uma coisa que eu acho bem interessante que a gente fez no curso sobre o cuidado, lembra? Tapas o olho e dá alguma coisa para a gente cheirar, então tu na hora pensa nisso. Como é que eu vou dar um copo de água para a pessoa se ela não sabe quem sou eu. Às vezes a pessoa tem problema de visão, e o funcionário não está nem aí com o que está botando na boca do paciente, então sempre me identifico e digo o que estou fazendo (TE5).

Campos (2000), defende que o envolvimento das profissionais nas diversas etapas do trabalho, da concepção ou definição de prioridades à execução podem contribuir para a construção de um trabalho mais prazeroso, motivador, criativo e aderente as necessidades dos sujeitos que procuram os serviços de saúde, pois o modo tradicional de organização do trabalho destrói as competências individuais e coletivas a partir do momento que não deixa espaço para a criatividade, necessidade fundamental do ser humano.

Outro fator lembrado pelas integrantes do estudo e que diz respeito à prática da educação permanente é que as pessoas normalmente são resistentes à mudança. Neste sentido, lembram que a mudança gera resistência a princípio, e que é necessária a continuidade e periodicidade das ações para que se alcancem os objetivos, para que se tenha a aceitação da equipe, reconhecendo a tendência que se esperam mudanças imediatas, as quais evidentemente não ocorrem. Percebem, no entanto, a educação permanente realizada na instituição o potencial para essa continuidade necessária identificando que as transformações são lentas mais acontecem.

Toda mudança gera insatisfação, gera dúvida e resistência principalmente. Se vai ter alguma coisa nova, se é um treinamento que é feito de rotina, daqui a pouco as pessoas se habitua e começam a se identificar com aquele tipo de trabalho e mudam. Agora se é uma coisa que é feito só de vez em quando, daqui há pouco, ano que vem não é feito, depois no outro ano vai ser feito, aí sempre vai ter resistência (E2).

Eu mesma sou imediatista demais, fui muito imediatista, mas as mudanças vão acontecer aos poucos. A gente traz a novidade daí um grupo começa a pensar e a mudar as coisas, aí outro grupo acha que não deve e tira tudo aquilo do paciente e aos poucos a coisa vai se incorporando. Existe mudança sim, com resistência no início sempre e depois as coisas vão mudando. Uma coisa que eu costumo colocar é que quando eu trabalhava na emergência, eu lia sobre medicação, que é uma das coisas que eu mais gosto, mas eu gostava muito de trabalhar com a questão de medicação e o “captopril” era usado direto com a dieta na sonda. Aí começamos, colocava na prescrição, ah! Porque tem que ter repouso gástrico, uma hora antes, e uma hora depois. Isso 12 anos atrás, e foi logo que eu entrei, no 2º mês e eu já estava fazendo isso. Aí imagina, era uma coisa nova, uma coisa que não tinha. Hoje em dia todas as pessoas aqui, já sabem isso. Então, no início a mudança é uma coisa que não acontece de uma hora para a outra. Hoje se a gente colocar um captopril o técnico já vai lá e não

precisa nem estar na prescrição, o técnico já sabe que tem que ter repouso gástrico antes e depois. É claro que com o tempo, não é tudo que acontece de uma hora para outra, tem coisa que acontece mais rápido, você fala hoje amanhã já muda. [...] e repente daqui a alguns anos a coisa vai começar a mudar, vai começar com mais pesquisa, mais documento, a coisa começa a mudar. Resistência a coisa nova existe em qualquer área (E2).

As principais transformações, frutos da prática contínua da educação permanente na instituição estudada, e reconhecida pelas integrantes do estudo diz respeito à potencialidade de mudança na qualidade dos cuidados prestados aos pacientes. Considerando que uma das finalidades do trabalho da enfermagem é a prestação da assistência a pessoas com necessidades terapêuticas e que essa assistência deve ser de qualidade, humanizada, com base na solidariedade e nas necessidades daqueles que buscam os serviços de saúde, pode-se afirmar que a educação permanente tem alcançado seus objetivos. Ainda que em muitos momentos sejam destacadas as dificuldades e limitações estruturais para a garantia de um cuidado de qualidade, a educação permanente, ao menos em tese, contribui para mudanças a partir do momento em que essa preocupação está presente na fala das entrevistadas. Acredita-se que é a partir da reflexão, do reconhecimento das limitações que os sujeitos possam intervir assertivamente na realidade provocando as mudanças necessárias. Neste sentido, é que as transformações na prática do cuidado são percebidas pelas profissionais e são atribuídas a uma prática consolidada de educação permanente na enfermagem. Essas se mostram na preocupação e responsabilidade com que assumem suas atividades.

Entretanto, é reconhecida a necessidade de ampliar o alcance da educação permanente para que essa concepção de formação contínua atinja todas as profissionais. No entanto, o reconhecimento das limitações e das infindáveis necessidades impostas para educação permanente não invalidam, nem diminuem o investimento realizado até o momento. É preciso reconhecer que as mudanças acontecem de acordo com as possibilidades colocadas para cada momento histórico, tanto do ponto de vista das instituições como para os sujeitos que nela atuam. Dessa forma para interagir no mundo da vida e no mundo do trabalho, ou seja, do mundo objetivo e subjetivo, “há a necessidade de se inserir processos de reflexão crítica que são a base para uma educação que considera o desenvolvimento da autonomia e da criatividade no ato de pensar, sentir e de querer dos atores sociais” (BRASIL, 2004c, p.12; HABERMAS, 1989, SOUSA, 2005).

8.2 Perspectivas de práticas interdisciplinares

Um aspecto apontado pelas integrantes do estudo como possibilidade de uma ação em saúde de maior qualidade diz respeito à prática interdisciplinar, condição ainda pouco desenvolvida na instituição em estudo. A preocupação destes sujeitos está de acordo com as ações de cuidado de saúde defendidas pela reforma nas políticas públicas modernizadoras de saúde que tem atribuído a prática interdisciplinar contribuições significativas na superação dos saberes médicos hegemônicos presentes na saúde.

Campos (2005) desenvolve a idéia de que trabalhar em saúde requer que se defina responsabilidades e compromissos individuais e coletivos de modo que haja diálogo e auxílio entre as envolvidas. Por reconhecer que este processo é ainda marcado pela fragmentação, propõe como superação, a construção de novos modelos de atenção à saúde baseado na negociação entre os diversos profissionais de modo a interferir na prática de saúde existente.

Para Japiassú (1976, p.75) a interdisciplinaridade

pode ser caracterizado como o nível em que a colaboração entre as diversas disciplinas ou entre os setores hegemônicos de uma mesma ciência conduz a interações propriamente ditas, isto é, a uma certa reciprocidade de intercâmbios, de tal forma que, no final do processo interativo, cada disciplina saia enriquecida.

O compartilhar saberes e fazeres se constitui no compromisso de sujeitos parceiros para a construção de uma gestão em saúde mais participativa e flexível (CAMPOS, 1998, 2004; CECCIM, 2005a,b; FAZENDA, 2002). Nesse sentido, entende-se a interdisciplinaridade como a troca de saberes entre os diversos profissionais que atuam no cuidado a saúde e que coletivamente tomam decisões, fazem articulações e adotam condutas que ultrapassam os limites impostos para cada disciplina, com o objetivo da construção de uma prática de saúde eficiente e compartilhada.

Reconhecendo essa necessidade de interação entre os diversos profissionais, a educação permanente tem se colocado como estratégia para o alcance da interdisciplinaridade no campo da saúde, servindo de espaço para a reflexão da prática, favorecendo mudanças no relacionamento entre profissionais e entre estes e o/a pacientes. Na instituição estudada essa condição tem sido buscada pelo órgão de educação permanente, porém ainda muitas são as limitações para que isso aconteça.

Nas falas das profissionais entrevistadas confirma-se essa deficiência. Para elas não existe, na atualidade do trabalho, uma prática interdisciplinar consolidada no seu trabalho. As poucas iniciativas de um trabalho interdisciplinar acontecem informalmente no cotidiano ao discutirem as questões relacionadas a continuidade da assistência do paciente. Nessas trocas de saberes em relação ao cuidado o objetivo comum é o cuidado ao/a paciente de forma qualificada.

Falta muito essa interação multiprofissional, e eu não sei se vai organizar isso na emergência, porque é uma rotatividade muito grande de profissionais e a gente não sabe como lidar com isso. Não saberia como organizar, mas que faz falta faz e é tudo informal, hoje eu falo com psicóloga depois com assistente social, mas nunca ninguém fala junto. Solicitam a gente para tudo e faz a ponte entre um e outro, porque um não chega no outro, daí a enfermagem fica passando as informações de um para outro. Te respeitam, respeitam a posição da enfermagem! (E5).

Elas procuram (nutricionista) porque quem coloca os horários e assina a dieta somos nós. Coloca tal hora, às vezes você encontra uma dieta sem assinatura e isso elas não gostam porque fica igual medicação, não sabe quando foi colocado ali. Então nutricionista nós sempre tivemos bastante contato, os demais não. Ali em cima (UTI) não, até agora eu não tive contato. Com a medicina como eu te falei, as duas vezes que eu fui falar fui criticada, tem de ser direto com o enfermeiro, não posso (TE5).

Com alguns profissionais. A hematologia eu costumo passar visita, trabalho bem com ela, a Dra. X, com eles, os residentes. A psicologia também a gente trabalha bem e principalmente os pacientes de hemato, e alguns outros que necessitarem. E às vezes a gente passa para eles a necessidade de gestação, que a gente tem aqui, de puérperas também. A assistente social também fora de série, o atendimento. Discutem. A nutrição também bem atenta a tudo, muito boa. Existe bom relacionamento sim, tem algumas especialidades que não, mas eu acho que no geral dá para trabalhar bem (E1).

É mais se precisar de alguma coisa, que é de responsabilidade de outro profissional daí a gente solicita aquele profissional. Porque tinha que ter uma nutricionista na unidade o período todo, raramente ela precisa fazer outra cobertura. Então é uma funcionária que a gente tem muito contato, a gente discute bastante em relação ao uso de sonda, em relação ao volume de dieta, consegue discutir bem. Mas também é aquele caso mais isolado. No momento da assistência (E3).

Matos (2006) desenvolve a idéia de que a interdisciplinaridade possibilita uma visão mais integral do/a paciente, permitindo compreender melhor a realidade da vida destes/as pacientes e conseqüentemente diminuindo a fragmentação presente na realidade do trabalho em saúde. Entretanto, é questionável esta relação de troca entre profissionais, se ela ocorre por necessidade, por amizade ou por postura profissional interdisciplinar. Nesta perspectiva a realidade vivenciada por estas profissionais ainda tem muito a caminhar no sentido de alcançar a necessária articulação interdisciplinar em prol de uma assistência de melhor qualidade.

As profissionais percebem que os/as residentes (do curso de medicina) e a nutricionista, hoje, são aqueles que se colocam mais próximos da enfermagem na questão da assistência direta. O contato diário com esses profissionais nos turnos de trabalho decidindo questões de assistência direta e acompanhamento das ações implantadas justificam a interação com elas ser mais intensa e mais próxima de uma prática interdisciplinar.

Neste sentido, para algumas profissionais a iniciativa interdisciplinar, embora ainda restrita à prestação do cuidado, pode ser percebida mais facilmente no período matutino, em função da organização do trabalho nas unidades de internação. Pelo modo como o trabalho em saúde vem sendo tradicionalmente organizado, as condutas e encaminhamentos necessários à continuidade do cuidado ocorrem durante as visitas médicas, bem como a intervenção de outras profissões como a nutrição, acontecem neste período. Assim, é nesse turno que são discutidas as questões e providências a serem tomadas para cada paciente, os tratamentos são propostos, os encaminhamentos providenciados, a maioria dos exames são realizados, ou seja, é quando as profissionais interagem mais entre si facilitando a reflexão e a organização do cuidado que assegure sua continuidade nos demais turnos de trabalho.

