



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

CAMPUS BAIXADA SANTISTA

Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

LOURDES APARECIDA GALEGO VALERO

**PROPOSTA DE UM PROCESSO EDUCATIVO
PERMANENTE EM SAÚDE NO TRABALHO DA
ENFERMAGEM**

SANTOS

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

CAMPUS BAIXADA SANTISTA

Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

LOURDES APARECIDA GALEGO VALERO

**PROPOSTA DE UM PROCESSO EDUCATIVO
PERMANENTE EM SAÚDE NO TRABALHO DA
ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista, como requisito para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino de Ciências da Saúde

Orientadora: Prof. Dra. Maria do Carmo Baracho de Alencar

SANTOS

2014

V165p Valero, Ludes Aparecida Galego, 1962-
Proposta de um processo educativo permanente em saúde no
trabalho da enfermagem. / Ludes Aparecida Galego Valero ;
Orientadora: Profa. Dra. Maria do Carmo Baracho de Alencar. –
Santos, 2014.
121 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo –
Campus Baixada Santista, Programa de Pós-graduação em
Ensino em Ciências da Saúde, 2014.

1. Enfermagem. 2. Educação permanente. 3. Infectologia. 4.
Educação em enfermagem. 5. Condições de trabalho. I. Alencar,
Maria do Carmo Baracho, Orientadora. II. Título.

CDD M610.7

Lourdes Aparecida Galego Valero

Proposta de um Processo Educativo Permanente em Saúde no Trabalho da Enfermagem

BANCA EXAMINADORA

DATA DE APROVAÇÃO: 24/10/2014

Prof.^a Orientadora: Dr^a Maria do Carmo Baracho de Alencar – Universidade Federal do Estado de São Paulo - Professora do Departamento de Gestão e Cuidados em Saúde

Prof.^a Dr^a Andrea Perosa Saigh Jurdi - Universidade Federal do Estado de São Paulo - Professora do Departamento - Saúde, Educação e Sociedade

Prof.^a Dr^a Luana Carramillo Going - Universidade Católica de Santos - Professora do Departamento de Psicologia

Prof.^a Dr^a Andrea Alves Soerensen - Universidade Paulista – Professora do Departamento de Enfermagem

AGRADECIMENTOS

- À Deus pela proteção.
- Aos meus filhos, Gabriel e Giovani, por toda paciência, dedicação e amor.
- À José Luiz pela força e compreensão.
- Aos colaboradores do Instituto de Infectologia Emilio Ribas-Baixada Santista pelo desafio na implantação de um Hospital Especializado.
- À equipe de enfermagem da Unidade de Internação do Instituto de Infectologia Emílio Ribas-Baixada Santista, sem eles não seria possível a realização desse estudo.
- Aos professores do Mestrado Profissional da UNIFESP - Baixada Santista pelos ensinamentos.
- Aos colegas da 1ª Turma do Mestrado Profissional da UNIFESP, pelo desafio.
- À minha orientadora Prof.^a Maria do Carmo, por todo apoio, ensinamentos e dedicação.
- À Laís por toda ajuda na formatação desse trabalho.

“NINGUÉM CAMINHA SEM APRENDER
A CAMINHAR, SEM APRENDER A FAZER O CAMINHO
CAMINHANDO, REFAZENDO E RETOCANDO O SONHO PELO
QUAL SE PÔS A CAMINHAR”

PAULO FREIRE

RESUMO

Objetivo: Investigar aspectos do trabalho da equipe de enfermagem de uma unidade hospitalar de um Hospital da Baixada Santista em processo de implantação, e elaborar uma proposta visando aprimorar o processo educativo permanente em saúde no trabalho.

Metodologia: Trata-se de um estudo do tipo exploratório, descritivo e qualitativo. O estudo ocorreu em um Hospital especializado em Infectologia da Baixada Santista. Na primeira etapa foram selecionados enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuavam na unidade de internação, e faziam parte da equipe de enfermagem no período de abril a agosto de 2013. Foi elaborado um roteiro com questões semiestruturadas sobre: dados pessoais, profissionais, vivências no trabalho, sobre as ações educativas existentes, entre outras, para a realização de entrevistas, que foram gravadas e transcritas na íntegra, para análise de conteúdo por categorias. Na segunda etapa foram realizados encontros em “rodas de conversa”, e com temas definidos a partir da primeira etapa. **Resultados:** Participaram dez enfermeiros e treze técnicos de Enfermagem, com idades entre 25 e 55 anos, sendo dezanove do gênero feminino e quatro do gênero masculino. Nos depoimentos surgiram a insegurança e medo em relação ao “novo” frente à área de Infectologia, conflitos no trabalho, dificuldades em processos de informatização e na Educação Continuada, e desconhecimento sobre a Educação Permanente em Saúde. As rodas de conversa evidenciaram a importância de discussões e reflexões sobre os problemas e dificuldades. **Conclusões:** A Infectologia possui especificidades, e alguns processos educativos na unidade necessitam ser revisados. Foi proposto a promoção de espaços para discussões e reflexões em grupo, para aprimorar o processo educativo permanente.

DESCRITORES: Enfermagem; Educação Permanente; Infectologia; Educação em Enfermagem; Condições de Trabalho.

ABSTRACT

Objective: Investigate working aspects of the nursing staff in a hospital unit of Santos area in the deployment process, and develop a proposal to improve the continuous educational process in health at work. **Methodology:** This is a study of exploratory, descriptive and qualitative. The study took place in an Infectious Diseases Hospital, in Santos area. In the first step, nurses and nursing technicians who worked in the inpatient unit were selected that were part of the Nursing staff from April to August of 2013. A script with semi-structured questions was elaborated about personal data, profession, work livings, about existing educational activities and others, to use in taped interviews and integral transcribed for content analysis by categories. In the second-step meetings in "conversation wheels" occurred, and topics identified from the first step. **Results:** Participated ten nurses and thirteen nursing technicians, aged 25 to 55 years old, and nineteen females and four males. In testimonies, insecurity and fear related to the "new" area of infectious diseases, conflicts in teamwork, difficulties in the process of computerization and Continuing Education and ignorance about the Continuing Education. In "conversation wheels" highlighted the importance of discussions and reflections about problems and difficulties. **Conclusions:** There are specificities in infectious diseases and revise some educational processes in nursing. A proposal of rooms for discussions and reflections in group-team to promote the continuous education process was made.

KEYWORDS: Nursing; Continuing Education; Infectious Diseases; Education in Nursing; Work Conditions.

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEPE	Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino Saúde
COREN-SP	Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
CVE	Centro de Vigilância Epidemiológica
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
HIV	Human Immunodeficiency Virus
NR	Norma Regulamentadora
PAREPS	Plano Regional de Educação Permanente em Saúde
PNEP	Plano Nacional de Educação Permanente
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
POP	Protocolo Operacional Padrão
RMBS	Região Metropolitana da Baixada Santista
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada

SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SI3-incor	Sistema Integrado de Informação ³ - Instituto do Coração
SGTES	Secretaria do Trabalho e da Educação na Saúde
SES-SP	Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Tratamento Antirretroviral
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURA E TABELAS

FIGURA 1- Organograma do Serviço de Enfermagem.....45

TABELA 1- Dados Demográficos e de Trabalho dos
Enfermeiros.....47

TABELA 2- Dados Demográficos e de Trabalho dos técnicos de
Enfermagem.....63

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	13
2 – REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1 Importância do trabalho.....	16
2.2. Organização do trabalho e saúde: aspectos gerais.....	17
2.3. Trabalho em saúde.....	19
2.4 O Trabalho da Enfermagem	20
2.4.1. O exercício de gerência do enfermeiro	23
2.4.2 A Enfermagem no ambiente hospitalar	25
2.4.3. O trabalho da enfermagem na Infectologia	26
2.5 Educação em Saúde.....	28
2.5.1 Educação Continuada na Enfermagem	30
2.5.2 Educação Permanente em Saúde e na Enfermagem	32
3 OBJETIVOS.....	39
3.1 Objetivo Geral	39
3.2 Objetivos Específicos	39
4 - MATERIAIS E MÉTODOS	40
5 – RESULTADOS E DISCUSSÕES	43
5.1 O Hospital e o processo de implantação da equipe de Enfermagem.....	43
5.2 As entrevistas com enfermeiros	46
5.3 As Entrevistas com os técnicos de enfermagem	63
5.4 As Rodas de Conversa e a Proposta	84
6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
7 - REFERÊNCIAS.....	100

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A educação é um fenômeno social necessário a toda atividade humana. Necessária à existência e ao funcionamento de uma sociedade, portanto é importante que esta cuide de seus indivíduos, auxiliando-os no desenvolvimento de suas capacidades e preparando-os para uma participação ativa e transformadora nas várias instâncias da vida social.

A educação é um processo dinâmico e contínuo de construção do conhecimento, através do desenvolvimento do pensamento livre e da consciência crítico-reflexiva, e principalmente pelas relações humanas.

Ao relacionar essa concepção de educação com a área da Saúde, consideramos uma prática social importante onde estão inseridas ações educativas. Assim sendo, há necessidade de promover efetivas oportunidades de ensino, onde a educação em saúde é compreendida como uma prática social que faz parte do modo de produção da existência humana e transformadora das relações sociais.

A Educação e saúde são espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano, onde há uma interseção entre estes dois campos, tanto em qualquer nível de atenção à saúde quanto na aquisição contínua de conhecimentos pelos profissionais de saúde, pois estes profissionais utilizam, mesmo inconscientemente, um ciclo permanente de ensinar e de aprender.

Educação em Saúde é um processo de trocas de saberes e experiências entre usuários, profissionais e gestores de saúde. Cada pessoa é valorizada como dono de um saber, um aprendiz e um educador. Esta prática tem como objetivo a prevenção de doenças, a promoção da saúde e promove a autonomia dos sujeitos envolvidos, tornando-os sujeitos ativos e transformadores de sua própria vida ou até mesmo da sua sociedade.

O setor de saúde trabalha propondo programas de ação educativa quase sempre fundamentados em uma assistência individual. Para cada programa há uma linha de Capacitações e treinamentos e nesse tipo de ação, nem sempre são consideradas as concepções e ações dos sujeitos envolvidos no trabalho em saúde. Geralmente são organizadas com base na transmissão de conhecimentos para categorias profissionais específicas e não valorizando com isso o sentido de equipe.

Os trabalhadores da área da saúde, em especial a equipe de Enfermagem da área

hospitalar, encontram-se expostos às mais variadas situações de riscos à saúde no trabalho que podem levar ao adoecimento e à redução da capacidade produtiva. Ainda, os conflitos do dia a dia do trabalho da enfermagem são comuns e muitas vezes não são discutidos entre os atores envolvidos.

A Enfermagem é um grupo fechado de trabalhadores composto por Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem onde suas atribuições estão amparadas pela Lei do Exercício Profissional – Lei nº 7498/86, que define as competências de cada profissional.

A Enfermagem hospitalar apresenta algumas características específicas pois é prestadora de uma assistência 24 horas por dia, ininterrupta nos sete dias da semana, onde os profissionais se deparam constantemente com sofrimentos, medos e conflitos, e ainda suportando o desgaste físico e psíquico da lida com a dor e o sofrimento dos pacientes.

Dentro do ambiente Hospitalar, a infectologia é a mais abrangente das especialidades médicas, requer das equipes de saúde conhecimento específico para o controle das doenças transmissíveis.

A Educação Continuada é tradicionalmente na área da enfermagem como continuação ou extensão do modelo acadêmico, pautada no conhecimento técnico-científico, com ênfase em cursos e treinamentos, é um modelo convencional de educação onde o trabalho é compreendido como aplicação do conhecimento teórico especializado, e isso não tem se traduzido em mudanças na prestação de serviços de saúde, a atualização é útil, mas não necessariamente tem o potencial de transformar as práticas nos serviços.

Isso releva a importância de se construir e organizar espaços coletivos onde a equipe possa sentar, conversar, e refletir sobre a identificação dos problemas, e os fatores desencadeantes dos mesmos, para um enfrentamento e busca de soluções.

A Educação Permanente em Saúde, segundo o Ministério da Saúde, tem como proposta que a capacitação do pessoal de saúde seja estruturada a partir da problematização do processo de trabalho. Seu objetivo é a transformação das práticas profissionais e a reorganização do trabalho, tendo como referência as necessidades de saúde dos atores envolvidos, a gestão setorial e o controle social em saúde.

Ações de Educação Permanente devem promover mudanças na forma de gestão e organização das instituições de saúde, deve possibilitar a construção de espaços coletivos para a reflexão e a avaliação do dia a dia de trabalho.

O interesse da pesquisadora em desenvolver este trabalho, surgiu com a

participação no processo de implantação de um hospital terciário para atendimento de pacientes acometidos por doenças infecciosas na Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS). Ainda pela responsabilidade de coordenar o Serviço de Enfermagem. Participou desde o processo de seleção e composição da equipe de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem até o acompanhamento dos treinamentos e a capacitação para a assistência de Enfermagem em Infectologia. Foi um importante objetivo do planejamento de implantação do Serviço, a elaboração do Manual do Serviço de Enfermagem com protocolos, normas e rotinas, elaborado com a participação da pesquisadora. O processo de Implantação impulsionou a equipe interdisciplinar a implementar a Política de Educação Permanente para os colaboradores, visando o trabalho em equipe e a implantação da integralidade do cuidado em saúde.

Pretende-se contribuir como proposta, para um aprimoramento do Processo Educativo Permanente como estratégia e ferramenta gerencial do serviço de Enfermagem, por meio da organização de um espaço institucional que garanta a equipe reunir-se em grupo, refletir e discutir o dia a dia de trabalho e sobre as dificuldades relacionadas, bem como propiciar troca de saberes e experiências que possam contribuir para melhorias nos processos de trabalho. Os trabalhadores da Enfermagem devem ser reconhecidos como atores sociais, que ativamente produzem o trabalho e são corresponsáveis na construção do seu próprio conhecimento.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Importância do trabalho

Etimologicamente a literatura evidencia que a maioria das línguas da cultura européia apresenta mais de uma significação para trabalho; em português encontram-se as palavras labor e trabalho como sinônimas, no entanto, na palavra trabalho estão igualmente implicados os dois significados: a realização de uma obra expressiva, criadora e permanente, e ainda o esforço rotineiro, repetitivo e consumível (KRAWULSKI, 1998).

Segundo Ribeiro e Léda (2004), por muito tempo o significado de trabalho foi associado a fardo e sacrifício, onde na Grécia Antiga, o trabalho era desprezado pelos cidadãos livres, pois Platão considerava o exercício das profissões vil e degradante. Segundo os autores, a concepção de trabalho como fonte de identidade e autorrealização humana, foi constituída somente a partir do Renascimento, apresentando duas perspectivas distintas, a primeira referente a um caráter negativo, em alguns momentos representava incômodo, carga, algo esgotante para quem o realiza, entre outros; e a segunda a uma dimensão positiva como espaço de criação, crescimento pessoal, possibilidade de o homem construir a si mesmo e marcar sua existência no mundo.

A noção moderna de trabalho está fortemente vinculada ao conceito engendrado pela economia política, na medida em que o trabalho é caracterizado como um ato que se passa entre o homem e a natureza, e coloca em relevo uma segunda característica, que diz respeito ao fato de que as trocas entre homem e natureza ocorrem sob condições sociais determinadas (BRITO, 2005).

Segundo Saviani (2007), o que conhecemos com o nome de trabalho, é o ato de agir sobre a natureza transformando-a em função das necessidades humanas. Para esse autor, a essência humana não é então dada ao homem, não é uma dádiva divina ou natural, não é algo que precede a existência do homem, ao contrário, a essência humana é produzida pelos próprios homens, pois o que o homem é, é pelo trabalho.

O grau de importância que o trabalho tem na vida de uma pessoa em um determinado momento, é formada por um complexo composto por um componente

valorativo, depende do valor atribuído a este dentro da vida dos sujeitos e identifica em que medida o trabalho é central para a auto-imagem, sendo influenciada pelos ciclos vitais do sujeito, e que mede a relação do trabalho com outros momentos importantes na sua vida (TOLFO; PICCINNI,2007).

O homem ao produzir a sua própria existência produz a si mesmo, onde a práxis do trabalho revela uma relação entre o homem e a natureza, e gera relações sociais, sendo fundamental para a criação da identidade do homem, pois ao trabalhar o homem deixa a sua face trabalho (KANTORSKI, 1997). Trabalho tem caráter plural, é atividade laboral, fonte de experiência psicossocial, sobretudo dada a sua centralidade na vida das pessoas: é indubitável que o trabalho ocupa parte importante do espaço e do tempo em que se desenvolve a vida humana contemporânea, pois não é apenas meio de satisfação das necessidades básicas, é também fonte de identificação, de desenvolvimento das potencialidades humanas, de alcançar sentimento de participação nos objetivos da sociedade (NAVARRO; PADILHA,2007).

Segundo Hennington (2001), o mundo do trabalho é caracterizado por agudas transformações no contemporâneo, o trabalho permanece marco de sociabilidade, construindo-se como possibilidade identitária e de construção de laços sociais, e além de garantir a sobrevivência, não há como negar que, ainda hoje, se reconhecem e se situam na sociedade a partir do trabalho, e ele toma grande parte do tempo e do espaço da vida de cada um.

2.2. Organização do trabalho e saúde: aspectos gerais

A contemporaneidade trouxe em seu bojo transformações sociais, econômicas, tecnológicas e geopolíticas em escala mundial, com implicações para os modos de ser dos sujeitos e suas formas de agir na sociedade (COUTINHO; KRAWULSKI; SOARES, 2007). Estamos vivenciando o avanço da chamada era da mundialização do capital, onde podemos presenciar também uma fase de mundialização das lutas sociais do trabalho, nelas incluídas as massas de desempregados que se ampliam em escala global (ANTUNES; ALVES,2004).

Por Organização do trabalho entende-se a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, (na medida em que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de

comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade (DEJOURS, 1992). É um processo que envolve as atividades dos trabalhadores, a relação de trabalho com seus pares e com a hierarquia, (GELBCKE, 2004; PIRES, 2004). A organização do trabalho e o gerenciamento no setor saúde, especialmente no ambiente hospitalar sofre até hoje, uma forte influência do modelo Taylor e Fayol da administração clássica e do modelo burocrático (MATOS; PIRES;2006).

A Administração Clássica conhecida como Teoria da Administração Científica iniciada por Frederick W. Taylor (1856–1915) fundamenta-se na aplicação de métodos da ciência positiva, racional e metódica aos problemas administrativos, a fim de alcançar a máxima produtividade (CHIAVENATO, 2003). Essa teoria provocou uma verdadeira revolução no pensamento administrativo e no mundo industrial, onde para o aumento da produtividade propôs métodos e sistemas de racionalização do trabalho e disciplina do conhecimento operário colocando-o sob comando da gerência; a fragmentação e hierarquização do trabalho. Segundo Chiavenato (2003), foi Fayol que complementou o trabalho de Taylor, substituindo a abordagem analítica e concreta por uma abordagem sintética, global e universal, propôs a racionalização da estrutura administrativa e a empresa passa a ser percebida como uma síntese dos diversos órgãos que compõe a sua estrutura, dando ênfase às funções e operações no interior da mesma: organizar, planejar, coordenar, comandar e controlar.

A maneira de se organizar um trabalho é um fator social determinado e determinante de uma lógica social, e na atualidade as relações de trabalho são realizadas como relação entre um superior que naturalmente manda e um inferior, que por ser trabalhador e depender de um salário, naturalmente obedece, reforçando a relação de mando e obediência (ASSUNÇÃO, 2003).

Segundo Fernandes et al (2006) a organização do trabalho vem se constituindo em instância social relevante no processo saúde-doença mental, pois produz efeitos sobre o corpo do trabalhador, passando pelo aparelho psíquico, onde é imposto certo modo de funcionamento, certa modelagem à luz das demandas, conteúdo e exigências da lógica do modo de produção.

A relação homem-organização do trabalho pode promover sofrimento, que em geral ocorre quando o trabalhador usou o máximo de suas faculdades intelectuais, psicoafetivas, de aprendizagem e de adaptação, ou seja, usou de tudo que dispunha de saber e de poder na organização do trabalho (DEJOURS, 1992). O prazer no trabalho ocorre quando é

permitido ao trabalhador desenvolver suas potencialidades, o que confere liberdade de criação e de expressão e favorece os laços cognitivos-técnicos com o resultado das atividades realizadas, promovendo a satisfação do trabalhador por meio da conscientização de seu papel na organização em que trabalha e também para a sociedade em que está inserido (SANTOS et al, 2013).

2.3. Trabalho em saúde

O objeto de trabalho em saúde está direcionado para diferentes perspectivas como a promoção, prevenção e/ou recuperação da saúde, qualquer desses níveis onde o trabalho ocorra, ficando evidente a necessidade de envolvimento e atuação de diferentes agentes que compõem a equipe multiprofissional, e configurando-se como um trabalho coletivo (MANENTI et al, 2012).

No trabalho coletivo em saúde os diversos profissionais de saúde desenvolvem parte do trabalho que tem como resultado, como produto, a assistência de saúde a indivíduos ou grupos, são atividades diferenciadas que resultam na assistência a seres humanos e são atividades complexas (PIRES; GELBCKE; MATOS, 2004).

Merhy (2007) cita que trabalho em saúde tem uma ação intencional marcada pela busca da produção de cuidados – bens e produtos – que satisfaçam necessidades, seja do usuário ou do trabalhador ou do serviço. Segundo o autor, é centrado no trabalho vivo em ato permanentemente e possuidor de tecnologias de ação, que se configuram em processos de intervenção que operam como relações, encontros de subjetividades e que se mantêm além dos saberes tecnológicos estruturados.

O trabalho em saúde possui especificidades que se devem principalmente ao seu caráter interativo, visto que as ações de saúde ocorrem no âmbito do encontro profissional-usuário, apresentando uma racionalidade técnica própria e distinta da produção material. O autor afirma ainda, que o trabalho em serviços de saúde é considerado imaterial, mediado pela relação social e pela comunicação, uma atividade ligada à subjetividade (CARVALHO et al, 2012).

Por subjetividade entende-se à relação que o ser humano estabelece consigo mesmo e com o mundo a partir de códigos, regras e normas produzidas socialmente, tornando assim a subjetividade em um eixo de problematizações (MEDEIROS; BERNARDES; GUARESCHI,2005).

Quando o trabalhador da saúde se encontra com um usuário no processo de trabalho, é estabelecido entre eles um espaço mediador que sempre existirá nos seus encontros, onde esse trabalhador da saúde utiliza-se de suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos, tecnologias de modo geral) na busca da realização de um produto/utilidade necessário pelo consumidor ou população, sem contudo reduzi-lo a um mero objeto de sua ação (MERHY, 2007).

Segundo Sant'Anna e Hennington (2011) o trabalho em saúde revela a necessidade cada vez maior para a elaboração de propostas educativas e de formação dos trabalhadores da área coerente com o processo de fortalecimento do SUS. Para os autores é necessário que outros fatores como a priorização da atenção primária, a ênfase na promoção da saúde, a reorganização de serviços de saúde em rede, a ampliação de espaços democráticos de discussão e de decisão e a implementação de gestão participativa sejam incorporados.

Uma importante organização em saúde, o Hospital, que como parte integrante de uma organização médica e social, tem como função básica proporcionar à população assistência médico-sanitário completa, tanto curativa como preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde (LOUZADA; STANG; CALABRAZ,2008).

2.4 O Trabalho da enfermagem

Segundo seu Código de Ética, a Enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos construídos e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência, e realiza-se na prestação de serviços à pessoa, família e coletividade (CEPE, 2007).

A Enfermagem é uma prática social, que estabelece relações com outros trabalhos, com as dimensões econômicas, culturais e sociais das instâncias que compõem a estrutura de

uma sociedade, está num contexto socio-histórico sobre o qual interfere e sofre interferências, não sendo neutra (PEREIRA et al, 2009). É na idade moderna que a Enfermagem assume dois rumos, ou seja, em um deles permanece ligada à luz da caridade cristã e da vocação religiosa e em outro, pouco a pouco vai evoluindo para a profissionalização, embora ambas se mantenham ainda dentro de bases empíricas, que persistirão até a primeira metade do século XIX (BELLATO; PASTI; TAKEDA, 1997).

Enfermagem é uma profissão de saúde reconhecida desde a segunda metade do século XIX, quando Florence Nightingale, enfermeira britânica que trabalhou na guerra da Criméia e considerada a fundadora da profissão de Enfermagem, foi com Florence que o cuidado ganha especificidade no conjunto da divisão do trabalho social, por exercer atividades especializadas e necessárias para a sociedade e que, para o seu exercício requer uma formação especial e a produção de conhecimentos que fundamentem o agir profissional (PIRES, 2009). Florence Nightingale com seus conhecimentos e crença de que a enfermagem poderia ser uma profissão reconhecida, valorizada e exercida por mulheres de várias classes sociais, propõe a retomada deste espaço no sentido de coletivizá-lo, onde esta configuração de espaços no ambiente hospitalar consolidou os fundamentos que serviram de base para a atual prática de enfermagem (PADILHA; MANCIA, 2005).

Para Madureira (2004), foi no século XX que a Enfermagem direcionou seus esforços para ser reconhecida como ciência, desenvolvendo teorias de Enfermagem dentro do paradigma da totalidade e a busca por um corpo substantivo de conhecimento a impulsionou para explicitação de suas bases teóricas para a prática. Para a autora nas últimas décadas do século XX, a Enfermagem procurou superar as limitações do modelo tradicional de ciência e da vertente biomédica dominante na atenção de saúde, revalorizando aspectos não mensuráveis, não controláveis do cuidado como, por exemplo, a experiência subjetiva, o significado pessoal desta experiência, as diferentes formas de enfrentar as situações envolvidas no viver cotidiano, o ser-estar junto com o outro, o saber do outro, as diferenças culturais, entre outros.

Assim, Enfermagem é uma profissão desenvolvida por um grupo de trabalhadores, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, qualificados e especializados, para a realização de atividades socialmente necessárias, conta com entidades que a representam no conjunto da sociedade e que formulam regras para o exercício profissional, além de dispor de um código de ética que orienta o comportamento de seus

agentes em bases moralmente aceitáveis, seja na relação com os sujeitos cuidados, seja na relação com os pares (PIRES, 2009).

Segundo Matos e Pires (2006), esse grupo de trabalhadores de Enfermagem constitui um corpo profissional muito fechado, com elevado grau de autonomia em relação à direção, que gerencia o dia a dia das unidades assistenciais e possui, internamente, uma linha de mando vertical formalizada e legitimada, no modelo taylorista. Os autores enfatizam que nessa estrutura os enfermeiros têm grande poder sobre os técnicos e auxiliares de enfermagem, porém, isto não se observa em relação à categoria médica, com quem disputa o projeto assistencial e vivencia cotidianamente uma série de conflitos.

As ações da Enfermagem estão amparadas pela Lei do Exercício Profissional – Lei nº 7498/86, que define as competências de cada profissional, (COREN-SP 2011). O enfermeiro gerencia o trabalho dos demais membros da equipe; presta cuidados especiais, definidos pela legislação como de sua exclusiva competência, e domina os conhecimentos relativos ao exercício do trabalho assistencial da enfermagem, avaliando as necessidades de cada paciente prescrevendo para os demais membros da equipe (SPINDOLA; SANTOS,2005).

A Enfermagem na sua grande maioria tem adotado princípios de organização onde se destaca uma hierarquia mais rígida, a divisão do trabalho em tarefas, a ênfase no ‘como fazer’, a excessiva preocupação com manuais de procedimentos, rotinas, normas, escalas diárias de distribuição de tarefas e a fragmentação da assistência (PIRES; GELBECKE; MATOS,2004). Segundo os autores essa verticalização é referendada também pela Lei do Exercício Profissional.