A prática interdisciplinar depende dos profissionais. É muito mais comum esta discussão quando a gente está no período da manhã que é passado visita. Quando eu estou de manhã e tem um outro enfermeiro eu gosto de passar a visita com a equipe médica, de discutir paciente por paciente, caso por caso e as condutas se vão mudar ou não vão mudar. De discutir em conjunto com o pessoal, ah! A dieta tem que mudar porque o paciente está com diarreia, um detalhe bobo, mas são coisas que são importantes que o enfermeiro esteja ali discutindo. É o curativo, vamos fazer com isso ou aquilo e por que. É interessante, mas é muito mais feito de manhã, a tarde como é rotina, é mais a questão de assistência, a intercorrência é menos discutido. Não deixa de ser discutido, mas com menos ênfase (E2).

Eu fico junto com o médico vou junto quando eles vão passar o plantão. Iniciativa minha, é tudo informal, por exemplo, a nutricionista vem, sempre procura pela gente para perguntar e saber alguma informação, Muitas vezes não é o médico (E5).

Matos (2006), em seus estudos destacou a importância da disponibilização de momentos de discussão no processo assistencial em saúde que propiciem a integração e a articulação interdisciplinar. Para a autora a interdisciplinaridade não acontece espontaneamente pela vontade ou iniciativa de uma pessoa, é necessária, além da iniciativa de uma pessoa ou grupo, a abertura e criação de espaços que propiciem o debate interdisciplinar, suprimindo uma necessidade presente no processo assistencial em

saúde. O processo de trabalho em saúde, para autora guarda momentos de atuação específicos de cada grupo profissional, porém o todo assistencial não pode ser visto isoladamente; para que a assistência em saúde se concretize é necessária a articulação dos diversos olhares presentes neste processo.

Nesse sentido, algumas das práticas percebidas pelas profissionais como interdisciplinares não podem ser caracterizadas como prática interdisciplinar, mas ainda estão restritas a uma abordagem que se assemelha ao que Fazenda (2002) denomina de multidisciplinaridade, em que os saberes de cada profissional somam-se para o cuidado, sem a necessária articulação e interdependência.

A perspectiva de uma prática interdisciplinar é vivenciada por uma profissional quando relata a existência de encontros interdisciplinares, em que cada profissional expõe sua parcela de conhecimentos em determinado estudo de caso ou situação dos/as pacientes para após serem direcionadas as ações e condutas a serem tomadas. Este relato aponta para uma perspectiva interdisciplinar conforme entendida por Matos (2006); Fazenda (2002). As competências para a sustentação da enfermagem nessas iniciativas interdisciplinares têm sido atribuídas à educação permanente.

Ainda na visão de outras profissionais existe uma prática interdisciplinar mais consolidada, em que as diversas disciplinas têm um espaço estabelecido para a realização das trocas de conhecimentos relacionados à sua área de atuação. Esse espaço é uma conquista de toda uma equipe de saúde e nele são respeitados os limites e diferenças individuais.

Nós temos. Eu participo da comissão da criança vitimizada, que tem a psicologia, o serviço social, a medicina. No ano passado a gente fez um evento no dia que é direcionado “a não violência sexual a crianças e adolescentes”. Nós fizemos um evento, trouxemos uma pessoa de fora para fazer uma palestra, isso foi via comissão, via divisão de pediatria. E existe o nosso trabalho, que é bem dentro da unidade, que é o nosso intercâmbio que acontece todas as terças a tarde. Não sou eu que estou sempre, geralmente é uma das enfermeiras da tarde. Sempre tem uma enfermeira que está participando. Então, a enfermagem, a medicina junto com os acadêmicos, a psicologia e o serviço social e quando dá também vai um técnico de enfermagem para participar. Este intercâmbio é muito legal, porque assim todo mundo se sente na obrigatoriedade de ir para não perder espaço. Para que todo mundo possa colocar o seu ponto de vista de acordo com a situação. Se tu não for, é porque não precisa. E aí todo mundo coloca, por exemplo a enfermagem coloca sobre a criança, a família, o pai veio alcoolizado num plantão de fim de semana e aí agrediu a mãe, a gente viu que a criança ficou muito assustada, tentamos amenizar a situação passando para a psicologia. A psicologia ah! eu atendi esta família. É muito interessante que eles respeitam bastante! Não passa sem todos falarem, todo mundo tem que falar (E4).

A emergência de uma nova lógica para o trabalho em saúde implica

necessariamente na utilização de um novo processo de construção do conhecimento como novos referenciais que dêem conta de provocar transformações não somente na prática realizada, mas que seja incorporada na transformação individual e coletiva dos indivíduos. Estimular essa prática e possibilitar a sua vivência é um dos objetivos centrais da educação permanente que tem compromisso com a disseminação de práticas que possibilitem a autonomia a valorização, o crescimento, e o respeito profissional, ou seja, práticas que estimulem a emancipação humana no e fora do trabalho.

Para Arroyo (1988) a educação tem a finalidade de emancipar o ser humano. A conquista desta emancipação reflete na autonomia, liberdade e individuação do sujeito perante um contexto flexível, mutável e competitivo.

Por último um importante aspecto presente na fala das entrevistadas diz respeito ao reconhecimento da educação e da aprendizagem como um projeto para toda a vida. O reconhecimento da inconclusão do ser humano se faz presente nas falas dos participantes que acreditam estar constantemente aprendendo em qualquer espaço ou rede social que estejam inseridos.

Eu acho que quanto mais a gente aprende mais a gente vê que tem tanta coisa para aprender, a gente aprende diariamente. Eu acho que o principal é tu ir atrás (TE4).

Sobre essa perspectiva é fundamental salientar que a compreensão da inconclusão da educação, da potencialidade de cada uma para seguir aprendendo por toda a vida e em todos os espaços e situações, é um passo e uma contribuição significativa do investimento da educação permanente, na instituição estudada. Compreender seus limites frente ao conhecimento e colocar-se na condição de “aprendente” ao longo da vida pode contribuir para a mudança da realidade.

É esse assumir-se como aprendente que tem contribuído para que os profissionais de enfermagem encarem a realidade, percebam as necessidades e coloquem-se disponíveis para a incorporação de novos conhecimentos, de novas tecnologias de cuidado e para novas posturas frente ao/a paciente e a equipe de saúde. É neste sentido que propostas mais globais como as colocadas pelas políticas de saúde no Brasil tais como: a humanização da assistência, as tecnologias de relações, como por exemplo, o acolhimento; a interdisciplinaridade como proposta de atuação profissional tem sido assumidas, ou pelo menos discutidas pela enfermagem. Parece-nos nesse sentido, que a existência de uma prática de educação permanente tem permitido a profissional de

enfermagem um maior grau de consciência e de autonomia nas questões relacionadas a seu trabalho. Portanto, a interdisciplinaridade é o caminho para a educação permanente e esta precisa ser o investimento institucional que almeja a mudança.

9 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluir um estudo não é tarefa fácil, pois fica sempre a sensação de que não foram apreendidas todas as perspectivas da realidade, que aspectos importantes do contexto do estudo foram esquecidos. Entretanto, é exatamente esse o enfoque da pesquisa qualitativa, que se propõe a fazer o recorte de uma realidade estudada, priorizando um olhar, que é contextualizado e histórico, sendo que esse mesmo objeto pode ser estudado de outra forma, com outro olhar e enfoque.

Assim, se reconhece ser este estudo um recorte de uma realidade concreta apreendida pela pesquisadora, sem a pretensão de esgotar toda sua plenitude, uma vez que esta é uma tarefa impossível, mas busca algumas aproximações que resignifiquem o contexto. Reconhece-se a diversidade e polissemia de referências e de escolhas que se manifestaram para olhar esse fenômeno, porém o enfoque observado ocorreu à luz do referencial da educação permanente para a transformação e da avaliação orientada para a valorização da subjetividade e da formação multidimensional do ser humano, favorecendo uma visão da prática da educação permanente consolidada pela enfermagem em um hospital-escola, identificando, nas expressões das profissionais suas contribuições para sua vida, trabalho e instituição.

Essa visão é apenas “um componente de um imenso caleidoscópio cujos elementos se combinam, segundo as vivências, as prioridades do momento, o ambiente e as relações de poder entre os diversos atores envolvidos” (PERRENOUD; THURLER, 2006, p. 360).

Compreende-se que é fundamental, na educação permanente, estar em diálogo constante com as profissionais, conseguindo estabelecer formas de articulação mais permanentes e sustentáveis para que nessa relação se possam multiplicar possibilidades de enfrentamento de problemas e qualificar cada vez mais as ações da educação permanente que contribuam efetivamente para a

transformação da prática e crescimento das profissionais.

Nesse sentido, a preocupação com a educação das profissionais de enfermagem me encaminhou para o estudo da avaliação da educação permanente, procurando identificar os significados que a mesma assume para cada profissional, reconhecendo nesta, sua multidimensionalidade, portanto, reconhecendo as contribuições da educação permanente na sua rede de interações, de vida, de trabalho profissional e da instituição.

Com a intenção de uma abordagem crítica, adotou-se o caminho metodológico da pesquisa qualitativa através de estudo de caso simples, buscando compreender em profundidade as várias perspectivas que a educação permanente traz objetiva e subjetivamente as profissionais e a prática do cuidado em saúde. Essa possibilidade trouxe a compreensão da realidade da educação permanente da enfermagem como “totalidade concreta que se transforma em estrutura significativa para cada fato ou conjunto de fatos, o conhecimento da realidade concreta não passa de mística ou coisa incognisível em si” (PUCCINI, CECÍLIO, 2004, p. 1344), por ser uma realidade mutável e provisória.

A multiplicidade de interesses e pontos de vista existentes no trabalho em saúde e no trabalho em enfermagem deixa claro que a educação permanente é apenas uma parte dessa realidade tão complexa. Para que sejam permanentemente identificados os efeitos das contribuições da educação permanente, deve-se prever mecanismos de avaliação dos processos e monitoramento contínuo, que possibilitem significar e re-significar cada articulação na política de formação das profissionais de enfermagem. Porém, os estudos acerca da avaliação da educação permanente têm sido insuficientes e não tem apontado as subjetividades expressas de quem as vivencia. Assim, este estudo traz a análise do potencial da educação permanente com seus avanços e limites presentes no desenvolvimento das competências, no potencial de desenvolvimento pessoal, profissional e institucional e nas transformações do cuidado e da prática de enfermagem.

A complexidade da avaliação é realçada por Perrenoud (1999); Perrenoud e Thurler (2002) segundo os quais não existe avaliação sem relação social e sem comunicação interpessoal. Nesse sentido, a avaliação é reconhecida como uma práxis reflexiva, consciente e intencionalmente transformadora que permite compreender o movimento das contradições concretas da realidade. É com essa preocupação que se procurou resgatar e discutir criticamente a construção social

dos significados que têm sido atribuídos às noções de educação permanente pelas profissionais, que vivenciam uma prática cotidiana estruturada de educação permanente, pensada a partir dos enfoques da aprendizagem significativa e contextualizada.

A educação permanente tem sido considerada como a responsável pela execução de políticas para dotar as profissionais de habilidades e competências na produção do cuidado, na busca da qualidade das ações e na sua eficiência.

Mudanças significativas estão se consubstanciando em decorrência da compreensão dos saberes e práticas necessárias ao trabalho em saúde, colocando em debate as competências requeridas a profissional da saúde. A educação ao longo da vida é uma construção contínua da pessoa, do seu saber e das suas aptidões, apontado como perspectivas de formação para acompanhar as tecnologias de ponta que têm sido características do trabalho em saúde. Para que as instituições possam tornar-se efetivamente espaços de aprendizagem, são necessários mecanismos de planejamento de gestão participativa que incluam, em suas ações, a educação permanente como estratégia de desenvolvimento que envolvam os que pensam e os que atuam no processo de trabalho em saúde, diminuindo a dicotomia presente nas relações internas de poder e autonomia entre seus/as profissionais. Em decorrência destas múltiplas e diversas expressões, haverá distintas demandas de indicadores de avaliação; além da multiplicidade de formas. Os indicadores devem ser dinâmicos e constantemente debatidos e reformulados, visto que as diversas expectativas integram um contexto histórico mais amplo e em constante movimento.