O cuidado caracteriza o núcleo do trabalho de Enfermagem e também as concepções de cuidado integral, entende-se que o cuidado de enfermagem é abordado e executado de duas formas distintas: por um lado, o cuidado com foco nos procedimentos e no raciocínio clínico, que é predominante nas práticas de enfermagem e, por outro, o que se denomina cuidado ampliado, o qual agrega os procedimentos e a clínica à comunicação e interação com os clientes, de forma contextualizada a cada momento e situação de cuidado (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

Spindola e Santos (2005) citam que a Enfermagem é exercida majoritariamente por mulheres, isso se torna relevante quando se analisam os determinantes e a organização dessa prática social, que a associam aos estereótipos que cercam a vivência feminina na sociedade, onde o trabalho caracteriza-se pela valorização do único, do específico, do

subjetivo, do conhecimento popular e do benefício social. Para os autores as singularidades do trabalho da Enfermagem são marcantes não somente por caracterizar-se como profissão essencialmente integrada por mulheres, como também, pela especificidade das ações que desenvolvem no dia a dia. A enfermagem nasce como um serviço organizado pela instituição das ordens sacras, com o cuidado doméstico às crianças, aos doentes e aos velhos, associado à figura da mulher-mãe que desde sempre foi detentora de um saber informal de práticas de saúde, transmitido de mulher para mulher, assim a marca das ordens religiosas impõe à enfermagem seu exercício institucional exclusivo e ou majoritariamente feminino e caritativo (LOPES; LEAL, 2005).

2.4.1. O exercício de gerência do enfermeiro

A gestão dos serviços de Enfermagem, ainda hoje, tem adotado modelos gerenciais da área de produção, principalmente industrial, para aplicar na área de serviços, sem refletirmos sobre como usá-los ou qual é o melhor modelo a ser usado (MAGALHÃES; DUARTE, 2004). A palavra gestão é utilizada para definir as ações de direção de uma organização ou grupo de pessoas, assim a Enfermagem utiliza o gerenciamento no seu processo de trabalho e vem, ao longo dos anos, buscando meios mais eficazes de adequar modelos administrativos ao seu cotidiano, de modo a não afastar do seu principal foco de atenção, o cuidado com o paciente (JORGE et al, 2007). Existe uma referência à substituição do termo “administração” por “gerência” ou “gestão”, sendo esta uma estratégia utilizada por um grupo de pessoas que buscam atingir uma meta ou objetivos comuns, por intermédio da união de esforços (GRECO, 2004).

O processo gerencial da Enfermagem, como meio para a efetivação da assistência, é realizado privativamente por enfermeiros, que participam nos órgãos decisórios institucionais, reproduzindo a política institucional de produtividade, utilizando como instrumento a hierarquia e o autoritarismo (ROCHA; FELLI, 2004).

Para Hausmann e Peduzzi (2009), a gerência faz parte do cotidiano da enfermagem como um instrumento de organização e divisão do trabalho e administrar os

conflitos, pois em alguns momentos o enfermeiro coloca-se como mediador em espaços de tensão entre pacientes e médicos.

No exercício gerencial do enfermeiro, prazer e sofrimento não podem ser considerados polos opostos, tampouco é possível estabelecer uma relação de equilíbrio entre esses dois sentimentos, pois todo e qualquer trabalho humano, por mais prazeroso que seja, exigirá, em algum momento, embates e enfrentamentos, os quais podem se configurar como fonte de sofrimento, portanto, é necessário que os enfermeiros aprendam a conviver e aceitar essa dualidade, ambiguidade e complementaridade, que é inerente à prática gerencial (SANTOS et al, 2013).

A busca por novas formas de gestão nos serviços de Saúde torna-se necessária a incorporação de novos conhecimentos e habilidades, sintonizados a uma prática administrativa mais aberta, mais flexível e participativa, fundamentada não só na razão, mas também na sensibilidade e na intuição (MAGALHÃES; DUARTE, 2004). O modelo de gerenciamento adotado por instituições de saúde associados ao aumento de exigência, pelo cliente, de qualidade de assistência prestada impulsionou muitas organizações a optarem por um modelo gerencial que atendesse às exigências atuais; esse modelo é baseado na quebra das hierarquias tradicionais e ênfase no trabalho em equipe (RIBEIRO, 2006).

O gerenciamento em Enfermagem, seja em instituições hospitalares, seja no âmbito da saúde coletiva, constitui-se uma atividade complexa visto que cada vez mais, exige dos profissionais, competências cognitivas, técnicas e atitudinais na implementação de estratégias adequadas às atuais tendências administrativas contemporâneas que convergem para os anseios da organização e gestores (JORGE et al, 2007).

É necessário que se construa relações mais harmônicas e humanas, valorizando o sujeito trabalhador, as reuniões são espaços de troca entre os trabalhadores, permitindo “aparar arestas”, trabalhar os conflitos, planejar ações, aprimorar as relações interpessoais, compartilhar problemas, buscar soluções, principalmente para ajustes no trabalho, pois os enfermeiros expressaram que a falta de comprometimento dos colegas associada às dificuldades no relacionamento interpessoal e as constantes exigências da equipe são fatores que dificultam a gerência (PIRES; GELBECKE; MATOS, 2004).

2.4.2 A Enfermagem no ambiente hospitalar

O hospital é uma organização complexa atravessada por múltiplos interesses, ocupa lugar crítico na prestação de serviços de saúde, com grande reconhecimento social, onde a atenção depende da conjugação do trabalho de vários profissionais, cujos cuidados vão se complementando, explícita ou implicitamente, a partir da interação entre os vários cuidadores que operam no hospital (FEUERWERKER; CECÍLIO 2007).

A enfermagem hospitalar apresenta algumas características importantes: é prestadora de uma assistência 24 horas por dia (TEIXEIRA; MANTOVANI, 2009). Segundo Secco et al (2011), o processo de trabalho da enfermagem hospitalar, por meio da equipe constituída, tem como finalidade prover assistência ao usuário dos serviços, sendo a tônica o cuidado, a assistência integral, individualizada e humanizada. Esses profissionais se deparam constantemente com sofrimentos, medos, conflitos, tensões, disputa pelo poder, ansiedade e estresse, convivência com a vida e morte, longas jornadas de trabalho, entre tantos outros fatores que são inerentes ao cotidiano desses trabalhadores (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010). Os trabalhadores de enfermagem têm de suportar o desgaste físico e psíquico da lida com a dor e o sofrimento dos pacientes, dos imprevistos, da adaptação a novas tecnologias e alteração na produção dos serviços, ainda, do cotidiano que necessita compatibilizar a profissão pouco reconhecida e mal remunerada, que são fatores que se traduzem em sobrecargas de trabalho que revertem em desgaste para o trabalhador, cujo enfrentamento requer postura de resistência, num processo adaptativo (SECCO et al, 2011).

Em relação a adaptação de novas tecnologias, para Marin e Cunha (2006), a Informática em Enfermagem é uma área de conhecimento com mais de 30 anos de aplicação, porém, para muitos profissionais ainda é um desafio, uma área desconhecida e para outros, representa grande perspectiva de atuação e crescimento, utilizando seus recursos e produtos, quer seja como auxílio para o dia a dia na prática e no cuidado direto ao paciente, na busca de informações com qualidade.

Os Trabalhadores de enfermagem da área hospitalar, que são majoritariamente do sexo feminino, sofrem além do desgaste hospitalar a dupla jornada de trabalho, quando a mulher concilia profissão a atividades domésticas e estão submetidos a rodízios por turnos, para cobrirem plantões de 24 horas, de fins de semana e feriados, prejudicando o convívio social (RIBEIRO; SHIMIZU, 2007).

2.4.3. O trabalho da enfermagem na infectologia

Dentro do contexto hospitalar, a infectologia é a mais abrangente das especialidades médicas, pois as doenças infecciosas estão entre as mais frequentes patologias que acometem a espécie humana, e apesar dos grandes progressos no conhecimento, sobretudo na terapêutica das doenças infecciosas, não houve o esperado controle dessas entidades, sendo necessário conhecer melhor, aprender mais e cuidar de maneira mais completa dos pacientes acometidos por essas patologias (JESUS, 2009).

Florence Nightingale na guerra da Criméia, postulou sobre a importância de pequenas enfermarias, ligadas por corredores abertos, pregou a necessidade de ambientes assépticos e muito limpos bem como explicitou a transmissão da infecção especialmente por contato com substâncias orgânicas, assim organizou treinamentos para as enfermeiras sobre limpeza e desinfecção e orientou a construção de hospitais de maneira a possibilitar maior separação entre os pacientes (GALLAS; FONTANA, 2006). Com Florence Nightingale, fundadora da escola de enfermeiras em Londres, surgiu as primeiras recomendações relacionadas ao cuidado do paciente, cujos ensinamentos concebiam a transmissão de doenças por substâncias do corpo e a intervenção voltava para o ambiente hospitalar, como cuidados em relação ao ar puro, luz, calor, limpeza, enfatizando a necessidade de separação dos doentes infectados dos não infectados (NICHITA et al, 2004).

No Brasil, o primeiro hospital de isolamento, o Hospital Emílio Ribas foi fundado em 1890 e tinha como recomendação evitar e controlar as doenças dentro do ambiente hospitalar, a adoção de medidas, conhecida como “cordão hospitalar”, isolando os pacientes com doenças advindas da comunidade, como a difteria, tuberculose e varíola, preconizava a separação de indivíduos em pavilhões, cada um deles servido por pessoa e material próprio, evitando assim contato entre pacientes com a mesma patologia (NICHITA et al, 2004). Segundo Ribeiro (2006), o controle das Doenças Transmissíveis está baseado no conhecimento de sua cadeia de transmissão, a partir do conhecimento técnico, dos recursos tecnológicos existentes e da disponibilidade de recursos financeiros, adotam-se estratégias de controle visando à eliminação de um ou mais elos da cadeia epidemiológica. A demanda por hospitais gerais foi crescendo e a necessidade de maior número de leitos destinados a pacientes com doenças transmissíveis fizeram rever a lógica de constituição dos grandes hospitais de isolamento (NICHITA et al, 2004).

Nas doenças transmissíveis, a pessoa doente pode ser vista, ao mesmo tempo, como vítima e transmissor, ou seja, um potencial agressor, pois a doença infecciosa expõe a vulnerabilidade humana aos ataques e ocorrências inesperadas do meio externo e dos convivas, colocando cada indivíduo na posição de expor os outros a um risco, querendo ou não estar nesta condição, conscientes ou não dessa situação, assim, também os profissionais da saúde, na atenção às doenças transmissíveis, ficam expostos aos riscos (GOMES, 2012). A concepção e a prática de precauções/ isolamento como um instrumental de intervenção na prevenção e controle das doenças transmissíveis estão atreladas ao avanço do conhecimento científico e aos significados atribuídos pelas sociedades à saúde e à doença, ao longo da história da humanidade (NICHITA et al,2004).

O controle das infecções hospitalares envolve, sobretudo a forma responsável que cada profissional exerce suas atividades frente ao paciente e ao ambiente hospitalar, mantendo contínua a observância das ações de prevenção, controle, informação e educação permanente sobre o tema, dentre as mudanças ocorridas nos últimos anos e acompanhadas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), estão: o uso dos equipamentos de proteção individual (EPIs), medidas de contenção biológica de micro-organismos nas superfícies e artigos hospitalares pela limpeza, desinfecção e/ou esterilização, além das medidas de isolamento (MAZIERO et al, 2012).

O final do século XX e início do XXI apresenta persistência de determinadas doenças transmissíveis, como por exemplo, a Tuberculose, Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) e atualmente uma preocupação mundial é a pandemia por Influenza (RIBEIRO, 2006).

Segundo Gomes (2012), existem doenças emergentes, como a AIDS, nos anos 1980, e mais recentemente a influenza, a Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS), sendo inegável que esta atividade da Enfermagem traz à tona sentimentos de medo, angústia e insegurança.

Para Costa et al (2006), o processo de trabalho no âmbito da epidemia de HIV/AIDS é amplo e complexo e a equipe de enfermagem deve estar articulada para oferecer uma intervenção transformadora, atuando no foco das várias especificidades que a epidemia apresenta.

No atendimento ao paciente, muitas vezes é impossível identificar com segurança e rapidez o seu estado de portador e as probabilidades de transmissão, fato que evidencia que no momento da assistência, qualquer pessoa deve ser vista como potencialmente infectada, o

que demanda adoção de medidas especiais para a proteção dos trabalhadores da saúde, assim, a adoção de normas de biossegurança no trabalho em saúde é condição fundamental para a segurança dos trabalhadores (GIR et al, 2004). É fundamental que a equipe de enfermagem esteja treinada, a fim de controlar a incidência das infecções hospitalares, bem como é necessária a supervisão direta do enfermeiro, estabelecendo o uso obrigatório de equipamentos de proteção individual, além de realizar educação continuada (MAZIERO et al, 2012).

Para Fracoli (2000), a Enfermagem, ao integrar o processo de trabalho em saúde para assistir aos pacientes portadores de Doenças Transmissíveis, desenvolve intervenções individualizadas, ao atender às alterações biopsicossociais desencadeadas pelo processo saúde doença na dimensão singular, desenvolve ainda intervenções de monitoramento do processo infeccioso e dos perfis referentes aos processos de adoecer e morrer dos grupos e comunidades. Instrumentos como observação, comunicação, princípios científicos, destreza manual, associados a um processo sistematizado de trabalho, que não podem ser secundarizados, pois a partir deles torna-se possível desenvolver um processo de cuidado coerente e focado na resolução (COLOMBRINI,2009).

Ainda para Colombrini (2009), diariamente exige-se da equipe de enfermagem inseridos nesse processo de cuidados às pessoas com doenças infecciosas, que conheçam a fisiopatologia e a epidemiologia das doenças, relacionando-as aos resultados laboratoriais, ao exame físico e às condições socioculturais que possam conduzir ao diagnóstico e à viabilização do início do tratamento e dos cuidados específicos.

2.5 Educação em saúde

A educação não é apenas uma exigência da vida em sociedade, mas também é o processo para prover os sujeitos do conhecimento e das experiências culturais, científicas, morais e adaptativas que os tornam aptos a atuar no meio social, ela depende da união dos saberes. O que existe hoje é a fragmentação total da educação, há uma separação em duas linhas: de um lado, a escola, dividida em partes, de outro lado, a vida, na qual se desenvolve o sujeito e os problemas (PASCHOAL, 2007).

Segundo Ceccim (2009) a necessidade de incorporação, pelas organizações de saúde de dispositivos e mecanismos que possibilitem processos cognitivos e de desenvolvimento individual, coletivo e institucional, demanda há muito tempo políticas públicas com correspondência aos determinantes políticos do Sistema Único de Saúde-SUS, onde essas considerações têm alguns pontos de partida: o reconhecimento da inadequação da formação profissional em saúde, em todos os níveis e às necessidades do Sistema Único de Saúde no desafio de responder às demandas da população.

Não é possível sustentarmos mais as quase exclusivas visões gerenciais que se posicionam sistematicamente pela noção de que a baixa eficácia das ações de saúde é devida à falta de competência dos trabalhadores e que pode ser corrigida a medida que suprimos, por cursos compensatórios, aquilo que lhes falta e assim estes gestores passam a propor cursinhos à exaustão, que consomem recursos imensos e que não vêm gerando efeitos positivos e mudancistas nas práticas destes profissionais (MERHY, 2004).

Para Pereira (2003), a educação e a saúde são espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano, onde há uma interseção entre estes dois campos, tanto em qualquer nível de atenção à saúde quanto na aquisição contínua de conhecimentos pelos profissionais de saúde, pois estes profissionais utilizam, mesmo inconscientemente, um ciclo permanente de ensinar e de aprender. Para o autor a prática educativa em saúde, aqui, refere-se tanto às atividades de educação em saúde, voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando à melhoria da qualidade de vida e saúde.

Os trabalhadores da saúde, componente indispensável para se alcançarem os objetivos dos serviços e a finalidade dos processos de trabalho, precisam buscar e acessar constantes espaços de reflexão sobre a prática, a atualização técnico-científica e o diálogo com usuários/população e demais trabalhadores que integram os serviços (PEDUZZI; MONTANHA 2009).

O percurso das ações de educação em saúde no Brasil tem suas raízes nas primeiras décadas do século XX, com as campanhas sanitárias da Primeira República e a expansão da medicina preventiva para algumas regiões do país, a partir da década de 1940, no Serviço Especial de Saúde Pública apresentavam estratégias de educação em saúde autoritária, tecnicista e biologicistas, em que as classes populares eram vistas e tratadas como passivas e incapazes de iniciativas próprias (MERHY, 2011).

A educação desempenha um importante papel, pois é a grande alavanca de transformação social, e ao analisar a educação e a saúde verifica-se que ambos são espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano; onde é possível encontrar uma interseção entre estes dois campos, tanto nos níveis de atenção à saúde quanto na aquisição contínua de conhecimentos pelos profissionais de saúde (KRUSCHEWSKY et al, 2008).

Para L'Abbate (1994), qualquer tipo de atuação visando a melhoria dos serviços de saúde deve capacitar os profissionais de saúde para a busca constante do aperfeiçoamento das relações sociais que se desenvolvem no dia-a-dia dos serviços, numa perspectiva crítica de visualizar, com naturalidade, os problemas advindos da convivência humana, em qualquer situação na qual ela ocorra.

Nas suas relações sócio-afetivas-político-culturais, inerentes ao seu desenvolvimento, e nas suas formas de ação/reação/interação no mundo em que vive, o ser humano é singular e ser do cuidado, pois as manifestações das pessoas refletem o seu interior, onde o pensar a respeito de suas situações de vida leva-as a agir, expressando as suas singularidades (ERDMANN et al,2006).

As questões relacionadas com a organização e gestão do trabalho e a formação de pessoal constituem um dos maiores desafios enfrentados no âmbito dos sistemas de saúde no mundo contemporâneo e no Brasil, particularmente, a dinâmica decorrente da coexistência de um processo de construção do SUS, paralela à reconfiguração do setor privado, tem contribuído para a priorização da área de Trabalho e Educação na saúde na agenda governamental em diversos níveis, induzindo a formulação e a implementação de políticas públicas (PINTO, 2013).

2.5.1 Educação continuada na enfermagem

Educação continuada é definida pela Organização Pan-americana de Saúde como um processo permanente de educação, complementando a formação básica, objetivando atualização e melhor capacitação de pessoas e grupos, frente as mudanças técnico científicas (OMS, 1978).

A temática da educação de trabalhadores de enfermagem é referida na literatura com três diferentes denominações: Educação Continuada, Educação em Serviço e Educação Permanente que mostram, por um lado, a ausência de consenso sobre educação no trabalho de enfermagem e, de outro, a existência de duas propostas mais consolidadas que têm um caráter complementar e não excludente, embora com marcantes diferenças conceituais (PEDUZZI, 2010).

O enfermeiro atuante no Serviço de Educação Continuada constitui-se num agente de mudanças, que interage com toda a equipe de enfermagem mediante as estratégias para sua capacitação e aprimoramento das suas ações, estimulando a integração e desenvolvimento desses profissionais, desse modo, os serviços de enfermagem necessitam de propostas que permitam gerenciar as ações, os processos de trabalho e os recursos relacionados à assistência (BRAGA; MELLEIRO, 2009).

Para Paschoal e Mantovani (2007), a educação em serviço está inserida em um cenário de aprendizagem, caracterizando-se como um processo educativo a ser aplicado nas relações humanas do trabalho, no intuito de desenvolver capacidades cognitivas, psicomotoras e relacionais dos profissionais, assim como seu aperfeiçoamento diante da evolução científica e tecnológica, dessa maneira, ela eleva a competência e valorização profissional e institucional.

Segundo Galvão et al, (2000), o enfermeiro deve desempenhar uma gerência inovadora, buscando meios que possibilitem a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, maior satisfação para a equipe de enfermagem, bem como o alcance dos objetivos organizacionais, onde, a liderança e a comunicação, consistem em estratégias fundamentais para implementar as mudanças necessárias na forma atual de gerenciar do enfermeiro. Ainda para os autores nas instituições de saúde, a Educação Continuada é utilizada como mecanismo para o desenvolvimento de recursos humanos e da instituição, podendo ter um significado de desenvolver o indivíduo para fazer melhor aquilo que ele já faz, e de preparar o indivíduo para atuar na realidade do momento, mas principalmente para o futuro.

Para Mancia; Cabral e Koerish (2004), o modelo convencional de Educação Continuada, geralmente, o trabalho é compreendido como aplicação do conhecimento teórico especializado e é possível encontramos elementos para avaliar que, o grande investimento na capacitação de recursos humanos, não tem se traduzido em mudanças na prestação de serviços

de saúde, a atualização é útil, mas não necessariamente tem o potencial de transformar as práticas nos serviços.

A Educação Continuada é tradicionalmente na área da enfermagem como continuação ou extensão do modelo acadêmico; pautada, sobretudo na ciência, como fonte do conhecimento, fundamentada no conhecimento técnico-científico, com ênfase em cursos e treinamentos, o objetivo é de se adequar os profissionais de enfermagem ao trabalho na respectiva unidade, para uma atuação orientada por conhecimentos e comportamentos institucionalizados e pré-estabelecidos, assim a educação continuada não se constitui como espaço de reflexão e crítica sobre as necessidades de cuidado dos usuários e das práticas que lhe correspondem (PEDUZZI; MONTANHA, 2010).

2.5.2 Educação permanente em saúde e na enfermagem

Em 2003, início do Governo Lula, o Ministério da Saúde criou e instituiu em sua estrutura organizacional o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), componente da secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde(SGTES) que, entre outros desafios, deveria enfrentar as questões que envolvem a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde (CECCIM, 2009). Segundo o autor, essa institucionalização interpretou o processo iniciado no bojo da reforma sanitária brasileira e continuado ao longo da implantação desenvolvimento do SUS, nas questões relativas as questões dos trabalhadores.

Assim o Ministério da Saúde instituiu, em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS, propondo que os processos educativos desses profissionais ocorram de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar (CARDOSO, 2012).

A Educação Permanente em Saúde enquanto Política Pública Nacional surge com a Portaria nº198/2004/GM/MS, que institui a política como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor tendo como função: identificar as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão e fortaleçam o controle social no setor na perspectiva de produzir impacto sobre a saúde individual e coletiva (BRASIL, 2004).

O Pacto pela Saúde divulgado pela Portaria nº 399/GM/MS de 22 de Fevereiro de 2006 considera dentre as diretrizes para o trabalho na Educação na Saúde: o avanço na implementação da Política nacional de Educação Permanente (PNEP), considerando-a uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (BRASIL, 2006).

Assim concebida, a Educação Permanente em Saúde - EPS, reconhece o caráter educativo do próprio trabalho, que passa a ser compreendido não apenas em seu sentido instrumental da produção de resultados, da ação dirigida a um dado fim já definido a priori, mas também como espaço de problematização, reflexão, diálogo e construção de consensos por meio dos quais se torna possível promover mudanças e transformações na perspectiva da integralidade da saúde (CECCIM, 2005).

A EPS enquanto Política Pública Nacional para formação e desenvolvimento de trabalhadores da saúde, tendo em vista a articulação entre as possibilidades de desenvolver a educação dos profissionais e a ampliação da capacidade resolutiva dos serviços de saúde, propõe que os processos de capacitação dos trabalhadores tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde (BRASIL, 2007).

Segundo Lopes et al, (2007), a Política de Educação Permanente em Saúde apresenta como estratégia de gestão a educação permanente na reorganização do sistema de ensino em saúde, funciona como dispositivo de aproximação entre o cotidiano do profissional do SUS e as necessidades da população; além disso, convoca a participação de todos os atores sociais envolvidos neste processo com o intuito de aumentar a qualidade dos serviços prestados.

Essa política foi construída nas instâncias denominadas Polos de Educação Permanente em cada município, porém, com a Portaria GM/ MS nº 1.996, de agosto de 2007, passa a ser constituída por meio de Colegiados de Gestão Regional, com a participação, das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), onde a composição deve contar com a participação de representantes dos serviços de saúde, instituições que atuam na formação, trabalhadores da saúde, dos movimentos sociais e conselhos de saúde (PEDUZZI,2010) Para a autora, trata-se de uma estratégia que visa contribuir para transformar e qualificar a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos, as práticas de saúde e pedagógicas, para tal é necessário um trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições de ensino

Desde a publicação da portaria 1996, em agosto de 2007, o Estado de São Paulo vem construindo anualmente os Planos Regionais de Educação Permanente (PAREPS) por meio do seu grupo técnico Bipartide, referendando os Planos apresentados pelos Colegiados de Gestão Regionais, onde a ideia central deste Plano é reiterar a autonomias dos Colegiados Regionais, garantindo a configuração dos processos de trabalho orientados para a definição e priorização das ações de Educação Permanente, a partir das características regionais e das suas respectivas necessidades (SES-SP, 2011).

Uma das principais limitações identificada pelo Deges para a disseminação da Educação Permanente em Saúde foi a falta de domínio conceitual e operativo em relação à educação permanente, sendo a estratégia escolhida para superar esta limitação a proposição de um processo de formação de facilitadores de EPS. Foi uma iniciativa conjunta do Deges e da Escola Nacional de Saúde Pública — Fundação Oswaldo Cruz (ENSP–Fiocruz) onde o papel proposto para os facilitadores foi o de acompanhar e facilitar a reflexão crítica sobre os processos de trabalho das equipes que operam no SUS em todos os níveis (CARVALHO, 2011).

Para Mendonça et al, (2010) houveram dois momentos importantes voltados para a formação de facilitadores de EPS, um momento organizado pelo Ministério da Saúde e direcionado para os polos e, posteriormente, outro com o auxílio do Ministério da Saúde e da ENSP, mas de responsabilidade dos municípios colaboradores, assim a rede de municípios colaboradores da EPS foi constituída com o objetivo de ampliar a capacidade de formulação, de ensino-aprendizagem, de desenvolvimento e de ação dos municípios.

Para Nespoli e Ribeiro (2011), o facilitador de EPS é um sujeito com habilidades para mediar os processos de gestão do trabalho e articular diferentes componentes, como a participação social, a formação dos trabalhadores e a organização do cuidado, sua atribuição principal é o olhar crítico sobre as práticas de atenção, gestão, ensino e controle social, deve estar aberto para o encontro entre diferentes saberes, permitindo a troca e a construção coletiva de respostas aos problemas de saúde. Para os autores o curso propõe a Roda de Conversa como principal método de produção de coletivos e como possibilidade de reversão do atual desenho tecnológico e assistencial do SUS, permitindo a construção de novas práticas de gestão, em que as decisões são horizontalizadas, os arranjos engendrados coletivamente e as responsabilidades divididas e compartilhadas.

Para Cardoso, (2012), essa política estabeleceu como estratégia de gestão dos pólos as “Rodas de Educação Permanente”, instância de negociação, pactuação e interação

entre os segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde, dignificando as características locais e valorizando as capacidades instaladas, contribuindo para o desenvolvimento das potencialidades existentes em cada realidade.

A roda é uma estratégia para a aproximação dos diversos atores, que devem ser também autores das políticas locais de formação e desenvolvimento para o SUS, promovem a educação em saúde, principalmente a construção coletiva das políticas locais de formação e produção de conhecimento para a gestão social das políticas públicas de saúde, fortalecendo a participação popular com poder deliberativo (LOPES, 2007).

Segundo Alves (2005), a construção de um sistema de serviços de saúde democrático universal, igualitário e integral, constitui um processo social e político que se realiza por meio de formulação de políticas públicas voltadas para a saúde, e essencialmente, no cotidiano dos serviços de saúde, o que vem de encontro com a proposta da educação permanente onde a formação ocorre de forma contínua, interprofissional, nos locais de trabalho, com a integração dos vários atores sociais (funcionário/gestor/usuário) e que tem sido relevante para a reflexão crítica sobre os processos de trabalho em saúde.

Para Lopes et al (2007), a novidade da Política Nacional de Educação Permanente para os trabalhadores da saúde é, portanto, que a construção do saber é coletivo e faz sentido para um grupo social. Para os autores, para que a educação permanente possa efetivamente acontecer, o trabalho dentro das instituições não deve partir de um organograma de funções hierárquicas na organização e produção dos serviços, assim a proposta é uma rede comunicante na qual todos os atores sejam protagonistas e a produção do trabalho seja coletiva.