A avaliação da educação permanente teve como foco principal a percepção das profissionais, sobre as contribuições que esta tem em seu desenvolvimento e qualificação. Adicionalmente, entretanto, as entrevistas com os/as pacientes e o registro de alguns aspectos do cuidado e da análise documental de programas da educação permanente possibilitaram a complementação de certas relações que são mantidas na prestação do cuidado entre profissionais-paciente que podem indicar como ocorre a prática de forma mais contextualizada.

A educação permanente em saúde tem sido alvo de estudos nas políticas públicas como potencialidade de efetivação de mudanças concretas na assistência à saúde, de forma a superar a fragmentação do trabalho, apontando o trabalho interdisciplinar como forma de reorientar os modos de cuidar. A descentralização de poder ocasionada por uma prática interdisciplinar pode favorecer a autonomia dos

sujeitos, uma vez que permite a cada profissional gerenciar seu processo de trabalho, mesmo reconhecendo ser essa autonomia relativa, tendo a potencialidade de trazer um trabalho mais cooperativo e prazeroso.

Considerando que a enfermagem na instituição em estudo tem implementado a educação permanente a todas as suas profissionais até o momento sem uma reflexão e análise crítica do impacto que esta vem provocando na dinâmica do trabalho da enfermagem, este estudo sinaliza aspectos de avanços importantes da educação permanente na transformação de práticas e pessoas.

A avaliação da educação permanente na perspectiva do potencial de crescimento na dimensão pessoal agrega valor a profissional no sentido de crescimento como busca de ser mais, de crescer profissionalmente, de motivar-se para estudar e manter-se atualizada. Outro aspecto apontado refere-se ao potencial de satisfação pelo trabalho e pelo fato de servir como referência junto a seu grupo social. A valorização profissional foi apontada como uma das principais potencialidades da educação permanente despertando o sentimento de reconhecimento e respeito pela qualidade do trabalho realizado. A construção de uma imagem positiva de si é atribuída ao crescimento pessoal, manifestada pelo reconhecimento de suas potencialidades e fragilidades, expressas no aumento da auto-estima, mudanças de atitude, postura e comportamentos como insegurança, ansiedade, intransigência, flexibilidade, entre outros. Reconhecem que essas manifestações só se tornaram possíveis em virtude das práticas educativas favorecerem a manifestação da subjetividade inerente a cada uma, no sentido de ampliar a capacidade de análise crítica sobre sua vida e trabalho. Como proposta inovadora a educação permanente tem oportunizado cada vez mais espaços para a manifestação das subjetividades pelo entendimento de sua indissociabilidade entre vida e trabalho.

Na dimensão profissional, agregando valor à profissão enquanto aquisição de conhecimentos que facilitem e dê segurança na realização do cuidado e na organização da assistência, aspectos que possibilitam sua inserção no trabalho e a valorização pelos/as demais profissionais. Existe o reconhecimento de que o domínio do conhecimento propicia maior poder nas relações, não o poder hegemônico exercido pelos/as médicos, mas o poder de discutir e colocar suas opiniões diante de situações concretas do trabalho, garantindo maior autonomia na tomada de decisões. O respeito e autonomia vem sendo conquistados diariamente

nas poucas iniciativas interdisciplinares, mantidas principalmente com residentes e nutricionistas, para a continuidade do cuidado prestado. Essas se encontram em consonância com as perspectivas apontadas pelas políticas públicas para a garantia de transformações na qualidade e integralidade da assistência em saúde. Entretanto, é vista ainda como um desafio a ser transposto, a consolidação de uma prática interdisciplinar tem um longo caminho a ser percorrido.

As reflexões críticas compartilhadas entre as profissionais de enfermagem no espaço do trabalho, quer seja na dimensão mais formal de capacitações, quer seja, na aprendizagem que é realizada no contexto das atividades diárias de cuidado ao/a paciente, são apontadas como a maior evidência de crescimento profissional. A esse questionar a prática é atribuído o valor da educação que favorece o exercício pleno da construção da prática transformadora e constituição de sujeitos reais críticos e atores de sua história. Torna-se aprendente permanentemente produziu efeitos positivos potencializando o amadurecimento pessoal e coletivo.

A abertura à participação mesmo que limitadas a identificação de necessidades de capacitações coloca-se como fator potencializador da educação permanente, apontando respeito pelo atendimento de necessidades concretas de atualização. Entretanto, a percepção da maioria das participantes indica que a reduzida participação da equipe dificulta a mudança da prática. O grau de participação diz respeito ao valor agregado a educação, o pouco interesse em participar das capacitações por excesso de trabalho ou ainda pela segurança e tranquilidade que a estabilidade no emprego favorece. Essas indicações são possíveis apenas pelo fato da instituição ser vinculada ao Governo Federal garantindo uma certa estabilidade, contrariando as expectativas para a empregabilidade do mundo moderno que apontam a não qualificação como fator de exclusão social e desemprego. Outros espaços de participação são pouco ocupados pelas profissionais de enfermagem o que sinaliza que a prática da educação permanente ainda apresenta limitações neste campo que precisa ser investido tanto pela instituição como pelas profissionais.

A dimensão institucional manifesta-se agregando valor às conquistas gerais da instituição e as direcionadas à equipe de enfermagem. Na instituição, as experiências de gestão participativa e a política de humanização foram apontadas como estimuladoras do crescimento. O fato da instituição ter vinculação com a educação, mantém as profissionais constantemente em contato com a

aprendizagem oportunizando o convívio diário com a aprendizagem, sendo reconhecido como diferencial em relação a outras instituições. As políticas internas que sustentam a valorização da profissional, através de liberações, auxílio financeiro, remanejamento interno, avaliação de desempenho, ainda que com algumas fragilidades visíveis, são considerados avanços conquistados e, importante fator de crescimento institucional e profissional fatores de crescimento institucional e profissional. Como fatores limitantes, apontam o número reduzido de liberações para cursos de longa duração, uma vez que não permitem um maior alcance de profissionais para realização de cursos de pós-graduação.

Como destaque positivo evidenciado, encontra-se o Plano de Capacitação, que além de proporcionar aumento de conhecimentos e qualificação profissional, permite a ascensão profissional, condição necessária para promover mudanças na qualidade de vida por estar vinculado a ganhos salariais. A adoção dessa política institucional conduzida pelo CEPEn tem se constituído na maior fator de motivação para a participação e visibilidade da educação permanente na instituição. Porém, os dados indicam um grande desafio no sentido de atingir maior número de profissionais que envolvam-se com as atividades da educação permanente, pois o estudo evidenciou um grande número de capacitações oferecidas as profissionais e no entanto, ainda encontra-se profissionais que não participaram de poucas ou nenhuma das atividades educativas nesses últimos anos, sinalizando uma certa desmotivação que emperra a construção de novas relações e novos modos de cuidar. O desafio consiste em encontrar alternativas capazes de motivar a equipe enfocando cada vez mais as necessidades provenientes da realidade concreta de cada equipe.

O desenvolvimento de competências que permitam a profissional conviver com a diversidade e a velocidade com que o conhecimento vem sendo produzido no mundo moderno, têm-se constituído na tônica defendida pela educação permanente para a formação das profissionais nas novas perspectivas do trabalho em saúde.

A educação permanente pensada a partir do desenvolvimento de competências representa um avanço sobre a prática tradicional de educação utilizada pela enfermagem por muitos anos, rompendo com a educação para a execução da técnica pela técnica. Reconhece-se que as mudanças sociais são decorrentes de uma multiplicidade de fatores internos e externos aos sujeitos, que ao interagirem modificam não só os sujeitos nos seus valores e atitudes, mas nas

suas práticas. Desta forma, a educação permanente que inclua em seus pressupostos a construção de competências técnicas, relacionais/comunicacionais, éticas/políticas que favoreçam o trânsito das profissionais nesse mundo de mudanças contínuas é um dos aspectos potencializadores da educação permanente pensadas para a atualidade.

Na percepção expressada pelas profissionais, pode-se identificar que a educação permanente, tal como vem sendo realizada na enfermagem, tem contribuído significativamente para o desenvolvimento das competências técnica, relacional/comunicacional e ética/política, sendo que cada competência foi percebida em maior ou menor intensidade. Valéria – estas não foram tão significativas.²⁹⁷

Nesse sentido, na educação permanente busca-se o que Campos (2006) chama de efeito Paidéia, o qual busca o desenvolvimento dos sujeitos para compreensão e intervenção das pessoas sobre o mundo e sobre si mesmos. Para o autor, a Paidéia é vista como uma metodologia de educação que utiliza todos os espaços da vida com a finalidade de ampliar a capacidade dos sujeitos de analisar e intervir no mundo em que vivem. Pode-se inferir do estudo que a educação permanente da enfermagem tem esta perspectiva em seus pressupostos e práticas, ainda, que não seja percebido pela maioria das profissionais de enfermagem.

Na percepção das profissionais, a competência técnica é reconhecidamente a mais valorizada, uma vez que é através dela que conseguem ser reconhecidas e valorizadas como profissionais competentes, propiciando segurança tanto para a prática do cuidado na realização de procedimentos com habilidade técnica como servir de referência nos grupos sociais que pertencem, pois a competência é avaliada pelo grau de conhecimento teórico e técnico do trabalho. Para as enfermeiras, essa percepção foi mais fortemente evidenciada, pois necessitam dessa segurança para conseguir coordenar a assistência e orientar a equipe, providenciando os encaminhamentos da assistência. Sem esta habilidade sentem-se desvalorizados e sem liderança perante a equipe quando do planejamento assistencial. Para as profissionais de nível médio a capacidade técnica é também a mais valorizada, porém não se sentem ameaçadas sem ela. Evidenciam nessa competência o prazer de conhecer novas tecnologias de cuidado.

A associação do grupo à competência técnica encontra respaldo na própria história da enfermagem, que têm sido sustentada pelo modelo taylorista/fordista marcada pela dimensão técnica do trabalho (CECCIM 2005 a), sempre muito

valorizada como garantia de ocupar seu espaço junto as demais profissionais da área da saúde. Longe de querer minimizar a importância desta dimensão, porém, há que se apontar ser hoje insuficiente para dar conta das questões complexas da saúde com suas muti-relações.

Percebe-se sob esse aspecto uma contradição importante entre profissionais e pacientes. Enquanto que para as profissionais, existe uma supervalorização da dimensão técnica do trabalho da enfermagem, os/as pacientes não percebem da mesma maneira. Demonstram esses últimos preferência e reconhecimento pelo trabalho daquelas profissionais que melhor os/as atendem, que olham para eles/as, que falam com eles/as, sendo que a execução correta da técnica não é percebida como fator de qualidade. Esse fato denota a necessidade de investimento na integração entre as competências para a constituição do ser profissional multidimensional e de um cuidado integral, bem como, de uma reflexão crítica das profissionais acerca de que cuidado estamos buscando e defendendo para a enfermagem.

A dimensão relacional tal como vem sendo discutida por estudiosos como Delors (2003); Moscovici (2005); Perrenoud (1999); Ceccim (1999), é uma perspectiva nova que se coloca como rompimento da fragmentação do fazer e do saber, ampliando a necessidade de uma prática interdisciplinar, do trabalho em equipe e da gestão participativa. A formação do sujeito integral implica na vivência e no aprendizado das relações, da solidariedade, da manifestação da subjetividade e dos sentimentos. A manifestação da subjetividade é considerada como potencialidade para as relações que são mantidas cotidianamente. Essa competência, adquirida através de uma prática de educação permanente, parece ter contribuído para a efetivação de uma relação interna satisfatória, na qual são discutidas as questões do trabalho. A forma como essas relações ocorrem gera satisfação ou insatisfação entre os membros da equipe de enfermagem e estão intimamente relacionadas à forma como o trabalho se organiza.

A forma de organização do trabalho da enfermagem através da divisão de tarefas têm sido apontada por vários estudos (Gelbcke, 2002; Matos, 2002, 2006) como fator de relações conflituosas na equipe. A instituição em estudo mesmo adotando a organização do como "integral", ainda traz a parcelização de tarefas entre seus membros. Os mecanismos identificados por cada equipe para realizar a divisão de tarefas, discutir suas relações internas e fazer educação permanente, estão basicamente concentradas no momento da passagem de plantão por ser este

momento que as profissionais se encontram e discutem a assistência prestada.

Autores como Cecílio, Feuerwerker (2004) apontam a flexibilização de gestão, a participação e a interdisciplinaridade, como estratégias efetivas na execução de um trabalho em saúde que tenha em seus pressupostos a humanização da assistência, entendendo e reconhecendo a necessidade da integralidade do cuidado. As relações de poder no trabalho em saúde se manifestam com hegemonia do poder médico sobre os/as demais categorias, e foram percebidas tanto pelas profissionais como pelos pacientes. Para os/as pacientes, mesmo inconscientemente, existe uma certa invisibilidade do trabalho da enfermagem, que a percebem como aquela que cumpre as ordens médicas, faz a medicação, os cuidados de higiene enquanto que os/as médicos são os que explicam, determinam, comandam as ações de saúde. O estudo evidenciou que os/as pacientes o reconhecem seu/sua médico/a pelo nome, pela postura, pelas atitudes, enquanto que a enfermagem é reconhecida pelas atividades que executa e pelo uniforme que utiliza. O trabalho da enfermagem é visto pelos/as pacientes como um trabalho auxiliar e complementar ao do médico no sentido de apenas cumprir suas orientações. Questiona-se até que ponto a enfermagem não tem permitido que isso ocorra quando se omite nessa postura, ficando grande parte do seu trabalho organizando e gerenciando o espaço do cuidado para que o/a médico/a e os/as demais profissionais possam atuar, sem questionar, realizar educação em saúde ou refletir com a equipe sobre o papel de cada um. São questões que se constituem em desafios a serem enfrentados pela educação permanente nos sentido de dar mais visibilidade ao trabalho da enfermagem. A conquista de maior autonomia para a enfermagem pode ser vislumbrada por uma prática interdisciplinar e de valorização profissional em que a troca de saberes e fazeres proporciona a cada profissional demonstrar seu conhecimento e suas competências na prática do cuidado a saúde.

O processo de humanização do cuidado na instituição é percebido tanto pelas profissionais quanto pelos/as pacientes como diferencial da instituição em relação a outras instituições. Sua concretização passa pela habilidade relacional e comunicacional que vem se construindo na instituição e na enfermagem, no sentido de olhar cada uma na sua individualidade e especificidade. Esse é um caminho ainda longo para ser percorrido, no sentido de melhorar as relações entre as profissionais e destas com os/as pacientes, entretanto avanços importantes estão se consolidando na instituição, o que trouxe repercussões positivas entre os que

executam e os que recebem o cuidado.

A dimensão ética e política permeia as demais dimensões, mesmo que menos manifestada pelo grupo. Ela se mostra nas ações de cuidado realizadas junto aos/as pacientes quando se manifestam os valores que norteiam suas condutas, as reflexões realizadas acerca de como o cuidado ocorre diariamente, o reconhecimento da individualidade e dos direitos dos/as pacientes.

Outro aspecto evidenciado pelo grupo, com predominância entre as enfermeiras, refere-se ao reconhecimento da necessidade de acolhimento e inclusão das profissionais e dos/as pacientes no contexto da instituição. A realização da inclusão para as profissionais reflete-se na realização do POI, no acompanhamento e supervisão educativa, para os/as pacientes reflete-se no acolhimento, na abertura a visitas e a permissão para acompanhantes. Ações praticadas que permitem uma abertura para um novo modo de olhar este/a ser humano, visto como único, multidimensional, histórico e social. O compromisso, a co-responsabilidade e a participação são considerados alicerces de uma ética humana.

A literatura tem apontado cada vez mais a necessidade que as instituições têm de disputar espaço no mercado de trabalho, adotar práticas de educação permanente para obter capacitação de suas profissionais que atribuam credibilidade à mesma (FEUERWERKE, CECÍLIO, 2007; CECCIM, 2005B, RICALDONI E SENA, 2006, SILVA e TAVARES, 2004). A enfermagem traz a educação permanente com uma aproximação do desenvolvimento das várias competências adquiridas ao longo da vida, consideradas indispensáveis para a inclusão das profissionais no mundo em constante transformação. Essa perspectiva foi bastante evidenciada pelas participantes no sentido da educação permanente estar constantemente inovando, criando novas possibilidades, favorecendo o crescimento, mantendo atualização acerca das modernas tecnologias e conhecimentos.

A aquisição dessas competências no processo de educação permanente corrobora com Delors (2003) ao discutir as perspectivas futuras da educação diante da crescente complexidade dos fenômenos mundiais e dominar o sentimento de incerteza. Alerta as profissionais sobre a importância de adquirir um conjunto de conhecimentos e aprender a relativizar os fatos, revelando sentido crítico perante o fluxo de informações, atribuindo à educação a tarefa insubstituível na formação da capacidade de julgamento. Para o autor, a transformação da realidade passa pela compreensão das relações que ligam o ser humano ao seu meio ambiente de forma geral e permanente. A

aprendizagem ao longo da vida constitui-se em **Aprender a conhecer** que é o prazer de compreender, descobrir, construir e reconstruir o conhecimento, a curiosidade, a autonomia e a atenção. Aprender a conhecer é mais do que aprender a aprender. Não basta aprender a conhecer. É preciso aprender a pensar a realidade. É preciso pensar também o novo, reinventar o pensar, pensar e reinventar o futuro. O **Aprender a fazer** é indissociável do aprender a conhecer. Adquirir a competência técnica necessária para a execução de seu trabalho. O **Aprender a viver** juntos é a habilidade na convivência com os/as outros/as, compreender a interdependência que exige equipes de trabalho interdisciplinares. O **Aprender a ser** constitui-se no desenvolvimento integral do ser: inteligência, sensibilidade, sentido ético e estético, responsabilidade pessoal, espiritualidade, pensamento autônomo e crítico, imaginação, criatividade, iniciativa, ou seja, o conjunto de comportamentos que somados constituem o ser (DELORS, 2003). No ensinar a aprender a aprender para a vida, não se pode negligenciar nenhuma das potencialidades do indivíduo, pois a aprendizagem precisa ser integral, reconhecendo, entretanto, que cada indivíduo manifesta diferentemente essas competências, podendo ser mais evidente uma que outra competência em determinado momento histórico, sem, contudo haver a necessidade de apontar qual a melhor competência. É no conjunto delas que se constitui o ser integral. Portanto, o importante na formação da profissional é saber trabalhar coletivamente, ter iniciativa, ter intuição, saber comunicar-se, saber resolver conflitos, saber fazer e ter estabilidade emocional. Essas são, acima de tudo, qualidades humanas que se manifestam nas relações interpessoais mantidas no trabalho, sendo essencial a flexibilidade.

Nesse sentido, como consequência das contribuições da educação permanente, ela é apontada como principal instrumento para a aprendizagem ao longo da vida (DELORS, 2003). Esses pilares podem ser tomados também como bússola para orientar o rumo da educação formal ou informal para humanização da assistência, transformação da prática e constituição da profissional, colocadas pelas políticas públicas e o SUS. É no conjunto do desenvolvimento das competências que a profissional vai conquistando seu espaço, sua valorização e sua autonomia.

Na discussão da educação permanente como geradora de mudanças e formação integral do ser humano vários estudiosos (FERREIRA, 2003a; ESTRELA, 2003; RIOS, 2001) apontam a necessidade da superação do desenvolvimento da competência técnica, relacional, comunicacional e ética/política isoladamente, entendendo-as como um processo complementar que se encontra em constante

evolução. As idéias transmitidas pela política de educação permanente do Governo trazem referenciais da educação que supera a objetividade do trabalho, colocando em pauta a subjetividade da profissional, como forma de transformar a realidade do atendimento em saúde. Essa perspectiva vem sendo adotada pelo CEPEn, mesmo sem a incorporação dessa política pelo conjunto das profissionais que constituem os atores da instituição. Entretanto, sinaliza que o CEPEN encontra-se no caminho para uma prática educativa que vislumbre a compreensão da multidimensionalidade da profissional, haja vista, o aumento significativo de capacitações que fogem da dimensão técnica sem a adequada correlação com a ética e as relações mantidas.

A educação permanente, pensada como política transparente e transversal, supõe necessariamente ultrapassar as fronteiras rígidas dos diferentes saberes/poderes que se ocupam do trabalho em saúde, constituindo um processo contínuo de participação e interdisciplinaridade, pactuados coletivamente, reinventando modelos de atenção e gestão (Benvindes, Passos, 2005), com vistas a uma qualidade de assistência. Os significados e as observações permitiram evidenciar que a instituição tem avançado significativamente na construção de uma prática diferenciada apresentando reflexos visíveis no que se refere ao modo de fazer o cuidado, ainda que seja percebido mais intensamente no cuidado técnico.

A gestão participativa e a interdisciplinaridade têm sido apontadas por estudiosos como a estratégia para implementar as mudanças necessárias às exigências decorrentes do mundo do trabalho, que valoriza a autonomia e as potencialidades individuais, preserva a necessidade de abrirem-se espaços para a discussão coletiva, elaboração de planos, a divisão de saberes e poderes internos ao trabalho, fundamentais no trabalho em saúde.

A educação permanente na enfermagem se propõe a ser o caminho para um processo de mudança em direção à execução de um trabalho de enfermagem com características de qualidade e reconhecimento, uma vez que preconiza para suas profissionais a construção de competências nas relações interpessoais, no conhecimento teórico e na autonomia em relação às suas decisões, apesar da complexidade e da organização do trabalho em saúde.

A experiência histórica, política, cultural e social dos seres humanos constitui-se nos alicerces da construção individual do ser que está permanentemente se transformando. Dessa forma, as várias experiências vivenciadas pelas profissionais são as responsáveis pela sua constituição como pessoa e como profissional. Cada

participante deste estudo trouxe consigo sua bagagem histórica que se reflete no seu comportamento e na sua maneira de ver e levar sua vida. As relações entre o trabalho e a educação voltam-se para a perspectiva de qualificação da profissional para a convivência e para a sobrevivência no mundo globalizado que impõe, mais que o domínio no campo teórico e técnico, impõe o domínio da capacidade ética de se relacionar, de conviver, de saber procurar o que deseja, ou seja, a formação plena do sujeito.

Nas falas das profissionais, o significado da educação permanente não foi apreendido em sua totalidade, apesar da clareza em reconhecer sua potencialidade enquanto formadora de competências, desenvolvimento pessoal, profissional e institucional e ainda mobilizadora de forças para a transformação do cuidado.

As limitações impostas pelo não reconhecimento do CEPEN na sua composição, finalidade e atividades realizadas reflete que realmente não há clareza a respeito das potencialidades e pressupostos que têm guiado a educação permanente na instituição. Indicações sugerem que a estrutura da educação permanente na instituição é empregada para denotar desde a realização de cursos, emissão de certificados, controle de horas para o plano de capacitação, até o reconhecimento de valorização e crescimento pessoal, profissional e melhoria da qualidade da assistência.

Trata-se de conquistar a autonomia dos sujeitos, significando estabelecer possibilidades de que cada profissional assuma as normas de sua vida, tenha flexibilidade e liberdade para lidar com as situações que enfrenta no trabalho. Corrobora-se com Campos, Barros, Castro (2004, p.747) quando comentam que a autonomia não é um

processo de escolha unicamente individual, a um exercício de vontade puro e simples, posto que todo tempo estamos imersos numa rede de saberes e poderes que constroem e destroem opções, que abrem e fecham caminhos, que libertam e constroem escolhas.

Nesse sentido, a autonomia é sempre relativa e conquistada diariamente nas relações que são mantidas nos micro e macro espaços sociais. Assim, envolve uma rede de relações que é conquistada a partir da co-responsabilização de todas. Entretanto, enquanto não houver a incorporação pelos profissionais da saúde acerca do referencial conceitual que orienta as práticas do serviço de saúde, as atitudes das profissionais não se alterarão para perspectivas mais amplas de competências e

práticas de saúde diferentes. Esse é um processo lento que precisa ser incorporado, não só pelos gestores ou líderes e pela filosofia da educação permanente, mas pelo conjunto de profissionais que atuam e que podem mudar a realidade. Torná-los sujeitos co-responsáveis pela dinâmica do trabalho, através de gestões mais participativas e flexíveis, tem sido a tônica da enfermagem para a transformação da prática. Assim, é pertinente observar que os dados apontam que a educação permanente contribui efetivamente para a transformação da realidade do trabalho.