A Educação Permanente em Saúde propõe que, através da análise coletiva dos processos de trabalho, seus atores possam se responsabilizar mutuamente pela produção de autonomia e de cuidados na perspectiva da integralidade da assistência baseada na aprendizagem significativa, propondo assim que essa análise seja desenvolvida na interlocução, em rodas de conversas sobre os problemas vivenciados no cotidiano da produção do cuidado, da gestão e formação dos trabalhadores (FORTUNA et al, 2011).

Educação Permanente em Saúde é uma metodologia através da qual se busca atingir, a partir da problematização do próprio cenário de práticas, a qualificação dos processos de trabalho em saúde, com fins à resolutividade, integralidade e humanização da atenção, onde o facilitador de Educação Permanente em Saúde se propõe a enfrentar os obstáculos para a produção do cuidado integral e humanístico à saúde, a partir da organização

de coletivos de trabalho (CAVALCANTI, 2009).

Segundo Merhy (2005), estamos diante do desafio de pensar uma nova pedagogia, que usufrua todas as que têm implicado com a construção de sujeitos autodeterminados e comprometidos sócio-historicamente com a construção da vida e sua defesa, individual e coletiva e que se veja como amarrada a intervenção que se coloca no centro do processo pedagógico a implicação ético-político do trabalhador no seu agir em ato, produzindo o cuidado em saúde, no plano individual e coletivo, em si e em equipe.

Ao relacionar a concepção de educação com a profissão de enfermagem, considerada também como prática social, compreende-se que, em todas as ações de enfermagem, estão inseridas ações educativas, assim sendo, há necessidade de promover efetivas oportunidades de ensino, fundamentadas na conscientização do valor da educação como meio de crescimento dos profissionais da enfermagem, bem como o reconhecimento deles pela função educativa no desenvolvimento do processo de trabalho, pois para estes o conhecimento é um valor necessário do agir cotidiano e este embasa as suas ações (PASCHOAL et al, 2007).

Para Paschoal (2006), o enfermeiro, em sua prática, está em constante processo educativo, entretanto, para torná-lo consciente desse fato, é necessário haver no desenvolvimento de suas ações a reflexão crítica, a curiosidade, a criatividade e a investigação, a aquisição disso é possível por meio da educação permanente do indivíduo, na qual ele desenvolve a habilidade de aprender a aprender.

O processo de educação permanente vem sendo discutido como a melhor forma para se atingir o objetivo de mudança, dentre elas a mudança da capacitação dos profissionais de enfermagem, em profissionais críticos, reflexivos e atualizados, assim o enfermeiro vem sendo desenvolvido para que aprimore suas ações com reflexão crítica, curiosidade, criatividade, investigação, competência e capacidade de aprender, pois é importante ressaltar a necessidade de preparar essas pessoas para a mudança do mundo e do trabalho procurando conciliar necessidade e situações a sua volta (BRITO;SILVA;MONTENEGRO,2012).

Nesta linha de pensamento, a mudança é capaz de acontecer quando o homem capta e compreende a realidade e não está reduzido a um mero espectador ou cumpridor de ordens pré-determinadas, assim, os gerentes/líderes não têm o papel de conduzir as pessoas para a mudança, mas sim de criar ambientes organizacionais que inspirem, suportem e alavanquem a imaginação e a iniciativa que existe em todos os níveis e, assim, incentivar o processo de mudança através dos trabalhadores envolvidos no trabalho(MEDEIROS et al,

2010). Para os autores as novas competências gerenciais, integradas à gestão participativa, possibilita a criação de estratégias para gerir a competitividade, a complexidade, a adaptabilidade, o trabalho em equipe, a incerteza e o aprendizado permanente levando à cogestão.

Para que as ações educativas resultem em atitudes que promovam mudanças no processo de trabalho da enfermagem, faz-se necessário que o enfermeiro se envolva no processo de educação permanente de modo a adquirir habilidades e competências, continuamente, tendo em vista o contexto epidemiológico e as necessidades dos cenários de saúde (JESUS et al, 2011).

O investimento com a Educação Permanente vem sendo gradativamente realizado nas grandes organizações de saúde, como ferramenta que busca a reflexão crítica sobre as práticas de enfermagem, tem sido reconhecida como um artifício educativo aplicado ao trabalho, possibilitando mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas envolvidas na assistência (SOUZA et al, 2010).

Para Ricaldoni e Sena (2006), a pedagogia problematizadora no processo de capacitação foi destacada como instrumento que permite aprendizado contínuo e respaldado na prática, cabe, portanto, indagar se os enfermeiros conhecem e dominam essa concepção pedagógica e se há, por parte deles, tempo e interesse em desenvolvê-la.

Segundo, Ricaldoni e Sena, (2006), recomenda-se que seja adotada a concepção da pedagogia crítico-reflexiva com metodologias que permitam a problematização das situações vivenciadas no dia-a-dia do trabalho, bem como a construção de intervenções que possibilitem as mudanças não somente dentro da instituição, mas na relação social do indivíduo como sujeito que presta o cuidado ao paciente.

Todo processo que esteja comprometido com estas questões da educação permanente tem de ter a força de gerar no trabalhador, no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, transformações da sua prática, o que implicaria força de produzir capacidade de problematizar a si mesmo no agir, pela geração de problematizações produzir auto interrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado, colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo do trabalho (MERHY, 2005).

Para Silva et al, (2010), a ênfase em uma práxis transformadora está em proporcionar aos sujeitos-trabalhadores a construção de conhecimentos fundamentados na liberdade individual e coletiva, ancorados nos preceitos de cidadania, situação que a transformação individual que possa incidir em transformações sociais.

Construir o conhecimento da enfermagem baseando-se nestes pressupostos é primar por um ambiente visto como extensão do universo, buscando o equilíbrio pessoal e coletivo, buscando o conhecimento que habilite a promover uma interação complementar, simultânea e contínua, na intervenção sobre a repadronização do processo vital dos seres humanos, é propor ações terapêuticas apropriadas que favoreçam a organização de padrões de mudanças capazes de influenciar tanto o ambiente quanto o homem (HEIMANN et al, 2013).

Nesta perspectiva, Paulo Freire, renomado pedagogo desenvolveu um estilo de educação próprio possível de ser utilizado para aplicação no cotidiano da educação permanente do enfermeiro, onde a metodologia de Paulo Freire prioriza a ação humana com base na comunicação dialógica, onde os sujeitos sociais compartilham experiências na transformação e autotransformação, e dessa maneira acredita-se que a comunicação dialógica é importante ferramenta para as atividades de educação permanente de enfermeiros (BRITO, 2012).

A educação permanente é a definição pedagógica para o processo educativo em serviço que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e a avaliação do sentido dos atos produzidos no cotidiano, pondo o cotidiano do trabalho em análise, tanto a incorporação acrítica de tecnologias materiais, como a eficácia da clínica produzida, os padrões de escuta, as relações estabelecidas com os usuários e entre os profissionais (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004).

A educação permanente é compreendida como a constante busca pelo aprender, como uma das ações que possibilita o desenvolvimento do processo de mudança e que visa à qualificação profissional da enfermagem e conseqüentemente à realização da prática profissional competente, consciente e responsável (JESUS, 2011). Para o autor para que deem resultado, as ações de educação permanente devem estar articuladas com os dispositivos de mudanças organizacionais, principalmente com os novos estilos de gestão de pessoas, não se limitam a levar o profissional a incorporar conhecimentos, devem levá-lo a identificar quais conhecimentos são necessários aprender, que situações devem deixar de existir e o que fazer para que o grupo adote o novo conhecimento, enfim, é necessário haver mudanças na organização e seus contextos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

Investigar aspectos do trabalho da equipe de enfermagem de uma unidade hospitalar de um Hospital da Baixada Santista em processo de implantação, e elaborar uma proposta visando aprimorar o processo educativo permanente em saúde no trabalho.

3.2 Objetivos específicos:

- Investigar sobre aspectos do trabalho da equipe de enfermagem de uma Unidade Hospitalar Especializada da Baixada Santista em processo de implantação: constituição da equipe de enfermagem, assistência prestada, vivências do trabalho e dificuldades relacionadas, relacionamentos interpessoais, atividades existentes em educação, entre outros.
- Elaborar uma proposta que possa aprimorar o processo educativo permanente em saúde, junto ao trabalho da equipe de enfermagem do setor de internação de uma Unidade Hospitalar Especializada da Baixada Santista.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo exploratório, descritivo e qualitativo. O estudo ocorreu em um Hospital Especializado em Infectologia e junto aos trabalhadores de Enfermagem da Unidade de Internação. Optou-se pela seleção da Unidade de Internação pelo fato de ter sido o único setor em funcionamento com equipe de enfermagem na época do estudo.

O estudo teve duas etapas. Na primeira etapa houve o levantamento de dados referente ao hospital e Unidade de Internação. Foram selecionados Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, que existiam na Unidade de Internação e que faziam parte da escala da equipe de Enfermagem de um Hospital da Baixada Santista, no período de abril a agosto de 2013, e nos períodos de trabalho diurno e noturno. O critério de inclusão contemplou Enfermeiros e Técnicos da equipe de Enfermagem que faziam parte das escalas da Unidade de Internação, e com formação no curso de graduação em Enfermagem e certificado no curso de técnico de Enfermagem; além de apresentarem contrato de trabalho devidamente assinado nessa Unidade hospitalar, e exercerem suas funções a pelo menos três meses neste local. Foi critério de exclusão, o sujeito que desistisse da participação voluntária ao estudo, e não estivesse dentro do critério de inclusão estabelecido.

Foi elaborado e utilizado um roteiro (APÊNDICE A) com questões semiestruturadas, relacionadas aos dados demográficos e sobre o tempo de trabalho na profissão, no local, se trabalhavam em outro local, vivências no trabalho, relacionamentos interpessoais, sobre o trabalho em equipe, entre outros, e sobre as ações educativas já existentes na Instituição. Os sujeitos selecionados foram informados sobre o estudo e após a concordância na participação e apresentação do TCLE ocorreram as entrevistas. Este roteiro foi utilizado na realização de entrevistas junto aos profissionais da equipe de Enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), da Unidade de Internação. O entrevistador formulou questões que julgou necessárias visando esclarecer assuntos que não tenham ficado claros e/ou obter as informações que considerou importantes, com base no roteiro de entrevista. As entrevistas foram todas agendadas previamente, através de contato pessoal com os sujeitos de pesquisa, e foram realizadas na sala da enfermagem da Unidade de Internação, individualmente. As entrevistas ocorreram durante o horário de trabalho e sem ônus ao trabalhador, e tiveram uma duração média de cinquenta minutos.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, para análise de conteúdo por categorias. Análise de Conteúdo pode ser definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens (BARDIN, 2010).

Segundo Bardin (2010) as categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns desses elementos. A técnica de análise de conteúdo pressupõe etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Dentro do processo de análise, inicialmente ocorreram diversas leituras flutuantes das entrevistas, e posteriormente as análises do material.

A atividade de leitura flutuante, consiste em estabelecer contato com os documentos a analisar, e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações, onde pouco a pouco a leitura vai se tornando mais precisa, em função de hipóteses emergentes (BARDIN,2010). O critério de categorização desenvolvido neste estudo foi o de categorias temáticas.

Na segunda etapa foi realizado três encontros em grupo dentro da metodologia “rodas de conversa”. Afonso e Abade (2008) destacam que as rodas de conversa são utilizadas nas metodologias participativas, seu referencial teórico parte da articulação de autores da psicologia social, da psicanálise, da educação, tendo por objetivo a constituição de um espaço onde seus participantes reflitam acerca do cotidiano, ou seja, de sua relação com o mundo, com o trabalho, com o projeto de vida. Para a organização do grupo todos os sujeitos da primeira etapa foram convidados e em virtude do cronograma da pesquisa e disponibilidade de horários dos sujeitos o grupo foi constituído por cinco Enfermeiros e cinco Técnicos de Enfermagem e ocorreram nos dias 12/02/14, 20/02/14 e 28/02/14 a partir das 14:00 hs, com duração média de 01h 20 min., na sala da enfermagem na unidade de internação. As rodas de conversa foram gravadas e transcritas na íntegra, para análise de conteúdo.

Na primeira roda de conversa, o tema proposto foi a assistência de enfermagem em infectologia e o desdobramento das discussões foram temas para a segunda e terceira rodas de conversa. Os temas da segunda e terceira roda de conversa, respectivamente foram: assistência de enfermagem em Tuberculose e AIDS e protocolos e a importância dos encontros em grupo.

O projeto foi submetido para avaliação do Sistema Plataforma Brasil, em conformidade com a Resolução 196/96, sendo aprovado na data de 19/04/2013 com registro CAAE: 15129113.9.0000.5505.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para a apresentação dos resultados, optou-se por uma organização através de análises, sendo apresentados: sobre o hospital e o processo de implantação da equipe de enfermagem; as entrevistas com os enfermeiros; as entrevistas com os técnicos de enfermagem; e as rodas de conversa e proposta.

5.1 O hospital e o processo de implantação da equipe de enfermagem

O hospital onde a pesquisa foi realizada faz parte do Sistema Único de Saúde-SUS, da administração indireta do Governo do Estado de São Paulo e da rede de atenção em saúde da Região Metropolitana da Baixada Santista. É especializado em Infectologia, e sua inauguração ocorreu em 23/12/11.

Todo planejamento foi realizado pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, do final do ano de 2010 até o segundo semestre do ano de 2011, sendo classificado como nível secundário de atenção à saúde. Os níveis de complexidade são limites utilizados para hierarquizar os estabelecimentos do sistema de prestação de serviços de saúde segundo as características das atividades prestadas, o nível secundário destina-se a desenvolver atividades assistenciais em especialidades médicas básicas: clínica médica, ginecologia-obstetrícia, pediatria e clínica cirúrgica, além de especialidades estratégicas, nas modalidades de atenção ambulatorial, internações hospitalares, urgência e reabilitação (JULIANI, 1999).

O Hospital na época do estudo contava com uma capacidade de vinte e seis (n=26) leitos para internação. A estrutura física do prédio era de três andares, sendo o andar térreo era designado para admissão e exames de imagem e laboratoriais, no primeiro andar a Unidade de internação (local do estudo) e no segundo andar a Unidade de Terapia Intensiva-UTI que aguardava o início das atividades.

É uma Unidade Hospitalar especializada em Infectologia, as vagas são controladas pelo Serviço de Regulação de vagas do Departamento Regional de Saúde da Baixada Santista. Uma estratégia utilizada pelo SUS no Brasil para a garantia do acesso universal dos cidadãos aos serviços de saúde é a organização das centrais de regulação assistencial, por temas ou áreas assistenciais: obstétrica e neonatal, urgência e emergência, alta complexidade, transplantes, internações, pois elas fazem o elo entre as demandas existentes e o recurso

disponível, de modo a oferecer a melhor resposta assistencial, de forma equânime, de qualidade, e em tempo oportuno (EVANGELISTA, 2008).

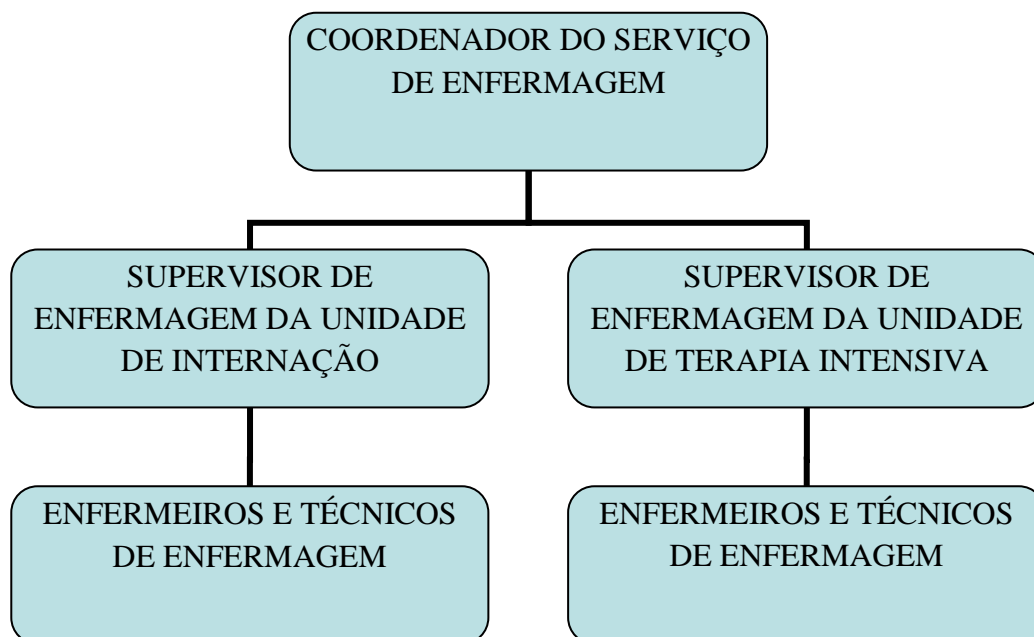
Fez parte do projeto básico de implantação dessa Instituição Hospitalar o cumprimento de alguns programas do Governo Estadual de Saúde e do Governo Federal, entre eles a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, para todos os colaboradores.

Após o término do planejamento e aprovação do projeto pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, deu-se início a reforma do prédio e adequação de toda a estrutura física conforme legislação vigente e orientação do Serviço de Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo, bem como o processo licitatório para aquisição de todos os recursos materiais e serviços necessários para o funcionamento do Hospital.

No início do segundo semestre de 2011 ocorreu o processo seletivo, por meio de edital, para contratação de todas as equipes de profissionais para dar início as atividades, incluindo a de Enfermagem. Para o quadro de Enfermagem foi solicitado em edital a contratação das categorias profissionais de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem. Após os candidatos serem submetidos a prova escrita, análise curricular e entrevistas, foram contratados inicialmente, através do Regime de Consolidação das leis Trabalhistas (CLT): uma (n=1) Coordenadora Geral Enfermeira, duas (n=2) Supervisoras de Enfermagem, dez (n=10) Enfermeiros e quinze (n=15) Técnicos de Enfermagem. A equipe de Enfermagem neste período totalizou vinte e oito (n=28) sujeitos.

Considerando a reforma do prédio, e após a contratação da equipe de Enfermagem inicialmente foram liberados dez leitos para a Unidade de Internação. A Unidade de internação foi construída com uma capacidade total de 26 leitos e estabelecido a meta de taxa de ocupação de 80%. A coordenadora Geral e supervisoras organizaram as equipes de enfermagem realizando as escalas de trabalho para os períodos diurno e noturno, com jornadas de trabalho distribuídas em plantões pares e ímpares e respeitando a disponibilidade de horários dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem. Assim o Serviço de Enfermagem do Hospital estruturou as equipes e elaborou um organograma hierárquico de trabalho, sendo uma Coordenadora de enfermagem, duas supervisoras de enfermagem e os enfermeiros e os técnicos de enfermagem.

Figura 1 - Organograma do serviço de Enfermagem do Hospital



Além da equipe de Enfermagem, o Hospital contava na Unidade de internação com uma equipe multidisciplinar composta por médicos, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista e farmacêutico.

Após a organização das equipes de enfermagem, deu-se início ao processo de integração com treinamentos e capacitação, que ocorreu durante quinze dias úteis no período diurno, e somente após esse período os pacientes começaram a ser internados. Os modos e formas dos treinamentos que ocorreram com as equipes de enfermagem foram através de aulas expositivas com temas específicos como: história das doenças transmissíveis no Brasil; construção do Hospital Emilio Ribas em São Paulo; importância de implantação de outra unidade na Baixada Santista; principais doenças transmissíveis; tipos de isolamentos; assistência de enfermagem em infectologia e segurança do trabalhador frente as doenças transmissíveis. Esses assuntos foram abordados separadamente um a cada dia, ministrados para as equipes de enfermagem de todos os plantões, em forma de aulas expositivas com 01 hora de duração, pela enfermeira da Educação Continuada, Coordenadora geral da enfermagem, Coordenador do serviço médico e Diretor executivo do Hospital.

A coordenação geral de Enfermagem, com o apoio da Direção técnica do Hospital, acreditando na importância dos processos educativos selecionou uma Enfermeira

para ser responsável pelo serviço de Educação Continuada, que aos poucos foi aprimorando o processo de integração, sempre com o objetivo de treinar as equipes de enfermagem na assistência em Infectologia, bem como em noções de biossegurança aos trabalhadores. Essa enfermeira elaborava mensalmente um cronograma de treinamentos com temas, carga horária (que geralmente era de 01 hora no período da tarde por volta das 15:00 hs) e entregava para a supervisora de Enfermagem para que ela pudesse divulgar para todos os trabalhadores em plantões e realizar uma escala de indicação dos profissionais que participariam dos treinamentos. Assim todos os funcionários foram mês a mês participando de treinamentos dentro dos temas selecionados pela enfermeira da Educação Continuada.

Concomitante ao processo de Educação Continuada, a Coordenação de Enfermagem foi elaborando o Manual do Serviço, com toda documentação necessária ao seu funcionamento, como protocolos, normas e rotinas.

Com a responsabilidade e preocupação na Implantação de um novo Hospital e ainda especializado em Infectologia, o Serviço de Enfermagem investiu muito nesse tipo de processo educativo da Educação Continuada.

Nos Hospitais durante o processo admissional dos profissionais de enfermagem são previstos treinamentos para os profissionais recém-admitidos. O Treinamento Admissional é um processo sistematizado, com o objetivo de desenvolver habilidades e competências por meio de execução prática orientada com preleção teórica dirigida e apreciação regular, promovendo a adaptação dos novos profissionais à instituição, com o intuito de minimizar a variabilidade na forma de prestação do cuidado (BUCCHI, et al 2011). Esse processo também chamado de período de integração, é realizado antes de assumirem a unidade de trabalho, é o momento em que os profissionais de enfermagem recebem treinamentos com aulas expositivas pontuais, seguindo normas institucionais e o tipo de assistência prestada aos pacientes. Os treinamentos de integração duram em média uma semana e foram realizados diariamente no período manhã, e após esse período os profissionais foram inseridos nas suas escalas de plantões.

5.2 As entrevistas com enfermeiros

Na época do estudo, e no período selecionado de abril a agosto de 2013, a equipe de enfermeiros da Unidade de internação era composta de um total de doze (n=12)

profissionais. Todos foram contatados e convidados a participar do estudo. Dois não aceitaram em participar por razões pessoais.

Assim, participaram deste estudo dez (n=10) enfermeiros, equivalendo a 83% da amostra total, sendo todos do gênero feminino, com idades entre 25 e 50 anos, sendo que destes sete (n=07) estavam desde o início do trabalho da Enfermagem. Os dados demográficos e de trabalho dos sujeitos estão demonstrados na Tabela 1 abaixo.

Tabela 1. Dados demográficos e de trabalho dos enfermeiros.

Dados	N=10
Faixa etária	De 25 a 50 anos: n = 10
Escolaridade	Especialização (Latu Sensu): n = 09 Sem Especialização (Latu Sensu) n = 01
Estado civil	Casado: n = 04 Solteiro: n = 06
Número de dependentes	Um filho: n = 06 Dois filhos: n = 02 Sem filhos: n = 02
Tempo de atuação na Instituição	De 0 a 1 ano: n = 03 De 1 a 2 anos: n = 07
Tempo de atuação na Enfermagem	De um a dez anos: n = 06 Acima de dez anos: n = 04

Conforme observado na tabela 1 acima, os enfermeiros tinham entre 25 e 50 anos de idade, sendo todas do gênero feminino (n=10) e sete (n=7) trabalhavam na Instituição há mais de um ano. O trabalho da enfermagem é específico, com características próprias e trás na sua história uma profissão essencialmente integrada por mulheres. Lopes e Leal (2005), enfatizaram que a enfermagem nasceu com o cuidado doméstico às crianças, aos doentes e aos velhos, associado à figura da mulher-mãe que desde sempre foi detentora de um saber informal de práticas de saúde, transmitido de mulher para mulher, assim a marca das ordens

religiosas impõe à enfermagem, por longo período, seu exercício institucional exclusivo e ou majoritariamente feminino e caritativo.

O pouco período de trabalho dos profissionais na instituição foi devido ao pouco tempo de implantação do hospital. Considerando o tempo de atuação na enfermagem, cinco (n=5) sujeitos trabalhavam na área da enfermagem há menos de 10 anos, e os outros cinco (n=5) há mais de 10 anos. Sete (n=7) sujeitos trabalhavam em duas instituições e três (n=3) trabalhavam somente na Instituição pesquisada. Por serem mulheres, em geral estão sujeitas a dupla jornada de trabalho, que envolve atividades domésticas. Trabalhadores de enfermagem da área hospitalar, sofrem além do desgaste hospitalar, a dupla jornada de trabalho, quando a mulher concilia profissão a atividades domésticas, e estão submetidos a rodízios por turnos, para cobrirem plantões de 24 horas, de fins de semana e feriados, prejudicando o convívio social (RIBEIRO e SHIMIZU, 2007). Das enfermeiras, sete (n=7) trabalhavam em outras Instituições. A realidade hospitalar reflete um contexto marcado pelos baixos salários, múltiplos empregos e a precarização nas relações de trabalho, levando os trabalhadores a se submeterem a toda espécie de acordo e contrato, mesmo que para isto tenham que colocar em risco a sua saúde e a sua vida (CAVALCANTE et al, 2006).

A análise das entrevistas permitiu elencar quatro categorias: (1) a especificidade da Infectologia (2) conflitos no trabalho em equipe, (3) informatização na enfermagem e dificuldades; (4) desafios da Educação Continuada e Permanente. Os depoimentos dos sujeitos serão apresentados utilizando-se códigos de identificação para equipe de Enfermeiros (E1, E2, E3...) a fim de manter o sigilo sobre a identidade dos sujeitos.

A especificidade da Infectologia

Para os Enfermeiros, o paciente portador de uma doença infecto-parasitária apresentava uma característica e especificidade própria, exigindo mais cuidados por parte do serviço de enfermagem, mais atenção e demandando um tempo maior durante a assistência prestada.

“(...)esse paciente de infectologia não traz somente a doença em si, são muitos problemas, eles chegam muito debilitados, são de difícil tratamento, o processo de recuperação é bem demorado, ainda muitos são usuários de drogas” (E1)

“(...)a característica dos pacientes, é bem particular, eles são muito mais trabalhosos que outros pacientes, eles precisam muito mais de nossos cuidados, coisa que em um paciente sem doença infecciosa é diferente” (E2)

Segundo os Enfermeiros, o perfil em geral dos pacientes, era de um sujeito considerado como instável, trazendo com ele além da doença de base, as comorbidades e toda uma história de vida, em geral em precárias condições, que acabava interferindo no quadro clínico geral, e também no tempo de internação. Muitas vezes os pacientes necessitavam de prescrições com muitos medicamentos e procedimentos, para a melhora do quadro clínico e recuperação da saúde e bem estar geral do paciente, com necessidades de se estender o período de internação. O trabalhador diante dessas situações, confronta-se com uma enorme variabilidade, que envolve o seu estado interno e afetivo, sendo importante a interação com o coletivo de trabalho.

Muitos pacientes eram portadores do vírus HIV e que apresentavam complicações ou em estágio avançado da doença. Era responsabilidade do enfermeiro e médicos de plantão receber a solicitação da necessidade de internação, aceitar os pacientes mediante um protocolo estabelecido para Hospitais de Infectologia, classificar o tipo de isolamento necessário e realizar a admissão dos pacientes. Outras patologias dentro da Infectologia podiam agravar o quadro clínico rapidamente, com isso os pacientes chegavam no Hospital com os parâmetros e dados vitais alterados, necessitando de atendimento imediato e realização de exames para diagnóstico da doença e prescrição do tratamento. Houve uma complexidade envolvida em alguns casos, que envolveram contextos socioeconômicos, culturais, problemas familiares, pois parte dos pacientes internados na época do estudo eram portadores de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - SIDA e Tuberculose (TB), e essas doenças carregavam em geral estigma e rejeição social. A partir do momento que o paciente, por exemplo, descobria que era portador do vírus HIV poderia sofrer abandono até mesmo dos seus familiares. A AIDS está associada a grupos considerados discriminados e marginalizados, como os homossexuais, usuários de drogas injetáveis e as prostitutas, mobilizando sentimentos e preconceitos arraigados e evocando comportamentos discriminatórios (ALMEIDA; LABRONICI 2007).