Para Arroyo (1998), a educação tem a finalidade de emancipar o ser humano, sendo que, a conquista desta emancipação reflete-se na autonomia, na liberdade e na individuação do sujeito perante um contexto flexível, mutável e competitivo.

Essa é uma perspectiva que todo ser humano almeja alcançar, quer seja na sua vida pessoal como na sua vida profissional. Freire (1983) defende que é na aprendizagem permanente que os seres humanos vão se transformando em reais sujeitos da construção e reconstrução de sua vida. É nesse sentido que a autonomia permite o movimento dialético entre o fazer e o pensar sobre o fazer, constituindo-se o ser social e histórico, único, pensante, transformador, criador.

O pressuposto que permeia a educação permanente é analisado como aprendizagem que afeta positivamente o desenvolvimento intelectual e social dos profissionais, trazendo, como conseqüências inerentes, a valorização e a melhoria da qualidade do cuidado que é prestado.

De modo geral, confirma-se o que é discutido por estudiosos da educação que apontam que a educação permanente interfere significativamente como fator de transformação de práticas e atitudes, entendendo que ela tem o papel de “formar sujeitos autônomos, do ponto de vista intelectual e moral, capazes de exercer juízos críticos e fundamentados sobre a sociedade” (FERRETTI, 2003a, p.186). A valorização desse saber reorienta as interrelações entre profissionais e desse com os/as pacientes de forma a propiciar a construção de profissionais não apenas para o saber fazer, mas principalmente o saber ser.

A forma como as pessoas desenvolvem e expressam-se como aprendentes é influenciada pelas crenças e valores, freqüentemente inconscientes, que sua cultura abriga (CLAXTON, 2005). Assim, percebe-se que as profissionais constroem-se historicamente, sendo frutos de suas experiências e vivências.

Reintera-se a tese de que a educação permanente contribui para a transformação da profissional de enfermagem nas dimensões pessoal, profissional,

institucional com efeitos positivos para a transformação da prática e para a qualidade do cuidado de enfermagem, quando está concebida em uma perspectiva processual e contínua, que valoriza a aprendizagem significativa e contextualizada. Nesse sentido, sua contribuição é manifestada quando permite a profissional a reflexão crítica sobre sua realidade apontando indicativos de mudanças.

A educação permanente é uma das dimensões importantes para a materialização de uma política de desenvolvimento de pessoas em uma instituição, servindo como processo de construção permanente do conhecimento e desenvolvimento profissional, a partir de uma formação inicial com vistas à formação integral do ser humano que se renova constantemente.

O referencial pedagógico e institucional da educação permanente em saúde constitui uma ferramenta potente para a transformação de práticas cotidianas do trabalho em saúde, porque a formação é pensada a partir da problematização das necessidades da prática do cuidado e das novas tecnologias. Nessa perspectiva, há o reconhecimento que a “aprendizagem significativa”, defendida pela organização Pan-Americana da Saúde (1995), cuja adesão das profissionais por aprender, é de interesse para a melhor realização de seu trabalho. Para algumas profissionais, a educação permanente tem a perspectiva de orientar e conduzir a vida profissional.

Apesar das limitações da educação permanente na instituição, esta contém avanços ponderáveis, que permitem, sobretudo, em seu senso de flexibilidade e participação são rumos para renovações importantes. Mesmo considerando todas as adversidades e dificuldades de implantação dessas experiências no campo da prática da educação permanente, identifica-se, no estudo, que a discussão da educação permanente aparece de forma mais visível na concepção das profissionais, incluindo-a como potencializadora de crescimento em várias esferas da vida individual e coletiva.

Em vista disso, passa-se a privilegiar o processo de educação permanente ligada ao desenvolvimento das dimensões humanas, de modo a favorecer o senso de pertencimento, o desejo de aprender, a modificação das formas de conceber o trabalho, as alterações das condutas, a vivência de novos valores e sentidos de viver e de sentir porque alimentam a crítica constante e a manifestação da sua subjetividade. Acredita-se que o processo de formação individual é um conjunto de experiências práticas aprendidas e compartilhadas permanentemente que vão constituindo o ser na sua multidimensionalidade.

Pode-se afirmar, em decorrência disso, que a educação permanente pode transformar o sujeito profissional nas suas dimensões pessoal, profissional institucional na medida em que auxilia no desenvolvimento de suas competências para aprender a saber, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser.

Para mim, o desafio maior na construção deste estudo foi o desafio de conseguir manter um distanciamento suficiente para olhar o fenômeno da educação permanente exercida pelo CEPEn sem me envolver ou explicar os fatos de acordo com a minha compreensão. Foi um exercício de reflexão importante, no sentido de manter-me numa atitude de distanciamento crítico, buscando não intervir nas expressões e significados manifestadas por cada uma. A esta possibilidade de reflexão crítica das profissionais oportunizada pelo estudo, está em consonância como o pensamento de Reibnitz e Prado (2006) quando afirmam que o pensamento crítico é aquele que facilita o julgamento, pois se fundamenta em critérios, em autocorreções e sensibilidade. As aprendizagens significativas são construções próprias do sujeito enquanto processo reflexivo, de descoberta pessoal, de reconstrução de significado (DEMO, p. 101), que envolvem mudanças de concepções e práticas.

A atuação da educação permanente, no contexto da enfermagem, coloca-se como tentativa de superação das limitações do conhecimento. Entretanto, o que se quer afirmar é que o desafio da avaliação da educação permanente em um contexto determinado como o CEPEn, envolveu o engajamento individual, que, ao avaliar, interpretei o que ouvi das profissionais com base em minhas concepções individuais. “A avaliação não é neutra, mas sempre subjetiva, atrelada aos conhecimentos, à emoção de quem avalia, porque é interpretação” (HOFFMANN, 2002, p.119), e assim, mutável a cada novo olhar.

REFERÊNCIAS

ABBAGNAMO, N. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

ACURCIO, F.A *et al.* Avaliação de qualidade de serviços de saúde. **Saúde em Debate**. São Paulo, v.33, p.50-53, 1991.

AFONSO, A. J. Escola pública, comunidade: resgatando a avaliação como instrumento de emancipação. In: ESTEBAN, M. T. (Org). **Avaliação: uma prática em busca de novos sentidos**. 4. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2003. p. 83-99.

ALBERTO, M. A. A noção de empregabilidade nas políticas de qualificação e educação profissionalismo no Brasil nos anos 1990. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.3, n.2, p. 295-330, set. 2005.

ARROYO, M. G. Trabalho, educação e teoria pedagógica. In: FRIGOTTO, G. (Org.). **Educação e crise do trabalho: perspectivas de final de século**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 138-165.

ASSMANN, H. **Reencantar a educação: rumo à sociedade aprendente**. Petrópolis: Vozes, 1998.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p.63-72. 2001.

AZEVEDO, M. C. Não moderno, moderno, pós-moderno. **Rev. de Educação**, v. 89, n. 22, p. 19-35, out./dez. 1993.

BACKES, D. S.; KOERICH, M. S.; ERDMANN, A. L. Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: re-significação de valores e princípios pelos profissionais da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 34-41, jan./fev. 2007.

BACKES, V. M. S. et al. A educação continuada dos alunos egressos: compromissos da universidade? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.55, n.2, p.200-204, mar./abr. 2002.

_____. Educação continuada: algumas considerações na história da educação e os reflexos na enfermagem. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.12, n.1, p. 80-88, jan./mar., 2003.

BELL, D. F; PESTKA, E.; FORSYTH, D. Outcome evaluation: does continuing education make a difference? **The Journal of Continuing in Nursing**, Austrália. v. 38.n.4, july./aug. 2007

BENVINDES, R; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n.17, p.389-406, mar./ago. 2005.

BOEMER, M. R; SAMPAIO, M. A. O exercício da enfermagem em sua dimensão bioética. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p.33-38, apr. 1997.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

BONETTI, O. P.; KRUSE, M. H. L. A Formação que temos e a que queremos: um olhar sobre os discursos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 3, p. 371-379, maio/jun. 2004.

BORDENAVE, J. E. D. **O que é participação?** São Paulo: Brasiliense, 1983.

BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J.M. (orgs). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

BOUFLEUR, J. P. **Pedagogia da ação comunicativa**: uma leitura de Habermas. 3. ed. Ijuí: Unijuí, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. **Conselho Nacional de Educação (CNE) no Parecer nº1/2001 - Aprendizagem ao Longo da Vida**, de 07 de junho de 2001. Disponível em: <<http://www.cnedu.pt/parc2001.htm>>. Acesso em: 22 abr. 2006.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior **Hospitais Universitários**. Disponível em: <[http:// portal. mec. gov. br](http://portal.mec.gov.br)>. Acessado em 30 de outubro, 2005.

_____. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 1.000/04**, de 15 de abril de 2004. Institui os critérios para a certificação e reconhecimento dos Hospitais de Ensino. Disponível em: <<http://www.abrahue.org.br>>. Acesso em: 11 dez. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96**, de 10 de outubro de 1996. Institui Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Disponível em: <<http://www.cep.ufsc.br>>. Acesso em: 17 jan. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde – Pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 198/04**, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de

trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sgtes>>. Acesso em: 12 jul. 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria – Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de humanização. **HUMANIZASUS**: ambiência. Série B Textos Básicos de Saúde. Brasília: MS, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde**: diretrizes para a ação política para assegurar educação permanente no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Educação. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394**, de 20 de dezembro de 1996a. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/sef/indigena/Ftp/DB.doc>>. Acesso em: 20 mar. 2006.

BURNIER, S. Os significados do trabalho segundo técnicos de nível médio. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 27, n. 94, p. 131-152, abr. 2006.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E; ONOCKO, R. (Org.) **Praxis em salud**: um desafio para lo publico. São Paulo: HICITEC, 1997. .

CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.17, p. 389-406, mar./ago 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a16.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2007.

CAMPOS, G.W.S. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p.19-31, 2006.

CAMPOS, G. W. S. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, G. W. S. O anti-taylor; sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 863- 870, out./dez. 1998.

CAMPOS, G. W. S.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, jul./set. 2004.

CAPELLA, B. B. et al. Programa “vivendo e trabalhando melhor”: aplicação prática no trabalho de enfermagem do HU/UFSC. In: CAPELLA, B. B.; GELBECKE, F. L.; MONTICELLI, M. (Org). **Para viver e trabalhar melhor**: a multidimensionalidade do sujeito trabalhador. Florianópolis: UFSC, 2002. p. 51-86.

CAPELLA, B. B. **Uma abordagem sócio-humanística para um “modo de fazer” o**

trabalho da enfermagem”. Pelotas: Ed. Universitária/UFPEL, 1998.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital**: uma sociologia dos serviços hospitalares. 3. ed. Porto/Portugal: Afrontamento, 1998.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARRARO, T. E. (Org.). WESTPHALEN, M. E. A. (Org.). **Metodologias para a assistência de enfermagem**: teorizações, modelos e subsídios para a prática. v. 1. Goiânia: AB Editora, 2001.

CARTANA, M. H. F. **Avaliação em projetos de enfermagem**: um modelo teórico. 2001. 151f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

CASTIEL, L.D. **O buraco e o avestruz**: a singularidade do adoecer humano. Campinas: Papirus, 1994.

CHANLAT, J. F. **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1996.

CLAXTON, G. **O desafio de aprender ao longo da vida**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n.16, p.161-168, set./fev, 2005a.

_____. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.975-986, out./dez. 2005b.

CECCIM, R. FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletivas**, Rio de Janeiro, v.14, no.1, p.41-65. 2004. 2004 ISSN 0103-7331

CECÍLIO, L. C. O. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 315-29, 1999.

_____,L.C.O. Trabalhando a missão de um hospital como facilitador de mudança organizacional: limites e possibilidades. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 16, n.4 Dez, 2000, p.973-983. ISSN –0102-311X.

_____; MERHY, E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/Abrasco; 2003. p.197-210.

COLLIÉRE, M. F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Printipo,1999.

COREN-SC - CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SANTA CATARINA. Resolução COFEN nº 240/00, que aprova o Código de Ética

dos Profissionais de Enfermagem. In: **Orientações e Legislação sobre o Exercício de Enfermagem**. 5. ed. Florianópolis: Ativa Propaganda; 2003. p. 64-72.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-49.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5 ed. ampliada. São Paulo:Cortez, 1992..

DELORS, J. et al. **Educação**: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre educação para o século XXI. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DELUIZ, N. A globalização econômica e os desafios à formação profissional. **Boletim Técnico Senac**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 22, p.15-21, maio/ago. 1996.

DEMO, P. **Educar pela pesquisa**. Campinas: Autores Associados, 1996.

_____. **Participação é conquista**: noções de política social participativa. 3. ed. São Paulo: Cortes, 1996.

_____. **Avaliação qualitativa**. São Paulo: Cortez, 1999.

_____. **Educação e qualidade**. Campinas: Papirus, 2000a.

_____. **Conhecer & aprender**: sabedoria dos limites e desafios. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000b.

_____. O desafio reconstrutivo político da aprendizagem. In: DEMO, P.; TAILLE, Y.; HOFFMANN, J. **Grandes pensadores em educação**: o desafio da aprendizagem da formação moral e da avaliação. 2. ed. Porto Alegre: Mediação, 2002. p.7-30.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 103-107, jan./mar. 1997.

DOCUMENTO INSTITUCIONAL Nº 1. **Livro de registros das avaliações – CEPEN de 2000 a 2005**. Centro de educação de Pesquisa em Enfermagem, Diretoria de enfermagem. Hospital Universitário, 2006.(manuscrito).

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: DONABEDIAN, A. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. Michigan: Health Administration Press, 1989. v. I, p.77-125.

_____. String for Quality in Health Care. **An Inquiry into Policy and Practice**. Michigan: Health Administration Press, 1991.

ENRIQUEZ, E. **A organização em análise**. Petrópolis: Vozes,1997.

ERDMANN, A. L. O sistema de cuidados de enfermagem: sua organização nas instituições de saúde. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p.52-69, maio/ago.1998.

ESTRELA, M.T. A formação contínua entre a teoria e a prática. In: FERREIRA, N.S.C (org). **Formação continuada e gestão da educação**. São Paulo: Cortez, 2003, p.43-64.

ESTEBAN, M. T. A avaliação no cotidiano hospitalar. In: _____. (Org). **Avaliação: uma prática em busca de novos sentidos**. 4. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2003. p. 7-28.

FERRAZ, F. **Educação permanente/continuada no trabalho**: um caminho para a construção e transformação em saúde nos hospitais federais de ensino. 2005. 267 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

FERREIRA, N. S. C. Formação continuada e gestão da educação no contexto da cultura globalizada. In: _____. (Org.) **Formação continuada e gestão da educação**. São Paulo: Cortez, 2003a. p.17-42.

FERREIRA, L. C. Organização e relação de trabalho. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 4, p. 661-669, out./dez. 2003b.

FERRER, V; MEDINA, L.J; LIORET, C. **La complejidad en enfermería**: profesión, gestión, formación. Barcelona: Alertes S.A de Ediciones, 2003.

FERRETTI, C. J. et al. Escola e fábrica: vozes de trabalhadores em uma indústria de ponta. **Cadernos de Pesquisa**, n. 118, p.155-188, mar. 2003.

FERRETTI, C. J. A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação? **Educ. Soc.**, Campinas, v. 23, n. 81, p. 299-306, dez. 2002.

_____. Considerações sobre a apropriação das noções de qualificação profissional pelos estudos a respeito das relações entre trabalho e educação. **Educ. Soc**, Campinas, v.25, n.87, p.401-422, maio/ago.,2004.

FILGUEIRAS, S. L.; DESLANDES, S. F. Avaliação das ações de aconselhamento: análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2., p. 121-131, 1999.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 12. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 165-181, 2001.

GADOTTI, M. Perspectivas atuais da educação. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.14, n.2, p.03-11,abr./jun. 2000.

GASTALDO, D. Humanização como processo conflitivo, coletivo e contextual. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832005000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 jul. 2007.

GATTINERA, B. et al. Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud en los distritos Norte e Ichilo, Bolivia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 425-438, 1995.

GELBCKE, F. L.; CAPELLA, B. B. A educação continuada como possibilidade de transformação da prática e construção do sujeito. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 124-132, jul./dez. 1994.

GELBCKE, F. et al. Multidimensionalidade do sujeito trabalhador de enfermagem: recortes da realidade do hospital universitário a partir do programa vivendo e trabalhando melhor (VTM). In: CAPELLA, B. B.; GELBECKE, F. L.; MONTICELLI, M. (Org). **Para viver e trabalhar melhor: a multidimensionalidade do sujeito trabalhador**. Florianópolis: UFSC, 2002. p. 88-110.

GELBCKE, F. L. **Interfaces dos aspectos estruturais, organizacionais e relacionais do trabalho de enfermagem e o desgaste do trabalhador**. 2002. 262 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

GOMES, J. B.; CASAGRANDE, L. D. R. A educação reflexiva na pós-modernidade: uma revisão bibliográfica. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 692-703, set./out. 2002.

GÓMEZ, C. M.; BARROS, M. E. B. Saúde, trabalho e processos de subjetivação nas escolas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 15, n. 3, p. 649-663, 2002.

GRISCI, C. L. I.; BESSI, V. G. Modos de trabalhar e de ser na reestruturação bancária. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 6, n. 12, p. 160-200, jul./dez. 2004.

GRISPUN, M. P. S. Z. Educação tecnológica. In: _____. (Org). **Educação tecnológica: desafios e perspectivas**. São Paulo: Cortez, 1999.

GUBA, E.G; LINCOLN, Y.S. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1989.

GUIMARÃES, S. É. R.; BORUCHOVITCH, E. O estilo motivacional do professor e a motivação intrínseca dos estudantes: uma perspectiva da Teoria da Autodeterminação. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.17, n. 2, p.143-150, 2004.

HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

_____. **O discurso filosófico da modernidade: doze lições**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

HADJI, C. **Avaliação desmistificada**. Porto Alegre: ArtMed, 2001.

HOFFMANN, J. **Avaliação: mito e desafio: uma perspectiva construtivista**. 19. ed. Porto Alegre: Atlas, 1999.

_____. Avaliar para promover: compromisso deste século. In: DEMO, P.; TAILLE, Y.; HOFFMANN, J. **Grandes pensadores em educação: o desafio da aprendizagem, da formação moral e das avaliações**. 2. ed. Porto Alegre: Mediação, 2002. p.101 -119.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. Diretoria de Enfermagem. **Educação em Serviço das Categorias de Enfermagem da Diretoria de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina**. Florianópolis: HU/UFSC, 1988. (Documento interno).

_____. Diretoria de Enfermagem. **Relatório das atividades do Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem**. Florianópolis: HU/UFSC, 2000. (Documento interno).

_____. Diretoria de Enfermagem. **Relatório das atividades do Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem**. Florianópolis: HU/UFSC, 2001. (Documento interno).

_____. Diretoria de Enfermagem. Avaliação de desempenho Florianópolis: HU/UFSC, 2001. (Documento interno).

_____. Diretoria de Enfermagem. **Relatório das atividades do Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem**. Florianópolis: HU/UFSC, 2002. (Documento interno).

_____. Diretoria de Enfermagem. **Relatório das atividades do Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem**. Florianópolis: HU/UFSC, 2003. (Documento interno).

_____. Diretoria de Enfermagem. **Relatório das atividades do Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem**. Florianópolis: HU/UFSC, 2004b. (Documento interno).

_____. Diretoria de Enfermagem. **Relatório das atividades do Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem**. Florianópolis: HU/UFSC, 2005. (Documento interno).

_____. Diretoria de Enfermagem. **Regimento da Diretoria de Enfermagem**. Florianópolis: HU/UFSC, 2004a (Documento interno)

_____. Diretoria de Enfermagem. **Estabelece as normas internas da DE, para liberação de pessoal de enfermagem (enfermeiros (as), técnicos (as) de enfermagem, auxiliares de enfermagem e auxiliares de saúde) para realização de cursos de longa duração: formação em nível de especialização, mestrado ou doutorado (proposta complementar à resolução nº 016/CUN/96)**. Florianópolis:

HU/UFSC, 2006a. (Documento interno).

_____. **Regimento do Hospital Universitário**. Florianópolis: HU/UFSC, 2006b. (Documento interno).

_____. Diretoria de Enfermagem. Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem. **Cronograma de cursos do CEPEn incluídos no Plano de Capacitação da UFSC**. Florianópolis: HU/UFSC, 2007a. (Documento interno).

_____. Diretoria de Enfermagem. **Livro de ata do Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem**. Florianópolis: HU/UFSC, 2007b (Documento interno).

_____. Diretoria de Enfermagem. **Documentos básicos**. Florianópolis: HU/UFSC, 1990. (Documento interno).

_____. Diretoria de Enfermagem. **Avaliação de desempenho dos profissionais de Enfermagem da Diretoria de enfermagem**. Florianópolis: HU/UFSC, 2001. (Documento interno).

_____. Diretoria de Enfermagem. **Documento de Remanejamento interno dos profissionais de enfermagem**. Florianópolis: HU/UFSC, 2007. (Documento interno).

_____. Diretoria de Enfermagem. **Instrumento de acompanhamento do/a enfermeiro/a recém-admitido na diretoria de enfermagem do hospital universitário**. Florianópolis: HU/UFSC, 2003. (Documento interno).

_____. **Plano 2012**: Planejamento estratégico do Hospital Universitário. Florianópolis: HU/UFSC, 2006. (Documento interno).

JAPIASSÙ, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

KOBAYASHI, R. M.; LEITE, M. M. J. Formação de competências administrativas do técnico de enfermagem. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 221-227, mar./abr. 2004.

KOERICH, M. S.; ERDMANN, A. L. Enfermagem e patologia geral: resgate e reconstrução de conhecimentos para uma prática interdisciplinar. **Revista Texto e Contexto Enfermagem** Florianópolis, v. 12, n. 4, p. 528-37, out/dez. 2003.

KONDER, L. **O que é dialética**. 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 1981. (Coleção Primeiros Passos, n. 23).

KUENZER, A. As políticas de formação: a constituição da identidade do professor sobrando. **Educação e Sociedade**, v. 20, n.68, p.163-183, dez. 1999.

KURGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LEITE, E. M. Reestruturação produtiva, trabalho e qualificação no Brasil. In: _____. (Org.) **Educação e trabalho no capitalismo contemporâneo**. São Paulo: Atlas, 1996.

LEITE, E. Introdução ao sistema de aprendizagem vivencial. Brasília: Centro de Aprendizagem Vivencial, 1993. (Apostila).

LEITE, E.; FERREIRA, L.C. Referenciais teóricos e metodológicos do programa “vivendo e trabalhando melhor”: uma proposta do sistema de aprendizagem vivencial para aplicação institucional. In: CAPELLA, B. B.; GELBECKE, F.L.; MONTICELLI, M. (Org). **Para Viver e Trabalhar Melhor**: a multidimensionalidade do sujeito trabalhador. Florianópolis: UFSC, 2002. p. 17-49.

_____. **Treinamento do papel gerencial**: relatório de acompanhamento evolutivo: Programa Vivendo e Trabalhando Melhor. Brasília, Centro de Aprendizagem Vivencial, 1998.(Apostila).

_____. **Método de dinamização de grupos para o desenvolvimento interpessoal e de equipes**. Centro de Aprendizagem Vivencial. Brasília,1999. (Apostila).

_____. **Atualização de papel e desenvolvimento interpessoal**. Programa Vivendo e Trabalhando Melhor DE/HU/UFSC. Brasília, 2000. (Apostila).

_____. **O processo evolutivo das relações grupais**: referências teóricas e conceituais. Programa vivendo e Trabalhando Melhor. Florianópolis/Brasília, 1996. (Apostila).

LENTZ, R. A; ERDMANN, A.L.. Perspectiva construtivista e constitutiva para um modo de fazer o processo de controle de infecção hospitalar. In: ERDMANN, A. L.; LENTZ, R. A. (Org). **Aprendizagem contínua no trabalho**: possibilidades de novas práticas no controle de infecções hospitalares. São José: SOCEPRO, 2003. p.33-57.