Muitos pacientes que vinham para a internação eram moradores de rua ou com vínculo familiar prejudicado, ou seja, sem vínculo familiar, assim era necessário durante a

internação e tratamento receber apoio da equipe multidisciplinar, composta por: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais e psicólogos, em relação a importância do tratamento e permanência no hospital. Isso levava o enfermeiro, durante o período de internação, a manter um diálogo constante com o paciente sobre a importância da permanência no Hospital e necessidade dos usos dos medicamentos e procedimentos clínicos.

A infectologia é uma especialidade muito dinâmica e como muitas doenças são de exigência para notificação compulsória às autoridades sanitárias, é uma especialidade que trabalha também com protocolos de manejo segundo orientações do Ministério da Saúde. Assim o enfermeiro deveria sempre estar atento aos protocolos, para planejar a assistência em enfermagem.

O controle das infecções hospitalares envolve, sobretudo a forma responsável que cada profissional exerce suas atividades frente ao paciente e ao ambiente hospitalar, mantendo contínua a observância das ações de prevenção, controle, informação e educação permanente sobre o tema, além das medidas de isolamento (MAZIERO et al,2012). Para os autores é fundamental que a equipe de enfermagem esteja treinada, a fim de controlar a incidência das infecções hospitalares, bem como é necessária a supervisão direta do enfermeiro (MAZIERO et al, 2012). Profissionais que não estão preparados ou encontram dificuldades para a assistência nessa especialidade, devem passar por treinamentos e orientações e buscar conhecimento através de cursos específicos na área e especializações.

Surgiu dificuldades iniciais no trabalho, diante da complexidade.

“(...) já trabalhei em outras instituições, mas nada tão específico como a infectologia, então esse começo foi difícil não somente para mim, mas toda a equipe com medo, pois a infectologia era novo pra todos” (E5)

“(...) difícil, muito específico, principalmente em relação aos tipos de isolamentos, temos que ter um olhar muito crítico e cuidadoso em relação aos isolamentos” (E4)

No dia a dia de trabalho emergiram algumas situações que ultrapassaram os saberes práticos do enfermeiro, mas estes supostamente tentavam se ajustar e aprender no dia a dia a encarar e superar as dificuldades e desafios. Percebeu-se nos depoimentos a presença

da insegurança e medo inicial em relação à “nova” especialidade e junto ao hospital em processo de implantação.

Exige-se da equipe de enfermagem inseridos nesse processo, de cuidados às pessoas com doenças infecciosas, que conheçam a fisiopatologia e a epidemiologia das doenças, relacionando-as aos resultados laboratoriais, e às condições socioculturais que possam conduzir ao diagnóstico e tratamento (COLOMBRINI et al, 2009). Durante o processo de formação do enfermeiro, faz parte da grade curricular o conhecimento das principais doenças transmissíveis, perfil epidemiológico, classificação dos tipos de isolamentos e cuidados de enfermagem. Porém, na prática, ao assumir a assistência de pacientes portadores de doenças infecto parasitárias, esses profissionais ainda podem apresentar dúvidas, necessitando a busca constante de informações e conhecimento.

Em virtude da especificidade da infectologia, onde as exigências e cuidados são específicos para cada caso, um cuidado importante para o controle das doenças transmissíveis está baseado no conhecimento de sua cadeia de transmissão e uso correto do tipo de isolamento. Isolamento refere-se ao conjunto de procedimentos utilizados para evitar que um caso de doença transmissível ou seus substratos infectem outros indivíduos ou contamine o ambiente, e variam de acordo com as vias de transmissão da doença, são eles: Isolamento Padrão, Isolamento por Contato, Isolamento respiratório para aerossóis e Isolamento Respiratório para Gotículas (RIBEIRO; SHIMIZU, 2006).

Assim no momento da admissão e durante todo período de internação dos pacientes o enfermeiro deve ter atenção em relação aos tipos de isolamentos e realizar e registrar a sistematização de enfermagem, processo de trabalho com avaliação e julgamento crítico para o planejamento da assistência em enfermagem. Ainda, normas de biossegurança devem ser incorporadas no cotidiano do trabalho da enfermagem, principalmente no ambiente hospitalar, pois isso direciona o trabalho voltado às Doenças Transmissíveis. Ao enfermeiro que atuava em uma unidade de internação com pacientes com doenças transmissíveis era necessário para a saúde dos trabalhadores o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs). Há um conjunto de procedimentos e técnicas utilizadas para evitar que um caso de doença transmissível ou seus substratos infectem outros indivíduos ou contamine o ambiente, sendo que para cada situação serão utilizados os EPI necessários (RIBEIRO; SHIMIZU, 2006). EPIs deveriam ser utilizados de acordo com a classificação do tipo de isolamento, e sempre que os profissionais entravam em contato com os pacientes.

Conflitos no trabalho em equipe

Fazem parte da equipe de enfermagem o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o auxiliar de enfermagem. A importância do trabalho em equipe na enfermagem está na obtenção de resultados, é uma atenção integral às necessidades de saúde do paciente. Pode ser aprimorada por meio da comunicação em busca de consenso entre os profissionais no cotidiano de trabalho e sob a liderança do enfermeiro. O trabalho da enfermagem encontra-se na dinâmica das inter-relações e no vínculo entre os integrantes do grupo, o que, conseqüentemente podem potencializar a realização do trabalho. Contudo, conflitos ocorreriam no trabalho.

“(...) às vezes existem sim conflitos no plantão, alguns técnicos de enfermagem não aceitam ajuda dos colegas” (E4)

Na equipe de Enfermagem é necessário que se construa relações mais harmônicas, se aprimore as relações interpessoais, compartilhem problemas na busca de soluções, principalmente para ajustes no trabalho. Em um estudo, os enfermeiros expressaram que a falta de comprometimento dos colegas associada às dificuldades no relacionamento interpessoal de seus pares e as constantes exigências da equipe, são fatores que dificultam a gerência (PIRES, 2000).

No geral, para a equipe de enfermagem, as situações de conflitos surgem muitas vezes por questões de relacionamento interpessoais, que perpassam pela convivência entre os membros da equipe, sendo que esse tipo de situação, pode ser difícil de ser gerenciado pelo enfermeiro.

“(...) é claro que cada pessoa é diferente uma da outra, algumas mais difíceis de se relacionar, algumas com barreiras, mas com tempo fui conversando com todos, acho que quando se respeita as pessoas o ambiente fica mais saudável” (E5)

Às vezes havia conflitos entre os técnicos de enfermagem. É comum nas equipes de enfermagem situações de desentendimentos entre os técnicos de enfermagem. Isso pode ocorrer, por exemplo, na divisão de tarefas e falta de ajuda em procedimentos durante o

decorrer do plantão, que podem envolver aspectos, como individualismo, falta de atenção e compromisso por parte de alguns profissionais, entre outros. Em alguns casos houve a falta de confiança.

“(...) sinto problemas de relacionamento interpessoal, às vezes não posso confiar em todos, principalmente em alguns colegas de trabalho, é ruim trabalhar com pessoas imaturas” (E9)

O enfermeiro frente a uma situação de conflito deve buscar sempre uma solução que seja satisfatória para todos os envolvidos, porém isso nem sempre é possível em razão de alguns fatores como as individualidades dos membros da equipe, adversidade de atitudes e de pensamentos, e principalmente a falta de confiança em alguns colegas de trabalho. Esses aspectos podem ser dificultadores quando o enfermeiro não se sente seguro diante dos colegas de profissão.

O gerenciamento de conflitos, como parte do processo de trabalho gerencial do enfermeiro, exige que os espaços de tensão sejam mediados em prol do cuidado ao paciente e valorização da instituição. A gerência faz parte do cotidiano do enfermeiro como um instrumento de organização, divisão do trabalho e na administração de conflitos, pois em alguns momentos o enfermeiro coloca-se como mediador em espaços de tensão (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

No exercício gerencial do enfermeiro, prazer e sofrimento não podem ser considerados polos opostos, tampouco é possível estabelecer uma relação de equilíbrio entre esses dois sentimentos, pois em algum momento, embates e enfrentamentos surgem, portanto é necessário que os enfermeiros aprendam a conviver e aceitar essa dualidade, ambiguidade e complementaridade, que é inerente à prática gerencial (SANTOS et al, 2013).

O Enfermeiro sabe, pela sua formação, de suas responsabilidades e seu papel de líder na equipe de Enfermagem, reconhece a importância de sua participação e acompanhamento das atividades da equipe no dia a dia de trabalho, porém ainda em muitas instituições hospitalares o enfermeiro assume, por questões institucionais, tarefas mais burocráticas e administrativas do setor, deixando muitas vezes a supervisão da assistência de enfermagem em segundo plano.

Houve o reconhecimento da necessidade de estar perto da assistência.

“(...) acho que quando existe um problema na equipe, ele é de todos e toda a equipe deve se envolver para resolver, o enfermeiro deve sempre estar perto da assistência, a equipe é o reflexo do enfermeiro” (E1)

O enfermeiro deve sempre estar atento as atividades executadas pelos técnicos de enfermagem da equipe sob sua responsabilidade, bem como estar atento à percepção desses desentendimentos e ter como atitude o gerenciamento de conflitos na equipe. A comunicação ineficiente entre a equipe de enfermagem, seja durante a passagem de plantão ou em qualquer outra situação no desenvolvimento do trabalho, pode acarretar em má qualidade na assistência prestada, e dessa forma comunicação é fator de interferência na dinâmica de funcionamento de qualquer instituição de saúde, sendo fundamental para o desenvolvimento do trabalho (SANTOS; BERNARDES,2010).

Quanto à percepção dos conflitos, muitos enfermeiros percebem esse fenômeno como um elemento incorporado e constante no exercício da função gerencial, e o enfermeiro necessita conviver e interagir no seu trabalho de todos os dias (GUERRA, et al, 2011). O fortalecimento do processo comunicativo e a garantia de que ele ocorra de forma clara e eficiente é essencial na gerência de enfermagem, assim sendo, o enfermeiro garante a identificação de problemas individuais e coletivos, podendo então relacioná-los com a análise da situação encontrada e direcioná-los para um planejamento de cuidado apropriado e efetivo (SANTOS; BERNARDES,2010).

Informatização na enfermagem e dificuldades

Os computadores na atualidade são fundamentais para os serviços hospitalares, em virtude de uma grande quantidade de informações que são geradas. Por isso existe uma preocupação com o desenvolvimento de sistemas de informação eficientes que permitam avanços na gestão dos serviços, aumento na produtividade e melhoria na qualidade dos cuidados prestados. A implantação do prontuário eletrônico do paciente (PEP) precisa estar inserida em uma política institucional, porque envolve, além do cuidado ao paciente, a parte administrativa e a auditoria. O PEP traz grandes vantagens, além de melhorar a qualidade no

cuidado dos pacientes, permite o aumento da produtividade dos profissionais de saúde, a facilidade ao acesso aos serviços disponíveis, a redução dos custos administrativos (BEZERRA, 2009).

Fez parte do projeto de implantação do Hospital um sistema de informática que pudesse administrar desde o prontuário do paciente, como os todos os demais serviços internos do hospital, como por exemplo, o controle de frequência dos funcionários, a solicitação de materiais e equipamentos, entre outros. Foi instalado logo nos primeiros dias de funcionamento do Hospital um sistema de informática chamado de SI3, Sistema Integrado de Informações Incor (SI3), que permitia administrar as informações geradas durante os processos de assistência de pacientes, possibilitando uma visão integrada e o controle eficiente dos recursos, custos e resultados da instituição de saúde. Com isso, todos os documentos que faziam parte do prontuário do paciente, solicitação de materiais, medicamentos entre outros serviços, existiam de forma eletrônica, necessitando o acesso ao sistema por parte dos profissionais da unidade de internação. Foi necessário e ocorreram vários treinamentos para todos os funcionários sobre como acessar e trabalhar nesse sistema. Todos os profissionais da Unidade de internação foram treinados pelos profissionais do setor de TIC (tecnologia da informação e comunicação), para o uso adequado do sistema.

Esses treinamentos ocorreram no próprio setor de internação, nos computadores instalados no posto de enfermagem, e as explicações eram especificamente relacionados ao funcionamento do sistema e como trabalhar nesse ambiente eletrônico. A equipe clínica passou a prescrever medicamentos, procedimentos, cuidados e emitia laudos diretamente no sistema, sem a necessidade do preenchimento de formulários em papel e manualmente. Com esta suposta “praticidade”, todas as informações necessárias para a dispensação pela farmácia, administração de medicamentos, custos, estavam registradas no sistema e também supostamente não se “perdiam”.

Porém, dificuldades foram encontradas pelos enfermeiros em relação ao uso dos computadores e sistema, uma vez que o prontuário eletrônico do paciente foi uma realidade instituída no hospital e na unidade.

“(...) uma grande dificuldade pra mim é o novo sistema de informática, principalmente no campo de prescrição médica, pois diariamente aparece algum tipo de problema e sempre é necessário ligar para os setores de Farmácia e T.I.” (E 10)

“(...) uma dificuldade aqui pra mim é o sistema que é informatizado, a sistematização de enfermagem que é toda informatizada, é uma dificuldade não somente pra mim, mas alguns colegas que também reclamam, não estou acostumada com esse sistema” (E07)

Lidar com computadores e novos sistemas de informática requer conhecimento e habilidades. O profissional de enfermagem além do conhecimento técnico científico, normas, protocolos, e rotinas institucionais, devia ter um conhecimento básico na área de informática e conhecer os principais sistemas e plataformas de trabalho, além de habilidade em digitação. A conscientização dos profissionais de enfermagem frente a utilização da tecnologia de informação no sentido de beneficiar o paciente, reduzir os custos e racionalizar o trabalho, tem sido o grande desafio da informática em enfermagem (EVORA, 2007). A Informática em Enfermagem é uma área de conhecimento com mais de 30 anos de aplicação e desenvolvimento, porém ainda é para alguns profissionais, um desafio, uma área desconhecida (MARIN; CUNHA, 2006). O processo de implantação requer uma fase de adaptação.

“(...) o prontuário é informatizado, ainda é novo, estamos em fase de adaptação, sabemos que não é culpa da Instituição, mas estamos tentando superar os problemas para resolver algumas situações” (E5)

Conforme especificidades de cada sistema podem ocorrer problemas que precisam ser solucionados de modo rápido, nem sempre possíveis por necessitar de intervenções de outros setores. No Hospital, local da pesquisa, os funcionários do setor de TIC trabalhavam em jornada de plantões, pois tinham também a responsabilidade de auxiliar os profissionais do setor de internação, médicos e da equipe de enfermagem na resolução de problemas e ainda fazer o acompanhamento e manutenção do sistema. Um problema rotineiro foi em relação a prescrição médica, onde o médico deveria seguir um passo a passo rigoroso para que os profissionais da farmácia pudessem visualizar em tela os medicamentos e dispensá-los para o serviço de enfermagem, e administrá-los aos pacientes. Dentro desse sistema de informatização do prontuário, o médico de plantão diariamente, por volta das 00:00 hs era

responsável por iniciar o registro em sistema assim atualizando data e dados dos pacientes internados, a prescrição médica deveria até no máximo por volta da 08: 00 hs estar registrada no sistema, para que os serviços de farmácia e enfermagem pudessem visualizar no sistema os medicamentos prescritos, e esses horários muitas vezes não eram respeitados, prejudicando muitas vezes o processo de trabalho

O processo de informatização de uma Unidade Hospitalar pode gerar insegurança nos profissionais de saúde quanto à interferência da tecnologia na “relação médico–paciente”, porém, com o treinamento adequado e o domínio na utilização das ferramentas, estas incertezas devem ser superadas, e apesar de todas as dificuldades para a implantação de sistemas informatizados, seja por falta de recursos orçamentários de investimentos, seja por resistência dos profissionais da área, entre outras (BEZERRA, 2009).

A quantidade adequada de equipamentos necessários para o trabalho é fundamental para uma boa qualidade nos serviços. Na unidade de internação, local do estudo, existiam duas unidades de computadores para todas as equipes de trabalho, e a falta de equipamentos foi uma realidade, apontada pelos enfermeiros entrevistados.

“(...) é um hospital pequeno e novo, mas com problemas de um hospital de grande porte, ainda estamos com problemas estruturais como a falta de computadores” (E6)

Houve um problema em relação ao número de computadores, pelo fato do hospital estar em fase de implantação, adequações foram necessárias conforme as demandas, e ainda havia poucos computadores para o uso dos trabalhadores.

O sistema implantado era mais complexo e de difícil entendimento.

“(...) o sistema de informática aqui do hospital não é fácil, é um sistema complexo que deveria ser aprimorado, acredito que poderia melhorar” (E3)

O sistema utilizado deveria estar adequado às necessidades do Hospital. Em se tratando da implantação de uma Unidade Hospital especializada em Infectologia foi necessário a escolha de um sistema que atendesse às necessidades do serviço e ao perfil de um paciente que realizava vários exames e recebia medicações específicas. Como descrito

anteriormente, o sistema de informática no Hospital, local do estudo, era o SI3, considerado complexo e de difícil aprendizado.

Para a implantação do prontuário eletrônico é necessário um grande esforço e empenho de todos os profissionais, são muitas as contribuições para as Unidades Hospitalares e pacientes, a saber: rapidez, qualidade da informação clínica, confiabilidade dos dados que podem ser usados tanto na gerência, quanto na assistência direta ao paciente, nas pesquisas clínicas, nas auditorias, permitindo a criação de indicadores administrativos, médicos assistenciais, gerenciais, possibilitando o controle e avaliação das ações (BEZERRA, 2009). A introdução de computadores na enfermagem passou e ainda passa por etapas de avaliação, de tentativa de acerto e erro, também como todo processo de mudança, a resistência surge a toda hora, resistir à mudança faz parte da natureza humana e na Enfermagem não poderia ser diferente (MARIN; CUNHA, 2006).

Desafios da Educação Continuada e Permanente

A Educação Continuada é tradicionalmente na área da enfermagem fundamentada no conhecimento técnico-científico, e ocorre através de cursos e treinamentos. O enfermeiro deve desempenhar uma gerência inovadora, buscando meios que possibilitem a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, maior satisfação para a equipe de enfermagem, bem como o alcance dos objetivos organizacionais, a Educação Continuada é utilizada como mecanismo para o desenvolvimento de recursos humanos e da instituição, podendo ter um significado de desenvolver o indivíduo para fazer melhor aquilo que ele já faz (GALVÃO et al, 2000).

A assistência de enfermagem no ambiente Hospitalar é dotada de muitos procedimentos técnicos e de conhecimento científico por parte das equipes, assim os gerentes de enfermagem devem sempre avaliar e monitorar a assistência prestada e intervindo através dos processos educativos. E uma forma de avaliação e monitoramento dos serviços é a implantação de indicadores assistências e de gestão em enfermagem.

A construção de indicadores de qualidade implica na explicitação de referenciais de apoio, e de se considerar os seguintes aspectos: as políticas assistenciais, educacionais e gerenciais em saúde, a missão e a estrutura organizacional, os programas e as propostas de trabalho das instituições de saúde, os recursos humanos, materiais, financeiros e físicos

disponíveis e as expectativas da clientela atendida (KURCGANT, TRONCHIN; MELLEIRO,2006).

Em se tratando de um processo de implantação de um Hospital Especializado, o serviço de Enfermagem investiu inicialmente na Educação Continuada, através de treinamentos específicos. Logo no início das atividades do hospital, foi implantado sob a responsabilidade de uma enfermeira, o serviço de Educação Continuada, que através de cronograma mensal e com temas específicos em Infectologia, e ainda de acordo com os resultados dos indicadores assistenciais de enfermagem; organizava os treinamentos para as equipes de enfermagem da unidade de internação.

Todos os enfermeiros perceberam a importância da Educação Continuada.

“(...) aqui nós temos a Educação Continuada, existe um cronograma, de treinamentos, acho muito importante, procuramos sempre encaminhar todos os funcionários para as aulas, são capacitações e treinamentos importantes” (E1)

“(...) aqui existe a Educação Continuada, quando entrei participei de um processo de integração, com aulas e treinamentos específicos, essas aulas foram com a enfermeira da Educação Continuada e também com a enfermeira da CCIH, foi muito bom e necessário pois muita coisa eu não sabia” (E8)

A enfermeira da Educação Continuada preparava o cronograma mensal com os temas, divulgando eletronicamente e encaminhando para a supervisora de enfermagem da Unidade de internação, que informava os funcionários, e nos dias de treinamento escalava os mesmos para participarem dos treinamentos. Os treinamentos eram realizados em uma sala de aula própria, com computador e projetor multimídia, e distante da unidade de internação.

Ocorreram problemas na participação de alguns profissionais da equipe de enfermagem nessas atividades propostas.

“(...) às vezes durante o plantão fica difícil fazer os treinamentos, então esse é um problema que a Educação Continuada aqui enfrenta” (E1)

“(...) não podemos mentir, quando a unidade está cheia, parar no meio do expediente para assistir uma palestra as vezes é difícil” (E2)

Em determinadas situações de trabalho não foi possível participar dos treinamentos, pois outras demandas urgentes surgiram, e era necessário priorizar os atendimentos junto aos pacientes. Entre as demandas que podiam surgir durante o estudo estavam o número de pacientes internados em relação ao número de funcionários de enfermagem, pois em várias situações a unidade de internação estava com todos os leitos ocupados e poucos profissionais na escala de serviços. Algumas vezes era cancelado o treinamento, e para que fosse viabilizado as participações era necessário refazer o cronograma. Programas de Educação Continuada são importantes, porém apontam alguns fatores limitantes: não definição dos objetivos, problemas relacionados à infraestrutura do setor, não cumprimento da programação, repetição de conteúdos e número insuficiente de programas (SILVA; SEIFFERT, 2009).

As empresas devem buscar a capacitação e o desenvolvimento de seus profissionais, porém nas organizações hospitalares há em geral um contraste entre as necessidades que envolvem as capacitações e a realidade do dia a dia de trabalho, que não pode esperar que demanda muitas ações, ou seja, a assistência ao paciente internado, que envolve procedimentos, exames e intercorrências. Um programa de Educação voltado aos profissionais de Enfermagem requer um planejamento dinâmico, participativo, interdisciplinar, e com objetivos definidos, buscando atender diretamente as necessidades da organização e dos profissionais, respeitando e tentando adequar-se às dificuldades, pois a Educação Continuada deve levar em consideração as dificuldades em situações reais de trabalho (MONTANHA; PEDUZZI,2010).

O serviço de Educação Continuada realizava no final de cada mês um planejamento de treinamentos para o mês seguinte, mas em virtude das frequentes alterações, o organograma planejado sofria muitas alterações. No modelo convencional de Educação Continuada, o grande investimento na capacitação de recursos humanos, não tem se traduzido em mudanças na prestação de serviços de saúde, a atualização é útil, mas não necessariamente tem o potencial de transformar as práticas nos serviços (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

Desafios junto aos treinamentos surgiram.

“(...) temos funcionários que gostam muito da Educação Continuada e pedem mais treinamentos, mas temos aqueles que realmente não gostam, falam “aulinha” de novo?” (E5)

Os processos de ensino-aprendizagem requerem muitas vezes revisão, para alguns trabalhadores os modos tradicionais de ensino-aprendizagem podem ser percebidos como adequados e suficientes, para outros não, e podem ser vistos como “ultrapassados”. A crítica da prática de formação pouco relacionada ao contexto de trabalho, característica dos Programas de Educação Continuada, tem permitido reduzir os treinamentos à reciclagem do conhecimento, mas em outras palavras, a atualização é útil, mas não necessariamente tem o potencial de transformar as práticas nos serviços (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

Na Educação Continuada, à medida que se centra no desempenho de cada categoria profissional em suas funções determinadas social e tecnicamente pela divisão do trabalho, acaba por acentuar a fragmentação do cuidado, das equipes e do processo de trabalho (MONTANHA; PEDUZZI, 2010). Profissionais que apresentam olhar mais crítico e reflexivo no dia a dia de trabalho levantam em geral problemas, questionam e buscam soluções, assim podem entender que a Educação continuada, da forma como é pontual, é um processo educativo que pode limitar essa possibilidade.

E a Educação Permanente, era desconhecida para alguns enfermeiros.

“(...) Educação permanente? No outro hospital em que trabalho existe esse nome, antes era educação continuada e agora é educação permanente” (E6)

Durante as entrevistas foi possível observar um desconhecimento a respeito da Educação Permanente, alguns enfermeiros entendiam que era apenas uma substituição de nomes de Educação Continuada para Educação Permanente. Para que se tenha sucesso na utilização de qualquer estratégia educativa, é imprescindível que haja a compreensão dos envolvidos sobre a mesma, ocorre que ainda alguns trabalhadores desconhecem conceitos importantes, assim percebe-se que os trabalhadores, ao serem abordados sobre a diferença

entre os termos Educação Continuada e Educação Permanente, não sabem responder ou tem uma concepção diferente daquela preconizada pelas portarias ministeriais (EL HETTI et al, 2013). A demanda e pressões por respostas rápidas, têm induzido a reprodução de modelos consolidados de educação no trabalho em que deixamos de explicitar o conceito que se está empregando na implantação de Programas ou Sistemas de Educação Permanente e Continuada, utilizando-os como se fossem sinônimos (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

Embora não opostos, os conceitos de Educação Continuada e Educação Permanente conferem especificidades ao processo ensino-aprendizagem, e consideram temas para debates e reflexões. Contudo ainda é necessário uma divulgação e compreensão melhor sobre os conceitos por parte das equipes de saúde e principalmente a enfermagem.

“(...) Educação Permanente acho que é a educação realizada por todos, um ajuda o outro, toda a equipe participa do aprendizado, e uma troca de conhecimento, exemplo: é uma troca de experiências na equipe de enfermagem” (E4)

Uma proposta importante da Educação Permanente é o papel de identificar, junto aos trabalhadores, quais são as dificuldades que surgem no trabalho diário, para poderem atuar nos problemas identificados, de acordo com a realidade de cada serviço. Assim os profissionais de saúde devem estar inseridos em espaços para discussão dos problemas, com posterior possibilidade de modificação de sua realidade.

Educação Permanente constitui um projeto político-pedagógico com vistas à transformação das práticas de saúde e de enfermagem, na perspectiva da integralidade, do trabalho em equipe, é aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (MONTANHA e PEDUZZI, 2010). O foco central da Educação Permanente é atuar com a experiência dos trabalhadores e a aquisição de conhecimentos, utilizando a realidade de cada serviço, é algo complexo e desafiante, pois o gestor tem que proporcionar processos educacionais que sensibilizem o profissional, que causem impacto no que é subjetivo em cada um e também no seu modo de ser, agir e pensar (EL HETTI et al, 2013).

A Educação Permanente é algo desafiante e para que ocorra um processo real de mudança nos processos educativos em saúde são necessários gestores e profissionais tenham

conhecimento dessa política. O objetivo da Política de Educação Permanente em Saúde é refletir sobre a prática, realizar diagnóstico e planejar as ações de saúde de acordo com as necessidades da loco-região, transformando as práticas cotidianas, os processos de trabalho e as relações (CAROTTA, et al, 2009). Estamos diante do desafio de pensar uma nova pedagogia, que usufrua todas as que têm implicado com a construção de sujeitos autodeterminados e comprometidos sócio historicamente com a construção da vida e sua defesa, individual e coletiva (MERHY, 2005). Educação Permanente em Saúde é uma metodologia através da qual se busca atingir, a partir da problematização do próprio cenário de práticas, a qualificação dos processos de trabalho em saúde, com fins à resolutividade, e humanização da atenção (CAVALCANTI; WANZELER,2009).