LIMA, S. M.; MINAYO-GOMEZ, C.. Modos de subjetivação na condição de aprendiz: embates atuais. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 931-953, 2003.

LOCH, J. M. Avaliação na escola cidadã. In: ESTEBAN, M.T. (Org). **Avaliação**: uma prática em busca de novos sentidos. 4. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2003. p. 129-142.

LUCKESI, C.C. **Avaliação da aprendizagem escolar**. 16 ed. São Paulo: Cortez, 1995.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1988.

MACHADO, R. R. **A passagem de plantão no contexto do processo de trabalho da enfermagem**. Dissertação de Mestrado Florianópolis, 2002. 117 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

MANFREDI, S.M. Trabalho, qualificação e competência profissional – das dimensões conceituais e políticas. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 19, n. 64, p. 13-49, set. 1998.

MATOS, E. **Novas formas de organização do trabalho e aplicação na enfermagem**: possibilidades e limites. 2002. 140 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

_____. **A contribuição da prática interdisciplinar na construção de novas formas de organização do trabalho em saúde**. 2006. 353 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

MATOS, E. SALUM, N.C; GELBCKE, F. MESQUITA, M.P. A produção do conhecimento da enfermagem no HU/UFSC, 2006. (Digitado).

MARTINEZ, F. J. M.; BOSSI, M. L. M. Notas para um debate. In: _____ (Org). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 23-71.

MENDEZ, J.M.A. Avaliar para conhecer, examinar para excluir. Trad.Magda Schwartzaupt Chaves. Porto Alegre: Artmed, 2002.

MELLO, G. N. **Cidadania e competitividade**. São Paulo: Cortez, 1998.

MEYER, D. E.; KRUSE, M. H. Acerca de diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: um início de reflexão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 335-39, jul./ago. 2003.

MERCADO-MARTINEZ,F.J. O processo de análise qualitativa dos dados na investigação sobre serviços de saúde. IN: BOSI, M.L.M; MERCADO-MARTINEZ, F.J (orgs). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ:Vozes, 2004, p.137-176p.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16. p.161-77, set. 2004/fev. 2005,

_____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.) **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994. p. 117-160.

MINAYO, M. C. S. Conceitos de avaliação por triangulação de métodos. In: **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. MINAYO, M. C.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E. R. Rio de Janeiro: FioCruz, 2005. p. 19-51.

_____. **O desafio do conhecimento**. 8. ed. São Paulo: HUCITEC- ABRASCO, 2004.

_____. et al. Possibilidades e dificuldades nas relações entre ciências sociais e epidemiologia. **Ciência, Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 97-107, 2003.

_____; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade?

Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

MORIN, E. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma e reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000a.

_____. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000b.

MOSCOVICI, F. **Renascença organizacional**. 6 ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1996.

_____. **Desenvolvimento interpessoal**: treinamento em grupo. 15. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2005.

NARCHI, N. Z.; FRIEDLANDER, M. R. Um *design* de avaliação institucional. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, p. 26-31, set./out. 2001.

NASCIMENTO, S. R. **O agir comunicativo permeando as tecnologias educacionais na construção do conhecimento em enfermagem**. 2005. 170 f. Florianópolis. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

NEVES, E. R. C.; BORUCHOVITCH, E. A motivação de alunos no contexto da progressão continuada. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 20, n.1, p.77-85, abr. 2004.

NEVES, E. P. As dimensões do cuidar em enfermagem; concepções teórico-filosóficas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 79-92, dez. 2002.

OGUISSO, T. A educação continuada como fator de mudanças: visão mundial. **Nursing**, São Paulo, v. 3, n. 20, p. 22-25, jan. 2000.

PADILHA, M. I. S.; SOUZA, L. N. A..S. A comunicação e o processo de trabalho em enfermagem. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.11, n.1, p.11-30, 2002.

PADILHA. M.F; SELHORST, I. B; NUNES, H; GELBCKE, F. **Avaliação de desempenho – contribuições de novos indicadores para as chefias de serviço**, 2005. (Digitado)

PADALINO, Y.; PERES, H. H. C. E-learning: a comparative study for knowledge apprehension among nurses. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n. 3, p.397-403, jun. 2007.

PEÑA, F. Y.; CASTILLO, A. M. Factors influencing nursing staff members' participation in continuing education. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n. 3. p. 309-315, jun. 2006.

PENTEADO, H. D. **Pedagogia da comunicação**: teorias e práticas. São Paulo:

Cortez, 2000.

PERES, H. H. C.; LEITE, M. M. G.; GONÇALVES, V.L.M. Educação continuada: recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento, e avaliação de desempenho profissional. In. KURGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 138-156.

PERRENOUD, P.; THURLER, M.G. **As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e do desafio da avaliação**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

PERRENOUD, P. **Avaliação: da excelência à regulação das aprendizagens: entre duas lógicas**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

PIRES, D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Rev. Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 13, n. 1/2, p. 83-92, 2000.

PRATA, M. R. A produção da subjetividade e as relações de poder na escola: uma reflexão sobre a sociedade disciplinar na configuração social da atualidade. **Rev. Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n.28, p. 108-116, jan./abr. 2005.

PUCCINI, P. T.; CECILIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p.1342-1353, set./out. 2004.

RAMOS, M. N. qualificação, competências e certificação: visão educacional. **Formação**, Brasília, v.2, n.1, p.17-26, 2001.

REIBNITZ, K.; PRADO, M. L. Processo de trabalho, processo educativo e formação profissional em enfermagem. In: REIBNITZ, K.; PRADO, M. L. **Inovação e educação em enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2006. p. 79-108.

REIBNITZ, K. **Profissional crítico-criativo em enfermagem: a construção do espaço intercessor na relação pedagógica**. 2004. 132 f. Florianópolis. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

REIBNITZ, K.; PRADO, M.L. **Inovação e educação em enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2006.

_____. **Inovação e educação em enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2006.

RICALDONI, C. A. C.; SENA, R. R. Permanent education: a tool to think and act in nursing work. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.6, p.837-842, dec. 2006.

RIOS, T. A. **Compreender e ensinar: por uma docência da melhor qualidade**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

ROMÃO, J. E. **Avaliação dialógica: desafios e perspectivas**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

SALUM, N. C.; PRADO, M. L. Educação continuada no trabalho: uma perspectiva de transformação da prática e valorização do(a) trabalhador(a) de enfermagem. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 298-311, maio/ago. 2000.

_____. **Educação continuada no trabalho**: uma perspectiva de transformação da prática e valorização do(a) trabalhador(a) de enfermagem. 2000. 178 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

_____; PRADO, M. L. Educación continua en el trabajo: nuevos desafíos para los profesionales de enfermería. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín: Colômbia, v.25, n.1, p. 100-106, mar. 2007.

SANTOS, A. **A prática da liderança**: conhecimento, habilidade e atitude para a prática da liderança em espaços organizacionais formais. Petrópolis,RJ: Vozes, 2005

SAUL, A. M. **Avaliação emancipatória**: desafio à teoria e á prática de avaliação e reformulação de currículo. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

SAVIANI, D. O trabalho como princípio educativo frente às novas tecnologias. In: FERRETTI, C. J. et al. (Org.) **Novas tecnologias, trabalho e educação**: um debate multidisciplinar. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 151-168.

SEGNINI, L. R. P. Educação e trabalho: uma relação tão necessária quanto insuficiente. **São Paulo Perspectiva**, São Paulo, v. 14, n. 2., p. 72-81, abr./jun. 2000.

SHIROMA, E. O; CAMPOS, R. F. Qualificação e reestrututração produtiva: um balanço das pesquisas em educação. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 8, n. 61, p.13-35, dez. 1997.

SILVA, L. A. A.; FERRAZ, F.; BACKES, V.M.S. A transcendência da educação continuada na enfermagem manifestada em periódicos de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51., 2004, Gramado. **Anais eletrônicos...** Alegre: Aben-RS, 2004. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br>> . Acesso em: nov. 2004.

SILVA, M. J. P.; PEREIRA, L. L; BENKO, M. A. **Educação continuada**: estratégia para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1989.

SILVA, D.G; MATOS, E.; SALUM, N.C.; HONÓRIO, M.T; MESQUITA, M.P.L. **O papel do acompanhante na internação hospitalar**. Florianópolis, 2002 (relatório digitado).

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 6. ed. São Paulo. Gente. 2002a

SILVA, M. J. P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Revista Bioética**. v. 10, n.2, p.76-86, 2002b.

SILVA, J. P. V.; TAVARES, C. M. M. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 271, p.281-295, 2007.

SOBRAL, F. A. F. Educação para a competitividade ou para a cidadania social? **São Paulo Perspec**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 3-11, jan./mar. 2000.

SOUZA, Lúcia Nazareth Amante de. **Perspectivas do agir comunicativo implícitas no discurso da Enfermagem**. 2005. 311 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis: UFSC, 2005.

SOUZA, L. N. A. **Perspectivas do agir comunicativo implícitas no discurso de enfermagem**. 2005. 289 f. Florianópolis. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SOUZA, J. **Patologias da modernidade**: um diálogo entre Habermas e Weber. São Paulo: Annablume, 1997.

STEFANELLI, M. **Comunicação com o paciente, teoria e ensino**. 2. ed. São Paulo: Robe Editorial, 1993.

SULZBACGER, M.; LUNARDI, V. L.; FILHO, W. d. L. Implicações morais do fazer da enfermagem. **Rev. Paulista de Enfermagem**. São Paulo. v.25, n.2, p.102-8, abr./jun. 2006.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 jul. 2007.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: MARTINEZ, F. J. M.; BOSSI, M. L. M (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 121-136.

TEIXEIRA, L. C. Ética e subjetividade: indagações em Habermas e Rorty. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 8, n.1, p. 147-153, jan./abr. 2003.

TOASSI, R. F.; PETRY, P. C. Motivação no controle do biofilme dental e sangramento gengival em escolares. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 5, p. 634-637, 2002.

TORRES, G. V.; RUFFINO, M. C. Competência técnica na prevenção do HIV/AIDS: validação de um instrumento. **Rev. Latino Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 6, p. 7-12, nov./dez. 2001.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de

programas e serviços em saúde. In: MARTINEZ, F. J. M.; BOSSI, M. L. M. (Org). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 99-136.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Pró-reitoria de Desenvolvimento Humano e Social. Departamento de Desenvolvimento de Potencialização de Pessoas. Divisão de Capacitação e Afastamento para Formação. **Plano de Capacitação**, Florianópolis: UFSC, 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária**. Disponível em: <<http://www.fapeu.ufsc.br/>>. Acesso em: 22 ago. 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Resolução nº 016/CUN/9627 de 27 de agosto de 1996** que dispõe das normas de afastamento e acompanhamento de servidores Técnico-Administrativo para formação. Disponível em:<http://notes.ufsc.br/aplic/RESOCONS.NSF/c3e4d50f929487f703256345007241d7/c5646974afba2f3f0>> Acesso em: 22 ago.2007.

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar**: epidemiologia e metodologia operativa. Petrópolis: Vozes, 2002.

ZOCHE, D..A..A. Educação profissional em saúde: reflexões sobre a avaliação. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 281-285, jul. 2007.

ZUSMAN, W. Pode a psicanálise oferecer algo na preservação do humano? **Rev. Brasileira de Psicanálise**, São Paulo. n.32, p. 945-51, 1998.

WALDOW, V. **cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Brokman, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE 01

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

Projeto de Pesquisa: “A Educação permanente e suas contribuições na constituição do/a profissional e nas transformações do cuidado de enfermagem “

Pesquisadora Principal: Enf^ª MSc. Dda. Nádia Chiodelli Salum

Pesquisadora Orientadora: Prof^ª Dr^ª Marta Lenise do Prado

Roteiro de Entrevista

PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Dados de Identificação

Nome: Codinome:.....

Nível profissional:..... Cargo:

Titulação Acadêmica: () Especialização.....

() Mestrado () Doutorado

Unidade de trabalho:

Turno: () Manhã () Tarde () Noite

Tempo de Profissão:

Tempo de Trabalho na Instituição/DE:

E-mail:..... Fone:.....