5.3 As entrevistas com os técnicos de enfermagem

Na época do estudo na Unidade de internação, a equipe de técnicos de enfermagem era composta de um total de dezesseis (n=16) profissionais. Todos foram contatados e convidados a participar do estudo, sendo que três não aceitaram em participar por motivo de razões pessoais.

Participaram da entrevista treze (n=13) técnicos de enfermagem, equivalendo a 81,2% da amostra total, sendo nove (n=9) do gênero feminino e quatro (n=4) do gênero masculino, com idades entre 25 e 55 anos. Destes onze (n=11) eram casados e dois (n=2) solteiros, sendo que todos (n=13) trabalhavam na Instituição há mais de um ano. Os dados demográficos e de trabalho dos sujeitos estão demonstrados na Tabela 2 abaixo.

Tabela 2. Dados demográficos e de trabalho dos técnicos de enfermagem.

Dados	N=13
Gênero	Feminino: n=9 Masculino: n=4
Faixa etária	De 25 a 55 anos: n=13
Escolaridade	Ensino Médio: n=12 Ensino Médio e Sup. Incompleto. n= 01
Estado civil	Casado: n=11 Solteiro: n=02
Número de dependentes	Nenhum filho: n=04 Um filho: n=05 Dois filhos: n=04
Tempo de atuação na Instituição	De 1 a 2 anos: n=13
Tempo de atuação na enfermagem	De um a dez anos: n=07 Acima de dez anos: n=06

Conforme observado na tabela 2 acima, a maioria dos técnicos de enfermagem tinha idade superior a 30 anos, nove (n=9) eram do gênero feminino e quatro (n=4) do gênero masculino, e todos (n=13) trabalhavam na Instituição há mais de um ano. O pouco período de trabalho na instituição ocorreu devido à implantação recente do hospital. Considerando o tempo de atuação na Enfermagem, três (n=3) sujeitos trabalhavam na área da Enfermagem há menos de 05 anos, quatro (n=4) trabalhavam de cinco a dez anos e os outros seis (n=6) há mais de 10 anos. Sete (n=7) sujeitos trabalhavam em duas Instituições e seis (n=6) trabalhavam somente na Instituição do estudo. O fato de trabalharem em mais de uma instituição, pode estar relacionado a condições do mercado de trabalho, salário, responsabilidades com família e filhos, levando o técnico de enfermagem a manter em geral dois vínculos de trabalho.

A análise das entrevistas permitiu elencar as categorias: (1) Assistência em Infectologia, (2) Administração de Medicamentos e desgaste no trabalho, (3) Trabalho em equipe, (4) Educação no trabalho. Os depoimentos dos sujeitos serão apresentados utilizando-

se códigos de identificação para equipe de técnicos de enfermagem (TE1, TE2, TE3...) a fim de manter o sigilo sobre a identidade dos sujeitos.

Assistência em Infectologia

A incidência de algumas enfermidades em infectologia e a identificação de novos micro-organismos, fazem com que as doenças infecciosas alcancem lugar de destaque entre os processos mórbidos que atingem o ser humano. A Baixada Santista apresenta uma das maiores prevalências de AIDS no país, ocupando a segunda posição no Estado de São Paulo, o que propicia a ocorrência de altas taxas de coinfeção TB/HIV, assim a região é considerada prioritária para o Programa de Controle da tuberculose (PCT) da Secretaria de Estado da Saúde no que se refere às medidas e ações de vigilância em saúde pública (ZAMARIOLI et al, 2009). Com isso é necessário que os serviços de saúde se reorganizem no atendimento à população.

Foi possível identificar uma diferença de assistência prestada aos pacientes na Instituição, comparada às outras Instituições em que já haviam trabalhado.

“(...) em outros locais o paciente de infectologia é sempre o último a ser visto, quando vim trabalhar aqui, fiquei curioso, pois só existia ele aqui, ele é exclusivo, então hoje depois de trabalhar aqui vejo que lá fora eles são mal tratados...”. (TE 06)

A implantação de um novo Hospital especializado em Infectologia, na opinião dos técnicos de enfermagem trouxe para a região um importante atendimento, muito específico e diferente dos outros serviços que atendem a mesma especialidade. Normalmente, em Hospitais não especializados, ou seja, Hospital geral, principalmente em Prontos Socorros, pacientes portadores de doenças transmissíveis são isolados e muitas vezes aguardam por muito tempo um atendimento e resolutividade do caso. Muitos técnicos de enfermagem trabalhavam em duas instituições hospitalares, e já tinham tido contato com pacientes portadores de doenças infecto parasitárias, porém perceberam, após a experiência de trabalho no hospital local do estudo, o quanto existiam diferenças na assistência prestada entre as instituições.

“(...) onde eu trabalhava os pacientes com tuberculose eram isolados e sempre eram os últimos a serem vistos” (TE 09)

Nas instituições de saúde, principalmente hospitais gerais ou prontos socorros, em geral quando existem casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis, existe uma preocupação em isolar os pacientes, pois os profissionais entendem que essa é uma medida de controle das doenças transmissíveis. Porém pode ocorrer o esquecimento ou ignorarem o atendimento humanizado aos pacientes. Apesar dos avanços científicos que tornaram disponíveis tratamentos eficazes, ainda hoje as crenças populares sobre a tuberculose parecem conservar muitas das imagens que fizeram dela uma das doenças mais temidas em todos os tempos, o estigma da doença leva pessoas que adquirem tuberculose a sofrerem não só pelas manifestações clínicas, mas também pela possibilidade de vivenciar preconceitos, sendo rejeitadas em seus relacionamentos sociais (SOUZA et al, 2010).

O Hospital do estudo fazia parte da rede hospitalar de atendimento especializado em Infectologia e trabalhava com uma forma de internação específica e diferenciada na região, pois suas vagas e internações eram reguladas e controladas por uma central de vagas. As equipes médica e de enfermagem antes mesmo do paciente internar já sabiam do diagnóstico provável e que tipo de isolamento devia ser implantado e preparavam o leito para a chegada do paciente.

“(...) não tinha muito contato com paciente em isolamentos em outros lugares, o que se faz aqui com os isolamentos eu nunca tinha visto então para mim foi um desafio” (TE01)

Para alguns técnicos de enfermagem foi uma nova experiência de trabalho a assistência hospitalar em infectologia, como não tinham um conhecimento prévio das principais doenças da região, como a tuberculose e AIDS, toda a especificidade da especialidade e o cuidado prestado, foi um conhecimento novo e desafiador no dia a dia de trabalho. Uma estratégia utilizada pelo SUS no Brasil para a garantia do acesso universal dos cidadãos aos serviços de saúde, é a organização das centrais de regulação assistencial, por temas ou áreas assistenciais, elas fazem o elo entre as demandas existentes e o recurso disponível, de modo a oferecer a melhor resposta assistencial, de forma equânime, de

qualidade, e em tempo oportuno (EVANGELISTA; BARRETO; GUERRA, 2008).

Em se tratando de doenças transmissíveis existe uma preocupação com a saúde do trabalhador, contudo um aspecto que surgiu nos depoimentos dos técnicos de enfermagem, foi em relação à forma de internação no hospital. Como todos os casos de internação eram previamente conhecidos pelo hospital, isso deixava a equipe de enfermagem mais segura em relação aos cuidados com a própria saúde, fato que não acontecia em outras unidades hospitalares uma vez que os serviços trabalhavam com unidades de pronto socorro.

“(...) onde trabalhei por 5 anos você atendia todas as pessoas e não sabia o que elas tinham, eu cuidava deles e não sabia o diagnóstico, aqui me sinto mais segura, sabemos o que a pessoa tem, como devemos cuidar dela e meu sentimento é de tranquilidade” (TE09)

Os técnicos de enfermagem não tinham medo ou preocupações em trabalhar em um hospital especializado em infectologia, pois quando se conhecia o diagnóstico, principais cuidados, e EPI necessários para a assistência aos pacientes, se sentiam mais seguros e tranquilos no trabalho. Em se tratando de uma especialidade onde um procedimento importante para o controle da cadeia de transmissão das doenças é o isolamento dos pacientes, os profissionais das Instituições de origem do paciente, da central de regulação de vagas e do Hospital do estudo, tinham que manter um diálogo constante para garantir a assistência do paciente, agilidade do caso e ainda a saúde dos trabalhadores envolvidos.

Normas de biossegurança devem ser incorporadas no cotidiano do trabalho da enfermagem, principalmente no ambiente hospitalar, pois isso é o que direciona o trabalho voltado às Doenças Transmissíveis e dá segurança aos profissionais

“(...) não tenho medo, sabe por que, se fosse em um hospital geral iríamos atender sem luva e sem avental, aqui já sabemos o que eles têm se for doença respiratória, usamos máscara, se for uma doença de contato, usamos luvas, aprendemos muito aqui” (TE11)

“(...) risco de se contaminar, isso aqui não acontece, sabemos o que os pacientes têm quais os cuidados que devemos tomar e quando precisamos usar os equipamentos de proteção, eles são separados por isolamentos e existe a classificação para cada um dos

isolamentos (TE 12)

Os técnicos de enfermagem foram orientados quanto os tipos de isolamentos em infectologia e que equipamentos de proteção individual (EPI) deveriam utilizar frente ao diagnóstico e sobre a classificação do isolamento. Este aspecto foi importante, pois ofereceu ao trabalhador da enfermagem uma segurança maior no trabalho.

A descoberta dos agentes microbianos trouxe como contribuição a compreensão sobre a produção das doenças transmissíveis, auxiliando no desenvolvimento de medidas de proteção mais eficazes, como o isolamento/precauções, pois as ocorrências de acidentes envolvendo os profissionais de saúde e a contaminação por doenças transmissíveis de alguns deles, evidencia pontos vulneráveis na abordagem da questão na prática das precauções/isolamento (NICHATA et al, 2004).

No atendimento ao paciente com doença transmissível, muitas vezes é difícil identificar com segurança e rapidez o seu estado de portador e as probabilidades de transmissão, fato que evidencia que no momento da assistência, qualquer pessoa deve ser vista como potencialmente infectada, o que demanda adoção de medidas especiais para a proteção dos trabalhadores da saúde, assim, a adoção de normas de biossegurança no trabalho em saúde (GIR et al, 2004).

É fundamental que a equipe de enfermagem esteja treinada, a fim de controlar a incidência das infecções hospitalares, bem como é necessária a supervisão direta do enfermeiro, estabelecendo o uso obrigatório de equipamentos de proteção individual, além de realizar educação continuada (MAZIERO et al,2012). Assim como os enfermeiros, percebeu-se junto aos técnicos de enfermagem que o paciente portador de uma doença infecto-parasitária apresentava uma característica e especificidade própria, exigindo mais cuidados, mais atenção da equipe e demandava um tempo maior durante a assistência prestada.

“(...) os pacientes são bem debilitados, solicita a gente todo o momento e demoramos muito para prestar os cuidados, como: banho, higiene e curativos, não podemos nunca deixa- los sozinhos por risco de queda, temos muita atenção com isso” (TE12)

“(...) aqui o paciente é totalmente diferente, são pessoas que vem com o sistema abalado, aqui temos a psicóloga e a assistente social que ajudam muito” (TE09)

As entrevistas com os técnicos de enfermagem mostraram a importância do trabalho multidisciplinar realizado na Unidade de internação. Em virtude do quadro geral e perfil dos pacientes que internavam, era necessário um acompanhamento psicológico e de um assistente social, pois muitos pacientes chegavam para a internação desanimados e depressivos, principalmente os que apresentavam complicações sérias da AIDS.

A maioria dos pacientes que chegavam para internação eram portadores do vírus HIV, com a doença em estágio avançado, e já com AIDS. As justificativas para a internação eram em geral por complicações e comorbidades da AIDS, assim eram admitidos com um quadro clínico alterado e necessitando de pronto atendimento para restabelecer o bom estado geral do paciente. Unidades de pacientes portadores de HIV-AIDS podem ser consideradas setores em que o trabalho realizado pode ser categorizado como intensivo e de alta complexidade, em decorrência do nível de gravidade dos pacientes e a demanda de assistência de enfermagem frente ao perfil da clientela e da doença (MIQUELIM et al, 2004).

Dentro de uma Unidade hospitalar especializada em Infectologia é consideravelmente alto o número de internações de pacientes portadores de HIV/AIDS. A AIDS ainda é uma doença que sofre com estigma e preconceitos, está associada a comportamentos discriminados pela sociedade, levando muitas vezes à rejeição da sociedade, abandono da família e até mesmo de profissionais de saúde que se recusam a prestar assistência aos pacientes acometidos desta doença, pelo medo de contágio.

“(...) fico triste por que eu não consigo passar esperança para eles, digo você vai melhorar, tento animá-los mas as vezes não consigo, é frustrante pra mim colocar o paciente pra cima, ele vai deprimindo... rebaixando” (TE03)

Entre as complicações mais comuns dos pacientes com AIDS está a alteração neurológica. Era comum na Unidade de internação, pacientes com quadros neurológicos alterados, levando ao rebaixamento neurológico e alterações do nível de consciência. Essa condição deixava os técnicos de enfermagem preocupados, pois dia a dia ele alguns pacientes iam piorando, gerando um sentimento de impotência em algumas situações. O profissional para atuar na unidade de pacientes portadores do HIV- AIDS necessita estar preparado para lidar não só com a doença AIDS, mas também com diferentes efeitos provocados pela mesma,

pois o impacto deste cotidiano na atuação dos profissionais de enfermagem implica num desgaste físico e emocional que ultrapassa os limites dos cuidados intensivos requeridos pelos pacientes, envolvendo também um confronto diário com a morte, a impotência, o fracasso e a dor (MIQUELIM et al, 2004).

Nos depoimentos foi relatado pelos técnicos de enfermagem o quanto era difícil trabalhar com situações irreversíveis, pois sabiam que a cura para determinadas doenças nunca iria ocorrer, e que em alguns casos esses pacientes eram abandonados pela própria família.

“(...) eles são debilitados, com doenças que lá fora as pessoas discriminam a família não aceita e isso não é bom, são poucos com família estruturada” (TE09)

“(...) algumas doenças não têm cura, você trata a doença, mas sabe que ela não tem cura, às vezes isso é ingrato, pois eles vão embora e ficamos sabendo algum tempo depois que eles faleceram, pra mim no começo foi difícil entender” (TE 01)

As diferenças no trabalho com AIDS em relação a outras doenças levam os profissionais de enfermagem a se defrontar com aspectos específicos dessa patologia, como, uma quantidade enorme de informações científicas, o desespero do paciente frente à doença, as dificuldades em trabalhar com subgrupos específicos, tais como homossexuais, usuários de drogas, pacientes em situação de rua, e ainda uma imprevisibilidade em relação ao prognóstico. Isso demandou uma atenção “diferenciada” e ficava difícil para os profissionais não darem essa atenção durante a assistência e principalmente não permitir uma escuta mais atenta junto ao paciente.

“(...) eles falam muito mesmo sobre a vida deles, então é engraçado você se torna até... não sei explicar um apoio para eles, por mais que você não queira se apegar não tem jeito vamos pra casa pensando neles” (TE08)

“(...) precisamos ser mais solidários, não conseguimos sair do quarto, eles começam a falar e às vezes nem somos da enfermagem mais, somos psicólogos deles” (TE02)

Houve uma necessidade de maior atenção e escuta dos pacientes, demandando um tempo maior de assistência. Houve uma complexidade envolvida em alguns casos, que envolviam contextos socioeconômicos, culturais, problemas familiares, entre outros, especialmente junto aos pacientes usuários de drogas. Isso remetia para a equipe de técnicos de enfermagem, durante o período de internação, a necessidade de manter um diálogo constante com o paciente, sobre a importância da permanência no Hospital e necessidade dos medicamentos e procedimentos. A média de permanência das internações na Unidade de internação do hospital era considerada alta, em virtude do tratamento e demora na melhora da evolução clínica dos pacientes, com isso criou-se um vínculo afetivo entre os técnicos de enfermagem e os pacientes. Essa construção de vínculo ocorria no dia a dia de trabalho.

Toda profissão de cuidado imprime a necessidade da contrapartida do afeto, no caso do profissional de saúde a relação afetiva é parte integrante do próprio exercício do trabalho, como pré-requisito para que seu objetivo seja atingido e para que a relação de cuidado seja efetivada, o trabalhador precisa estabelecer na sua relação de cuidado o vínculo afetivo para que seu trabalho se realize (MENEZES, 2002).

Na Unidade, local de estudo, o perfil epidemiológico e ainda sócio econômico era de um paciente em tratamento do HIV/AIDS com histórias de abandono e complicações neurológicas próprias da patologia, muitos ainda desenvolviam a tuberculose como comorbidade, e na sua grande maioria estavam envolvidos em situações de drogadição, abandono ou desestrutura familiar e situação de moradia na rua. Para Padoin et al (2013), a epidemia do HIV/AIDS já completou três décadas e se perpetua como um problema de saúde pública devido à atual condição de cronicidade, ao seu caráter epidemiológico e às condições de vulnerabilidade que atingem milhares de pessoas, além disso, o grau de escolaridade tem se apresentado como um fator importante para o sucesso do tratamento, pois quanto maior a escolarização, maior é a compreensão de informações referentes ao HIV e aos cuidados de saúde. Uma boa assistência pode melhorar muito a qualidade de vida das pessoas com AIDS, envolve também apoio emocional e espiritual, assim a equipe de enfermagem deve estimular o paciente a compartilhar pensamentos, encorajá-lo a verbalizar problemas e sentimentos, isso poderá fortalecê-los, enquanto sujeitos desse processo, isso o fará ver, simultaneamente, que a enfermagem o considera, o respeita e acima de tudo não tem medo de contrair sua doença (COSTA et al, 2006).

Administração de medicamentos e dificuldades no trabalho

Pacientes hospitalizados recebiam um grande número de medicamentos por dia durante a internação, assim era grande a responsabilidade da equipe de Enfermagem dentro do processo de administração desses medicamentos. É dela a última oportunidade de interceptar e evitar um possível erro ocorrido nas etapas iniciais desse processo, transformando assim a última barreira de prevenção e segurança do paciente.

Nas instituições hospitalares é responsabilidade dos profissionais de enfermagem assegurar aos pacientes uma assistência livre de imprudência, imperícia ou negligência, entretanto, erros relacionados à administração de medicamentos ocorrem em muitos hospitais podendo trazer sérias consequências para os pacientes, instituição e profissionais (MIASSO; CASSIANI, 2000).

Durante o processo de implantação dos serviços foi instituído o prontuário eletrônico para o paciente internado, onde o campo de prescrição médica envolveu a participação do médico plantonista, enfermeiros e principalmente o técnico de enfermagem que era responsável pela administração dos medicamentos prescritos. Esse sistema era administrado pelo setor de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) através de computadores, redes e software que permitem integrar, dentro da instituição, os dados importantes sobre os pacientes.

A prescrição de medicamentos é vista como o início de uma série de eventos, dentro do processo de medicação, que resultará na administração segura, ou não, de uma dose no paciente, assim, faz-se necessário maior conscientização, por parte daqueles que prescrevem, no intuito de elaborarem prescrições claras, objetivas e completas, minimizando as dúvidas da equipe multidisciplinar e proporcionando condições favoráveis para a segurança do paciente na terapêutica medicamentosa (GIMENES et al, 2010).

Nos depoimentos foi possível identificar dificuldades dos técnicos de enfermagem frente a administração de medicamentos, onde eles relataram falhas no processo informatizado da prescrição médica.

“(...) o problema aqui é a prescrição médica, sabemos o que está prescrito, mas a medicação demora para vir da farmácia, se é o caso de uma emergência não temos estoque de medicação aqui na unidade” (TE13)

“(...) um grande problema que eu acho é com os medicamentos, não é fácil, temos que solicitar, existe uma certa demora” (TE09)

Existia uma demora na chegada dos medicamentos na unidade de internação. Quando o médico prescrevia, o sistema já estabelecia o horário de administração dos medicamentos, essas prescrições em rede eram visualizadas pelo setor de farmácia onde os funcionários faziam a separação por nome e leito do paciente, e assim para que o lote de medicamentos pudesse ser entregue nesta internação.

“(...) a medicação não sendo administrada no horário certo aí complica, o médico prescreve alguma medicação na urgência, dá aquela correria, acaba atrasando um pouco sim, então é uma dificuldade...” (TE08)

“(...) esse processo tem que primeiro chegar na farmácia e tudo isso demora aí ficamos angustiados, por que não conseguimos agilizar nosso serviço” (TE 02)

Ocorria uma demora muito grande entre o momento da prescrição médica, e a entrega dos medicamentos na Unidade. Segundo os técnicos de enfermagem pareceu haver uma inabilidade do profissional médico junto ao sistema informatizado de prescrição médica. Ainda, havia poucos computadores na Unidade de internação e uma demora na separação de todos os itens no setor de farmácia, o que consequentemente prejudicava o trabalho dos técnicos de enfermagem.

Os técnicos de enfermagem tinham consciência da importância do medicamento a ser administrado no horário correto conforme a prescrição médica, e a demora da chegada do medicamento, trazia desgaste e angústia na equipe.

A administração de medicamentos além de ser uma das atividades mais sérias e de grande responsabilidade para a equipe de enfermagem é uma das etapas da terapia medicamentosa mais importante, para a sua execução é necessário que vários princípios científicos associados a um sistema de medicação seguro sejam aplicados, juntamente com processos desenvolvidos para dificultar o surgimento de erros (MIASSO e CASSIANI, 2006). Para esses autores, a administração de medicamentos constitui um processo multidisciplinar e

um multi-sistema, iniciando no momento da prescrição médica, continuando com a provisão deste medicamento pelo farmacêutico e terminando com a sua preparação e administração aos clientes pela enfermagem.

A fim de garantir a segurança do paciente, é necessário que os profissionais de enfermagem saibam e utilizem os “sete certos”, os quais representam a base da educação no ensino da administração de medicamentos, mas atualmente mais duas categorias foram associadas tornando-se “nove certos”, esses “nove certos” advertem fatores que podem ocasionar os erros de medicação, onde devem ser verificados: medicação certa, paciente certo, dose certa, via certa, horário certo, registro certo, ação certa, forma farmacêutica certa, monitoramento certo (ZANETTI et al, 2003).

Em relação ao processo de administração de medicamentos houve também um desconhecimento por parte de alguns técnicos de enfermagem, sobre medicamentos específicos em Infectologia.

“(...) esses pacientes tomam antirretrovirais, como eu nunca tinha antes trabalhado com isso, então pra mim é novidade, acho que precisamos estudar mais sobre isso...” (TE 04)

“(...) nunca trabalhei antes com infectologia, os medicamentos, eu não conhecia quase nenhum medicamento, e ainda esses medicamentos chegam da farmácia com nome genérico, então pra mim foi uma dificuldade...” (TE13)

Como dito anteriormente em relação a situação da análise de morbidade dos pacientes internados no Hospital, a maioria dos pacientes internados eram portadores de HIV-aids, e muitos pacientes eram admitidos já em uso de medicamentos específicos, os “antirretrovirais”. A introdução da Terapia Antirretroviral de alta Potência (TARV) somada às ações de prevenção e controle da infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) e outras doenças sexualmente transmissíveis, tem resultado em alterações no padrão da epidemia de aids, o Brasil foi um dos primeiros países em desenvolvimento a garantir o acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de 1996, sendo uma importante estratégia da Política de Medicamentos do Programa Nacional de DST e aids (PN-DST/Aids) (DOURADO et al, 2006). No que diz

respeito a assistência em saúde voltada ao controle da aids, um dos avanços mais significativos é o advento dos antirretrovirais, que tem proporcionado uma mudança progressiva do perfil de morbimortalidade da infecção do HIV no Brasil, caracterizada pela redução da ocorrência das doenças oportunistas, a redução das internações hospitalares e óbitos relacionados a doença, bem como o aumento significativo da sobrevivência dos indivíduos portadores do HIV (MALISKA; PADILHA, 2007).

Para os técnicos de enfermagem não somente os nomes, mas como toda a terapia medicamentosa para a aids era algo novo, pois eram muitos medicamentos prescritos para um mesmo paciente, assim o desconhecimento sobre os nomes dos mesmos, farmacologia, ações e efeitos colaterais dos medicamentos, foram situações vivenciadas no dia a dia de trabalho, o que fez com que eles necessitassem buscar informações sobre esses medicamentos. O desconhecimento de alguns medicamentos específicos em Infectologia, principalmente os antirretrovirais, foi uma dificuldade real no trabalho dos técnicos de enfermagem, necessitando a procura de mais informações e esclarecimentos, com a necessidade de acesso aos catálogos de medicamentos, uso da internet e ainda a participação e auxílio dos médicos em orientações.

Diariamente exige-se da equipe de enfermagem inseridos no processo de cuidados às pessoas com doenças infecciosas, que conheçam a fisiopatologia e a epidemiologia das doenças, relacionando-as aos resultados laboratoriais, ao exame físico e às condições socioculturais que possam conduzir ao diagnóstico e à viabilização do início do tratamento e dos cuidados específicos (COLOMBRINI et al, 2009).

Trabalho em equipe

A equipe de enfermagem é representada por heterogêneas categorias profissionais, ao enfermeiro cabem às atividades intelectuais de gerenciamento do serviço e de execução de procedimentos mais complexos, ao auxiliar e técnicos de enfermagem competem desempenhar as atividades assistenciais.

Para os técnicos de enfermagem entrevistados, no trabalho diário em equipe havia uma “união”.

“(...) a nossa turma é unida, um ajuda o outro e a equipe tem uma boa união, não temos brigas não, já passei por outros plantões e nunca encontrei problemas” (TE01)

“(...) fiz amigos aqui, essa união é boa, o diálogo entre nós da equipe de enfermagem e os nossos superiores é muito bom, em outros lugares você nem conhece o seu superior, eles nem te cumprimentam” (TE02)

A possibilidade e construção de diálogos abertos e transparentes e durante o processo de implantação do serviço para a equipe de enfermagem, favoreceu o estabelecimento de alguns laços de afeto e a amizade entre os membros, influenciando positivamente nas relações interpessoais.

“(...) a nossa equipe é tranquila, minha enfermeira é muito boa, existe uma escala de serviço que é a divisão entre o total de funcionários e pacientes, mas um ajuda o outro, essa escala existe, mas todos acabam se ajudando” (TE 03)

Para os técnicos de enfermagem em relação ao relacionamento interpessoal, havia em geral uma boa relação entre os membros da equipe. A enfermeira realizava logo no início do plantão, uma escala de divisão de trabalho considerando o total de pacientes internados e total de técnicos de enfermagem na equipe.

A amizade se caracteriza pela reciprocidade equilibrada de expressão de sentimentos positivos e negativos, e de atitude voltada para o bem-estar e a felicidade do outro, portanto, no trabalho, essa relação tem sido incentivada e as lideranças reconhecem sua importância para formar no grupo espírito colaborativo e motivacional (WAGNER et al, 2009)

Mesmo mantendo um bom relacionamento em geral entre os membros da equipe, conflitos às vezes ocorriam, mas os sujeitos buscavam soluções.

“(...) às vezes existe sim desavenças, mas é em relação a folgas e escala, nada a ver com o cuidado, mas estamos sempre conversando, respeitamos muito um ao outro...” (TE03)

A organização da escala mensal de trabalho das equipes de enfermagem era responsabilidade da supervisora de enfermagem, era feita anteriormente ao mês em vigência, porém no dia a dia de trabalho os técnicos de enfermagem solicitavam algumas trocas de dias de folga, o que gerava alguns conflitos, porém eram resolvidos entre eles com a mediação do enfermeiro de plantão.

O enfermeiro tem um papel fundamental na de equipe de enfermagem, como líder técnico, hierárquico e ético-legal, pode muitas vezes influenciar de forma positiva ou negativa no trabalho em equipe. Na Enfermagem, principalmente em instituições hospitalares, para o enfermeiro manter um ambiente tranquilo e a harmonia da equipe não é em geral uma tarefa fácil.

O desafio de gerenciar unidades de internação nos serviços de saúde para o enfermeiro está relacionado ao próprio processo de trabalho da assistência de enfermagem, onde os técnicos e auxiliares de enfermagem diante das dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho podem questionar a liderança do enfermeiro. Para Cunha e Neto (2006), aos enfermeiros cabem entre outras tarefas a liderança da equipe de Enfermagem e que tenha atitudes adequadas para desempenhar seu papel objetivando resultados positivos. Segundo Santos, Oliveira e Castro (2006), o enfermeiro enfrenta no âmbito da administração de unidades de atendimento à pessoa hospitalizada, o desafio de liderar sua equipe formada por pessoal de nível médio, que necessita de sua orientação para cuidado em enfermagem, onde se a influência da liderança/gerência for negativa, ela pode levar os liderados a questionarem seu poder/saber dentro da equipe de enfermagem.

Os técnicos de enfermagem mostraram que de uma forma geral a equipe de enfermagem trabalhava em harmonia, e reconheciam a importância do papel do enfermeiro como líder na equipe, na divisão de tarefas e responsabilidades, e que a união do grupo era necessária e importante.

“(...) sempre trabalhei a noite, sou de UTI e presenciei muitos conflitos, mas aqui quando surgem problemas e nossa enfermeira sempre senta com a equipe para conversar”
(TE13)

Sentimentos e valores direcionam o agir do enfermeiro diante das situações de conflito, e um comprometimento com os pacientes e membros da equipe de enfermagem é

essencial, pois pode auxiliar na tomada de decisões e encontrar novas soluções contribuindo para o aprendizado e crescimento do grupo. Para ser um enfermeiro qualificado e competitivo no mercado de trabalho além das habilidades técnico científica, é necessário investir nas habilidades humanas, saber gerir pessoas, gerenciar conflitos e visualizá-los de maneira positiva, construtiva, olhá-lo como potencial de crescimento do grupo, não condená-los (CORRADI; ZGODA; PAUL,2008).

Educação no trabalho

A educação está intrínseca no processo de trabalho da enfermagem, pois está sempre presente no dia a dia de trabalho das equipes, desde a formação de novos profissionais até a produção de conhecimentos que sustentam o processo de cuidar.

Em se tratando de um processo de implantação de um Hospital especializado em Infectologia, a Coordenação do Serviço de Enfermagem e Setor de Educação Continuada treinaram todos os técnicos de enfermagem, quanto aos temas junto à assistência: Fisiopatologia das principais doenças, AIDS, Tuberculose, Dengue e Meningite, medicações em Infectologia e sobre os indicadores de enfermagem. Todas as informações estavam registradas no Manual do Serviço de Enfermagem através de protocolos, normas e rotinas.

O Serviço de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), realizou também durante os primeiros meses de funcionamento do Hospital treinamentos específicos sobre a classificação dos isolamentos em Infectologia com o uso adequado do EPI e principalmente orientações sobre a Resolução RDC32, uma importante norma que estabelece diretrizes para a implementação das medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores na área da saúde. A NR 32 intitula-se Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, é considerada de extrema importância no cenário brasileiro, como legislação federal específica que trate das questões de segurança e saúde no trabalho, no setor da saúde, as normatizações existentes encontram-se esparsas, reunidas em diversas outras NR e resoluções, que não foram construídas especificamente para tal finalidade (ROBAZZI; MARZIALE, 2004). No hospital e em processo de implantação, todos os técnicos de enfermagem passaram por treinamentos.

“(...) lembro quando entrei aqui tivemos muita orientação, antes mesmo de vir direto para a enfermagem, recebemos muitos treinamentos, além disso, temos também a CCIH que qualquer dúvida também na ajuda” (TE06)

Em muitos locais de atuação da enfermagem são insatisfatórias as condições de trabalho sendo um fator preditivo para a exposição a riscos ocupacionais, assim foi instituída a Norma Regulamentadora número 32 (NR 32), do Ministério do Trabalho e Emprego que trata da Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, com o objetivo de favorecer os trabalhadores da saúde em geral, estabelecendo diretrizes para implementação de medidas de proteção (GALLAS; FONTANA, 2010).

Uma das grandes preocupações e responsabilidades da Coordenação do Serviço de enfermagem e CCIH era em relação à saúde do trabalhador em virtude do alto risco ocupacional durante a assistência aos pacientes portadores de doenças transmissíveis.

“(...) o risco de se contaminar, isso aqui não acontece, mais fácil se contaminar em um P.S do que aqui, aqui sabemos o que os pacientes têm quais os cuidados que devemos tomar” (TE12)

“(...) aqui existe uma enfermeira que responde pela Educação Continuada, já tivemos inúmeros treinamentos nessa Instituição, isso faz com aprendemos mais, a enfermagem é um aprendizado todo dia, a enfermeira nos deixa sempre atualizados” (TE10)

O Serviço de Educação Continuada no dia a dia também foi reestruturando e direcionando os treinamentos conforme as necessidades e demandas Unidade de internação. Como foi um processo de implantação, dúvidas e novas atividades surgiam no dia a dia de trabalho, sendo necessário adequar os processos de trabalho da Enfermagem.

Os próprios técnicos de enfermagem solicitavam treinamentos específicos sobre algum tema que ainda tinham dúvidas.

“(...) devemos questionar sempre, isso é importante para evitar erros, você não pode dizer que não sabia, pois aqui você tem tudo protocolado e a enfermeira da Educação Continuada é totalmente aberta para responder suas perguntas” (TE 01)

O trabalho realizado pela enfermeira da Educação Continuada, parece ter favorecido uma relação de confiança e abertura para questionamentos, sugestões e dúvidas dos técnicos de enfermagem. A implantação de Protocolos significa uma decisão estratégica de fortalecimento das melhores práticas assistenciais, essa iniciativa, liderada pelo enfermeiro, é uma ferramenta da sistematização da assistência de enfermagem, na medida em que qualifica o cuidado prestado, com repercussão no indicador de qualidade assistencial de enfermagem (MENEGON et al, 2007).

É conhecido que em muitas Instituições hospitalares os profissionais de enfermagem lidam com muitas dificuldades em relação aos protocolos assistências de enfermagem, e podem apresentar uma resistência em aceitar e principalmente praticar o que está prescrito. O Serviço de Enfermagem no hospital investiu e elaborou um Manual do Serviço com as principais informações como normas institucionais, rotinas administrativas e protocolos assistenciais. Esse documento serviu de apoio técnico, científico, e administrativo para a equipe de Enfermagem no dia a dia de trabalho. Instituir protocolos assistenciais de enfermagem em cumprimento a legislação vigente é uma forma de garantir a segurança e saúde do trabalhador dentro de Unidades Hospitalares.

“(...) aqui temos os protocolos de enfermagem, elaborados pela enfermeira da educação continuada, ela vem dá as aulas, e qualquer dúvida recorremos aos POP, a própria enfermeira do setor e da Educação Continuada” (TE03)

“(...) aqui existe a Educação Continuada, já tive muitos treinamentos, lembro quando entrei aqui tivemos muita orientação, antes mesmo de vir direto para a enfermaria, recebemos muitos treinamentos, temos aqui na unidade nossa pasta de protocolos qualquer dúvida vamos lá” (TE08)

Para Enfermagem, o protocolo técnico é um instrumento importante pois orienta seus profissionais na realização de suas tarefas, tendo como base conhecimentos científicos e práticos do cotidiano do trabalho ajustado cada realidade

A Educação Continuada é tradicionalmente na área da Enfermagem fundamentada no conhecimento técnico-científico, ocorre através dos cursos e treinamentos, o objetivo é de

sempre adequar os profissionais de enfermagem na unidade de trabalho para uma atuação orientada por conhecimentos e comportamentos institucionalizados e pré-estabelecidos.

“(...) a Educação Continuada, faz todos os treinamentos, gosto dos treinamentos está sendo útil, nunca sabemos tudo, às vezes a mesma informação vemos de um jeito diferente, é mesmo muito válido” (TE02)

“(...) sempre fui a favor dos treinamentos, aqui nós temos isso na mão, são cursos bons, todos participam nos dividimos, não vou de mau humor” (TE06)

Para os técnicos de enfermagem os treinamentos eram úteis e importantes, mas alguns participavam de mau humor. O cronograma de treinamentos da enfermeira do serviço de Educação Continuada, segundo os técnicos de enfermagem era mensal e com temas específicos e para atingir a taxa de cobertura de treinamentos em todos os plantões, os temas, algumas vezes se repetia o que deixava os alguns técnicos desinteressados em participar do treinamento.

A necessidade de se organizar processos educativos para os profissionais de Enfermagem sempre esteve presente no contexto dos serviços de saúde, principalmente nas Unidades hospitalares, em virtude da necessidade de se adequar esses profissionais para atuarem nas unidades de atendimento.

Evidenciou-se junto aos técnicos de enfermagem a importância dos treinamentos, mas também retratou-se as dificuldades enfrentadas pelo Serviço de Educação Continuada.

“(...) nos últimos tempos os treinamentos ficaram mais complicados, por que temos mais paciente e menos funcionários, os horários não batem muito” (TE12)

“(...) alguém deve ver melhor os horários, já trabalhei de dia e hoje estou a noite, mas gosto muito sim, já pedi para a enfermeira se eu poderia vir para essas aulas durante o dia...” (TE13)

O serviço de Educação Continuada tentou ajustar o cronograma de treinamentos e necessidades da Unidade de internação, mas surgiram alguns problemas de frequência, supostamente relacionados as dificuldades das supervisoras de enfermagem em indicar funcionários para os treinamentos. Isso gerou uma grande preocupação na Direção do Hospital e Serviços de Enfermagem e Educação Continuada.

Os Serviços de saúde, em especial serviços de Enfermagem devem sempre buscar a capacitação e o desenvolvimento de seus funcionários, porém nas organizações hospitalares há em geral um contraste entre as necessidades que envolvem as capacitações e a realidade do dia a dia de trabalho. A Educação Continuada oportuniza o aprendizado do pessoal de enfermagem, porém, os conteúdos devem considerar a realidade, o cotidiano do trabalho, as necessidades do profissional, do setor de trabalho, da instituição e a evolução tecnológica (SILVA; SEIFFERT, 2009).

Os gerentes de Enfermagem devem sempre desempenhar uma gerência inovadora, buscando meios que possibilitem a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, precisam monitorar e avaliar os processos de trabalho, levantamento de problemas para possíveis soluções, assim é importante investir em novos processos educativos na Enfermagem.

A Política Nacional de Educação Permanente para os trabalhadores da saúde é a construção de um saber coletivo. Para que a Educação Permanente possa efetivamente acontecer, o trabalho dentro das instituições deve acontecer a partir de uma proposta de uma rede comunicante na qual todos os atores sejam protagonistas e a produção do trabalho seja coletiva. Surgiu também um desconhecimento sobre a Educação Permanente, alguns entendiam que era um novo nome para Educação Continuada.

“(...) já ouviu falar em Educação Permanente, mas não sei a diferença da Educação Permanente e Continuada” (TE02)

Nos depoimentos dos técnicos de enfermagem, foi possível constatar que para eles não havia diferença entre a Educação Continuada e Permanente, que tratava-se apenas de uma substituição de nomes. A Educação Permanente em Saúde constitui-se em uma das alternativas viáveis de mudanças no espaço de trabalho, em razão de cogitar formas diferenciadas de educar e aprender, através da qual se propõe transcender ao tecnicismo e as

capacitações pontuais, instigando a participação ativa dos educandos no processo, assim como o desenvolvimento da capacidade crítica e criadora dos sujeitos (SILVA et al, 2011).

Evidenciou-se a importância de criação de espaços de discussão para as equipes de enfermagem, um espaço onde todos da equipe pudessem sentar e discutir sobre os problemas do dia a dia de trabalho

“(...) às vezes existem problemas no plantão e ninguém fala, se realmente existir um grupo de discussão onde sentamos e abrimos para que as pessoas falem isso é muito bom...” (TE01)

“(...) acredito em espaços de discussão, acho que muitas cabeças pensando é melhor, acho sim que uma boa conversa sempre ajuda, sempre quando conversamos cedo ou tarde acabamos soltando um probleminha” (TE08)

Para os técnicos de enfermagem um espaço onde todos da equipe pudessem sentar e discutir sobre os problemas do dia a dia de trabalho seria interessante, pois seria uma oportunidade onde as pessoas falariam mais sobre seus problemas no dia-a dia de trabalho. No trabalho coletivo, o trabalhador confronta-se com uma enorme variabilidade, que vai desde o seu estado interno e afetivo, até as variações do meio ambiente, da matéria-prima, dos instrumentos e ferramentas e da organização do trabalho (OLIVEIRA, 2003).

Os técnicos de enfermagem aprenderam e aprendem no dia a dia de trabalho. O processo de aprendizagem ocorreu de formas diferentes, com os treinamentos, com os colegas, com médicos, enfermeiros, outros profissionais, e principalmente com os pacientes. A aprendizagem se dá no dia a dia do trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho.

Medos e receios surgiram, mas que foram aos poucos sendo superados.

“(...) aqui no começo, foi novo, os pacientes eram críticos, tivemos receio sim, as enfermeiras ajudaram muito, meu plantão era noturno, nossa primeira paciente ela mesma dizia para nós o que fazer, aprendemos com ela, tivemos muita orientação, treinamento, acho que tudo foi bom por isso...” (TE11)

“(...) pra mim essa instituição foi uma escola, sou aluno de Enfermagem, faço faculdade de enfermagem, tenho aprendido muito aqui...” (TE 10)

A educação está intrínseca no processo de trabalho da Enfermagem. O trabalho realizado pelos técnicos de enfermagem no dia a dia da Instituição trouxe, uma aprendizagem em geral significativa para cada membro da equipe e principalmente para a assistência que estava sendo construída.

A Educação Permanente em saúde a partir de umas práxis criadora estabelece possibilidades de transformação, de visualização, de ampliação, de valorização dos conhecimentos do coletivo de sujeitos envolvidos no processo de trabalho da área da saúde (SILVA et al, 2010). A Educação Permanente gradativamente vem sendo utilizada nas grandes organizações de saúde, como ferramenta que busca a reflexão crítica sobre as práticas de enfermagem, tem sido reconhecida como um artifício educativo aplicado ao trabalho, possibilitando mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas envolvidas na assistência (SOUZA et al, 2010).

5.4 As rodas de conversa e a proposta

Ocorreram três Rodas de Conversa, nos dias 12/02/14, 20/02/14 e 28/02/14 a partir das 14:00 hs, com duração média de 01h20 min, e todas realizadas na sala de Enfermagem da Unidade de Internação, sala reservada e sem ônus ao trabalhador. Foram convidados todos os enfermeiros e técnicos de enfermagem que participaram das entrevistas, porém em virtude da disponibilidade de horários dos sujeitos e cronograma da pesquisa, o grupo foi constituído por cinco (n=5) enfermeiros e cinco (n=5) técnicos de enfermagem, que se dispuseram a participar voluntariamente.

Roda de Conversa é uma forma de se trabalhar incentivando a participação e a reflexão, para tal, buscamos construir condições para um diálogo entre os participantes através de uma postura de escuta e da palavra, bem como o uso de técnicas de dinamização de grupo, é um tipo de metodologia participativa que pode ser utilizada em diversos contextos para promover uma cultura de reflexão (AFONSO e ABADE,2008).

Abaixo está descrito o ocorrido em cada grupo de “Roda de Conversa”. Os temas para cada dia de encontro foram: Assistência em infectologia, Assistência em AIDS e

Tuberculose e Protocolos e a importância dos encontros em grupos.

Os depoimentos dos sujeitos serão apresentados utilizando-se códigos de identificação, para enfermeiros (E1, E2, E3...) e para técnicos de enfermagem (TE1, TE2, TE3...) a fim de manter o sigilo sobre a identidade dos sujeitos.

1ª roda de conversa

Tema: Assistência em infectologia

Participaram da primeira roda um total de oito (n=8) sujeitos, sendo: cinco (n=5) enfermeiros e três (n=3) técnicos de enfermagem, com idades entre 25 e 56 anos, sete (n=7) do gênero feminino e um (n=1) do gênero masculino. Desses sujeitos (número) trabalhavam em outros locais. A discussão no grupo em relação ao tema evidenciou que para prestar assistência em infectologia era necessário conhecimento e cuidado. Surgiu o aprendizado no trabalho no hospital e Unidade do estudo comparado a um hospital geral, pois alguns participantes do grupo trabalhavam em outras Instituições hospitalares e referiram sentir uma diferença significativa na realização do trabalho entre as Instituições. Alguns vinham com “vícios” e “hábitos”, e no dia a dia de trabalho na Unidade perceberam a importância da atenção durante o cuidado, e nesse tipo de assistência (infectologia). Relataram ainda que o aprendizado ocorreu especialmente pelo interesse do hospital.

E1 – a infectologia é diferente das outras especialidades, “chegamos com vícios”, você tem que tomar alguns cuidados, prestar mais atenção, infelizmente temos alguns hábitos ou vícios que são apontados quando fazemos alguma coisa errada.

TE1– mas acho que isso também é uma exigência dessa empresa, aqui nós sabemos o diagnóstico dos pacientes então tomamos cuidado, e quando não sabemos deveríamos tomar mais cuidado ainda.

Para alguns técnicos de enfermagem o hospital do estudo promoveu o conhecimento sobre a assistência em infectologia e “cobrava” a execução adequada dos procedimentos, por questões entre outras de segurança à saúde do trabalhador e pacientes. Em comparação com um hospital geral as exigências não ocorriam da mesma forma.

TE1 – sim, promoveu conhecimento e cobra também, por que trabalho em outro hospital, faço as coisas, sei que está certo e errado, e se faço errado como meus colegas fazem, meu superior vê que está errado e não faz nada, daí vira uma bola de neve, não existe uma cobrança diária.

Os componentes do grupo relataram que esse cuidado diferenciado em infectologia, exigia uma atenção maior e principalmente a necessidade de conhecimento e vigilância constante, e havia o reconhecimento acerca desses aspectos necessários para a própria saúde deles enquanto trabalhadores.

E1 – pensando assim aqui podemos dizer que temos um grau maior de riscos para nós, dependendo do caso podemos levar doenças para casa ou ainda levar para os pacientes do lado, outros quartos.

TE – agora você imagina isso em um hospital geral, que você tem esse tipo de paciente e outros também, por que às vezes você até “pega o paciente no colo”, e depois vem a bomba, fica sabendo depois o que ele tem.

“Descuidos” que ocorriam anteriormente, com o aprendizado no dia a dia no hospital de estudo foram diminuindo também em outros locais de Trabalho. As discussões do grupo apontaram a importância e necessidade do conhecimento prévio em infectologia, e o quanto isso mudou a visão e comportamento deles nas outras instituições hospitalares em que trabalhavam, auxiliando e aprimorando o trabalho junto às dificuldades que enfrentavam no dia a dia de trabalho, também em outras instituições.

E2 – já mudei meu comportamento hoje eu observo tudo isso de uma forma diferente, quando entro em outros hospitais já sei qual deve ser meu olhar, por que todos os pacientes são desconhecidos

O aprendizado ocorreu no dia a dia de trabalho. A assistência de enfermagem em infectologia foi sendo construída no cotidiano do trabalho, face às necessidades dos pacientes e organização dos processos de trabalho.

Houve a discussão sobre a comparação da assistência em infectologia prestada no hospital do estudo e em um hospital geral com pacientes com mesmos “perfis”. Havia uma diferença na assistência prestada, que era também percebida pelo próprio paciente, sendo um diferencial reconhecido pelos sujeitos do grupo.

TE 2 - quando o paciente entra aqui, ele elogia, ele percebe isso, nossas técnicas nosso material, ele fala isso para gente, eles comentam sobre nossos cuidados, da ética, do conjunto que é muito diferente de outros hospitais.

O reconhecimento pelo trabalho é importante, e dá sentido ao trabalho. O grupo enfatizou a especificidade do trabalho em infectologia, e o quanto essa especialidade era diferente das demais, e sobre a importância das orientações feitas pela CCIH no processo de

implantação do hospital, a cobrança feita para o serviço de enfermagem, e ainda o reconhecimento em relação à importância dessa cobrança por parte dos enfermeiros e técnicos de enfermagem.

E3 – a minha preocupação é sim a saúde do trabalhador, a gente tem uma preocupação com isso, um curativo, um cateter, então faço cobranças mas é para o bem da equipe, exemplo quando implantei o check list de instalação de cateter central fui crucificada por todos os enfermeiros, mas hoje o índice de infecção por cateteres caiu muito.

TE2 - pois as cobranças que a CCIH faz é porque está fazendo a parte dela, as vezes fazemos as coisas na correria, mas aqui não, temos que pensar na nossa saúde

Para os componentes do grupo, foi um processo educativo extenso e que ocorreu durante o dia a dia de trabalho, e mesmo com cobranças existentes no trabalho havia um sentido, e que levou ao reconhecimento e valoração deles das “cobranças” e exigências.

TE 4 - eu entendo que é uma educação que agrega e não é uma imposição, eu sempre penso sobre essas orientações, pois é isso que eles estão falando, é para preservar a saúde do trabalhador, não é ordem ou cumpra-se, são orientações importantes pra vida do funcionário.

Os componentes do grupo discutiram e refletiram sobre o quanto eles aprenderam através do serviço de Educação Continuada e CCIH, e como todo o processo de treinamento realizado e vivenciado mudou o comportamento deles. Além disso, eram “vistos” de modo diferenciado nos outros hospitais que trabalhavam.

E4 - também trabalho em outro hospital e lá faço minhas coisas e fico quieta, por que os colegas acham que estou exagerando, que sou chata demais.

Os componentes do grupo discutiram e concordaram que no hospital do estudo a assistência em infectologia era diferente e “satisfatória”, porque existia um trabalho em equipe e principalmente compromisso de todos os profissionais. Ainda, o paciente era muito dependente e necessitava da atenção da enfermagem, que estabelecia um vínculo diferenciado também na assistência, pelo compromisso estabelecido pelos profissionais com esse serviço.

E5 – o que eu vejo aqui nesse hospital é o compromisso, é a diferença que eu percebo aqui, não adianta ter orientação e conhecimento se não se tem compromisso, percebo isso nos enfermeiros, técnicos e também na equipe médica, aqui os pacientes são muito dependentes e o que vejo sim é esse compromisso de todos.

A enfermagem visava um trabalho com compromisso, e todo conhecimento

adquirido serviu de modelo para aqueles que trabalhavam em outras instituições hospitalares, e também foi importante pois repassavam esses conhecimentos para novos colegas de trabalho.

E3– somos multiplicadores, quando entrar novos funcionários aqui, a CCIH vai continuar com o trabalho dela, a Educação Continuada, mas cada um de nós somos um multiplicador, os técnicos de enfermagem, todos aqui que já passou por isso, aí o comprometimento de todos com trabalho em equipe, estamos plantando uma sementinha.

O conhecimento adquirido, segundo os componentes do grupo, foi através do trabalho da CCIH e Educação Continuada, porém cada um deles se sentiam preparados e principalmente comprometidos em multiplicar o que sabiam de assistência de enfermagem em infectologia.

Os componentes do grupo discutiram que a assistência prestada ao paciente era eficiente, mas ainda existiam problemas e desafios no dia a dia de trabalho da enfermagem, principalmente em relação a falta de materiais e em relação às informações e protocolos de algumas doenças como aids e tubérculos.

E1 – ainda existem problemas, como falta de algum material mais adequado, como um curativo mais específico, e ainda faltam mais treinamentos da parte médica, sobre as doenças, patologias, ainda falta saber sobre doenças mais específicas.

TE3 – eu tenho dúvidas em relação ao o protocolo TSN (Tem TB, Suspeita de TB e Não tem TB) para tuberculose, mas às vezes o paciente chega com pneumonia e dias depois vira suspeita de TB

Ao final da roda os enfermeiros explicaram um pouco sobre os resultados de exames laboratoriais da aids e sobre os protocolos de atendimento em tuberculose. Foi sugerido para a próxima roda de conversa, uma discussão sobre essas doenças e principalmente sobre o protocolo de admissão dos pacientes com suspeita de tuberculose.

2ª roda de conversa

Tema: Assistência em aids e Tuberculose

Na segunda roda de conversa participaram um total de sete (n=7) sujeitos, sendo, três (n=3) enfermeiros e quatro (n=4) técnicos de enfermagem, com idades entre 25 e 36 anos, sendo cinco (n=5) do gênero feminino e dois (n=2) do gênero masculino. Duas enfermeiras e uma técnica de enfermagem, que pertenciam ao grupo inicial e presentes na primeira roda,

não puderam participar da segunda roda. Os componentes desse grupo lembraram que ficou pendente uma discussão sobre as doenças aids e Tuberculose e a assistência de enfermagem, sendo o motivo do tema proposto.

A discussão no grupo em relação ao tema evidenciou que a assistência de enfermagem em infectologia era própria e específica, evidenciando a assistência de enfermagem aos pacientes com aids, com exigência de muitos cuidados em virtude do “perfil” dos pacientes, necessidade da classificação adequada do isolamento para a segurança também do trabalhador.

TE 1 – existem cuidados de enfermagem na infectologia que é igual para muitas doenças, mas para a aids, é próprio, deve ter mais cuidados, por que tem o risco ocupacional, para a saúde do trabalhador

TE 2 - os pacientes por serem mais imunodeprimidos é necessário um cuidado maior, uma assepsia melhor, esse conhecimento e cuidado nós temos que ter, com a gente e com o paciente também

TE 3 – devemos seguir os tipos de isolamentos, mesmo quando o paciente tem AIDS, mas ele tem outras doenças aí o tipo de isolamento é que é muito importante

Os integrantes do grupo discutiram sobre a importância do isolamento correto para cada paciente em relação as comorbidades que os pacientes com AIDS apresentavam, e ainda sobre a necessidade de orientações e cuidados necessários e que consideraram importantes. Evidenciaram ainda a importância das orientações no dia a dia.

TE 1 - o que é muito importante também são as orientações no dia a dia, pois na mesma enfermaria tem vários pacientes com aids, alguns com lesão na boca outros não, e as vezes mordem uma banana e querem dar um pedaço para o vizinho... aí nós orientamos que não é bom e explicamos o motivo; outra situação é a diarreia, que se eles não lavam as mãos adequadamente, e podem passar diarreia um para o outro.

As atividades de educação em saúde são voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando à melhoria da qualidade de vida e saúde, enfermeiros e técnicos de enfermagem exercem papel de educadores, pois são profissionais que usam as palavras e gestos como instrumento de trabalho em saúde coletiva. A educação em saúde engloba ações de saúde que devem estar inseridas na prática diária dos enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Durante a discussão dos componentes do grupo, surgiu que os pacientes com

AIDS apresentavam alterações de caráter emocional que exigia da equipe de enfermagem o uso de “estratégias” que pudessem melhorar os sintomas depressivos dos pacientes.

TE3 - nessa semana fiz uma coisa diferente, quando comecei a dar o banho no paciente, liguei uma música no meu celular, fiquei com medo da enfermeira reclamar, mas tem que ver como o paciente gostou e até deu umas risadas.

E1 – esses pacientes necessitam sim de muita conversa com eles, dou sempre exemplo de uma técnica de enfermagem que é uma pessoa falante e cada vez que ela entra no quarto deles, ela conversa muito, puxa assunto com eles, isso é muito bom.

Consideraram algumas “estratégias” que visavam o bem estar do paciente eficazes, e houve discussões sobre isso. Entre as profissões da área da saúde, a enfermagem é a que acompanha mais proximamente os usuários dos serviços de saúde, e vê em geral na humanização a razão e o sentido do seu trabalho. Foi discutido que na assistência de enfermagem em infectologia ações e atitudes humanizadas são essenciais na relação profissional/paciente e colaboram muito no tratamento prescrito, na evolução diária e melhora do paciente hospitalizado.

Junto aos pacientes com aids, também surgiu a informação de que algumas medicações específicas para o tratamento da aids podem alterar o estado emocional dos pacientes, fato que para os técnicos de enfermagem foi novidade.