Tópicos para a Discussão

Fale um pouco de você e de sua vida aqui na DE/HU.

Fale o que significa para você a Educação Permanente?

▶ Baseado no que você falou, o CEPEN corresponde as suas expectativas? Você se sente integrado e participante dos programas de educação no trabalho? Como?

▶ Exemplifique situações em que corresponde

▶ Exemplifique situações em que não corresponde.

Como você percebe a atuação da educação permanente para sua vida pessoal?

▶ Como você avalia sua vida pessoal em relação as atividades educativas no trabalho vivenciadas ? As pessoas com quem você convive percebem mudanças em você após a participação nas ações do CEPEN?

Como você percebe a atuação da educação permanente no trabalho para sua vida profissional?

▶ Como você avalia sua atuação profissional após ter participado de atividades educativas no trabalho? Como você percebe a atuação da sua equipe na unidade? A que você atribui este comportamento?

▶ Você problematiza com sua equipe e clientes a realidade de seu trabalho?

▶ Você tem desenvolvido algum tipo de atividade junto a sua equipe ou a equipe multiprofissional?

Você poderia citar algumas situações que você identifica que mudaram em decorrência das práticas de educação no trabalho, tanto na sua vida pessoal, como profissional, como com sua equipe de trabalho?

Como você percebe as ações da educação no trabalho hoje na instituição? O que você identifica de positivo e de negativo na educação permanente no trabalho na instituição?

Observação: será realizado pré-teste para adequação e ajuste do roteiro.

APÊNDICE 02

Roteiro de Entrevista dos Pacientes

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

Projeto de Pesquisa: “Educação permanente e suas contribuições na constituição do/a profissional e nas transformações do cuidado de enfermagem “

Pesquisadora Principal: Enf^ª MSc. Dda. Nádia Chiodelli Salum

Pesquisadora Orientadora: Prof^ª Dr^a Marta Lenise do Prado

Roteiro de Entrevista

CLIENTES

Dados de Identificação

Nome:

Codinome:

Profissão:

Escolaridade:..... Idade:

Tempo de Internação:

Número de Internações no HU:

Unidade de internação:

Turno da Assistência: () Manhã () Tarde () Noite

Problemas de Saúde:

E-mail:.....

Fone:

Tópicos para a Discussão

Porque você procurou o HU? Fale um pouco da sua saúde.

Como você é atendido no HU? Quais os profissionais que o atendem? Consegue reconhecê-los?

Como você percebe a assistência que é prestada no HU pela equipe de enfermagem?

Quais os cuidados a enfermagem faz com você? Você se sente satisfeito? Você tem liberdade para chamar a enfermagem?

O que você identifica de positivo na assistência prestada pela equipe de enfermagem?

O que você identifica de negativo na assistência prestada pela equipe de enfermagem?

Você identifica atendimento diferenciado pelos diversos membros da equipe de enfermagem? Explique o porquê?

Você vê diferença do cuidado de enfermagem prestado aqui em relação a outros hospitais?

A que você identifica estas mudanças?

Existe alguma coisa que você gostaria de falar a respeito da sua experiência de internação em relação ao cuidado de enfermagem?

Observação: será realizado pré-teste para adequação e ajuste do roteiro.

APÊNDICE 03

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

Projeto de Pesquisa: “A Educação permanente e suas contribuições na constituição do/a profissional e nas transformações do cuidado de enfermagem “

Pesquisadora Principal: Enf^a MSc. Dda. Nádia Chiodelli Salum

Pesquisadora Orientadora: Prof^a Dr^a Marta Lenise do Prado

Roteiro de Observação Sistemática

Data da observação:

Unidade:

Atividade observada:.....

Profissional observado:.....

Turno: () Manhã () Tarde () Noite

Tópicos a serem observados

Condições de trabalho (ambiente físico/ adequação à atividade, número de pessoas envolvidas, instrumentos de trabalho utilizados, técnica utilizada)

Trocas estabelecidas entre o profissional e cliente

Envolvimento do profissional com a tarefa realizada.

Execução do cuidado

Situações de apoio na execução do cuidado, trocas estabelecidas com outros profissionais, familiares.

Sentimentos e atitudes demonstradas durante o cuidado

APÊNDICE 04

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Profissionais de Enfermagem

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Nádia Chiodelli Salum, enfermeira matriculada no curso de doutorado em enfermagem da UFSC. Estou desenvolvendo a pesquisa intitulada “Educação permanente e suas contribuições na constituição do/a profissional e nas transformações do cuidado de enfermagem” com o objetivo de compreender as contribuições que a educação no trabalho tem trazido no desenvolvimento dos profissionais de enfermagem, bem como na qualidade do cuidado prestado pela enfermagem ao paciente. Esta construção só será possível com a sua participação. Nesse sentido, gostaria de contar com sua colaboração participando da entrevista, observação sistemática e discussões em grupo. Fica assegurado a você a garantia de anonimato das informações fornecidas, podendo você desistir a qualquer momento se assim o desejar. Esclareço que as informações serão utilizadas para a tese de doutorado e posterior publicação. Sua participação poderá contribuir para a construção de uma educação permanente mais efetiva, uma vez que a avaliação servirá de indicativos para direcionar o processo de educação no trabalho, assim como melhoria na qualidade do cuidado prestado pela enfermagem. Após a etapa da entrevista e transcrição, seu relato será entregue para seu parecer final, estando você livre para acrescentar ou corrigir as informações que julgar pertinente. Desta forma, ao assinar este documento, você estará declarando aceitar fazer parte deste estudo.

Agradeço sua colaboração, colocando-me a disposição para quaisquer esclarecimentos e dúvidas pelos telefones: (48) 3223- 8599/ 9915-9431/3331-9188. E-mail: chiodelli@bol.com.br

Enf^a MSc. Dda. Nádia Chiodelli Salum
Pesquisadora Principal

Prof^a Dr^a Marta Lenise do Prado
Pesquisadora Orientadora

Eu, _____, fui esclarecido(a) sobre a pesquisa “Educação permanente e suas contribuições na constituição do/a profissional e nas transformações do cuidado de enfermagem “ e ciente dos objetivos e compromissos da pesquisadora sobre a utilização das informações, concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis _____, de _____ de 2007.

Assinatura: RG:

APÊNDICE 05

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Pacientes

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é **Nádia Chiodelli Salum**, enfermeira do hospital Universitário e estou cursando Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Pretendo desenvolver a pesquisa "**A Educação permanente e suas contribuições na constituição do/a profissional e nas transformações do cuidado de enfermagem**", com o objetivo de compreender como a educação permanente interfere no desenvolvimento dos profissionais e na qualidade do cuidado que é prestada. Este instrumento tem a intenção de obter seu consentimento por escrito para participar da entrevista, em que as informações serão anônimas e utilizadas em minha tese de doutorado. A entrevista será gravada e desta forma comprometo-me a realizar com você a leitura da mesma, após sua transcrição para que você possa acrescentar ou corrigir alguma informação que julgar pertinente. Fica assegurado a você a possibilidade de desistir de sua participação a qualquer momento se assim o desejar sem prejuízo de sua assistência na instituição. Sua participação poderá contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado prestado aos clientes que procuram o Hospital Universitário.

Agradeço sua colaboração, colocando-me a disposição para quaisquer esclarecimentos e dúvidas pelos telefones: (48) 3223- 8599/ 9915-9431/3331-9188. E-mail: chiodelli@bol.com.br

Assinaturas:

Enf^a MSc. Dda. Nádia Chiodelli Salum
Pesquisadora Principal

Prof^a Dr^a Marta Lenise do Prado
Pesquisadora Orientadora

Eu, _____, fui esclarecido(a) sobre a pesquisa "**A Educação permanente e suas contribuições na constituição do/a profissional e nas transformações do cuidado de enfermagem**" e ciente dos objetivos e compromissos da pesquisadora sobre a utilização das informações, concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis _____, de _____ de 2007.

Assinatura: RG:

ANEXOS



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UNISUL

Pedra Branca, 28 de agosto de 2006

Registro no CEP (código): 06.133.4.04.III

Ao pesquisador(a): Prof(a). **Nádia Chiodelli Salum**
Hospital Universitário - Florianópolis

Prezado(a) Senhor(a):

Vimos, através deste, informar que o projeto de pesquisa "*Educação Permanente no trabalho da enfermagem na perspectiva da multidimensionalidade: uma proposta de avaliação*", foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da UNISUL. Esta CEP-UNISUL segue a legislação federal brasileira. Trata-se de colegiado criado para contribuir ao desenvolvimento da pesquisa na UNISUL dentro de elevados padrões éticos. Avalia, eticamente, projetos de pesquisas em seres humanos (não somente os da área de saúde), projetos de pesquisas em animais, projetos envolvendo biossegurança, pesquisas com cooperação estrangeira, pesquisas de novos fármacos, novas vacinas ou novos testes diagnósticos, ou qualquer projeto de pesquisa que envolva um problema que exija avaliação ética.

Gostaríamos de salientar que, embora aprovado, qualquer alteração dos procedimentos e metodologias que houver durante a realização do projeto em questão, deverá ser informado imediatamente à Comissão de Ética em Pesquisa da UNISUL

Duas vias dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido deverão ser assinadas pelos responsáveis. Uma cópia deverá ser entregue aos responsáveis e a outra deverá ser mantida pelo pesquisador por um período de até cinco anos, conforme legislação.

Cordialmente,

Prof. Dra. Lúcia Nazareth Amante
Coordenadora do CEP-UNISUL

ANEXO 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DIRETORIA DE ENFERMAGEM

FICHA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO INTERNA

CATEGORIA: ENFERMEIROS DAS UI, UTI E EMERGÊNCIA.

NOME: SEÇÃO:

ASPECTOS DA AVALIAÇÃO						
	5	4	3	2	1	NA*
<p>I. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:</p> <p>1. Método de assistência de enfermagem. 2. Assistência direta, colocação do horário nas prescrições, avaliação de intercorrências. 3. Passagem de plantão, visita diária aos clientes, acompanhamento de outros profissionais de saúde, na visita a clientes. 4. Orientações e supervisão de enfermagem. 5. Administração da assistência de enfermagem.</p> <p>II. COMPROMISSO PROFISSIONAL</p> <p>III. ATIVIDADES RELACIONADAS COM O ENSINO, PESQUISA E/OU EXTENSÃO.</p>						

NA* - NÃO SE APLICA

AVALIADOR

AVALIADO

DATA/...../.....

ANEXO 3

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DIRETORIA DE ENFERMAGEM

FICHA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO INTERNA

CATEGORIA: TÉCNICO E/OU AUXILIAR DE ENFERMAGEM
DAS UI, UTI, EMERGÊNCIA E AMBULATÓRIO

NOME:..... SERVIÇO:

ASPECTOS DA AVALIAÇÃO	NÍVEIS					
	5	4	3	2	1	NA*
I. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:						
1. Execução de Procedimentos						
1.1. GRAU I						
1.2. GRAU II						
1.3. GRAU III						
2. Passagem de plantão e registros de enfermagem						
II. COMPROMISSO PROFISSIONAL						
III. ATIVIDADES RELACIONADAS COM O ENSINO, PRODUÇÃO CIENTÍFICA E/OU EXTENSÃO.						

NA* - NÃO SE APLICA

AVALIADOR

AVALIADO

DATA/...../.....

ANEXO 4

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DIRETORIA DE ENFERMAGEM

FICHA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO INTERNA

FUNÇÃO: CHEFIA DE SERVIÇO DE ENFERMAGEM

NOME:..... SERVIÇO:

ASPECTOS DA AVALIAÇÃO	NÍVEIS				
	5	4	3	2	1
I. Habilidades Básicas					
II. Habilidades Específicas					
III. Habilidades de Gestão					

AVALIADOR

AVALIADO

DATA/...../.....

ANEXO 5**FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE FUNCIONÁRIO****Pontos fortes:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pontos a serem trabalhados:

.....

.....

.....

.....

Orientações e Acompanhamentos previstos/realizados na seção:

.....

.....

.....

.....

Necessidade de intervenção do Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem:

.....

.....

.....

.....

Prazo para avaliação do programa:

.....

.....

.....
Nome do Avaliado

.....
Data

.....
Nome do Avaliador