E2– temos que lembrar que tanto a doença aids, como os antirretrovirais, altera sim o humor deles, os corticoides também têm esse efeito, então temos que avaliar isso a doença e os medicamentos em uso.

TE2 – não sabia disso...

TE 4 – também não sabia.

Novos conhecimentos surgem no ambiente hospitalar de forma dinâmica, exigindo das equipes de saúde uma constante atualização, e apesar do cronograma contínuo de treinamentos do serviço de Educação continuada, houve a necessidade de um conhecimento maior sobre as doenças em infectologia, principalmente a aids, evidenciado pelos técnicos de enfermagem durante as discussões do grupo.

Posteriormente os componentes do grupo retomaram as discussões sobre a importância dos isolamentos para os pacientes com aids, mas também enfatizaram a preocupação com a tuberculose. Existiam classificações diferentes conforme os tipos de isolamento, com placas de identificação nas portas das enfermarias da Unidade de internação,

e com a necessidade de observação atenta dos profissionais de enfermagem, para o adequado tipo de equipamento de proteção individual-EPI. Porém para os técnicos de enfermagem ainda existiam dúvidas em relação aos resultados dos exames clínicos, que diagnosticavam a tuberculose, e com isso quanto aos isolamentos.

E2 – o importante é descartar a tuberculose (TB), logo no início da internação, mas às vezes uma pneumonia vira uma tuberculose, não é fácil de diagnosticar a TB, o importante é saber a diferença da baciloscopia e do exame da cultura, cada caso é um caso, se o paciente não tem tosse ele muitas vezes não vai transmitir a tuberculose, o potencial de contaminação é importante.

TE 3 - mas aí nesse caso ele trata a TB ou não?

E3 – sim, paciente com cultura positiva às vezes tem que tratar sim, mas o importante para vocês é saber sobre a transmissibilidade.

TE 3 – eu não sabia...

TE2 – eu também não sabia disso...

TE1 – eu tenho dúvidas, não consigo entender.

Durante as discussões evidenciou-se diferenças nos conhecimentos entre enfermeiros e técnicos de enfermagem em relação às informações sobre a Tuberculose. Ocorreu um desconhecimento junto aos técnicos de enfermagem sobre a Tuberculose e tipos de exames realizados, sendo necessário algumas explicações dos enfermeiros.

E2 – lembram do paciente M.S., que apresentou três resultados de BK negativos e a cultura positiva? Ele tem tuberculose mas não consegue transmitir mais. Quando o paciente de TB chega com muita tosse e secreção é mais fácil a transmissão, mas com o passar dos dias com o tratamento essa tosse acaba e o risco de transmissão diminui muito...

TE2 – puxa eu não sabia disso, isso é muito importante, às vezes colhemos sangue e escarro e não sabemos para que é....

E1 - o importante é saber o resultado dos exames, e assim vocês entendem o tipo de isolamento e o uso da máscara correta

Dentro da equipe de enfermagem e no dia a dia de trabalho em uma Unidade de internação, cabe aos técnicos de enfermagem, entre outras atividades, executar procedimentos técnicos prescritos pelos médicos e enfermeiros. Um aspecto importante é saber o porquê se deve executar determinado procedimento, pois isso faz sentido para o trabalhador. Durante as explicações dos enfermeiros em relação aos exames para Tuberculose, foi possível observar

que os técnicos de enfermagem realizavam determinados procedimentos sem saber o motivo. Foi na roda de conversa que surgiu a troca de informações em nível mais “informal”, possibilitando assim que os técnicos de enfermagem pudessem entender a necessidade de realização de determinados procedimentos.

Ao final da segunda Roda de conversa, foi possível observar que o grupo já estava mais entrosado e descontraído durante as discussões. As dúvidas apresentadas pelos técnicos de enfermagem foram respondidas e esclarecidas pelos enfermeiros no grupo. Essa roda possibilitou a percepção de que dúvidas ainda existiam entre os técnicos de enfermagem, mesmo depois de treinamentos do serviço de Educação Continuada, ressaltando a importância de “rodas de conversa”. Ao final das discussões da segunda roda de conversa surgiram sugestões para continuidade das discussões, e foi sugerido discussões acerca das doenças AIDS e Tuberculose e seus protocolos.

3ª roda de conversa

Tema: Protocolos e a importância dos encontros em grupos

Participaram da terceira roda de conversa seis (n=6) sujeitos, sendo três (n=3) enfermeiros e três (n=3) técnicos de enfermagem, com idades entre 30 e 56 anos, sendo quatro (n=4) do gênero feminino e dois (n=2) do gênero masculino, onde uma enfermeira (n=1) e duas (n=2) técnicas de enfermagem do grupo inicial não puderam participar dessa roda. Os integrantes do grupo lembraram a necessidade de discussões sobre os protocolos para casos de Tuberculose, e uma integrante comentou sobre a importância das cartilhas do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) sobre doenças transmissíveis para os profissionais da saúde.

TE1 – olha eu não sabia que existiam cartilhas para os profissionais de saúde, pra mim é novidade.

E1 – além dessas cartilhas no site da Vigilância Epidemiológica de São Paulo existe um Link só para a Enfermagem, com material técnico, tem livros, o site do CVE-SP fala de todas as doenças transmissíveis.

Os integrantes do grupo concordaram sobre a importância de se ter mais informações através de um material didático, pois iria auxiliar muito na obtenção de informações e conhecimento sobre as doenças transmissíveis. Contudo discutiram que somente a leitura individual não era suficiente, e que não colaborava de fato no processo de

ensino aprendizagem, sendo necessário discussões em grupo para que dúvidas pudessem ser sanadas.

TE2 – uma saída seria a enfermeira da CCIH ou a Enfermeira Supervisora é enviar essas cartilhas por email para todos os funcionários.

E3 – olha não sei, mas nem todos aqui têm o hábito de abrir email, eu acho que a partir do momento que chega uma cartilha nova, uma nova orientação, o enfermeiro deveria sentar meia hora com os funcionários e fazer uma leitura rápida.

O Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo (CVE-SP) coordena e normatiza o Sistema de Vigilância Epidemiológica (SVE-SP) no Estado de São Paulo, entre muitas atividades, planeja, executa, gerencia e monitora as ações de prevenção e controle de doenças transmissíveis. No site oficial existem cadernos de orientações com informações técnicas de diagnóstico e tratamento, para profissionais da saúde, onde o objetivo é colaborar nos processos de trabalho.

O grupo reconheceu a importância das discussões das rodas de conversas anteriores, o quanto foi enriquecedor e aprenderam sobre a assistência em AIDS, e os enfermeiros aprenderam o quanto os técnicos de enfermagem ainda necessitavam conhecer mais sobre os isolamentos para Tuberculose, pois ainda não entendiam o motivo da mudança da placa na porta das enfermarias.

TE2 – olha desculpe, vou ser sincero, descobri na discussão da semana passada sobre os exames de cultura da Tuberculose, por que eu não sabia daquilo, aquilo me ajudou.

E3 – isso mesmo, no segundo encontro explicamos muito bem sobre esses exames de cultura da TB e os isolamentos respiratórios, esse vai e volta do paciente.

TE1 – foi engraçado, pois na semana passada depois do grupo eu estava cuidando de uma paciente em isolamento respiratório no quarto com outras duas e tivemos que mudá-la de quarto, mas entendi o motivo.

Foi possível observar que ocorreu durante a primeira e principalmente durante segunda roda de conversa um processo educativo diferente do já instituído pelo serviço de Educação Continuada. A Educação Permanente constitui-se em uma alternativa viável de mudança no espaço de trabalho, pois são formas diferentes de educar e aprender, transcendendo ao tecnicismo e as capacitações pontuais, possibilitando a participação ativa dos educandos no processo, assim como o desenvolvimento da capacidade crítica dos sujeitos.

Durante as discussões do grupo sobre os isolamentos respiratórios e resultados de

exames, os técnicos de enfermagem já supostamente conhecedores da classificação e uso correto das placas de identificação dos isolamentos nas portas das enfermarias da Unidade de internação, levantaram o problema que nem todos os médicos seguiam a mesma orientação e sugeriram soluções para essa situação.

TE2 – olha realmente entendi, mas por que o médico resolve mudar a placa de isolamento?

E1– algumas realidades são para nós e para os médicos também, alguns médicos são do próprio Emilio Ribas de São Paulo e já estão acostumados com isso, outros são mais de ambulatorios aí realmente ficam preocupados e resolvem mudar o tipo de isolamento. Eles também têm dúvidas e segundo o Ministério da Saúde, na dúvida use todos os EPI

TE1 – sim agora entendi o motivo de voltar e mudar o tipo de isolamento.

E2 – isso é importante divulgar pois acho que nem todos sabiam disso.

Ocorreu na segunda roda de conversa uma importante troca de informação, que foi em relação aos tipos e justificativas de isolamentos. Uma roda de conversa promove um contexto de diálogo, potencializando a participação e a comunicação no grupo, promover ainda a reflexão sobre os temas abordados, relacionando-a ao contexto de trabalho dos participantes e incentivando a sua ressignificação.

Ao final da terceira e última roda de conversa os integrantes do grupo fizeram uma análise geral do processo educativo em forma de “Rodas de conversa”. Os participantes reconheceram que a forma de aprendizado através de encontros em grupo, possibilitou conversas mais abertas não hierarquizadas da equipe de enfermagem, facilitando a interação entre os sujeitos e a espontaneidade de cada participante.

E2 - pra mim esses encontros foi um mix de ação produtiva e de feed back de coisas boas, percebi que as orientações que dei vocês gostaram muito e entenderam... esses encontros deu a oportunidades das pessoas perguntarem

TE3 – aqui não tivemos vergonha de perguntar

E3 – foi muito produtivo e aprendi muito, me senti mais livre e senti que os técnicos falaram mais também, ficaram mais à vontade

TE2 –foi uma coisa boa, foi uma linguagem solta, de igual pra igual, mesmo patamar, isso foi diferente, isso foi bom.

Os técnicos de enfermagem se sentiram mais à vontade para perguntar sobre dúvidas, que nos encontros da Educação Continuada. No contexto hospitalar a equipe de

enfermagem é constituída de uma forma hierarquizada do trabalho, fragmentada pelas diferenças de formação e atribuições ético e legal dos enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, que em geral, determinadas posturas, e inibem em geral os questionamentos dos trabalhadores (não enfermeiros) da equipe. Foi possível observar nos depoimentos dos técnicos de enfermagem a importância de se falar “de igual para igual” e com respeito mútuo, e o quanto as rodas de conversa proporcionaram aos técnicos se sentirem mais à vontade para perguntar sobre suas dúvidas que incomodavam e que não tiveram a oportunidade de sanar anteriormente.

Os componentes do grupo aprovaram uma proposta a ser implementada de organização das Rodas de Conversa na Unidade de internação, com temas a serem elencados pelos próprios trabalhadores. Relataram ter sido uma oportunidade para discutir assuntos, e como algumas dúvidas surgiram puderam refletir sobre novas propostas e melhorias, e o quanto isso auxiliou no trabalho em equipe. Relataram ainda que a formação em Roda de Conversa facilitou as discussões do grupo, democratizou a participação de todos e principalmente colaborou no processo de ensino aprendizagem.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstrou que a especialidade Infectologia foi uma experiência nova na vida profissional de todos os enfermeiros e técnicos de enfermagem que participaram do processo de implantação do Hospital. A equipe de enfermagem percebeu que a Infectologia necessitava de uma assistência especializada e específica, e com práticas além das convencionais de Enfermagem, exigindo dos trabalhadores mais conhecimento e atenção para desempenhar o trabalho diário na Unidade de internação.

Foi possível observar nas entrevistas com os enfermeiros que a Infectologia foi uma nova experiência na vida profissional de cada um deles, foi uma especialidade com muitas especificidades, o paciente tinha um perfil de maior dependência dos cuidados de enfermagem. Era necessário conhecer mais sobre as principais doenças como AIDS e Tuberculose e principalmente sobre a classificação dos isolamentos. As equipes de enfermagem na Unidade de internação eram compostas por enfermeiros e técnicos de enfermagem, existia em geral um bom relacionamento nas equipes, contudo os conflitos ocorriam e o enfermeiro necessitava exercer um papel de mediador, e de ficar mais próximo da assistência, identificando os problemas da sua equipe.

Os enfermeiros entrevistados enfatizaram a importância do serviço de Educação Continuada, o cronograma de treinamentos realizado desde o primeiro dia de atendimento do Hospital. Porém levantaram problemas como falta de interesse por parte de alguns profissionais em participar dos treinamentos, temas que não estavam adequados à realidade da Unidade de internação e ainda dificuldades em liberar os funcionários em virtude do horário estabelecido para os treinamentos, pois coincidia com os horários de alguns procedimentos na unidade.

Os enfermeiros ainda relataram o quanto o sistema de prontuário eletrônico na Unidade de internação foi um grande desafio, pois além do pequeno número de computadores na Unidade o sistema de informática era de difícil aprendizagem, interferindo diretamente no processo de administração de medicamentos aos pacientes internados.

As entrevistas com os técnicos de enfermagem também mostraram que a infectologia foi algo novo e muito específico. Para os técnicos, o paciente de infectologia necessitava um tempo maior da enfermagem dentro dos quartos durante a assistência, que muitas vezes era para ouvir histórias de vida. Assim estabeleceu-se entre técnico de enfermagem e paciente

internado um vínculo de afetividade.

O sistema de informática do prontuário eletrônico foi um problema levantado pelos técnicos de enfermagem, pois era deles a responsabilidade de administração dos medicamentos prescritos, e em virtude da demora na chegada desses medicamentos na Unidade de Internação, isso gerou na equipe dos técnicos muita angústia.

Para os técnicos de enfermagem os treinamentos realizados através do serviço de Educação Continuada foram importantes e necessários para o trabalho da enfermagem, contudo relataram dificuldades de participação, onde para alguns técnicos os treinamentos eram identificados como “aulinhas”. O método de Educação Continuada foi realizado pelo método clássico de ensino. E quando perguntado sobre a Educação Permanente, alguns relataram não conhecer ou entender que era uma substituição de nomes de Educação Continuada para Educação Permanente.

A equipe de enfermagem da Unidade de Internação, durante o processo de implantação do serviço vivenciou o medo de atuação em um novo serviço, a necessidade de um tempo maior de cuidado prescrito ao lado do paciente, de um tempo maior para ouvir as suas histórias de vida, a necessidade de buscar no dia a dia informações dos medicamentos desconhecidos e o quanto os médicos infectologistas colaboraram durante os plantões, com as explicações de indicações e efeitos desejados dos medicamentos. Perceberam que apesar de existir “união” nas equipes, conflitos surgiam, sendo necessário a intervenção dos enfermeiros na resolução dos problemas.

O prontuário do paciente informatizado foi uma grande dificuldade tanto para os enfermeiros como para os técnicos de enfermagem, que envolveu aspectos desde as habilidades no uso de computadores, inadequação do sistema ao serviço, e a falta de computadores para as equipes, gerando desgaste na equipe, principalmente para o técnico de enfermagem que era o responsável pela administração dos medicamentos. A coordenadora responsável pela organização do serviço de enfermagem ao iniciar as atividades investiu muito no serviço de Educação Continuada com aulas e treinamentos específicos sobre assistência de enfermagem em Infectologia, patologias e classificação de isolamentos, onde foi utilizado um cronograma mensal. O estudo demonstrou o quanto ficou evidente a importância e a necessidade da Educação Continuada, porém houve dificuldades e problemas na participação dos treinamentos, e ainda a forma de troca de conhecimentos, uma vez que nas rodas de conversa alguns componentes do grupo ainda apresentaram dúvidas que estavam relacionadas com os treinamentos já realizados. Quando perguntado sobre Educação

Permanente, esse processo era desconhecido para a equipe ou confundido com a Educação Continuada. Contudo, quando proposto para a equipe a criação de espaços de discussão e reflexão do trabalho da enfermagem, as respostas foram favoráveis demonstrando uma vontade de organização de grupos.

Nas Rodas de Conversa, o conhecimento que já estava construído, motivou o processo de compreensão do grupo. As Rodas de Conversa têm o objetivo de criar um contexto de diálogo, potencializando a participação e melhorando a comunicação no grupo. Promover a reflexão sobre os temas abordados, relacionando-a ao contexto de vida dos participantes também foi outro importante objetivo da Rodas de Conversa.

O estudo demonstrou que o processo de construção do conhecimento da assistência em infectologia ocorreu no dia a dia de trabalho, os trabalhadores aprenderam com a Educação Continuada, porém esse aprendizado aconteceu também entre os demais membros da própria equipe e da equipe interdisciplinar, e com os pacientes internados no dia-a-dia de trabalho. Foi um processo contínuo e permanente de Educação em saúde e Educação Permanente.

Durante a realização das Rodas de Conversa foi importante discutir e refletir sobre temas relevantes para a equipe de enfermagem. Discutiu-se muito sobre as principais doenças presentes na unidade de internação que era Tuberculose e AIDS, principalmente sobre a classificação dos isolamentos. Ficou evidente o quanto os técnicos de enfermagem ainda tinham dúvidas em relação aos isolamentos e resultados de exames laboratoriais. As rodas de conversa permitiram demonstrar que o enfermeiro detém o conhecimento, e muitas vezes não percebe que o técnico de enfermagem precisa e pode também compartilhar de informações.

Um processo educativo com base na Educação Permanente em Saúde constitui uma possibilidade de mudanças no espaço de trabalho, em razão de cogitar formas diferenciadas de educar e aprender, pois transcende o tecnicismo e as capacitações pontuais, investindo na participação ativa dos sujeitos no processo, bem como o desenvolvimento de sua capacidade crítica, utilizando de conhecimentos instituídos para contribuir no mundo do trabalho, sendo as Rodas de Conversa, uma estratégia para a aproximação dos diversos atores envolvidos.

A Roda de Conversa parte de conhecimentos já construídos para motivar um processo de compreensão e de criação para compreender o mundo do trabalho. É preciso uma aproximação dos problemas para se construir respostas. Ao se discutir um tema, é importante alimentar a discussão com novas informações, assim a Roda de Conversa é uma forma de se trabalhar incentivando a participação e a reflexão, buscando construir condições para um

diálogo entre os participantes através de uma postura de escuta e circulação da palavra, promovendo sempre uma cultura de reflexão.

Para realização das Rodas existe alguém no papel do coordenador, que não é o de detentor da verdade, sua postura deve ser democrática, de fazer circular a palavra. É preciso sensibilizar os participantes para percepção de suas experiências no contexto, e ajudá-los a desconstruir preconceitos e reconstruir novas representações.

Sendo a enfermagem uma das profissões da área hospitalar cuja especificidade é a assistência direta ao paciente internado, é de fundamental importância que esta categoria possa buscar novos caminhos no sentido de construir estratégias mais abrangentes de produzir saúde. Assim, as rodas de conversas afloram como espaços coletivos que discutem temas sobre as necessidades dos seus pares, possibilitando a expressão de sentimentos, desejos, discussão e reflexão, sendo um instrumento inovador de gestão no trabalho em enfermagem.

Na última roda de conversa, os integrantes avaliaram a proposta das rodas de conversa como boa e necessária para o trabalho das equipes de enfermagem, pois foi diferente, uma vez que todos puderam falar de igual para igual, não existindo os papéis de professor e aluno, sendo uma conversa “solta”, tranquila e construtiva.

É importante que os gestores em enfermagem compreendam a importância dos processos educativos no trabalho, e possibilitem a abertura de espaços para que as equipes sentem, conversem e juntos possam buscar soluções para os problemas que ocorrem no dia a dia de trabalho.

Os gestores em saúde e especialmente em enfermagem devem estar comprometidos com as ações de Educação Permanente, pois isso possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano do trabalho, transformando e aprimorando sua prática. Essas ações devem estar articuladas com dispositivos que visem mudanças organizacionais, principalmente com novos estilos de gestão de pessoas, enfim, é necessário haver mudanças na organização e seus contextos.

Com isso a proposta para os gestores do Hospital do estudo é de se criar espaços de discussão e reflexão para as equipes de enfermagem, e assim aprimorar o processo educativo permanente em saúde.

7 REFERÊNCIAS

AFONSO, M. L.; ABADE, F. L. **Para reinventar as rodas: rodas de conversa em direitos humanos**. Belo Horizonte: Rede de Cidadania Mateus Afonso Medeiros (RECIMAM) 2008, pg. 18-23.

ALMEIDA, M.R.C.B.; LABRONICI, L.M. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. **Rev Cien Saúde Colet**, Rio de Janeiro, vol.12, n.01 pg 263-274, jan./mar, 2007.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Rev Interface Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, São Paulo, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005

ANTUNES, R.; ALVES, G. As Mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Rev Educ Soc**, Campinas, vol. 25, n.87, pag.335-351, maio, 2004.

ASSUNÇÃO, A.A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Rev Cien Saúde Colet**, Rio de Janeiro, vol.08, n.04, pg. 1005- 1018, 2003.

BARDIN, L. Categorização. In: BARDIN, L. (Org.). **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Ed. Edições 70, 2011. pg. 145-169.

BELLATO, R.; PASTI, M.J.; TAKEDA, E. Algumas Reflexões sobre o Método Funcional no trabalho da Enfermagem. **Rev Latino-am Enferm**, Ribeirão Preto, vol.05, n.01, pg.7581, jan, 1997.

BEZERRA, S.M. Prontuário Eletrônico do Paciente: uma ferramenta para aprimorar a qualidade dos serviços de saúde. **Rev Meta Avaliação**, Rio de Janeiro, vol.01, n.01, pg. 7382, jan./abr, 2009.

BRAGA, A.T.; MELLEIRO, M.M. Percepção da Equipe de Enfermagem a Cerca de um Serviço de Educação Continuada de um Hospital Universitário. **Rev esc enferm USP**, São Paulo, vol.43, n.02, pg. 1216-1220, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007: dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília (DF), 2007. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1996.htm>>. Acesso em: 22 de jun, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** 3ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 09 de fev. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: X de X. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: Avanços e Desafios.** Brasília: CONASS, 2006. 164p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_sus_avancos_desafios.pdf>. Acesso em: 27 de out. 2013.

BRITO, J. Trabalho e Saúde Coletiva: O ponto de Vista das Atividades e das Relações de Gênero. **Rev Cien Saúde Colet**, Rio de Janeiro, vol.10, n.04, pg.879-890, out/dez, 2005.

BRITO, C.G.N.; SILVA, N.S.; MONTENEGRO, L. Metodologia de Paulo Freire no desenvolvimento da educação permanente do enfermeiro intensivista. **Rev Enfermagem**, Minas Gerais, vol.16, n.03, pg. 317-326, set/dez, 2012.

BUCCHI, S.M.; MIRA, V.L.; OTRENTI, E.; CIAMPONE, M.H.T. Enfermeiro instrutor no processo de treinamento admissional do enfermeiro em UTI. **Rev Acta Paul Enf**, São Paulo, vol.24, n.03, pg.381-387, mar, 2011.

BUSSOTTI, E.A.; LEÃO, E.R.; CRISTENSEN, K.; FILHO, L.M.R.; BELEM, T.M.U.; SANTOS, K.J. Programa Educacional para Unidades de Terapia Intensiva Neonatais e Pediátricas brasileiras. **Trab Educ Saúde**, Rio de Janeiro, vol.11, n.03, pg. 611-631, set./dez, 2013.

CARDOSO, I.M. Rodas de Educação Permanente na Atenção Básica de Saúde: analisando contribuições. **Rev Saúde Soc**, São Paulo, vol.21, supl.1, pg. 18-28, mai, 2012.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Rev Saúde Soc**, São Paulo, vol.18, n.01, pg.48-51, jan/mar, 2009.

CARVALHO, B.G.; TURINI, B.; NUNES, E.F.P.A.; BANDEIRA, I.F.; BARBOSA, P.F.A.; TAKAO, T.S. Percepção dos Médicos sobre o Curso Facilitadores de Educação Permanente em Saúde. **Rev Bras Educ Med**, Londrina, vol.31, n.01, pg. 132-141, abr, 2011.

CARVALHO, B.G.; PEDUZZI, M.; MANDÚ, E.N.T.; AYRES, J.R.C.M. Trabalho e Intersubjetividade: Reflexão Teórica sobre sua Dialética no Campo da Saúde e Enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol.01, n.20, pg. 01-08, fev, 2012.

CAVALCANTE, C.A.A.; ENDERS, B.C.; MENEZES, R.M.P.; MEDEIROS, S.M. Riscos Ocupacionais do Trabalho em Enfermagem: uma Análise Contextual. **Cienc Cuid Saúde**, Maringá, vol.05, n.01, pg.88-97, jan./abr. 2006.

CAVALCANTI, Y.W., WANZELER, M.C.C. Educação Permanente em Saúde na Qualificação de Processos de Trabalho em Saúde Coletiva. **RBCS**, João Pessoa, vol.13 n.01, pg.13-20, jan/abr, 2010.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, vol.09, n.16, pg.161-77, set,2004/fev, 2005.

CECCIM, R.B.; BRAVIN, F.P.; SANTOS, A.A. Educação na saúde, saúde coletiva e ciências políticas: uma análise da formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde como política pública. **Lugar Comum**, Rio de Janeiro, n.28, pg. 159-180, 2009.

CECCIM, R.B. Um Sentido muito Próximo ao que se propõe a Educação Permanente em Saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v.11, n.22, p.345-63, mai/ago, 2007.

CEPE - Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, 2007; COREN-SP, **Manual de Principais Legislações**, São Paulo, Gestão 2009-2011, www.corensp.gov.br, acesso feito em abril de 2014.

CHIAVENATO, I. **Introdução à Teoria Geral da Administração: uma Visão Abrangente da Moderna Administração das Organizações**. 7ªed. Rio de Janeiro: Ed. Elsevier, 2003.

COLOMBRINI, M.R.C.; MARCHIORI, A.G.M.; FIGUEIREDO, R.M. **Enfermagem em Infectologia, Cuidados com o paciente internado**. 2ª Ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

CORRADI, E.M.; ZGODA, L.T.R.W.; PAUL, M.F.B. O Gerenciamento de Conflitos entre a equipe de Enfermagem. **Cogitare Enferm**, Paraná, vol.13, n.02, pg. 184-193, jan/ mar, 2008.

COUTINHO, M.C.; KRAWULSKI, E.; SOARES, D.H.P. Identidade e Trabalho na Contemporaneidade: Repensando Articulações Possíveis. **Psicol Soc**, Porto Alegre, vol.19, no.spe, pg. 29-37, 2007.

COSTA, J.P.; SILVA, L.M.S.; SILVA, M.R.S.; MIRANDA, K.C.L. Expectativas de pacientes com HIV/AIDS hospitalizados quanto à assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, vol.59, n.02, pg 172-176, mar/abr, 2006.

CUNHA, I.C.K.O.; NETO, F.R.G.X. Competências Gerenciais de Enfermeiras: Um Novo Velho Desafio? **Texto Contexto-Enferm**, Florianópolis, vol.15, n.03, pg. 479-482, jul/set,

2006.

DEJOURS, C. Subjetividade, Trabalho e Ação. **Rev Prod**, São Paulo, vol.14, n.03, pg. 027-34, set/dez, 2004.

DEJOURS, C.; DESSORS, D.; DESRIAUX, F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Rev Adm Empresas**, São Paulo, vol.33, n.03, pg. 98-104, mai/jun, 1993.

DEJOURS, C. **A Loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do Trabalho**. 5ª ed. São Paulo: Ed. Cortez, 1992.

DOURADO, I.; VERAS, M.A.S.M.; BARREIRA, D.; BRITO, A.M. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia antirretroviral. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, vol.40, sup, pg. 09-17, abr, 2006.

EL HETTI, BERNARDES, A.; CABRIEL, C.S.; FORTUNA, C.M.; MAZIEIRO, V.G. Educação permanente/continuada como estratégias de gestão no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Rev Eletr Enf**, São Paulo, vol.15, n.04, pg.973-982, out/dez, 2013.

ERDMANN, A.L.; ANDRADE, S.R.; MELLO, A.L.S.F.; MEIRELLES, B.H.S. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto Contexto-Enferm**, Florianópolis, vol.15, n.03, pg. 483-91, jul/set, 2006.

EVANGELISTA, P.A.; BARRETO, S.M.; GUERRA, H.L. Central de regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, avaliação de seu papel pelo estudo das internações por doenças isquêmicas do coração. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.24, n.04, pg.767-776, abr, 2008.

ÉVORA, Y.D.M. A enfermagem na era da informática. **Rev Eletr Enf**, São Paulo, vol.09, n.01, pg.14, 2007.

FERREIRA, P.F.R.; RONDINA, R. Sofrimento no Trabalho na Visão de Dejours; **Rev Cient Eletr de Psicologia**; São Paulo, Ano IV, nº 7, Novembro de 2006.

FERNANDES, J.D. et al; Saúde Mental e Trabalho: Significados e Limites de Modelos Teóricos; **Rev. Latino Am.Enfermagem**; São Paulo,vol. 14; nº 5; pg. 164-173, Set./Out. 2006.

FRACOLLI, L.A., NICHATA, L.Y.I., TAKAHASHI, R.F., OLIVEIRA, M.A.C.. Enfermagem em Doenças Transmissíveis, Como Abordar esse Tema na Graduação. **Rev Esc de enfer USP**, São Paulo,vol.34, n.04, pg. 395- 400, dez. 2000.

FORTUNA, C.M. et al; Movimentos da educação permanente em saúde, desencadeados a partir da formação de facilitadores. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo,vol.19 n. 02, pg. 01-10, mar - abr 2011.

GALLAS, S.R. FONTANA, R.T.; Biossegurança e a enfermagem nos cuidados clínicos: contribuições para a saúde do trabalhador. **Rev Bras Enferm**, Brasília, vol.63, n.05, pg.786-792, set out 2010.

GALVÃO, C.M. et al. Liderança e comunicação: estratégias: Estratégias Essenciais para o Gerenciamento da Assistência de Enfermagem no contexto hospitalar; **Rev latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol.08, n.05, pg.34-43, outubro 2000.

GAZZINELLI M. F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 21, n.01, pg. 200-206,jan-fev 2005.

GELBCKE, F.L.; LEPARDI, M.T.; Perspectivas para um Novo Modelo de Organização do Trabalho da Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, vol.57, n.02, pg. 193/197 Brasília (DF), mar.abr, 2004.

GIMENES, F.R.E., et al. Segurança do paciente na terapêutica medicamentosa e a influência da prescrição médica nos erros de dose. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, vol.18, nº06, pg. 01-07, nov, dez 2010.

GIR, E.; et al; Biossegurança em DST/AIDS: condicionantes da adesão do trabalhador de enfermagem às precauções. **Rev. Esc. Enf. USP**; São Paulo, vol. 38, nº03, pg. 245-253, 2004

GOMES L.B. & MERHY E.E. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 27, n.01, pg. 7-18. jan, 2011.

GOMES, J.B. et al; Atitudes dos estudantes de enfermagem frente às doenças transmissíveis; Revista Cogitare de enfermagem; Paraná, vol. 17, nº 03, pg. 423-429, 2012

GONZÁLEZ, A.D.; ALMEIDA & M. J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis Rev de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 20, n.02, pg. 551-570, 2010.

GUERRA, S.T. et al; O conflito no exercício gerencial do enfermeiro no âmbito hospitalar. **Rev Latino-am Enferm**, São Paulo, vol.19, n.02, pg. 01-08, mar - abr, 2011.

GRECO, R.M.; Ensinando a Administração em Enfermagem através da Educação em Saúde, **Rev Bras de Enferm**, Brasília, vol 04, n. 57, vol. 4, pg. 504-507, 2004.

HAUSMANN, M; PEDUZZI, M., Articulação entre as Dimensões Gerencial e Assistencial do processo de Trabalho do Enfermeiro, **Rev Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, vol. 18, n. 02; pg. 258-265. Abr.-Jun, 2009.

HEIMANN, C. et al; A construção do conhecimento da enfermagem baseada no método Construtivista, **Rev esc Enferm USP**, São Paulo, vol. 47, n.04, pg.997-1000, 2013.

HENNINGTON, E.A., **entre o Criativo e o Precário: Reflexões sobre constrangimentos e possibilidades do trabalhador da saúde em tempos líquidos. Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**, Organizadores Gomez C.M.; Machado J.M.H; Pena P.G.L., Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz; pg. 448, 2001

JESUS, M.C.P.; et al; Educação Permanente em Enfermagem em um Hospital Universitário;

Rev esc Enferm USP, São Paulo, vol. 45, n.05 pg. 1229-1236,2011.

JORGE, M.S.B.et al; Gerenciamento em Enfermagem: um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros (2000-2004), **Rev Bras Enferm**, Brasília, vol. 60, n.01, pg 81-86, jan-fev2007.

JULIANI, C.M.C.M.; CIAMPONE, M.H.T.; Organização do Sistema de Referência e Contra referência no contexto do Sistema Único de Saúde: A Percepção de Enfermeiros, **Rev Esc enferm USP**, vol. 33, n. 04 pg 323-333 dez. 1999.

KANTORSKI, L.P., As Transformações no mundo do Trabalho e a Questão da Saúde, Algumas Reflexões Preliminares, **Rev. latino-am. Enfermagem**; Ribeirão Preto, vol. 5; nº2; pg. 5-15, abril 1997

KURCGANT, P; TRONCHIN, D.M.R.; MELLEIRO, M.M.; A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos; **Rev Acta Paul Enf**, São Paulo, vol.19, n.01, pg.88-91, 2006.

KRAWULSKI, E.; A Orientação Profissional e o Significado do Trabalho, **Periódicos Eletrônicos em psicologia**, **Rev ABOP**, Porto Alegre, vol. 2, nº 1, pg. 01-12, 1998.

KRUSCHEWSKY, J.E., KRUSCHEWSKY, M.E., CARDOSO, J.P., Experiências Pedagógicas de Educação Popular em Saúde: A Pedagogia Versus a Problematizadora, **Rev Saúde Com**, Bahia, vol. 04, n.02, pg. 160-162; 2008.

L'ABBATE, S. Educação em Saúde: uma nova abordagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.10, nº 4, pg.: 481/490, dezembro, 1994.

LOPES, S. R. S. et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Com. Ciências Saúde**, São Paulo, vol. 18, n.02, pg.147-155, 2007.

LOPES, M.J.M.; LEAL, S.M.C.; A Feminização persistente na qualificação profissional Da enfermagem brasileira, **Cadernos Pagu**, Campinas, n.24 pg.105-125. Janeiro-junho de 2005.

LOUZADA, L.L.L., STANG, F. CALABREZ, M., Administrar e Humanizar no Hospital, **Rev FACEVV**, Espírito Santo, número 1, pg.68-75, 2º sem. de 2008.

MACHADO, M. A. S., et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Cien Saúde Colet**. Rio de Janeiro, vol.12, n.02, pg. 335-342, 2007.

MADUREIRA, V.S.F., Os Saberes da Enfermagem, **Rev Bras de Enferm Brasília**, vol. 57, n.03, pg. 357-360 Maio/Jun., 2004.

MAGALHÃES, A.M.M., Tendências Gerenciais que podem Levar a Enfermagem a Percorrer Novos Caminhos, **Rev Bras de Enferm**, Brasília, vol. 57, n.04, pg. 408-411. jul-ago 2004.

MALISKA, I.C.A; PADILHA, M.I.C.S. AIDS: a experiência da doença e a construção do itinerário terapêutico. **Rev. Eletr. Enf.** São Paulo, vol.09, n. 03, pg. 687-99, 2009

MANENTI, S.A.; CIAMPONE, M.H.T.; MIRA, V.L.; MINAMI, L.F.; SOARES, J.M.S. O Processo de Construção do Perfil de Competências Gerenciais para Enfermeiros Coordenadores de área Hospitalar. **Rev Esc enferm USP**, São Paulo, vol.46, n.03, pg. 727-733, jun, 2012.

MANTOVANI, M.F.; TEIXEIRA, R.C.; Enfermeiros com Doença Crônica: as Relações com o Adoecimento, a Prevenção e o Processo de Trabalho, **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, vol. 43, n.02; pg. 415-421, 2009.

MANENTI, S.A. et al; O Processo de Construção do Perfil de Competências Gerenciais para Enfermeiros da Área Hospitalar; **Rev esc enf USP**, São Paulo, vol. 46, n.03, pag.727-

733,2012.

MANCIA, J.R.; et al; Educação Permanente no Contexto da Enfermagem e na saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, vol. 57, n.05 pg. 605-610, 2004.

MARIN, H.F.; CUNHA, I.C.K.; Perspectivas atuais da Informática em Enfermagem; **Rev Bras Enf**, Brasília, vol. 59, nº 03, pg. 354-357, maio-jun,2006.

MARTINS, J.T., ROBAZZI, M.L.C.C., O Trabalho do Enfermeiro em uma Unidade de Terapia Intensiva: sentimentos de sofrimento, **Rev Latino-am de Enferm**, São Paulo,vol. 17, n.01, pg. 1107-1111, Janeiro, 2009.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias Administrativas e Organizações do Trabalho de Taylor aos dias Atuais, Influências no setor Saúde e na Enfermagem, **Rev Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, vol.15, n.03, pg. 508-514,jul.-set,2006.

MAZIERO, V.G. et al, Precauções universais em isolamentos de pacientes em hospital universitário, **Rev Acta de enferm**, São Paulo,vol. 25 n.especial, pg. 115-120, 2012

MEDEIROS, P.F.; BERNARDES, A.G.; GUARESCHI, N.M.F.; O Conceito de Saúde e suas Implicações nas Práticas Psicológicas. **Rev. Psicol. Teoria e Pesquisa**, Brasília, vol.21, n.03; pg. 263-269, set- dez. 2005.

MEDEIROS, A.C., et al; Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras; **Rev Bras Enf**, Brasília, vol. 63, n.01.pg. 38-42, 2010.

MENDONÇA, F.F.; Avaliação de tutores e facilitadores sobre o processo de formação De facilitadores de Educação Permanente em Saúde no município de Londrina, Paraná. **Rev Cien Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, vol. 15, n.05, pg. 2593-2602, 2010.

MENEGON, D.B., et al; Implantação do protocolo assistencial de prevenção e tratamento de ulcera por pressão, no H.C. de porto Alegre; **Rev HCPA**, Florianópolis, vol. 27, nº 02, pg. 61-64, 2007.

MENEZES, I.V.; **Saúde Mental e Trabalho: Aplicações na Prática Clínica. Saúde Mental Trabalho**, (org.) Maria da Graça Jacques e Wanderley Codo; 2ªed.Ed. Vozes, Rio de Janeiro, pg. 199, 2002.

MERHY E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação **Interface Comunic Saúde, Educ.**SãoPaulo, vol.9, nº16, pg.161-77, Set.2004/fev 2005.

MERHY, E.E.; **A Cartografia do trabalho Vivo**, Hucitec; São Paulo, 2007.

MERHY, E.E., GOMES, L.B., Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira, **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, vol. 27, n.01, pg. 7-18, Jan, 2011.

MIQUELIM, J.D.L.; et al; Estresse nos Profissionais de Enfermagem que atuam em uma Unidade de pacientes portadores de HIV/AIDS; DST – **J. bras. Doenças Sex. Transm.**Rio de Janeiro, vol.16, nº3 pg. 24-31, 2004.

MIASSO, A.I.; CASSIANI, S.H.B.; Erros na administração de medicamentos: Divulgação de conhecimentos e de identificação do paciente com aspectos relevantes. **Rev Esc enferm USP**, São Paulo,vol. 34, n.01, pg. 16-25, mar 2000.

MONTANHA, D. PEDUZZI, M., Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores, **Rev Esc de Enferm USP**, São Paulo,vol. 44, n.03; pg. 597-604, 2010.

NAVARRO, V.L., PADILHA, V.P., Dilemas Do Trabalho no Capitalismo Contemporâneo, **Rev Psicologia & Sociedade**; Vol.19, Ribeirão Preto, ed. Especial, pg. 14-20, 2007.

NESPOLI, G.; RIBEIRO, V.M.B.; Discursos que formam saberes: uma análise das concepções teóricas e metodológicas que orientam o material educativo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde. **Rev Interface Comunic. Saúde, Educ**, Botucatu v.15, n.39, p.985-96, out./dez. 2011.

NICHIATA, et al; Evolução dos isolamentos em doenças transmissíveis: os saberes na Prática contemporânea. **Rev Esc enferm USP**, São Paulo, vol. 38, n.01, pg 61-70, 2004.

OLIVEIRA, P.A.B.; Trabalho Coletivo: A Construção de espaços e de trocas cognitivas entre Trabalhadores, saúde mental; **Saúde Mental e Trabalho**. Maria da Graça Jacques e Wanderley Codo (org); Rio de Janeiro, 2ªed.ed. Vozes, pg.91, 2002.

ORGANIZACION Mundial de la Salud (OMS). **Oficina regional de la organización de la salud. Educación contínua: guia para la organización de programas de educación contínua para el personal de salud**. Washington (DC); 1978.

PADILHA, M.I.C.S., Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Rev Bras de Enferm**; Brasília, vol. 58, n.06, pg. 723-726, nov dez, 2005.

PASCHOAL, A.S. Et Al; Percepções da Educação Permanente, Continuada, em Serviço, para Enfermeiros de um hospital de Ensino, **Rev Esc enferm USP**, São Paulo, vol. 41. n.03, pg. 478-484, 2007.

PEDROSO, V.G. Aspectos Conceituais sobre Educação Continuada e Educação Permanente em Saúde. **Rev Mundo Saúde**, v.29, n.01, p.88-93, 2005.

PEREIRA, A.L.F., As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde, **Rev Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol.19, n.05, pg.1527-1534, set-out, 2003.

PEREIRA, M.J.B., FORTUNA, C.H., MISHIMA, S.M., MATUMOTO, S., A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Rev Bras Enferm**; Brasília, Vol. 62, n.05, pg. 771-777. set-out, 2009.

PEDUZZI, M. et al; Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo; **Rev Interface Comunic. Saúde, Educ**; Botucatu, v.13, n.30, p.121-34, jul./set. 2009.

PINTO, I.C.M.; et al, Trabalho e educação em saúde no Brasil: tendências da produção científica entre 1990-2010, **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 18, n.6, pg. 1525-1534, 2013.

PIRES, D., GELBCKE, F.L., MATOS, E., Organização do Trabalho em Enfermagem: Implicações no Fazer e Viver dos Trabalhadores de Nível Médio, **Rev Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, vol.02, n.02, pg. 311-325, 2004.

PIRES, D., A Enfermagem enquanto Disciplina, Profissão e Trabalho, **Rev Bras Enferm, Brasília**, vol. 62, n.05, pg. 739-744, set - out, 2009.

PIRES, D.; Reestruturação Produtiva e Consequências para o Trabalho em Saúde. **Rev Bras de Enferm**, Brasília, vol.53, n.02, pg. 251-263, 2000.

RIBEIRO, E.J.G., Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem, **Rev Bras de Enferm**, Brasília, vol. 60; n.05; pg. 535-540, 2007.

RIBEIRO, C.V.S.; LEDA, D.B. O Significado Do Trabalho em Tempos de Reestruturação Produtiva, **Rev Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, ano 4; n.02. Pg. 73-83, 2004.

RIBEIRO, M.C.S.; **Vigilância e controle das doenças transmissíveis**, 2^a ed. Zenaide Neto Aguiar e Maria C.S.Ribeiro (org), Martinari, São Paulo, pg. 39, 2006.

RICALDONI, C.A.C; SENA, R.R.; Educação Permanente: uma Ferramenta para Pensar e Agir no Trabalho de Enfermagem; **Rev Latino-am. Enf.** São Paulo, vol.14 n.04 pg01-07, nov-dez, 2006.

ROBAZZI, M.L.C.C.; MARZIALE, M.H.P.; A Norma regulamentadora 32 e suas implicações sobre os trabalhadores de Enfermagem; **Rev Latino-am Enf.**, São Paulo, vol. 12, n.05, pg. 834-836, setembro-outubro, 2006.

ROCHA, A.M., FELLI, V.L.A., A Saúde do Trabalhador sob a Ótica da Gerência, **Rev Bras de Enf.**, Brasília, vol.57, n.04, pg.453-458. Jul-Ago, 2004.

SANT'ANNA, E.A.H.; Micropolítica do Trabalho Vivo em Ato, Ergologia e Educação Popular, **Rev Trab Educ Saúde**, Rio de Janeiro, vol. 9, supl. 1, pg. 223-244, 2011.

SANTOS, M.C.; BERNARDES, A.; Comunicação da equipe de Enfermagem com a Gerencia nas Instituições de Saúde; **Rev Gaúcha Enf.**; Porto Alegre, vol.31, nº02, pg. 359-366, jun. 2010.

SANTOS, S.G.F.; MARQUES, I.R.; Uso dos recursos de Internet na Enfermagem: uma revisão; **Rev. Bras. Enferm**; Brasília, vol. 59, n.02, pg. 212-216, mar - abr, 2006.

SANTOS, J.L.G.; PROCHNOW, AG; SILVA, D.C., SILVA, R.M., LEITE, J.L., ERDMANN, A.L, Prazer e Sofrimento no Gerenciamento da Enfermagem, **Rev Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, vol.17, nº 01, pg. 97/103; jan./março, 2013.

SAVIANI, D.; Trabalho e Educação: Fundamentos Ontológicos e Históricos. **Rev Brasileira de Educação**, São Paulo, vol. 12; nº 34; jan./abr, 2007

SECCO, I.A.O., ROBAZZI, M.L.C.C., SOUZA, F.E.A., SHIMIZU, D.S., Cargas de trabalho de materialidade externa na equipe de enfermagem de hospital de ensino do Paraná, Brasil, **Rev Ciên e Enferm**, vol. 17, n.03, pg. 69-81, 2011.

SILVA, L.A.N.; et al; Educação Permanente em Saúde e no Trabalho da Enfermagem: Perspectiva de uma Práxis Transformadora; **Rev Gaúcha Enferm.** vol.31, n.03, pg.557-561, Porto Alegre, 2010

SILVA, G.M.; SEIFFERT, O.M.L.B.; Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica; Brasília, **Rev Bras Enf**, vol. 62, n.03, pg.362-366, maio - jun, 2009.

SILVA, L.A.A.; et al; Concepções Educativas que Permeiam os Planos regionais de Educação Permanente em Saúde. **Rev Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, vol. 20, n.02.pg. 340-348, Abr-Jun 2011.

SOUZA, R.C.R. et al; Educação Permanente em Enfermagem e a Interface com a Ouvidoria Hospitalar; Fortaleza, **Rev Rene**, vol.11, n.04, pg. 85-94, out./dez.2010.

SPINDOLA, T., SANTOS, R.S.; O trabalho na enfermagem e seu significado para as profissionais, Brasília, **Rev Bras de Enf.**; vol. 58; n.02; pg. 156-160, mar - abr, 2005.

TEIXEIRA, R.C.; MANTOVANI, M.F.; Enfermeiros com doença crônica: as relações com o adoecimento, a prevenção e o processo de trabalho, **Rev Esc Enf. USP**, São Paulo, vol. 43, n.02, pg 415-421, 2009.

TOLFO, S.R., PICCININI, V., Sentidos e Significados do Trabalho: Explorando Conceitos, Variáveis e Estudos Empíricos Brasileiros, **Rev Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, vol.19; Ed. Especial 1; pg. 38-46, 2007.

WAGNER, L.R., et al; Relações interpessoais no Trabalho: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem; **Cogitare Enf.**, Paraná, vol. 14, n. 01, pg. 107-113, 2009.

ZAMARIOLI, L.A., et al; Identificação laboratorial de micobactérias em amostras respiratórias de pacientes HIV-positivos com suspeita de tuberculose; **Rev da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**; São Paulo, vol. 42, nº 03, pg. 290-297, mai-jun, 2009.

ZANETTI, A.C.G., et al; A medicação prescrita na internação hospitalar: O conhecimento do Cliente; **Rev Bras de Enf.**; Brasília, vol. 56, n.06, pg. 634-636, Nov, 2009.

8. APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Parte I - Dados Gerais

Nome:

Categoria: () ENFERMEIRO () TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Gênero: Masculino () Feminino ()

Idade:

Data de nascimento:

Estado Civil:

Número de filhos:

Escolaridade:

Tempo de atuação na área de enfermagem:

Tempo de atuação nessa equipe de enfermagem:

Jornada de trabalho Semanal nesse Hospital:

Tem mais de um emprego na enfermagem:

Vínculo Trabalhista:

Apresenta problemas de Saúde (se sim, quais):

Parte II- Questões Semiestruturadas (o entrevistado deverá discorrer livremente sobre os assuntos)

- 1) Fale sobre as dificuldades que você encontra no seu dia a dia de trabalho nessa Unidade.
- 2) Como você se sente no seu ambiente de trabalho?
- 3) Como se sente na equipe de enfermagem?
- 4) Como é para você trabalhar em uma Instituição Hospitalar Especializada em Infectologia.
- 5) Você conhece as ações Educativas realizadas nessa Instituição?
- 6) Você participa das ações educativas?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ENTREVISTAS)

Você está sendo convidado (a) a participar de um estudo. As informações existentes neste documento são para que você entenda perfeitamente os objetivos da pesquisa e saiba da sua participação e importância, bem como que sua participação deverá ser espontânea. Após serem esclarecidas as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte deste estudo, você deverá assinar ao final deste documento, que está em duas vias, sendo uma dos pesquisadores responsáveis e a outra sua.

Informações sobre a pesquisa:

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulada “**PROPOSTA DE UM PROCESSO EDUCATIVO PERMANENTE EM SAÚDE NO TRABALHO DA ENFERMAGEM**” Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que tem o objetivo geral Investigar de que forma a proposta de espaços de discussão e reflexão podem atuar como processo educativo permanente junto ao trabalho e saúde da equipe de enfermagem em uma Unidade Hospitalar Especializada da Baixada Santista.

Será realizada uma entrevista com perguntas relacionadas a seus dados (idade, sexo, etc) e sobre o seu cotidiano de trabalho, e dificuldades encontradas, entre outros, e sobre as ações educativas já existentes na Instituição. Não são esperados riscos ou desconfortos relacionados a esse procedimento. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com a de outros voluntários, não sendo divulgada a identificação de nenhum sujeito da pesquisa.

Não são esperados riscos ou desconfortos relacionados a esse procedimento. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com a de outros voluntários, não sendo divulgada a identificação de nenhum sujeito da pesquisa. Não haverá despesas, compensações ou benefícios diretos pela sua participação, que deve ser livre e voluntária. Você também tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa. Mesmo concordando em participar, você poderá desistir em qualquer momento do estudo, sem qualquer dano ou prejuízo. Em qualquer etapa da pesquisa, você poderá ter acesso ao

responsável pelo estudo, a Profa. Dra. Maria do Carmo Baracho de Alencar, pelo telefone: (13) 9740-0286, ou no endereço: Av. Alm. Saldanha da Gama, 89, Santos, telefone (13) 3261-3324; ou ainda através do e-mail alencar@unifesp.br. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), R. Botucatu, 572, 1º andar, cj. 14, São Paulo, telefone (11) 5571-1062, E-mail: cepunifesp@epm.br.

Eu, _____ RG: _____ acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li e que foram lidas para mim, descrevendo a pesquisa: **“PROPOSTA DE UM PROCESSO EDUCATIVO PERMANENTE EM SAÚDE NO TRABALHO DA ENFERMAGEM”**, ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem utilizados, seus desconfortos e que não há riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Santos, ____ de _____ 2013

Assinatura do participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a discussão neste estudo.

Assinatura do responsável pela pesquisa

Data: ___/___/___



Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista.

Ao Dr. Anísio de Moura,

Diretor Executivo do Instituto de Infectologia Emilio Ribas – Baixada Santista,

Solicitamos sua autorização para a realização da pesquisa intitulada “PROPOSTA DE UM PROCESSO EDUCATIVO PERMANENTE EM SAÚDE NO TRABALHO DA ENFERMAGEM”, o objetivo geral é: Investigar de que forma a proposta de espaços de discussão e reflexão podem atuar como processo educativo permanente em saúde no trabalho da equipe de enfermagem em uma Unidade Hospitalar Especializada da Baixada Santista. Os objetivos específicos são: Investigar sobre as dificuldades no trabalho e relações com a saúde da Equipe de Enfermagem junto aos processos de trabalho, gerenciamento de conflitos, cumprimento de protocolos e relacionamento interpessoal, entre outros e analisar as repercussões de espaços de reflexão e discussão como processo educativo em saúde e possível transformador do trabalho da equipe de enfermagem. Os dados serão coletados por meio de duas etapas: a primeira etapa é a elaboração de um roteiro com questões semiestruturadas relacionadas ao trabalho, entre outros, que será utilizado na realização de entrevistas junto aos profissionais da equipe de Enfermagem, as entrevistas serão gravadas e transcritas na íntegra para análise temática de conteúdo (BARDIN, 2010). Na segunda etapa será elaborado um roteiro para os encontros em grupos de discussão e reflexão a partir de dados obtidos nas entrevistas. Os encontros ocorrerão junto aos profissionais da equipe de Enfermagem, entre outros. Destacamos que os dados dos profissionais de Enfermagem e Institucionais serão resguardados, sem qualquer possibilidade de divulgação dos mesmos. A pesquisa será realizada sob a orientação da Prof. Dra. Maria do Carmo Baracho de Alencar do Departamento de Gestão e Cuidados em Saúde da Univ. Federal de São Paulo/ BS e apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde.

Desde já agradecemos sua colaboração e nos colocamos à disposição para demais esclarecimentos.

Q

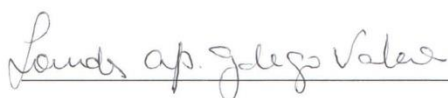
Atenciosamente,

Orientador responsável pela pesquisa,



Prof. Dra. Maria do Carmo Baracho de Alencar

21, 03, 2013



Lourdes Aparecida Galego Valero

21, 03, 2013

Mestranda em Ensino das Ciências da Saúde UNIFESP – Campus Baixada Santista

Eu, Dr. Anísio de Moura, autorizo a realização da referida pesquisa, com a utilização de coleta dos dados no Instituto de Infectologia Emilio Ribas Baixada Santista.



22, 03, 2013

Assinatura: Anísio de Moura
Diretor Executivo
IIER - Baixada Santista

De acordo,



25, 03, 2013

Assinatura e carimbo

Prof. Dr. David Everson Uip,

Diretor Téc. do Inst. de Infectologia Emilio Ribas – São Paulo

Av. D. Ana Costa, 95 – Vila Mathias – Santos/SP

CEP: 11060-001 Telefone: (13) 38783700



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

PROJETO DE PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Projeto de Pesquisa: PROPOSTA DE UM PROCESSO EDUCATIVO PERMANENTE EM SAÚDE NO TRABALHO DA ENFERMAGEM

Informações Preliminares

Responsável Principal

CPF: 02508417890	Nome: Maria do Carmo Baracho de Alencar
Telefone: (13) 9740-0286	E-mail: belinha.alencar1@gmail.com

Instituição Proponente

CNPJ:	Nome da Instituição: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM
-------	----------------------------------------------------------------------

É um estudo internacional? Não

Equipe de Pesquisa

CPF	Nome
08884532811	LOURDES APARECIDA GALEGO VALERO

Área de Estudo

Grandes Áreas do Conhecimento (CNPq)

- Grande Área 4. Ciências da Saúde

Propósito Principal do Estudo (OMS)

- Saúde Coletiva / Saúde Pública

Título Público da Pesquisa: PROPOSTA DE UM PROCESSO EDUCATIVO PERMANENTE EM SAÚDE NO TRABALHO DA ENFERMAGEM

Contato Público

CPF	Nome	Telefone	E-mail
02508417890	Maria do Carmo Baracho de Alencar	(13) 9740-0286	belinha.alencar1@gmail.com

Contato LOURDES APARECIDA GALEGO VALERO